

PLATINO ADVANCE (HMO-SNP)

RESUMEN DE BENEFICIOS





SOBRE ESTE PLAN

Platino Advance (HMO-SNP) es un plan HMO de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La afiliación en el plan depende de la renovación del contrato.

Triple-S Advantage, Inc. es una organización de cuidado coordinado (HMO, por sus siglas en inglés), con un contrato con Medicare, y con el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (PSG). La afiliación a Triple-S Advantage, Inc. depende de la renovación de contrato. Triple-S Advantage, Inc. es un concesionario independiente de BlueCross and BlueShield Association.

Este plan está disponible para cualquier persona que tenga Asistencia Médica del Estado y Medicare.

Los copagos y coaseguros pueden variar según el nivel de Ayuda adicional que reciba. Por favor, póngase en contacto con el plan para obtener más detalles.

Para afiliarse a **Platino Advance (HMO-SNP)** debe tener derecho a Medicare Parte A y estar inscrito en Medicare Parte B, ser un ciudadano de los EE.UU. o estar legalmente en los Estados Unidos, no tener Fallo Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), ser elegible a Medicaid y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes municipios en Puerto Rico: Adjuntas, Aguada, Aguadilla, Aguas Buenas, Aibonito, Añasco, Arecibo, Arroyo, Barceloneta, Barranquitas, Bayamón, Cabo Rojo, Caguas, Camuy, Canóvanas, Carolina, Cataño, Cayey, Ceiba, Ciales, Cidra, Coamo, Comerío, Corozal, Culebra, Dorado, Fajardo, Florida, Guánica, Guayama, Guayanilla, Guaynabo, Gurabo, Hatillo, Hormigueros, Humacao, Isabela, Jayuya, Juana Díaz, Juncos, Lajas, Lares, Las Marías, Las Piedras, Loíza, Luquillo, Manatí, Maricao, Maunabo, Mayagüez, Moca, Morovis, Naguabo, Naranjito, Orocovis, Patillas, Peñuelas, Ponce, Quebradillas, Rincón, Río Grande, Sabana Grande, Salinas, San Germán, San Juan, San Lorenzo, San Sebastián, Santa Isabel, Toa Alta, Toa Baja, Trujillo Alto, Utuado, Vega Alta, Vega Baja, Vieques, Villalba, Yabucoa, and Yauco.

Beneficios, prima, y/o copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

H5774_109920S034_M Aceptado por CMS





ADQUIRIENDO CUIDADO

Platino Advance (HMO-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza un proveedor que no está en nuestra red, el plan podría no pagar por estos servicios.

Proveedores fuera de la red/no-contratados no están bajo ninguna obligación para tratar afiliados de Triple-S Advantage, Inc., excepto en situaciones de emergencia. Para una decisión respecto a si cubriremos un servicio fuera de la red, le exhortamos a usted o su proveedor que nos pida una determinación organizacional antes de recibir el servicio. Por favor llame al número de Servicios al Afiliado o vea su Evidencia de Cubierta para más información, incluyendo el costo compartido que aplica para servicios fuera de la red.

Puede ver el Directorio de Proveedores y Farmacia de nuestro plan en nuestra página de internet www.sssadvantage.com. Usted puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y algunas restricciones en nuestra página de internet www.sssadvantage.com

El formulario, red de farmacia y/o red de proveedores podrían cambiar en cualquier momento. Recibirá notificación cuando sea necesario.

SI TIENE PREGUNTAS

Para más información, favor de llamar a Servicios al Afiliado al número de teléfono a continuación o visite nuestra página de internet www.sssadvantage.com.

Si usted es un afiliado a nuestro plan, puede llamar libre de costo al **1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)**. Si usted no es un afiliado a nuestro plan, puede llamar libre de costo al **1-877-207-8777 (TTY/TDD 1-866-620-2520)**. Nos puede llamar de lunes a domingo de 8:00am a 8:00pm, horario del Atlántico.

Si desea conocer más acerca de la cubierta y los costos de Medicare Original, consulte su manual actual **"Medicare y Usted"**. Véalo en línea en <http://www.medicare.gov> u obtenga una copia al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.





AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Este documento está disponible en inglés libre de costo.

Este documento también está disponible en otros formatos como Braille, texto agrandado y audio. Por favor llame a Servicios al Afiliado si usted necesita información del plan en otro formato o lenguaje.





BENEFICIOS CUBIERTOS, PRIMAS Y LIMITACIONES

La información de beneficios proporcionada es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No muestra todos los servicios que cubrimos ni cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la **Evidencia de Cubierta** llamando a nuestro departamento de Servicios al Afiliado o visitando nuestra página de internet www.sssadvantage.com.

Primas y Beneficios	Platino Advance (HMO-SNP)	Qué debes saber
Prima mensual del plan	\$0 prima mensual.	Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Reducción mensual de la prima de la Parte B de Medicare	\$100 por mes.	Esto significa que su Prima de la Parte B será menor mientras sea afiliado de Platino Advance.
Deducible	Usted no paga nada.	Este plan no tiene deducible.
Gasto Máximo de su Bolsillo (no incluye recetas de medicamentos)	\$3,400 anualmente.	Lo más que usted pagará en copagos, coaseguros y otros gastos en servicios médicos durante el año.
Cubierta de Cuidado Hospitalario	Usted no paga nada.	Este plan cubre un número ilimitado de días para una estadía hospitalaria para pacientes hospitalizados.
Cubierta de Servicios Ambulatorios en el Hospital	Usted no paga nada.	Algunos servicios pueden requerir pre-autorización.



PLATINO ADVANCE (HMO-SNP)



Primas y Beneficios	Platino Advance (HMO-SNP)	Qué debes saber
Visitas al Médico: ○ Primario ○ Especialista ○ Cirugías y/o procedimientos en la oficina de un médico	Usted no paga nada. Usted no paga nada. Usted no paga nada.	Requiere referido para visitas a especialistas y todos los servicios provistos fuera de la Red de Proveedores Preferida. No requiere referido para condiciones que ASES clasifica como cubierta especial, una vez esté establecido el diagnóstico para: VIH / SIDA, Tuberculosis, Lepra, Lupus Eritematoso Sistémico (LES), Fibrosis Quística, Cáncer, Hemofilia, ESRD (Niveles 3, 4 y 5), Esclerosis Múltiple, Esclerodermia, Hipertensión Pulmonar, Anemia Aplástica, Artritis Reumatoide, Autismo, Cáncer de Piel, Cáncer de piel: carcinoma IN SITU, cáncer de piel: melanoma invasivo o células escamosas con evidencia de metástasis, fenilcetonuria, adultos con hepatitis C como tratamiento de emergencia / urgencia en pacientes post-trasplante. Cuando un afiliado es referido a un especialista por un PCP y el especialista receta un medicamento, no requerirá contra-firma del PCP. No requiere referido para visitas y todos los servicios provistos relacionados a laboratorios patológicos. Las siguientes especialidades no requieren



PLATINO ADVANCE (HMO-SNP)



Primas y Beneficios	Platino Advance (HMO-SNP)	Qué debes saber
		referido para la visita inicial y servicios en la visita inicial, provistos en la Red de Proveedores: Cardiólogo, Gastroenterólogo, Endocrinólogo, Oftalmólogo, Neumólogo y, Reumatólogo. No requiere referido para ciertas especialidades, incluidas las visitas y todos los servicios provistos de un Nefrólogo Urólogo y, Ginecólogo. Para otras especialidades no requiere referido en la Red de Proveedores Preferida. Cirugías y procedimientos en la oficina de un médico pueden requerir pre-autorización.
Cuidado Preventivo	Usted no paga nada.	Cualquier otro servicio preventivo que sea aprobado por Medicare durante el año contrato será cubierto.
Cuidado de Emergencia	Usted no paga nada.	Si es admitido al hospital dentro de las 24 horas por la misma condición para la cual fueron evaluados en la sala de emergencias, no paga por la visita a la sala de emergencia. Los servicios en los Estados Unidos también pueden ser manejados a través del reembolso de acuerdo con las tarifas de Medicare y la ubicación donde se prestaron los servicios.



PLATINO ADVANCE (HMO-SNP)



Primas y Beneficios	Platino Advance (HMO-SNP)	Qué debes saber
Cuidado de Urgencia	Usted no paga nada.	Los servicios en los Estados Unidos también pueden ser manejados a través del reembolso de acuerdo con las tarifas de Medicare y la ubicación donde se prestaron los servicios.
Servicios Diagnósticos/ Labs /Imagen ○ Servicios de Radiología Diagnóstica (<i>ej., MRI</i>) ○ Servicio de laboratorio ○ Rayos-X ○ Procedimientos y Pruebas Diagnósticas ○ Servicios de Radiología Terapéutica	Usted no paga nada. Usted no paga nada. Usted no paga nada. Usted no paga nada. Usted no paga nada.	Algunos servicios pueden requerir pre-autorización.



PLATINO ADVANCE (HMO-SNP)



Primas y Beneficios	Platino Advance (HMO-SNP)	Qué debes saber
Servicios de Audición ○ Examen de audición ○ Examen de audición de rutina	Usted no paga nada. Usted no paga nada.	Un (1) examen de audición de rutina cada año.



PLATINO ADVANCE (HMO-SNP)



Primas y Beneficios	Platino Advance (HMO-SNP)	Qué debes saber
Servicios Dentales ○ Preventivos: Examen Oral, Limpieza, Fluoruro y Rayos-x ○ Comprensivos: Endodoncia, Cirugía Oral/Maxilofacial, Servicios Restaurativos y otros servicios generales	Usted no paga nada. Usted no paga nada.	• Una (1) limpieza; cada seis meses • Radiografía dental • Un (1) tratamiento de fluoruro cada seis meses • Un (1) examen oral casa seis meses. Hasta \$600 de límite de cubierta del plan para beneficios dentales suplementarios comprensivos cada año. Se aplica un límite máximo de beneficios para algunos servicios. Los servicios dentales comprensivos pueden requerir pre-autorización. Pregúntele a su dentista si el servicio que necesita requiere pre-autorización antes de prestarlo.



PLATINO ADVANCE (HMO-SNP)



Primas y Beneficios	Platino Advance (HMO-SNP)	Qué debes saber
Servicios de Visión ○ Examen de la vista ○ Examen de la vista rutinario ○ Un par de espejuelos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas ○ Lentes de contacto, espejuelos (montura y lentes), Monturas de espejuelos, Lentes de espejuelos	Usted no paga nada. Usted no paga nada. Usted no paga nada. Usted no paga nada.	\$100 para espejuelos recetados (montura y lentes) o lentes de contacto cada año. Usted es responsable del saldo que exceda el monto del beneficio estipulado en su cubierta.
Servicios de Salud Mental ○ Hospitalización ○ Visitas de terapias individuales ○ Visitas de terapias grupales ○ Hospitalización Parcial	Usted no paga nada. Usted no paga nada. Usted no paga nada. Usted no paga nada.	Nuestro plan cubre días ilimitados por hospitalización. Algunos servicios de hospitalización parcial pueden requerir pre-autorización.



PLATINO ADVANCE (HMO-SNP)

Primas y Beneficios	Platino Advance (HMO-SNP)	Qué debes saber
Facilidad de Enfermería Diestra (SNF)	Usted no paga nada.	Hasta 100 días en un SNF por período de beneficios. Se requiere una estadía hospitalaria previa de 3 días. Requiere pre-autorización.
Terapia física	Usted no paga nada.	Servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) requieren pre-autorización.
Ambulancia	Usted no paga nada.	Transporte no emergente requiere pre-autorización.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Usted no paga nada.	Algunos servicios pueden requerir pre-autorización. Algunos servicios pueden requerir pre-autorización por excepción al agotar el límite cubierto.

PLATINO ADVANCE (HMO-SNP)



Primas y Beneficios	Platino Advance (HMO-SNP)	Qué debes saber
Servicios de Rehabilitación ○ Visita de Terapia Ocupacional ○ Visita de terapia del habla/ lenguaje ○ Servicios de rehabilitación pulmonar ○ Servicios de rehabilitación cardiovascular	Usted no paga nada. Usted no paga nada Usted no paga nada. Usted no paga nada.	Servicios en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Completa (CORF), rehabilitación cardíaca y pulmonar requieren pre-autorización.
Cuidado de los pies (servicios de podiatría) ○ Examen y tratamiento de los pies ○ Cuidado rutinario de los pies	\$2 copago. Usted no paga nada.	Usted no paga nada en las Clínicas SALUS. Otros proveedores están disponibles en nuestra red. Hasta cuatro (4) visitas de cuidado rutinario de los pies cada año, incluyendo la visita inicial. Requiere referido para visitas cubiertas por Medicare.



PLATINO ADVANCE (HMO-SNP)



Primas y Beneficios	Platino Advance (HMO-SNP)	Qué debes saber
Equipo Médico y Suplidos - Equipo Médico Duradero (ej., silla de ruedas, oxígeno) - Prostéticos (ej., braces, extremidades artificiales) - Suplidos médicos - Suplidos para la Diabetes	- Marcas y fabricantes preferidos: Usted no paga nada. - Marcas y fabricantes no preferidos: 20% coaseguro - Ortóticos y prótesis no implantadas quirúrgicamente: Usted no paga nada. - Prótesis implantadas quirúrgicamente, sistema urinario y dispositivo prostético neuro estimulador: 20% coaseguro - Marcas y fabricantes preferidos: Usted no paga nada. - Marcas y fabricantes no preferidos: 20% coaseguro - Usted no paga nada.	Algunos equipos médicos duraderos, prótesis y suplidos médicos pueden requerir pre-autorización.



PLATINO ADVANCE (HMO-SNP)

Primas y Beneficios	Platino Advance (HMO-SNP)	Qué debes saber
Programa de Bienestar - Programa de Bienestar - Teleconsulta - Teleconsejo	Usted no paga nada. Usted no paga nada. Usted no paga nada.	Programa de Bienestar; Este programa provee material de educación para la salud, intervenciones grupales y educación telefónica sobre nutrición y manejo del peso basado en su perfil de salud. Teleconsulta, línea de enfermería para consultas de salud, disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Teleconsejo, línea de apoyo emocional disponible 24 horas, 7 días a la semana.
Cirugía ambulatoria - Centro de cirugía ambulatoria - Facilidad ambulatoria en un Hospital	Usted no paga nada. Usted no paga nada.	Algunos servicios pueden requerir pre-autorización.
Quiropráctico - Visitas cubiertas por Medicare para corregir subluxación - Visitas de rutina	\$2 copago. Usted no paga nada.	Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxación. (Cuando 1 o más de sus huesos de la columna vertebral se mueven de posición) Requiere referido para servicios cubiertos por Medicare (manipulaciones). Hasta cinco (5) visitas de rutina al quiropráctico, incluyendo la visita inicial.

PLATINO ADVANCE (HMO-SNP)



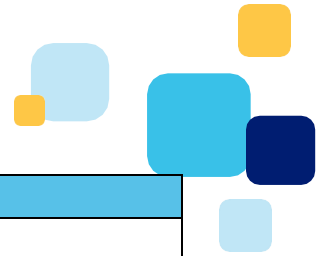
Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Para más información en el costo-compartido adicional de la farmacia y en las fases del beneficio, por favor llámenos o acceda la Evidencia de Cubierta en nuestra página de internet.

	Rx Preferido al Detal Suplido de 30-días	Rx Preferido al Detal Suplido de 90-días	Rx Medicamentos por correo.
Fase 1: Cubierta Inicial			
Nivel 1: Genérico Preferido	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.
Nivel 2: Genérico	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.
Nivel 3: Marca Preferida	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.
Nivel 4: Marca No-Preferida	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.
Nivel 5: Medicamentos Especializado	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.
Nivel 6: Medicamentos de Cuidados Selectos	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.



PLATINO ADVANCE (HMO-SNP)



Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Para más información en el costo-compartido adicional de la farmacia y en las fases del beneficio, por favor llámenos o acceda la Evidencia de Cubierta en nuestra página de internet.

	Rx Estándar al Detal Suplido de 30-días	Rx Estándar al Detal Suplido de 90-días
Fase 1: Cubierta Inicial		
Nivel 1: Genérico Preferido	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.
Nivel 2: Genérico	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.
Nivel 3: Marca Preferida	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.
Nivel 4: Marca No-Preferida	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.
Nivel 5: Medicamentos Especializado	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.
Nivel 6: Medicamentos de Cuidados Selectos	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.



PLATINO ADVANCE (HMO-SNP)

Beneficio Suplementario		
Primas y Beneficios	Platino Advance (HMO-SNP)	Qué debes saber
Cubierta Mundial cuidado de emergencia/ urgencia	Usted no paga nada.	Cubrimos las visitas de emergencia / urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios como un beneficio suplementario. Los servicios están cubiertos por reembolso de acuerdo con las tarifas de Triple-S Advantage, Inc. Límite máximo de cubierta de hasta \$75.00 por costos incurridos por servicios de cuidado de emergencia / urgencia.
Medicamentos para la disfunción eréctil	Usted no paga nada.	Hasta 6 pastillas por mes. Sildenafil Citrate (25, 50 y 100mg) Tadalafil (10 mg y 20 mg) Viagra (25, 50 y 100mg) Cialis (10 y 20 mg)
Beneficio Nutricional / Dietético	Usted no paga nada.	Un máximo de 4 visitas individuales al año a un nutricionista.

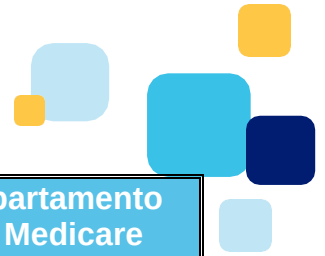
PLATINO ADVANCE (HMO-SNP)

Beneficios Adicionales Provistos por la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico) bajo Medicare Platino

Al ser elegible al Programa de Salud del Gobierno de Puerto Rico y la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico), usted recibirá los siguientes servicios como parte del Plan, que, de otra forma, usted hubiera tenido que pagar. Usted pagará los siguientes copagos por estos servicios.

Beneficio Categoría	Medicaid	Platino Advance (HMO-SNP)
Servicios Intrahospitalarios	La cubierta comienza el primer día de Medicare y el Wrap Platino aplica a cualquier beneficio no cubierto bajo la cubierta de beneficios suplementarios del MAO, incluidos como servicios cubiertos en el plan estatal de Medicaid. Acceso a una habitación semiprivada (cama disponible las veinticuatro (24) horas del día, todos los días del calendario del año. Código de cubierta 100: \$0.00 Código de cubierta 110: \$4.00 Código de cubierta 120: \$5.00 Código de cubierta 130: \$8.00	Dentro de la Red Los afiliados con Código de cubierta 100, 110, 120 y 130 le aplica lo siguiente: No hay límite para el número de días cubiertos por el plan en cada estadía en el hospital. \$0 en categoría de servicio de deducible anual. \$0 copago por admisión Cubierta hospitalización comienza en el primer día que termina la cubierta de Medicare, sin limitaciones.
Servicios Intrahospitalarios de Salud Mental	La cubierta comienza el primer día de Medicare y el Wrap Platino aplica a cualquier beneficio no cubierto bajo la cubierta de beneficios suplementarios del MAO incluidos como servicios cubiertos en el plan estatal de Medicaid. Acceso a una habitación semi-privada (cama	Dentro de la Red Los afiliados con Código de cubierta 100, 110, 120 y 130 le aplica lo siguiente: No hay límite para el número de días cubiertos por el plan en cada estadía en el hospital. \$0 en categoría de servicio de deducible anual.

PLATINO ADVANCE (HMO-SNP)



Beneficios Adicionales Provistos por la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico) bajo Medicare Platino

Al ser elegible al Programa de Salud del Gobierno de Puerto Rico y la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico), usted recibirá los siguientes servicios como parte del Plan, que, de otra forma, usted hubiera tenido que pagar. Usted pagará los siguientes copagos por estos servicios.

Beneficio Categoría	Medicaid	Platino Advance (HMO-SNP)
	disponible las veinticuatro (24) horas del día, cada día del año calendario). Código de cubierta 100: \$0.00 Código de cubierta 110: \$4.00 Código de cubierta 120: \$5.00 Código de cubierta 130: \$8.00	\$0 copago por admisión Cubierta comienza en el primer día que termina la cubierta de Medicare, sin limitaciones.
Servicios Intrahospitalarios para el Desorden de Uso de Sustancias	La cubierta comienza el primer día de Medicare y el Wrap Platino aplica a cualquier beneficio no cubierto bajo la cubierta de beneficios suplementarios del MAO, incluidos como servicios cubiertos en el plan estatal de Medicaid. Acceso a una habitación semi-privada (cama disponible las veinticuatro (24) horas del día, cada día del año calendario). Código de cubierta 100: \$0.00 Código de cubierta 110: \$4.00 Código de cubierta 120: \$5.00 Código de cubierta 130: \$8.00	Dentro de la Red Los afiliados con Código de cubierta 100, 110, 120 y 130 le aplica lo siguiente: No hay límite para el número de días cubiertos por el plan en cada estadía en el hospital. \$0 copago por admisión



PLATINO ADVANCE (HMO-SNP)

Beneficios Adicionales Provistos por la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico) bajo Medicare Platino

Al ser elegible al Programa de Salud del Gobierno de Puerto Rico y la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico), usted recibirá los siguientes servicios como parte del Plan, que, de otra forma, usted hubiera tenido que pagar. Usted pagará los siguientes copagos por estos servicios.

Beneficio Categoría	Medicaid	Platino Advance (HMO-SNP)
Desorden de Uso de Sustancias Ambulatorio	La cubierta comienza el primer día de Medicare y el Wrap Platino aplica a cualquier beneficio no cubierto bajo la cubierta de beneficios suplementarios del MAO, incluidos como servicios cubiertos en el plan estatal de Medicaid. Acceso a una habitación semi-privada (cama disponible las veinticuatro (24) horas del día, cada día del año calendario). Código de cubierta 100: \$0.00 Código de cubierta 110: \$1.00 Código de cubierta 120: \$1.50 Código de cubierta 130: \$2.00	Dentro de la Red Los afiliados con Código de cubierta 100, 110, 120 y 130 le aplica lo siguiente: Servicios de Intervención de Emergencia o en una crisis, disponible 24 horas los 7 días a la semana. Cada visita individual y grupo de tratamiento relacionada con el Desorden de Uso de Sustancias: \$0 copago por sesión
Servicio de Salud Mental Ambulatorio y Servicios Profesionales	Todos los servicios de OPD relacionados con la salud mental e intervención de emergencia y crisis no cubiertos por Medicare o los beneficios suplementarios MAO, las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana, pero incluidos en el Plan estatal. Código de cubierta 100:	Dentro de la Red Los afiliados con Código de cubierta 100, 110, 120 y 130 le aplica lo siguiente: Servicios de Intervención de Emergencia o en una crisis, disponible 24 horas los 7 días a la semana. \$0 copago por sesión

PLATINO ADVANCE (HMO-SNP)

Beneficios Adicionales Provistos por la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico) bajo Medicare Platino

Al ser elegible al Programa de Salud del Gobierno de Puerto Rico y la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico), usted recibirá los siguientes servicios como parte del Plan, que, de otra forma, usted hubiera tenido que pagar. Usted pagará los siguientes copagos por estos servicios.

Beneficio Categoría	Medicaid	Platino Advance (HMO-SNP)
	\$0.00 Código de cubierta 110: \$1.00 Código de cubierta 120: \$1.50 Código de cubierta 130: \$2.00	
Laboratorios y Laboratorios de Alta Tecnología	Las pruebas de laboratorio y procedimientos necesarios relacionados a la generación de un certificado de salud no cubiertos por Medicare o el MAO como beneficios suplementarios pero incluidos en el plan Estatal. Código de cubierta 100: \$0 Código de cubierta 110: 50¢ Código de cubierta 120: \$1.00 Código de cubierta 130: \$1.50	Dentro de la Red Los afiliados con Código de cubierta 100, 110, 120 y 130 le aplica lo siguiente: \$0 copago por cada prueba diagnóstica, rayos-x, exámenes y servicios de laboratorio \$0 copago por cada Radiología Terapéutica y servicio de Radiología Diagnóstica Algunos servicios pueden requerir pre-autorización.
EPSDT menores de 21 años	Los requerimientos EPSDT no cubiertos por Medicare o el MAO como beneficios suplementarios pero incluidos en el plan Estatal. Los chequeos de EPSDT deben incluir los siguientes procedimientos: Examen comprensivo y	Dentro de la Red Los afiliados con Código de cubierta 100, 110, 120 y 130 le aplica lo siguiente: \$0 copago

PLATINO ADVANCE (HMO-SNP)

Beneficios Adicionales Provistos por la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico) bajo Medicare Platino

Al ser elegible al Programa de Salud del Gobierno de Puerto Rico y la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico), usted recibirá los siguientes servicios como parte del Plan, que, de otra forma, usted hubiera tenido que pagar. Usted pagará los siguientes copagos por estos servicios.

Beneficio Categoría	Medicaid	Platino Advance (HMO-SNP)
	desarrollo histórico; Evaluación de desarrollo incluyendo el desarrollo mental, emocional Salud Conductual (Behavioral Health); Medidas (incluyendo circunferencia de la cabeza a un infante); evaluación de estado nutricional; examen comprensivo físico sin ropa; Vacunas de acuerdo con las directrices emitidas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) (las vacunas son proporcionadas y pagadas por el Departamento de Salud para personas elegibles a Medicaid y CHIP. Ciertas pruebas de laboratorio; orientación preventiva y educación para la salud; Examen de la vista; Tuberculosis; La prueba de audición; dental y salud oral. (Se debe hacer referencia a las guías de EPSDT de CMS y a la política de ASES) Código de cubierta 100:	

PLATINO ADVANCE (HMO-SNP)

Beneficios Adicionales Provistos por la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico) bajo Medicare Platino

Al ser elegible al Programa de Salud del Gobierno de Puerto Rico y la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico), usted recibirá los siguientes servicios como parte del Plan, que, de otra forma, usted hubiera tenido que pagar. Usted pagará los siguientes copagos por estos servicios.

Beneficio Categoría	Medicaid	Platino Advance (HMO-SNP)
	\$0.00 Código de cubierta 110: \$0.00 Código de cubierta 120: \$0.00 Código de cubierta 130: \$0.00	
Planificación Familiar	Servicios de Planificación Familiar no cubiertos por Medicare o el MAO como beneficios suplementarios pero incluidos en el plan Estatal. Medicaid Puerto Rico provee planificación familiar y asesoramiento de salud reproductivo. Estos servicios deberán ser proporcionados de manera voluntaria y confidencial, incluyendo los casos en que el afiliado sea menor de dieciocho años de edad (18). Los servicios de planificación familiar incluirán como mínimo, los siguientes: educación y orientación; prueba de embarazo; evaluación de infertilidad; servicios de esterilización de acuerdo con 42 CFR 441.200 subparte F; servicios de laboratorio; costo e inserción/extracción de	Dentro de la Red Los afiliados con Código de cubierta 100, 110, 120 y 130 le aplica lo siguiente: \$0 copago

PLATINO ADVANCE (HMO-SNP)

Beneficios Adicionales Provistos por la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico) bajo Medicare Platino

Al ser elegible al Programa de Salud del Gobierno de Puerto Rico y la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico), usted recibirá los siguientes servicios como parte del Plan, que, de otra forma, usted hubiera tenido que pagar. Usted pagará los siguientes copagos por estos servicios.

Beneficio Categoría	Medicaid	Platino Advance (HMO-SNP)
	productos no orales, tales como de acción prolongada anticonceptivos reversibles (LARC); al menos uno de cada clase y categoría de anticonceptivos aprobados por la FDA; y otros medicamentos aprobados por la FDA o métodos anticonceptivos cuando sea médicamente necesario y aprobado a través de una preautorización o por medio de un proceso de excepción, y el proveedor de la receta puede demostrar por lo menos una de las siguientes situaciones: • Contraindicación con algún medicamento que el afiliado ya esté tomando, y no hay otros medicamentos cubiertos/disponibles que puedan ser utilizados por el afiliado. • Antecedentes de reacción adversa por parte del afiliado por métodos contraceptivos cubiertos.	

PLATINO ADVANCE (HMO-SNP)

Beneficios Adicionales Provistos por la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico) bajo Medicare Platino

Al ser elegible al Programa de Salud del Gobierno de Puerto Rico y la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico), usted recibirá los siguientes servicios como parte del Plan, que, de otra forma, usted hubiera tenido que pagar. Usted pagará los siguientes copagos por estos servicios.

Beneficio Categoría	Medicaid	Platino Advance (HMO-SNP)
	Antecedentes de reacción adversa por parte del afiliado a medicamentos anticonceptivos cubiertos. Código de cubierta 100: \$0.00 Código de cubierta 110: \$0.00 Código de cubierta 120: \$0.00 Código de cubierta 130: \$0.00	
Dejar de fumar y consumir tabaco	Servicios de Dejar de fumar y consumir tabaco no cubiertos por Medicare o el MAO como beneficios suplementarios pero incluidos en el Plan Estatal. Código de cubierta 100: \$0.00 Código de cubierta 110: \$0.00 Código de cubierta 120: \$0.00 Código de cubierta 130: \$0.00	Dentro de la Red Los afiliados con Código de cubierta 100, 110, 120 y 130 le aplica lo siguiente: \$0 copago
Servicios Prenatales	Servicios prenatales no cubiertos por Medicare o el MAO como beneficios suplementarios pero incluidos en el Plan Estatal. Abortos cuando el embarazo es consecuencia	Dentro de la Red Los afiliados con Código de cubierta 100, 110, 120 y 130 le aplica lo siguiente: \$0 copago

PLATINO ADVANCE (HMO-SNP)

Beneficios Adicionales Provistos por la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico) bajo Medicare Platino

Al ser elegible al Programa de Salud del Gobierno de Puerto Rico y la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico), usted recibirá los siguientes servicios como parte del Plan, que, de otra forma, usted hubiera tenido que pagar. Usted pagará los siguientes copagos por estos servicios.

Beneficio Categoría	Medicaid	Platino Advance (HMO-SNP)
	de violación o incesto, certificado por un médico. Código de cubierta 100: \$0.00 Código de cubierta 110: \$0.00 Código de cubierta 120: \$0.00 Código de cubierta 130: \$0.00	
Servicios Médicos y Cirugía	Servicios Médicos y Cirugía no cubiertos por Medicare o el MAO como beneficios suplementarios pero incluidos en el Plan Estatal. Esterilización voluntaria de hombres y mujeres mayores de edad y en su sano juicio, siempre que hayan sido previamente informados acerca de las consecuencias del procedimiento médico, y que haya pruebas de consentimiento escrito completando el Formulario de Consentimiento de Esterilización incluido como Apéndice (O) (18) del contrato. Código de cubierta 100: \$0.00 Código de cubierta 110:	Dentro de la Red Los afiliados con Código de cubierta 100, 110, 120 y 130 le aplica lo siguiente: Esterilización voluntaria a los hombres y mujeres de edad apropiada, previamente orientados sobre los procedimientos médicos. El médico debe evidenciar el consentimiento por escrito. Visita a un centro de cirugía ambulatoria: \$0 copago Visita a una facilidad hospitalaria ambulatoria: \$0 copago Algunos servicios pueden requerir pre-autorización.

PLATINO ADVANCE (HMO-SNP)

Beneficios Adicionales Provistos por la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico) bajo Medicare Platino

Al ser elegible al Programa de Salud del Gobierno de Puerto Rico y la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico), usted recibirá los siguientes servicios como parte del Plan, que, de otra forma, usted hubiera tenido que pagar. Usted pagará los siguientes copagos por estos servicios.

Beneficio Categoría	Medicaid	Platino Advance (HMO-SNP)
	\$1.00 Código de cubierta 120: \$1.50 Código de cubierta 130: \$2.00	
Servicios de Visión	Servicios de visión no cubiertos por Medicare o el MAO como beneficios suplementarios pero incluidos en el plan Estatal. Los espejuelos o lentes de contacto para los beneficiarios de edades entre los 0-20 años cuando sea médicamente necesario serán cubiertos, el beneficio de espejuelos y lentes, consta de un lente sencillo o multifocal y una montura estándar cada 24 meses. Todos los tipos de lentes deben ser pre-autorizados excepto lentes intraoculares. Reparación o sustitución de espejuelos serán cubiertos dentro de 24 meses, cuando este es médicamente necesario y aprobado por una preautorización. Código de cubierta 100: \$0.00 Código de cubierta 110:	Dentro de la Red Los afiliados con Código de cubierta 100, 110, 120 y 130 le aplica lo siguiente: \$0 copago por examen de visión cubierto por Medicare. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones del ojo incluyendo una prueba anual de glaucoma para personas que están en riesgo cubiertos por Medicare. Un (1) examen de vista rutinario por año. \$0 copago por examen de visión rutinario. \$0 copago por espejuelos o lentes de contacto. Hasta \$100 cada año para espejuelos recetados (montura y lentes) o lentes de contacto

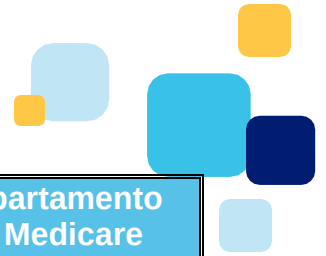
PLATINO ADVANCE (HMO-SNP)

Beneficios Adicionales Provistos por la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico) bajo Medicare Platino

Al ser elegible al Programa de Salud del Gobierno de Puerto Rico y la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico), usted recibirá los siguientes servicios como parte del Plan, que, de otra forma, usted hubiera tenido que pagar. Usted pagará los siguientes copagos por estos servicios.

Beneficio Categoría	Medicaid	Platino Advance (HMO-SNP)
	\$1.00 Código de cubierta 120: \$1.50 Código de cubierta 130: \$2.00	
Servicios Dentales	Servicios Dentales no cubiertos por Medicare o el MAO como beneficios suplementarios pero incluidos en el Plan Estatal. Lo siguiente son los beneficios incluidos en el PSG: • Todos los servicios preventivos y correctivos para niños menores de veintiuno (21) mandatorio por requisito del EPSDT. • Terapia pediátrica de la pulpa (Pulpotomía) para niños menores de veintiuno (21); • Coronas de acero inoxidable para uso en dientes primarios tras una Pulpotomía pediátrica; • Servicios dentales preventivos para adultos;	Dentro de la Red Los afiliados con Código de cubierta 100, 110,120 y 130 le aplica lo siguiente: \$0 copago por servicios dentales cubiertos por Medicare y por los servicios dentales preventivos descritos en el capítulo 4 de su <i>Evidencia de Cubierta</i>: \$0 copago Límite de beneficio: Hasta \$600 cada año para servicios dentales comprensivos. Los servicios dentales comprensivos pueden requerir pre-autorización. Pregúntele a su dentista si el servicio que necesita requiere pre-autorización antes de prestarlo.

PLATINO ADVANCE (HMO-SNP)



Beneficios Adicionales Provistos por la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico) bajo Medicare Platino

Al ser elegible al Programa de Salud del Gobierno de Puerto Rico y la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico), usted recibirá los siguientes servicios como parte del Plan, que, de otra forma, usted hubiera tenido que pagar. Usted pagará los siguientes copagos por estos servicios.

Beneficio Categoría	Medicaid	Platino Advance (HMO-SNP)
	• Servicios dentales restaurativos para adultos; • Un (1) Examen Oral Comprensivo; • Un (1) examen periódico cada seis meses; • Un (1) examen oral limitados para determinar un problema definido; • Una (1) serie de radiografías intra orales, incluyendo mordedura, cada tres (3) años; • Una (1) radiografía inicial periapical intraoral; • Hasta cinco (5) radiografías adicionales por año peri apical intraorales; • Una (1) radiografía de mordida de placa sencilla por año; • Una (1) radiografía de mordida de placa doble por año; • Una (1) radiografía panorámica cada tres (3) años;	



PLATINO ADVANCE (HMO-SNP)

Beneficios Adicionales Provistos por la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico) bajo Medicare Platino

Al ser elegible al Programa de Salud del Gobierno de Puerto Rico y la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico), usted recibirá los siguientes servicios como parte del Plan, que, de otra forma, usted hubiera tenido que pagar. Usted pagará los siguientes copagos por estos servicios.

Beneficio Categoría	Medicaid	Platino Advance (HMO-SNP)
	• Una (1) limpieza cada seis (6) meses para adultos. • Una (1) limpieza cada seis (6) meses para niños; • Una aplicación tópica de fluoruro cada seis (6) meses para afiliados menores de (19) años; • Selladores de fisuras de por vida para afiliados hasta (14) años. Incluye molares deciduos hasta 8 años cuando es médicamente necesario debido a tendencia de caries; • Restauraciones de Amalgamas; • Restauraciones de Resina; • Endodoncia "Root Canal"; • Tratamiento Paliativo; y • Cirugía Oral. Preventivo (Niños)100-\$0.00 / 110-\$0.00 /120-\$0.00 /130- \$0.00 Preventivo (Adultos)100-\$0.00 / 110-\$1.00 /120-\$1.50 /130- \$2.00	

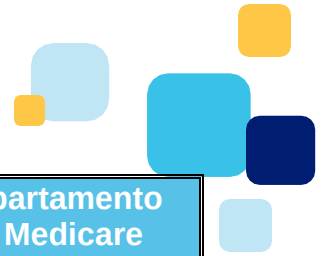
PLATINO ADVANCE (HMO-SNP)

Beneficios Adicionales Provistos por la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico) bajo Medicare Platino

Al ser elegible al Programa de Salud del Gobierno de Puerto Rico y la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico), usted recibirá los siguientes servicios como parte del Plan, que, de otra forma, usted hubiera tenido que pagar. Usted pagará los siguientes copagos por estos servicios.

Beneficio Categoría	Medicaid	Platino Advance (HMO-SNP)
	Restaurativo 100 -\$0.00 / 110 -\$1.00 / 120 - \$1.50 / 130 - \$2.00	
Examen de Audición	Servicios de Audición relacionados no cubiertos por Medicare o el MAO como beneficios suplementarios pero incluidos en el Plan Estatal. Audífonos para beneficiarios mayores de 20 años están excluidos de la cubierta. Refiérase a ESPDT para servicios de audición cubiertos. Código de cubierta 100: \$0.00 Código de cubierta 110: \$1.00 Código de cubierta 120: \$1.50 Código de cubierta 130: \$2.00	Dentro de la Red Los afiliados con Código de cubierta 100, 110,120 y 130 le aplica lo siguiente: \$0 copago por examen de audición cubiertos por Medicare. Hasta un (1) examen rutinario de audición cada año. \$0 copago por examen de rutina
Servicios Preventivos	Servicios de inmunizaciones no cubiertos por: 1. La Parte B de Medicare 2. El Formulario de medicamentos Parte D del MAO	Dentro de la Red Los afiliados con Código de cubierta 100, 110,120 y 130 le aplica lo siguiente: \$0 copago

PLATINO ADVANCE (HMO-SNP)



Beneficios Adicionales Provistos por la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico) bajo Medicare Platino

Al ser elegible al Programa de Salud del Gobierno de Puerto Rico y la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico), usted recibirá los siguientes servicios como parte del Plan, que, de otra forma, usted hubiera tenido que pagar. Usted pagará los siguientes copagos por estos servicios.

Beneficio Categoría	Medicaid	Platino Advance (HMO-SNP)
	3. Beneficios suplementarios del plan MAO 4. No cubiertas por Programa de Vacunación del Departamento de Salud pero incluidas en el Plan Medicaid de Puerto Rico. Código de cubierta 100: \$0.00 Código de cubierta 110: \$0.00 Código de cubierta 120: \$0.00 Código de cubierta 130: \$0.00	
Terapia Física, Ocupacional y del Habla	Cubierto sin límites bajo la Parte B Medicare (seguro médico). No aplica dentro de Wrap-Around. Código de cubierta 100: \$0.00 Código de cubierta 110: \$1.00 Código de cubierta 120: \$1.50 Código de cubierta 130: \$2.00	Dentro de la Red Los afiliados con Código de cubierta 100, 110, 120 y 130 le aplica lo siguiente: \$0 copago por cada servicio de terapia física, patología del habla-lenguaje y terapia ocupacional. Servicios brindados en CORF requieren pre-autorización.



PLATINO ADVANCE (HMO-SNP)

Beneficios Adicionales Provistos por la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico) bajo Medicare Platino

Al ser elegible al Programa de Salud del Gobierno de Puerto Rico y la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico), usted recibirá los siguientes servicios como parte del Plan, que, de otra forma, usted hubiera tenido que pagar. Usted pagará los siguientes copagos por estos servicios.

Beneficio Categoría	Medicaid	Platino Advance (HMO-SNP)
Medicamentos Recetados	Medicamentos recetados no cubiertos por Medicare o el MAO como beneficios suplementarios pero incluidos en el Plan Estatal. Cualquier costo compartido no incluido en el diseño de beneficios del MAO aprobado por CMS, incluidos deducibles, coaseguros o brechas de cobertura que excedan el plan estatal. El medicamento debe estar en el formulario de PSG y debe estar sujeto a las modificaciones según lo establecido en el formulario de medicamentos de PSG en la cubierta (FMC). También debe cumplir con lo siguiente: El beneficio de farmacia de los MAOs debe proporcionar cubierta de medicamentos el año completo de los formularios aprobados por CMS y sujeto a los copagos Platino establecidos como	Los afiliados con Código de cubierta 100, 110, 120 y 130 le aplica lo siguiente: Nivel 1: Genérico preferido Farmacias Dentro de la Red suplidos por un mes (30 días) - Farmacias de Costo Compartido Preferido- Usted paga \$0 copago por medicamento recetado. - Farmacias de Costo compartido estándar- Usted paga \$0 copago por medicamento recetado. Nivel 2- Genérico Farmacias Dentro de la Red suplidos por un mes (30 días) - Farmacias de Costo Compartido Preferido- Usted paga \$0 copago por medicamento recetado. - Farmacias de Costo compartido estándar- Usted paga \$0 copago por medicamento recetado. Nivel 3: Marca Preferida Farmacias Dentro de la Red suplidos por un mes (30 días) - Farmacias de Costo Compartido Preferido- Usted paga \$0 copago por medicamento recetado. - Farmacias de Costo compartido estándar- Usted paga \$0 copago

PLATINO ADVANCE (HMO-SNP)

Beneficios Adicionales Provistos por la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico) bajo Medicare Platino

Al ser elegible al Programa de Salud del Gobierno de Puerto Rico y la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico), usted recibirá los siguientes servicios como parte del Plan, que, de otra forma, usted hubiera tenido que pagar. Usted pagará los siguientes copagos por estos servicios.

Beneficio Categoría	Medicaid	Platino Advance (HMO-SNP)
	única contribución fuera del bolsillo. - Los medicamentos no incluidos en el Formulario de Medicamentos de la Parte D de los MAO deben someterse al proceso de excepción requerido de CMS para la posible aprobación de medicamentos no cubiertos. Si los MAO sostienen la denegación del proceso de excepción, incluido el proceso de apelación, pero si el medicamento está cubierto por el Formulario de Medicamentos Cubiertos (FMC) de GHP, el medicamento estará cubierto por el Wrap-Around. - Medicamentos prescritos Código de cubierta: 100-\$0.00 / 110-\$0.00 /120- \$0.00 /130- \$0.00 Preferido (Niños 0-21)	por medicamento recetado. Nivel 4: Medicamento de Marca No-Preferida Farmacias Dentro de la Red suplidos por un mes (30 días) - Farmacias de Costo Compartido Preferido- Usted paga \$0 copago por medicamento recetado. - Farmacias de Costo compartido estándar- Usted paga \$0 copago por medicamento recetado. Nivel 5: Especializado Medicamento Especializado Genérico Farmacias Dentro de la Red suplidos por un mes (30 días) - Farmacias de Costo Compartido Preferido- Usted paga \$0 copago por medicamento recetado. - Farmacias de Costo compartido estándar- Usted paga \$0 copago por medicamento recetado. Medicamento Especializado de Marca - Farmacias de Costo Compartido Preferido- Usted paga \$0 copago por medicamento recetado. - Farmacias de Costo compartido estándar- Usted paga \$0 copago por medicamento recetado.

PLATINO ADVANCE (HMO-SNP)

Beneficios Adicionales Provistos por la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico) bajo Medicare Platino

Al ser elegible al Programa de Salud del Gobierno de Puerto Rico y la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid de Puerto Rico), usted recibirá los siguientes servicios como parte del Plan, que, de otra forma, usted hubiera tenido que pagar. Usted pagará los siguientes copagos por estos servicios.

Beneficio Categoría	Medicaid	Platino Advance (HMO-SNP)
	Código de cubierta: 100-\$0.00 / 110-\$1.00 /120-\$2.00 /130-\$3.00 Preferido (Adulto)**** Código de cubierta: 100-\$0.00 / 110-\$0.00 /120- \$0.00 /130- \$0.00 No-Preferido (Niños 0-21) Código de cubierta: 100-\$0.00 / 110-\$3.00 /120- \$4.00 /130- \$6.00 No-Preferido (Adulto)**** Código de cubierta: 100-\$0.00 / 110-\$0.00 /120-\$0.00 /130- \$0.00 Abuso de Sustancia Ambulatorio	Nivel 6: Medicamentos de Cuidados Selectos -Farmacias Dentro de la Red suplidos por un mes (30 días) - Farmacias de Costo Compartido Preferido- Usted paga \$0 copago por medicamento recetado. - Farmacias de Costo compartido estándar- Usted paga \$0 copago por medicamento recetado. (Niños 0-21) \$0 copago (Servicios Ambulatorios para el Desorden de Uso de Sustancias) \$0 copago

¹Medicare Platino no puede establecer copagos superiores a los especificados en las tablas del “Wrap Around” y Plan Estatal.

Servicios del “Wrap Platino” están sujetos a los copagos máximos en estas tablas con excepciones y sin copagos para los beneficiarios de Medicaid / CHIP y ciertos servicios de la siguiente manera:

Los beneficiarios de Medicaid / CHIP

- Niños desde 0 a menos de 21 años de edad;
- Mujeres embarazadas (durante el embarazo y los 60 días subsiguientes al periodo de parto)
- Los indios americanos y nativos de Alaska (AI / AN)
- Las personas institucionalizadas; y



- Las personas que reciben cuidados de hospicio.

Servicios

- Servicios de emergencia, incluyendo servicios ambulatorios, de hospital y servicios de post-estabilización según definido en las regulaciones federales 1932 (b) del Acta y 42 CFR 438.114 (a);
- Servicios de planificación familiar y suplidos
- Servicios preventivos provistos a niños menores de 18 años de edad
- Servicios relacionados al embarazo y consejería para la cesación de drogas y uso de tabaco;
- Servicios prevenibles del proveedor como se define en 42 CFR 447.26 (b); y
- Se puede eximir el pago de visita no emergente a un hospital de emergencia, llamando al centro de llamadas MCO recibiendo un código que exima el copago.

Los siguientes servicios no están incluidos en la cubierta de Medicaid, pero son provistos por el Departamento de Salud.

¹Vacunas para niños de 0 a 20 años de edad.

- Hepatitis B
- Rotavirus (RV)
- DTaP (Toxoides de Difteria y tos ferina acelular)
- Hib (Vacuna conjugada Hib)
- PCV13 Y PPSV23 (Vacunas antineumocócicas)
- Poliovirus inactivado (IPV)
- ² Vacunas contra la influenza (Virus atenuado LAIV o la IIV).
- MMR
- Varicela (VAR)
- Hepatitis A
- Vacunas Antimeningocócicas - Hib-MenCY [MenHibrix], MenACWY-D [Menactra], MenACWY-CRM (Menveo) MenB (Meningeococos serogrupo B Men B -4C [Bexserol] y Hombres B- FHbp [Trumenba]
- Tdap
- Virus Papiloma Humano (VPH)

Vacunas para adultos de 21 > 65 años de edad.

- Influenza²
- Td / Tdap (Tétanos Difteria, Tos ferina)
- Varicela
- VPH Virus del Papiloma Humano
- Zoster



PLATINO ADVANCE (HMO-SNP)

- MMR
- Neumococo Polisacárido (PPSV23)
- Neumococo 13 Conjugada (PCV13)
- Meningococo
- Hepatitis A
- Hepatitis B

 TRIPLE-S ADVANTAGE
Multi-language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520).

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520).

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520)。

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520).

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520) 번으로 전화해 주십시오.

Arabic: بالمجان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات فإن، اللغة اذكر تتحدث كنت إذا: ملحوظة: 1-866-620-2520 (والبكم الصم هاتف رقم) 1-888-620-1919 برقم اتصل.

Hindi: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520) पर कॉल करें।

Italian: ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520).

Português: ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520).

French Creole: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520).

Polish: UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520).

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520)まで、お電話にてご連絡ください。

Ukrainian: УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-888-620-1919 (телетайп: 1-866-620-2520).

Catalan: ATENCIÓ: Si parleu Català, teniu disponible un servei d'ajuda lingüística sense cap càrrec. Truqueu al 1-888-620-1919 (TTY o teletip: 1-866-620-2520).

**AVISO INFORMANDO A LOS INDIVIDUOS SOBRE LOS REQUISITOS
DE NO DISCRIMEN Y ACCESO Y LA DECLARACION DE NO
DISCRIMEN: EL DISCRIMEN ESTÁ EN CONTRA DE LA LEY**

Triple-S Advantage, Inc. cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina por motivo de raza, color, origen nacional, edad, sexo o incapacidad. Triple-S Advantage, Inc. no excluye a los individuos o los trata diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, incapacidad o sexo.

Triple-S Advantage, Inc.:

- Provee mecanismos auxiliares y servicios gratuitos a las personas con incapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes en lenguaje de señas cualificados
 - Información escrita en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros)
- Provee servicios de traducción gratuitos a personas cuyo primer idioma no es el español, tales como:
 - Intérpretes cualificados
 - Información escrita en otros idiomas.

Si usted necesita estos servicios, contacte a un Representante de Servicio de Triple S Advantage.

Si usted cree que Triple-S Advantage, Inc. no le ha provisto estos servicios o ha discriminado de cualquier otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, sexo o incapacidad, comuníquese con:

Representante de Servicio

PO Box 11320

San Juan, PR 00922-1320

Teléfono 1-888-620-1919, TTY: 1-866-620-2520

Fax.787-993-3261, correo electrónico: TSACompliance@sssadvantage.com

Usted puede presentar su querella en persona, por correo, fax o e-mail. Si necesita ayuda para presentar su querella, nuestro Representante de Servicio está disponible para ayudarle.

Usted puede presentar su querella por violación a los derechos civiles con el Departamento de Salud y de Recursos Humanos de Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles de forma electrónica en su portal: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de querrela están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATENCIÓN: si usted habla español, servicios de asistencia lingüística están disponibles libre de cargo para usted. Llame al: 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520)。

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520).