

# RESUMEN DE BENEFICIOS DEL PLAN DE SALUD 2019-2020

SEGURO DE SALUD DE  
LOS ESTUDIANTES Y  
FAMILIARES DIRECTOS

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO



BlueCross BlueShield of Puerto Rico

## ELEGIBILIDAD

- Todo estudiante diurno o nocturno que pague matrícula, en no menos de tres (3) créditos universitarios en programas conducentes a grado en semestre o sesiones de verano de la Universidad de Puerto Rico.
- Incluye los estudiantes graduados, matriculados en maestría o doctorado con un mínimo de un curso de continuación de tesis o trabajos de investigación sin crédito. Además, incluye a los estudiantes subgraduados que estén realizando solamente su práctica académica o que sean candidatos a graduación.
- Los estudiantes tienen la oportunidad de elegir entre una cubierta individual o familiar (para esposa(o) e hijos del estudiante), cumpliendo con los requisitos de elegibilidad, las condiciones aplicables y el pago de la prima correspondiente.
- El inicio de la cubierta será el primer día de clases de cada período académico.
- Una vez el estudiante haya finalizado su matrícula y se reciba la información en nuestra oficina de parte de la Universidad, no se aceptará ningún tipo de cambio.

## CUBIERTA BÁSICA

### Servicio de Hospitalización y Médico Quirúrgico

- Habitación semi-privada, \$25.00 dólares de deducible
- Pruebas diagnósticas
- Ambulancia terrestre, reembolso máximo
- Cirugías electivas y ambulatorias, sujetas a pre- autorización

### Salas de Emergencias

- (\$0) deducibles por emergencia por accidente
- \$10.00 de deducible por emergencia enfermedad

### Servicios de Maternidad

- Parto Normal o por Cesárea
- Servicios pre y post natales, \$3.00 de deducible
- Atención del recién nacido en el nursery, mientras la madre esté hospitalizada.

## SERVICIOS AMBULATORIOS

- Visitas a generalistas, especialistas y sub-especialistas, \$3.00 de deducible
- Un examen de refracción por año póliza, \$3.00 copago
- Fisioterapia, 20 por año, \$2.00 de copago
- Terapias respiratorias, sin límite
- Pruebas de alergia, 20% de coaseguro
- Pruebas de audiometría, 1 por año póliza a través de reembolso
- Prueba de Papanicolaou, 1 por año póliza, 20% de coaseguro
- Laboratorios y Rayos X, 20% de coaseguro
- Pruebas diagnósticas especializadas, 25% de coaseguro (una de cada una por año póliza, excepto sonograma, dos por año)
  - Sonogramas
  - Tomografía computadorizada
  - Medicina nuclear
  - Resonancia Magnética (MRI)
  - Pruebas Cardiovasculares
  - Vasculares
  - Neurológicas
  - Endoscopías
  - Laparoscopías

## SERVICIOS PREVENTIVOS REQUERIDOS

### LEY REFORMA FEDERAL

- Pruebas de cernimiento con \$0.00 copago
- Servicios preventivos con \$0.00 copago
- Vacunas cubiertas con \$0.00 copago

### FARMACIA ALTERNATIVA A

#### Deducible

- \$8.00 de deducible por medicamentos genéricos (Preferido y No preferido)

### FARMACIA ALTERNATIVA B

#### Deducible

- \$5.00 de deducible por medicamentos genéricos mandatorio y de marca (Preferido y No preferido)

### Despacho de Medicamentos

- 15 días de medicación por vez (agudos)
- 30 días para medicamentos psicoterapéuticos (agudos)
- 30 días para medicamentos de mantenimiento, con 2 repeticiones

---

## CUBIERTAS OPCIONALES

### MAJOR MEDICAL

- \$100.00 de deducible por estudiante
- \$300.00 de deducible por familia
- 20% de co-aseguro, hasta \$2,000 de desembolso máximo por los gastos elegibles.

### Beneficios cubiertos

- Compra o alquiler de sillas de ruedas manuales, equipo para administrar oxígeno y cama de hospital, requiere pre-autorización.
- Aparatos ortopédicos, requiere preautorización
- Prótesis, 1 por vida, requiere pre-autorización
- Trasplante de hueso, piel y córnea, requiere la coordinación y pre-autorización de Triple-S Salud
- Terapias físicas y respiratorias, el exceso de las cubiertas en la básica
- Enfermedades renales diálisis y hemodiálisis
- Emergencias médicas en Estados Unidos aplicando deducibles y coaseguros

## DENTAL

### Servicios Preventivos (sin co-aseguro)

- Examen inicial, periódico y de emergencia
- Radiografías: periapical, de mordida y panorámica
- Limpieza cada 6 meses
- Aplicación de fluoruro a menores de 19 años cada 6 meses
- Mantenedores de espacio

### Servicios Restaurativos (25% coaseguro)

- Restauraciones en amalgama y resina compuesta
- Endodoncia, incluye tratamiento de canal y relleno de canal para toda la dentadura
- Tratamiento paliativo
- Extracciones quirúrgicas

### Ortodoncia

- Ortodoncia 30% coaseguro, este beneficio tendrá un máximo de \$800.00 durante el año contrato por reembolso. Los participantes pueden disfrutar del beneficio hasta los 21 años.

## PROGRAMA BLUECARD

- Provee acceso a una amplia red de proveedores en Estados Unidos en casos de emergencia.
- Para información adicional sobre los hospitales participantes, visite la página de Internet: [www.bcbs.com](http://www.bcbs.com).

## TELECONSULTA

Con el propósito de proveer a los estudiantes y su familia, acceso a más información sobre servicios de salud, Triple-S Salud le ofrece a todos los suscriptores el servicio de orientación y consulta de salud telefónica, Teleconsulta. Este servicio, atendido por enfermeras graduadas, ofrece orientación sobre qué hacer en caso de síntomas, enfermedades, emergencias o tratamientos médicos. Teleconsulta brinda servicios las veinticuatro (24) horas los 365 días del año.

En Teleconsulta recibirás:

- Ayuda y orientación
- Evaluación de los síntomas
- Determinación del tratamiento más apropiado para el asegurado.

La información se ofrece de manera rápida, efectiva y confidencial. Teléfono Libre de Costos 1-800-255-4375.

## UNIDAD DEDICADA

- Triple-S Salud tiene a la disposición de los participantes, teléfonos para fácil acceso a la Unidad Dedicada. Los números son:
  - Directo (787) 764-8405
  - Servicio al Cliente (787) 774-6060.

Triple-S Salud  
PO Box 363628  
San Juan PR 00936-3628  
[yosanchez@ssspr.com](mailto:yosanchez@ssspr.com)  
[www.ssspr.com](http://www.ssspr.com)

---

Este es un breve resumen de carácter informativo y no sustituye ni modifica la póliza. Les exhortamos a revisar el certificado de Beneficios (póliza) para que conozca en detalle los beneficios, limitaciones y exclusiones de la cubierta.

# UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO

Efectividad: 1 de julio del 2019 hasta 30 de junio del 2020

## Familiar (aplica al esposo(a) e hijos del estudiante)

Sección Académica	Primer Semestre	Segundo Semestre Incluye verano	Trimestre	Verano	Anual
<b>Cubierta Básica</b> Incluye medicamento genérico solamente, Alternativa A	1,032	1,444	825	413	2,476
<b>Cubierta Básica con Dental</b> Alternativa A	1,264	1,769	1,011	506	3,033
<b>Cubierta Básica con Dental y Major Medical</b> Alternativa A	1,320	1,848	1,056	528	3,168
<b>Cubierta Básica con Major Medical</b> Incluye medicamentos genéricos solamente Alternativa A	1,088	1,523	870	435	2,611
<b>Cubierta Básica con Farmacia</b> Alternativa B	2,271	3,179	1,817	909	5,450
<b>Cubierta Básica con Farmacia y Dental</b> Alternativa B	2,503	3,504	2,002	1,001	6,007
<b>Cubierta Básica con Farmacia, Dental y Major Medical</b> Alternativa B	2,559	3,583	2,047	1,024	6,142
<b>Cubierta Básica con Farmacia y Major Medical</b> Alternativa B	2,327	3,258	1,862	931	5,585

## Individual

Sección Académica	Primer Semestre	Segundo Semestre Incluye verano	Trimestre	Verano	Anual
<b>Cubierta Básica</b> Incluye medicamento genérico solamente, Alternativa A	463	649	371	186	1,112
<b>Cubierta Básica con Dental</b> Alternativa A	596	834	477	239	1,430
<b>Cubierta Básica con Dental y Major Medical</b> Alternativa A	619	867	495	248	1,486
<b>Cubierta Básica con Major Medical</b> Incluye medicamentos genéricos solamente Alternativa A	487	681	389	195	1,168
<b>Cubierta Básica con Farmacia</b> Alternativa B	1,083	1,516	866	433	2,599
<b>Cubierta Básica con Farmacia y Dental</b> Alternativa B	1,215	1,702	972	486	2,917
<b>Cubierta Básica con Farmacia, Dental y Major Medical</b> Alternativa B	1,239	1,734	991	496	2,973
<b>Cubierta Básica con Farmacia y Major Medical</b> Alternativa B	1,106	1,549	885	443	2,655

- La alternativa A incluye medicamentos genéricos solamente como parte de la cubierta básica con \$8.00 de deducible.
- La alternativa B incluye medicamentos genéricos primera opción y de marca con \$5.00 deducible y la cubierta es opcional.
- La cubiertas Dental, Farmacia (alt B) y Major Medical son opcionales.