

THERE FOR YOUR HEALTH



[fepblue.org](https://www.fepblue.org)



**BlueCross  
BlueShield**

Federal Employee Program.



**access  
to care 2026**  
FEDERAL & POSTAL

**TRIPLE-S SALUD** 



**Estimado proveedor participante de Triple-S Salud:**

**Adjuntamos información relevante sobre nuestro producto nacional Blue Cross & Blue Shield Federal Employee Program (FEP) para su conocimiento y manejo. Este producto es administrado exclusivamente por Triple-S Salud. Nuestro objetivo es garantizar a los afiliados FEP acceso a nuestra red comercial de proveedores.**

# ÍNDICE

---

<b>Información General de FEP</b>	<b>5</b>
<b>Diferencia entre “BlueCard” y FEP</b>	<b>6</b>
<b>Resumen de Beneficios para FEP</b>	<b>7</b>
<b>Servicios Preventivos Cubiertos para Adultos</b>	<b>9</b>
<b>Servicios Preventivos Cubiertos para Niños</b>	<b>10</b>
<b>Términos Importantes</b>	<b>11</b>
<b>Preguntas Frecuentes de Facturación</b>	<b>14</b>
<b>HEDIS y Facturación</b>	<b>16</b>
<b>Tenga en Cuenta</b>	<b>18</b>
<b>Anatomía de una Orden Médica</b>	<b>21</b>
<b>Servicios de Farmacia</b>	<b>22</b>

---

## ¿Qué es el plan Federal Employee Program (FEP)?




El gobierno federal (OPM) ofrece a sus empleados diferentes opciones de cubierta médica bajo el Federal Employee Health Benefit Program (FEHBP) y el Postal Service Health Benefit Plan Program (PSHB).

- El Federal Employee Program, mejor conocido por sus siglas en inglés (FEP), es uno de los planes comerciales FEHB y PSHB disponibles para empleados federales. Este plan federal ofrece a sus asegurados una cubierta nacional con servicios en Estados Unidos, sus territorios y a nivel internacional. El plan local de Blue Cross Blue Shield (BCBS) asiste al proveedor según el lugar donde se brinde el servicio. Es decir, cuando el servicio se presta en Puerto Rico, Triple-S brinda apoyo en procesos como la verificación de elegibilidad y beneficios, el procesamiento y pago de facturas y, el manejo de casos.




## ¿Cómo los identificamos?

- FEHB- Federal Employee Health Benefits
  - PSHB- Postal Service Health Benefits: Empleados postales. Póliza vigente desde 01/01/2025
  - MPDP ID - Aplica únicamente a beneficios de farmacia para asegurados con Medicare parte D.
  - Member ID- Número de contrato
- \*Esto solo aplica para asegurados que tengan MPDP. Los demas asegurados tendran una tarjeta por nucleo familiar con el nombre del asegurado principal.
- Cada asegurado tiene su propia tarjeta de identificacion con su nombre.
  - El asegurado puede presentar una tarjeta con una imagen distinta a la mostrada. En estos casos, es importante comunicarse con la línea de servicio al cliente para validar la elegibilidad. Haga referencia a los números que aparecen al dorso de la tarjeta.

### FEP Standard Option™

 <b>BlueCross BlueShield</b> <small>Federal Employee Program.</small>		<b>Government-Wide Service Benefit Plan</b> 	
Member Name <b>JONATHAN Q DOE</b>	<b>fepblue.org</b>		
Member ID <b>XXXXXXXXXX</b>	Standard Option Enrollment Code	<b>106</b>	
RxIIN RxPCN RxGrp	<b>610239 FEPRX 65006500</b>	Scan this code to view your plan's deductibles and out-of-pocket maximums. Or visit <a href="http://fepblue.org/standard">fepblue.org/standard</a> .	




### FEP Basic Option™




 <b>BlueCross BlueShield</b> <small>Federal Employee Program.</small>		<b>Government-Wide Service Benefit Plan</b> 	
Member Name <b>JONATHAN Q DOE</b>	<b>fepblue.org</b>		
Member ID <b>XXXXXXXXXX</b>	Basic Option Enrollment Code	<b>111</b>	
RxIIN RxPCN RxGrp	<b>610239 FEPRX 65006500</b>	Scan this code to view your plan's deductibles and out-of-pocket maximums. Or visit <a href="http://fepblue.org/basic">fepblue.org/basic</a> .	




### FEP Blue Focus™

 <b>BlueCross BlueShield</b> <small>Federal Employee Program.</small>		<b>Government-Wide Service Benefit Plan</b> 	
Member Name <b>JONATHAN Q DOE</b>	<b>fepblue.org</b>		
Member ID <b>RXXXXXXXXX</b>	Standard Option Enrollment Code	<b>104</b>	
RxBIN RxPCN RxGrp	<b>004338 MEDADV RX7117</b>	Scan this code to view your plan's deductibles and out-of-pocket maximums. Or visit <a href="http://fepblue.org/standard">fepblue.org/standard</a> .	
<b>FEP Medicare Prescription Drug Program (MPDP)</b> 			
<small>CMS S2135 801</small>			

- PSHB- Asegurados postales tienen un logo de estampilla en su tarjeta. Adicional su *Enrollment code* tiene dos dígitos y una letra.




 <b>BlueCross BlueShield</b> <small>Federal Employee Program.</small>		<b>Government-Wide Service Benefit Plan</b> 	
Member Name <b>JONATHAN Q DOE</b>	<b>fepblue.org</b>		
Member ID <b>XXXXXXXXXX</b>	FEP Blue Standard™ Enrollment Code	<b>33F</b>	
RxIIN RxPCN RxGrp	<b>610239 FEPRX 65006500</b>	Scan this code to view your plan's deductibles and out-of-pocket maximums. Or visit <a href="http://fepblue.org/standardpostal">fepblue.org/standardpostal</a> .	

 <b>BlueCross BlueShield</b> <small>Federal Employee Program.</small>		<b>Government-Wide Service Benefit Plan</b> 	
Member Name <b>JONATHAN Q DOE</b>	<b>fepblue.org</b>		
Member ID <b>XXXXXXXXXX</b>	FEP Blue Basic™ Enrollment Code	<b>33B</b>	
RxIIN RxPCN RxGrp	<b>610239 FEPRX 65006500</b>	Scan this code to view your plan's deductibles and out-of-pocket maximums. Or visit <a href="http://fepblue.org/basicpostal">fepblue.org/basicpostal</a> .	

 <b>BlueCross BlueShield</b> <small>Federal Employee Program.</small>		<b>Government-Wide Service Benefit Plan</b> 	
Member Name <b>JONATHAN Q DOE</b>	<b>fepblue.org</b>		
Member ID <b>XXXXXXXXXX</b>	FEP Blue Focus® Enrollment Code	<b>35C</b>	
RxIIN RxPCN RxGrp	<b>610239 FEPRX 65006500</b>	Scan this code to view your plan's deductibles and out-of-pocket maximums. Or visit <a href="http://fepblue.org/focuspostal">fepblue.org/focuspostal</a> .	

## Diferencia entre “BlueCard” y FEP

 <b>BlueCross BlueShield</b> Geography		<b>Blue Product</b> <b>ALPHA</b> Employer Group
Member Name <b>Member Name</b> Member ID <b>XYZ123456789</b>	Dependents <b>Dependent One</b> <b>Dependent Two</b> <b>Dependent Three</b>	
Group No. <b>023457</b> BIN <b>987654</b> Benefit Plan <b>HIOPT</b> Effective Date <b>00/00/00</b> Plan Code <b>123</b>	Plan <b>PPO</b> Office Visit <b>\$15</b> Specialist Copay <b>\$15</b> Emergency <b>\$75</b> Deductible <b>\$50</b>	

 <b>BlueCross BlueShield</b> Federal Employee Program.		<b>Government-Wide Service Benefit Plan</b> 
Member Name <b>JONATHAN Q DOE</b>	<b>fepblue.org</b>	
Member ID <b>XXXXXXXXXX</b>	Basic Option Enrollment Code <b>111</b>	
RxIIN RxPCN RxGrp	<b>610239</b> <b>FEPRX</b> <b>65006500</b>	Scan this code to view your plan's deductibles and out-of-pocket maximums. Or visit <a href="http://fepblue.org/basic">fepblue.org/basic</a> . 

### BCBS Regular (Blue Card)

- Tarjeta identificada con el logo de Blue Cross Blue Shield (Cruz Azul, Escudo Azul o ambos) e incluye el nombre del estado al cual pertenece el plan o el nombre del plan.
- El número de contrato comienza con alfa prefijo de tres letras o más, seguido por una secuencia de números. Esta combinación podrá tener letras intercaladas. Ej. XOF122333444
- Tarjeta incluye número de grupo.
- Para validar beneficios y elegibilidad, se requiere comunicarse con el plan BCBS en EE.UU. del asegurado.
- Facturación: según corresponda al plan del asegurado.

### ¿Cómo se trabaja?

1. Comuníquese con el plan BCBS en EE. UU. del asegurado para elegibilidad y beneficios. El número a llamar se encuentra al dorso de la tarjeta. También podrá llamar al (800) 676-2583, oprima la opción seis para español y la opción dos para proveedores.
2. Verifique con el representante del plan del asegurado, como se cubren los servicios en PR, si aplica pre-autorización, deducibles, copago y coaseguros.
3. Envíe su factura de manera electrónica o en papel a Triple-S, de la misma manera que lo hace para Triple-S Comercial solo facturas profesionales e institucionales

### Federal Employee Program

- La tarjeta estará identificada como BlueCross BlueShield Federal Employee Program.
- El número de contrato comienza con una letra R, seguida de dígitos numéricos o 8 números. Ej. R12345678
- No incluye número de grupo, solo código de cubierta o “enrollment code”.

### ¿Cómo se trabaja?

1. Comuníquese con la línea exclusiva de BCBS FEP en Triple-S para validar elegibilidad, beneficios, estatus de facturas y pago.
2. Cobre al asegurado deducibles deducibles o co-pagos. aplicables según indicado por el representante de servicio de Triple-S.
3. Envíe la factura de manera electrónica o en papel a Triple-S, de la misma manera que lo hace para Triple-S Comercial ( facturas profesionales e institucionales únicamente).

**Es importante validar una elegibilidad antes de brindar el servicio. Para validar la elegibilidad de los asegurados FEP se puede comunicar de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm AST a nuestras líneas dedicadas:**

**FEHB 787-774-6082 o 888-774-6082  
PSHB 787-474-5220 o 833-201-9257**

## Resumen de Beneficios Federal

Beneficio	FEP Blue Focus®	FEP Blue Basic®	FEP Blue Standard®
Visitas virtuales al médico a través de Teladoc Health®	Usted no paga <b>nada</b>	Usted no paga <b>nada</b>	Usted no paga <b>nada</b>
Médico de atención primaria	<b>\$10</b> por visita para las primeras 10 visitas de atención primaria o especializada para cada persona de su plan <sup>1</sup>	<b>\$35</b> de copago <sup>1</sup>	<b>\$30</b> de copago
Especialistas		<b>\$50</b> de copago <sup>1</sup>	<b>\$40</b> de copago
Visitas de salud mental		<b>\$35</b> de copago <sup>1</sup>	<b>\$30</b> de copago
Centros de atención de urgencia	<b>\$25</b> de copago	<b>\$50</b> de copago	<b>\$30</b> de copago
Atención quiropráctica	<b>\$25</b> por hasta 10 visitas por año <sup>2</sup>	<b>\$35</b> por hasta 20 visitas por año	<b>\$30</b> por hasta 12 visitas por año
Maternidad	<b>\$0</b> por visitas al médico <b>\$3,500</b> por parto	<b>\$0</b> por visitas al médico <b>\$0</b> por parto en un Blue Distinction Center® (BDC) <b>\$425</b> por parto en todos los demás centros	<b>\$0</b> de copago
Hospital para pacientes internados	<b>30%</b> de coseguro*	<b>\$425</b> por día; hasta <b>\$2,975</b> por admisión	<b>\$350</b> de copago
Hospital para pacientes ambulatorios	<b>30%</b> de coseguro <sup>1</sup>	<b>\$250</b> por día por centro <sup>1</sup>	<b>15%</b> de coseguro*
Cirugía	<b>30%</b> de coseguro <sup>1</sup>	<b>\$150</b> por cirujano en un consultorio <sup>1</sup> <b>\$200</b> por cirujano en otros entornos <sup>1</sup>	<b>15%</b> de coseguro*
Sala de emergencias (Lesión accidental)	<b>\$0</b> dentro de las 72 horas	<b>\$425</b> por día por centro	<b>\$0</b> dentro de las 72 horas
Sala de emergencias (Emergencia médica)	<b>30%</b> de coseguro*	<b>\$425</b> por día por centro	<b>15%</b> de coseguro*
Análisis de laboratorio (Como análisis de sangre)	<b>\$0</b> por los primeros 10 análisis de laboratorio específicos**	<b>15%</b> de coseguro <sup>1</sup>	<b>15%</b> de coseguro*
Servicios de diagnóstico (Como estudios del sueño, radiografías, tomografías computarizadas)	<b>30%</b> de coseguro*	Hasta <b>\$100</b> en un consultorio <sup>1</sup> Hasta <b>\$250</b> en un hospital <sup>1</sup>	<b>15%</b> de coseguro*

Asegurados con Medicare primario le podrán aplicar diferentes responsabilidades de pago.

<sup>1</sup>Aplica deducible

50% de nuestra tarifa aplica para agentes, medicamentos o suplidos recibidos en su cuidado.

<sup>1</sup>Aplica deducible, adicional al 30% nuestra tarifa aplica para agentes, medicamentos o suplidos recibidos en su cuidado.

<sup>2</sup>Comuníquese con nuestra Línea Exclusiva de Servicio al Cliente de FEP para los laboratorios específicos que son cubiertos al 100% y los que le aplican coseguros. Hasta 10 visitas combinadas para atención quiropráctica y acupuntura.

Esto es un breve resumen y no reemplaza ni modifica la póliza. Para más detalles sobre beneficios, limitaciones y exclusiones, comuníquese con la Línea Exclusiva de Servicio al Cliente de FEP TOLL FREE para FEHB 787-774-6082 o 1-888-774-6082, para PSHB 787-474-5220 o 1-833-201-9257 lunes a viernes de 8:00am a 5:00pm AST (Tiempo Estándar del Atlántico)

## Resumen de Beneficios Federal PSHB

Beneficio	FEP Blue Focus®	FEP Blue Basic®	FEP Blue Standard®
Visitas virtuales al médico a través de Teladoc Health®	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Usted no paga nada
Médico de atención primaria	\$10 por visita para las primeras 10 visitas de atención primaria o especializada para cada persona de su plan <sup>1</sup>	\$35 de copago <sup>1</sup>	\$30 de copago
Especialistas		\$50 de copago <sup>1</sup>	\$40 de copago
Visitas de salud mental		\$35 de copago <sup>1</sup>	\$30 de copago
Centros de atención de urgencia	\$25 de copago	\$50 de copago	\$30 de copago
Atención quiropráctica	\$25 por hasta 10 visitas por año <sup>2</sup>	\$35 por hasta 20 visitas por año	\$30 por hasta 12 visitas por año
Maternidad	\$0 por visitas al médico \$3,500 por parto	\$0 por visitas al médico \$0 por parto en un Blue Distinction Center <sup>3</sup> (BDC) \$425 por parto en todos los demás centros	\$0 de copago
Hospital para pacientes internados	30% de coseguro*	\$425 por día; hasta \$2,975 por admisión	\$350 de copago
Hospital para pacientes ambulatorios	30% de coseguro <sup>1</sup>	\$250 por día por centro <sup>1</sup>	15% de coseguro*
Cirugía	30% de coseguro <sup>1</sup>	\$150 por cirujano en un consultorio <sup>1</sup> \$200 por cirujano en otros entornos <sup>1</sup>	15% de coseguro*
Sala de emergencias (Lesión accidental)	\$0 dentro de las 72 horas	\$425 por día por centro	\$0 dentro de las 72 horas
Sala de emergencias (Emergencia médica)	30% de coseguro*	\$425 por día por centro	15% de coseguro*
Análisis de laboratorio (Como análisis de sangre)	\$0 por los primeros 10 análisis de laboratorio específicos**	15% de coseguro <sup>1</sup>	15% de coseguro*
Servicios de diagnóstico (Como estudios del sueño, radiografías, tomografías computarizadas)	30% de coseguro*	Hasta \$100 en un consultorio <sup>1</sup> Hasta \$250 en un hospital <sup>1</sup>	15% de coseguro*

Asegurados con Medicare primario le podrán aplicar diferentes responsabilidades de pago.

<sup>1</sup>Aplica deducible

50% de nuestra tarifa aplica para agentes, medicamentos o suplidos recibidos en su cuidado.

<sup>1</sup>Aplica deducible, adicional al 30% nuestra tarifa aplica para agentes, medicamentos o suplidos recibidos en su cuidado.

<sup>2</sup>Comuníquese con nuestra Línea Exclusiva de Servicio al Cliente de FEP para los laboratorios específicos que son cubiertos al 100% y los que le aplican coseguros. Hasta 10 visitas combinadas para atención quiropráctica y acupuntura.

Esto es un breve resumen y no reemplaza ni modifica la póliza. Para más detalles sobre beneficios, limitaciones y exclusiones, comuníquese con la Línea Exclusiva de Servicio al Cliente de FEP TOLL FREE para FEHB 787-774-6082 o 1-888-774-6082, para PSHB 787-474-5220 o 1-833-201-9257 lunes a viernes de 8:00am a 5:00pm AST (Tiempo Estándar del Atlántico)

## Servicios Preventivos Cubiertos para Adultos

Todas las cubiertas de FEP ofrecen servicios preventivos cubiertos al 100% con proveedores participantes de Triple-S. Es importante que los servicios sean facturados utilizando el diagnóstico preventivo (ICD-10) vigente como diagnóstico principal. Los servicios preventivos de adultos (mayores de 22 años) se cubren una vez por año calendario e incluyen pruebas de cernimiento clasificadas con A & B según guías del US Preventive Service Task Force (USPSTF) incluyendo:

### Visitas

Visita preventiva  
Consejería nutricional

### Prueba de Cáncer

#### Colorectal

- Colonoscopia
- Sigmoidoscopia
- Enema de bario
- Sangre oculta en heces (FOBT)

#### Otras

- PSA
- Mamografía (incluye tecnología digital)
- Pruebas cervicales
  - PAP
  - HPV

### Laboratorios

- CBC
- Liproteína en ayunas
- Prueba de hemoglobina A1C
- CMP
- Panel metabólico completo
- Panel general
- Urianálisis
- Enfermedades de transmisión sexual infecciosa (STID)
  - Sífilis
  - VIH
  - Clamidia
  - Gonorrea

### Inmunizaciones

<https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/>

- MMR / Varicela
- HIB
- HPV
- Meningococo
- COVID
- Influenza
- Neumococo
- Tétanos
- Difteria
- Pertussis
- RZV - Herpes Zóster (Culebrilla) (para pacientes de 50 años o mayor)
- Hepatitis A & B
- Mpox

\*U.S. FDA podrá restringir el uso de inmunizaciones y vacunas a ciertos rangos de edad, frecuencias y otras indicaciones específicas al paciente, incluyendo género.

### Estudios de Imágenes

Sonograma abdominal  
(limitado a uno de por vida de edades 65 a 75 años)

### Pruebas de Cernimiento Recomendadas por USPSTF

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation-topics/uspstf-a-and-b-recommendations>

- Tomografía computadorizada de dosis baja (para asegurados de 50 a 80 años con historial de uso de tabaco)
- Sífilis

\*Aplica límites de edad, frecuencia y otras especificaciones, según FDA

## Servicios preventivos cubiertos para niños

Todas las cubiertas de FEP ofrecen servicios preventivos cubiertos al 100% con proveedores participantes de Triple-S. Es importante que los servicios sean facturados utilizando el diagnóstico preventivo ICD-10 vigente como diagnóstico principal. Los servicios preventivos de niños incluyen:

### Visitas

- Visitas de niño sano (Enfocado a niños entre 15 a 30 meses)
- Visita preventiva anual
- Consejería nutricional
- Visitas y exámenes preventivos de recién nacidos (hospitalizados o ambulatorios.), Asesoramiento individual y grupal sobre prevención y reducción de riesgos para la salud.

### Exámenes Preventivos

- Pruebas de desarrollo
- Pruebas de visión y audición

### Pruebas de Laboratorios Preventivos

*Servicios limitados a uno por año calendario*

- Panel metabólico básico
- Panel de salud general
- CBC
- Lipoproteínas en ayunas
- Evaluación de colesterol
- Hepatitis C\* (para niños de 13 años en adelante)
- Análisis de orina
- Prueba funcionamiento tiroides
- Prueba cutánea
- Tuberculosis intradérmica (18 a 21 años)
- Análisis químico

### Pruebas de Cáncer Cervical

- Prueba de Papanicolaou *Servicios limitados a uno por año calendario.*
- HPV

### Laboratorios para ETS

- Gonorrea
  - Sífilis
  - Clamidia
  - VIH
- Servicios limitados a uno por año calendario*

### Inmunizaciones\*

- HIB
- Hepatitis A&B
- Meningococo
- Polio
- HPV
- MMR & Varicella
- Neumococo
- Tétanos, difteria, tos ferina
- Rotavirus
- COVID

*\*Aplica límites de edad, frecuencia y otras especificaciones, según regulaciones de FDA*

## Términos Importantes

Responsabilidades de pago que asumirá el asegurado:



### DEDUCIBLE ANUAL

**Cantidad acumulativa aplicada por año póliza**

El año póliza en FEP es igual al año calendario (desde 1 de enero hasta 31 de diciembre de cada año). Aplica solamente a las opciones Standard y Blue Focus.



### COPAGO

**Cantidad de pago fija**

En casos de que la tarifa contratada con Triple-S sea menor al copago de la cubierta, el asegurado será responsable por la tarifa contratada.



### COASEGURO

**Por ciento de la tarifa de Triple-S Comercial**



### REGLA DE MÚLTIPLES COPAGOS

**Es aplicable cuando se brinda:**

- Más de un servicio el mismo día
- Con el mismo proveedor
- En la misma facilidad

En estos escenarios, el asegurado pagará un solo copago por día. El copago que aplica será el más alto.

## Deducible por año calendario o CYD

### Servicios diagnósticos

Las visitas o servicios médicos a raíz de una enfermedad, seguimiento, o condición son clasificados como servicios diagnósticos. Los servicios diagnósticos deben de ser facturados con ICD-10 no preventivos. En este tipo de servicio, el asegurado será responsable de pagar los copagos, coaseguros y deducibles establecidos en su póliza.

### Deducibles anuales en las opciones de cubierta de BCBS FEP

El deducible anual aplica únicamente a las cubiertas FEP Blue Standard y FEP Blue Focus. El deducible anual es la cantidad de dinero que el asegurado debe acumular durante el año calendario. Una vez se alcanza el deducible, los beneficios se aplicarán según lo establecido en la póliza.

#### FEP Blue Standard

\$350 Self Only / \$700 Self & Family

#### FEP Blue Focus

\$750 Self Only / \$1,500 Self & Family

**El deducible anual se acumula mediante el procesamiento de reclamaciones. Se recomienda enviar las facturas de servicios a la mayor brevedad posible para que estos cargos se apliquen al deducible anual. Esto aplica aun cuando al asegurado le corresponda pagar el total del servicio. En estos casos, deberá cobrarse la tarifa contratada de Triple-S.**

En contratos individuales, el asegurado será responsable de acumular su deducible individual. En contratos familiares, el primer asegurado que acumule su deducible individual, los primeros \$350/\$750 según la cubierta, completa su deducible anual individual. Para completar el deducible familiar, los dependientes deberán acumular la cantidad restante en conjunto para completar el deducible anual familiar. **Ejemplo en familia de tres:**

Cubierta Standard	Acumulación de Deducible	Cantidades Acumuladas
Asegurado 1	Primer asegurado en acumular los \$350 en el año calendario. A partir de la fecha que acumuló la cantidad, solo será responsable por el beneficio regular (15% de coaseguro). Para completar los restantes \$350 del deducible familiar, se suman los servicios pagados entre los demás dependientes.	\$350.00 (deducible individual cubierto por un solo asegurado)
Asegurado 2 Asegurado 3	Al acumular los otros \$350, completan la suma total del deducible familiar de \$700. Una vez acumulado el deducible familiar, todos los demás dependientes serán responsables por el beneficio regular (15% de coaseguro).	\$350.00 (deducible familiar cubierto colectivamente entre los asegurados restantes)
	<b>Total de deducibles por año calendario</b>	<b>\$700.00</b>

### REGLA DE MÚLTIPLES COPAGOS:

Es aplicable cuando se brinda:

- Más de un servicio el mismo día
- Con el mismo proveedor
- En la misma facilidad

En estos escenarios, el asegurado pagará un solo copago por día.

El copago que aplica será el más alto.

**Es importante realizar una verificación de elegibilidad antes de brindar el servicio. Para obtener información sobre la elegibilidad y beneficios de los asegurados FEP, se puede comunicar a nuestra línea exclusiva.**

### ¿Cómo se determina lo que paga el paciente?

A continuación, se muestra un ejercicio donde se explican los pasos a seguir para determinar la cantidad de pago correspondiente. El ejemplo utilizado a continuación es de un asegurado con cubierta Standard que ha acumulado \$250 de su deducible individual. El asegurado se estará realizando un procedimiento cuya tarifa en Triple-S es \$650. Según la cubierta FEP Blue Standard, el beneficio aplicable es de 15% de coaseguro y está sujeto al deducible anual. Para determinar cuánto pagará el paciente usted deberá:

Llamar a la línea exclusiva de FEP (787)774-6082 ó 1(888)774-6082 y verificar si el contrato ya tiene el deducible individual o familiar acumulado. De no haber completado el deducible anual, estará restando la cantidad acumulada al total del deducible anual.

\$350 = Deducible anual

-\$250 = Deducible acumulado

---

### \$100 Cantidad sin cubrir de deducible

2. Restar la cantidad calculada que corresponde al deducible anual del paciente a la tarifa comercial de Triple-S para el procedimiento.

\$650 = Tarifa del procedimiento

-\$100 = Cantidad por cubrir de deducible (responsabilidad del asegurado)

---

### \$550 Tarifa ajustada luego de cubrir el deducible

3. Aplicar beneficio regular (coaseguro de 15%) a la cantidad restante.

\$550 = Tarifa ajustada

X15% = Coaseguro

---

### \$82.50 = Responsabilidad del paciente

4. Sumar las cantidades aplicables por concepto de **deducible anual + coaseguro** (\$100 + \$82.50). El asegurado será responsable de **\$182.50**.

\$100 aplicados al deducible anual

+ \$82.50 correspondientes al coaseguro

---

### \$182.50 Responsabilidad del asegurado

## Preguntas más frecuentes de facturación

### 1. ¿Los proveedores con contrato con Triple-S Comercial pueden atender asegurados de FEP?

Sí. En el contrato de Triple-S Comercial se establece que Triple-S es miembro de la BCBSA y, por tanto, pertenece al programa de BlueCard el cual le facilita el acceso a servicios de salud. Entre los requerimientos establecidos incluye: 1) que los médicos participantes de Triple-S le presten sus servicios a los asegurados de planes BCBSA, 2) que Triple-S tramitará el pago de reclamaciones que estén cubiertos según la póliza del asegurado, 3) que el pago de reclamaciones serán a base de las tarifas y políticas de pago establecidas por Triple-S y 4) que el proveedor no cobrará diferencias al asegurado, excepto deducibles, copagos y coaseguros correspondientes.

### 2. ¿Cuál será la tarifa aplicable para el servicio brindado?

Los servicios se pagarán a base de las tarifas de Triple-S Salud Comercial.

### 3. ¿La elegibilidad de los asegurados de FEP se puede verificar por Telexpreso o el Centro de Servicios Electrónicos?

No, por el momento para verificar la elegibilidad de los asegurados deberá comunicarse a las siguientes líneas:

**Para FEHB 787-774-6082 o 1-888-774-6082**

**Para PSHB 787-474-5220 o 1-833-201-9257**

**lunes a viernes de 8:00am a 5:00pm AST (Tiempo Estándar del Atlántico)**

### 4. ¿Cómo se identifican para pago las reclamaciones de servicios preventivos?

Las reclamaciones de servicios preventivos requieren que el proveedor relacione específicamente el diagnóstico principal como uno preventivo al ser facturado.

### 5. ¿Cuáles son los métodos para enviar reclamaciones?

Las reclamaciones pueden ser enviadas a papel o electrónicamente. Asegúrese de que las facturas tengan la información demográfica correcta del paciente (nombre y fecha de nacimiento) para adjudicar el beneficio al paciente correspondiente.

**Para procesar las reclamaciones electrónicas, se emplean los mismos mecanismos de facturación que se utilizan en la línea de negocio Comercial, es decir el Payer ID 973.**

Las reclamaciones en papel se envían a la siguiente dirección:

**Triple-S Salud  
PO Box 70299  
San Juan, PR 00936-8299**

Es importante que la factura enviada esté clara y legible para que pueda ser procesada efectivamente.

## 6. ¿Cuál es el tiempo máximo requerido para someter reclamaciones de asegurados?

- El tiempo permitido para facturar va acorde con lo establecido por Triple-S Salud Comercial en su contrato.

## 7. ¿Cómo es el proceso de ajustes y cuánto es el tiempo estipulado?

- El proceso y tiempo para someter ajustes es acorde con la política de Triple-S Salud Comercial.

## 8. ¿BCBS FEP cubre los deducible/coaseguros de Medicare parte A&B?

- Las cubiertas FEP cubren el deducible anual de Medicare Partes A y B.. Para las pólizas *Standard* y *Basic*, asumiremos los copagos y coaseguros por los servicios y suministros que fueron cubiertos por Medicare. En la póliza de FEP Blue Focus, los asegurados con Medicare primario serán responsables de cubrir el deducible de su póliza FEP Blue Focus aplicable por año calendario, efectivo al 01.01.2024. Una vez el asegurado cumple el deducible anual, se asumirán los copagos y coaseguros de los servicios cubiertos por su póliza. Para mas detalles, favor de comunicarse con la línea exclusiva de Servicios al Cliente de FEP.

**FEHB 787-774-6082 ó 888-774-6082**  
**PSHB 787-474-5220 ó 833-201-9257**

Para procesar sus facturas y evitar atrasos, es necesario que envíen su facturado con la explicación de pago de Medicare donde refleje: fecha de pago de Medicare, cantidad aprobada, deducible y copago aplicado.

## 9. ¿Cómo funciona la coordinación de beneficios con FEP?

- Para asegurados con Medicare primario, FEP hace una coordinación de beneficios tradicional. Se pagará el deducible y copago de todo servicio cubierto por FEP. Como pagador secundario con otros planes, FEP pagará únicamente la diferencia entre el pago del plan primario y la tarifa de FEP, aplicando deducibles, copagos y coaseguros.

## 10. ¿Qué es una factura OBRA y cómo aplica a los asegurados de FEP?

- Las facturas OBRA son aplicables únicamente a asegurados FEP retirados, mayores de 65 años, que no se acogieron a Medicare Parte A o B. Según legislación, OBRA (Omnibus Reconciliation Act) se establece que para asegurados retirados mayores de 65 años con cubierta federal (FEHB) que no se hayan acogido a Medicare; los servicios se pagarán a base de las tarifas de Medicare aplicando los beneficios de FEP.

## 11. ¿Qué es el “máximo out-of-pocket”?

- El “máximo out-of-pocket” o MOOP, es también conocido como cubierta catastrófica. El MOOP es la suma de servicios médicos y farmacia pagados por el asegurado por concepto de deducible, copago y coaseguro. Una vez la suma de cantidades pagadas lleguen al tope, según la cubierta, los servicios serán cubiertos al 100% por el resto del año calendario. Para saber cuánto el asegurado ha acumulado a su MOOP, deberá de comunicarse con la línea exclusiva de FEP, ya que las cantidades varían por cubierta y composición familiar.

<b>FEP Blue Standard</b> \$6,000 Self \$12,000 Self +1 y Self & Family	<b>FEP Blue Basic</b> \$7,500 Self \$15,000 Self +1 y Self & Family	<b>FEP Blue Focus</b> \$10,000 Self \$20,000 Self +1 y Self & Family
--	---	--

# HEDIS - Facturación

## HEDIS – Healthcare Effectiveness Data and Information Set

**¿Qué es HEDIS?** Es la herramienta utilizada por más del 90% de los planes de salud en Estados Unidos para medir el desempeño en sus servicios y cuidados brindados. Sus medidas están diseñadas para evaluar la efectividad y el mejoramiento del plan en la atención de cuidado preventivo y de calidad a su población asegurada. Reemplazar por: Nuestra organización se rige por estas medidas estandarizadas y es auditada conforme a sus requisitos, en cumplimiento con los lineamientos establecidos por NCQA.

Medida	Abreviación	Prioridad	Códigos / Protocolo de Cumplimiento
Evitar Antibiótico para La Bronquitis Aguda/Bronquiolitis	AAB	1	Episodios en personas de 3 meses de edad o más con un diagnóstico de bronquitis aguda/bronquiolitis que no dieron lugar a un despacho de antibióticos.  Para que se considere que no hay antecedentes de medicación, deben cumplirse los siguientes criterios: - Un período de 30 días antes de la fecha del episodio en el que la persona no haya presentado ninguna reclamación a la farmacia por recetas nuevas o renovadas de un antibiótico incluido en la lista. - Ninguna receta fue despachada con más de 30 días de antelación a la fecha del episodio y se encuentra activa en la fecha del episodio.
Control de La Presión Arterial Alta	CBP	1	CPT CAT II: 3074F, 3075F, 3078F, 3079F,
Estado Glicémico en Pacientes con Diabetes (HbA1c <8%)	GSD	1	CPT CAT II: 3044F, 3051F
Uso de Estudios de Imagen para El Dolor Lumbar	LBP	1	No utilizar estudios radiológicos, ofrecer como tratamiento alternativo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relajantes musculares</li> <li>• Ejercicio para fortalecer la espalda baja</li> <li>• Masaje o fisioterapia</li> <li>• Actividad física para limitar la rigidez muscular</li> <li>• Colocar una almohada entre las piernas cuando duerma de lado o debajo de las rodillas</li> </ul>
Inmunización de Adultos (Influenza 19 -65)	AIS-E	2	Beneficiarios de 19 años o más que recibieron una dosis de vacuna para la influenza durante el año de medición. CVX: 88, 135, 140,141,144,150,153,155,158, 166, 168, 171, 185,186, 197, 205, 320
Cernimiento de Cáncer de Senos	BCS-E	2	CPT: 77061-77063, 77065-77067
Cernimiento de Cáncer Cervical	CCS-E	2	CPT: 88141-88143, 88147-88148, 88150, 88152, 88153, 88164,88167, 88174,88175  HCPCS: G0123,G0124, G0141, G0143,G0145, G0147,G0148  Personas de entre 30 y 64 años de edad en el último día del periodo de medición que se sometieron a una prueba de detección del virus del papiloma humano de alto riesgo cervical (HrHPV) CPT: 87624-87625
Estado de Inmunización en Niños (Combo 10)	CIS-E	2	Niños de dos años que tengan administradas las siguientes vacunas: cuatro (DTap), tres (IPV), uno (MMR), tres (HIB), tres (Hep B), uno (VZV), cuatro (PCV), uno (HepA), dos a tres (RV), dos vacunas contra la influenza, antes de su segundo cumpleaños.

Medida	Abreviación	Prioridad	Códigos
Cernimiento de Cáncer Colorrectal	COL-E	2	Los códigos para cierre de brecha deben ser facturados por el especialista que realiza el estudio.  CPT: 81528 FOBT CPT: 82270, 82274 sDNA  Sigmoidoscopia CPT: 45330-45335, 45337, 45338, 45340-45342, 45346, 45347, 45350 Colonografía CT CPT: 74261-74263  Colonoscopia CPT: 44388-44392, 44394, 44401-44408, 45378-45382, 45384-45386, 45388-45393
Seguimiento Luego de Una Visita al Departamento de Emergencia por Uso de Sustancias	F U A	2	Visita de seguimiento o dispensación de farmacoterapia en la fecha de la visita al servicio de urgencias (SU) o en los 30 días posteriores a la visita al SU (31 días en total).
Seguimiento Luego de Una Visita al Departamento de Emergencia por Enfermedad Mental	F U M	2	Visita de seguimiento para cualquier diagnóstico de un trastorno de salud mental dentro de los 30 días posteriores a la visita al servicio de urgencias (31 días en total). Incluya las visitas que se produzcan en la fecha de la visita al servicio de urgencias.
Cuidado Prenatal y Posparto	PP C	2	Servicios prenatales combinados: CPT: 59400, 59425, 59426, 59510, 59610, 59618 HCPCS: H1005  Visitas prenatales independientes: CPT: 99500 CPT-CAT-II: 0500F-0502F HCPCS: H1000-H1004
Terapia de Estatinas para Pacientes con Enfermedad Cardiovascular	SP C	2	Beneficiarios que se mantuvieron recibiendo un medicamento de estatinas de intensidad moderada a alta al menos* un 80% del periodo de tratamiento.
Uso de Opioides de Múltiples Proveedores	UOP	2	Evitar recetar opioides de 4 o más proveedores diferentes durante el año de medición (2026).
Utilizacion Hospitalaria de Casos Agudos	AHU	2	No hay código CPT para cierre de brecha que pueda ser facturado por el médico.
Utilization del Departamento de Emergencias	EDU	2	No hay código CPT para cierre de brecha que pueda ser facturado por el médico.
Readmisiones Hospitalarias	PCR	2	No hay código CPT para cierre de brecha que pueda ser facturado por el médico.



OPM recomienda a los proveedores el recopilar datos sobre raza y origen étnico para garantizar que la atención médica se brinde de manera equitativa a todos.

## Tenga en cuenta

**Preautorizaciones** - Los servicios que requieran preautorización previa deben ser solicitados antes de recibir el servicio. Una vez recibida, el plan tendrá 14 días para responder a su solicitud o 72 horas en casos expeditos. Para facilitar el proceso de autorizaciones, tenemos disponible un formulario para asegurados de FEP que debe ser completado en su totalidad. Deberá incluir la documentación o información necesaria para determinar la necesidad médica. Envíe su solicitud a:

**Manejo de Casos FEP**  
**Email: [fep.cmreview@ssspr.com](mailto:fep.cmreview@ssspr.com)**  
**Fax: (787)774-4824**

Para conocer qué servicios requieren preautorización previa y solicitar el formulario, comuníquese a nuestras líneas dedicadas: FEHB 787-774-6082 o 888-774-6082 PSHB 787-474-5220 o 833-201-9257

**IMPORTANTE: Si usted no recibe respuesta a su solicitud en el tiempo indicado, deberá incluir evidencia de su envío original al email o fax indicado para evitar denegaciones de pagos.**

**Revisión Médica** - Los servicios que no requieran preautorización y estén sujetos a necesidad médica justificada, podrán ser evaluados clínicamente para pago. Para facilitar el proceso, contamos con un formulario de revisión médica para asegurados de FEP.

Deberá completar el formulario e incluir la documentación o información necesaria y la orden médica vigente al fax o email de Manejo de Casos de FEP. Para casos pre-servicio, el plan tendrá 14 días para responder a su solicitud y 72 horas para casos expeditos. Para casos post-servicio, tendrá 30 días para solicitar la revisión médica.

Para solicitar el formulario, comuníquese a nuestras líneas dedicadas: FEHB 787-774-6082 o 888-774-6082 PSHB 787-474-5220 o 833-201-9257.

**IMPORTANTE: Si usted no recibe respuesta a su solicitud en el tiempo indicado, deberá incluir evidencia de su envío original al email o fax indicado para evitar denegaciones de pagos.**

**Órdenes Médicas** - Las órdenes médicas requeridas para solicitudes de servicios de imágenes, laboratorios, equipo médico duradero y medicamentos, entre otros, tendrán una vigencia de 6 meses desde la fecha de emisión.

Asegúrese de incluir la información necesaria en la orden médica para evitar retrasos en servicios y solicitudes de nuevas órdenes médicas nuevas.

Solicite nuestra Guía de Reclamaciones BCBS FEP, llamando a nuestra línea exclusiva de FEP.

**FEHB 787-774-6082 ó 888-774-6082**  
**PSHB 787-474-5220 ó 833-201-9257**



**BlueCross  
BlueShield**

Federal Employee Program.

Preautorización #: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### Formulario para preautorización

Nombre de asegurado:		Teléfono de asegurado:	
Correo electrónico de asegurado:		Teléfono alterno:	
Numero de identificación:		Fecha de nacimiento:	
NPI Proveedor:		Teléfono de proveedor:	
Persona Contacto:		Teléfono de contacto:	
Correo electrónico de proveedor:		Fax:	

Los siguientes servicios son considerados reclamaciones previas al servicio; por lo tanto, se debe obtener una aprobación previa recibir los servicios. Una vez recibida su solicitud, el plan tiene 14 días para brindar una respuesta a su solicitud, y 72 horas en casos acelerados.

**Este formulario no sustituye la Orden Médica.** Asegúrese de incluir la Orden Médica como parte de su documentación. Incluya también documentación médica adicional, como servicios de laboratorio, pruebas diagnósticas, medicamentos, entre otros, para justificar la necesidad médica.

En caso de no recibir respuesta en el plazo indicado, deberá incluir constancia de su sumisión.

Solicitud acelerada:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Notas de progreso incluidas:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Número de páginas incluidas:		Diagnóstico primario (ICD 10):	

### Servicios para evaluar:

Código(s) CPT	Intervalo de fechas (Desde-Hasta), si corresponde	Diagnóstico adicional (ICD 10)
Comentarios adicionales:		
Para uso interno:		
Determinación: Aprobado <input type="checkbox"/> No aprobado <input type="checkbox"/>		Fundamento:
Evaluado por:		Fecha:

Para someter, enviar a [fep\\_cmreview@ssspr.com](mailto:fep_cmreview@ssspr.com) y por fax a (787)774-4824 Atención: Manejo de casos FEP

Rev. 05/2022



**BlueCross  
BlueShield**

Federal Employee Program.

Preautorización #: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### Formulario de Revisión Médica

Nombre de asegurado:		Teléfono de asegurado:	
Correo electrónico de asegurado:		Teléfono alterno:	
Numero de identificación:		Fecha de nacimiento:	
NPI Proveedor:		Teléfono de proveedor:	
Persona Contacto:		Teléfono de contacto:	
Correo electrónico de Proveedor:		Fax:	

**Este formulario no sustituye la Orden Médica.** Asegúrese de incluir la Orden Médica como parte de su documentación. Incluya también documentación médica adicional como servicios de laboratorio, pruebas diagnósticas, medicamentos, entre otros, para justificar la necesidad médica.

Para casos pre-servicio, el plan tiene 14 días para responder a la solicitud, y 72 horas en casos acelerados. En casos pos-servicio, usted tiene 30 días para solicitar revisión médica. Si no recibe respuesta en el tiempo establecido, usted tiene que incluir evidencia de su sumisión.

Solicitud acelerada:	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Notas de Progreso incluidas:	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Número de páginas incluidas:			Diagnostico Primario (ICD 10):		

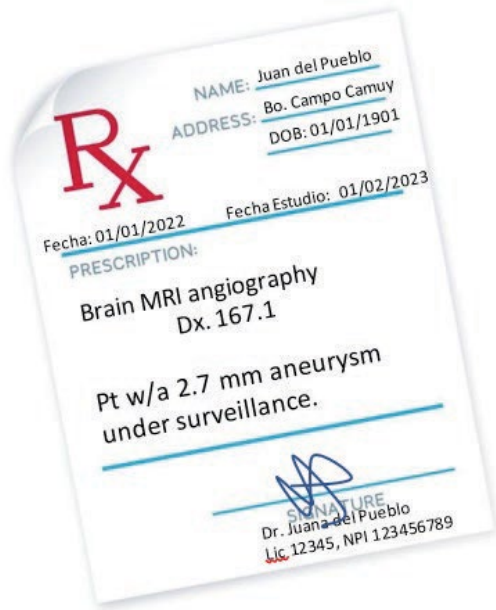
### Servicios para evaluarse:

Código(s) CPT	Intervalo de fechas (Desde hasta), si aplica	Diagnóstico adicional (ICD 10)
Comentarios adicionales:		
Para uso interno:		
Determinación: Aprobado <input type="checkbox"/> Denegado <input type="checkbox"/>		Racional:
Evaluado por:		Fecha:

Para someter, enviar a [fep.cmreview@ssspr.com](mailto:fep.cmreview@ssspr.com) y por fax a (787)774-4824 Atención: FEP Manejo de casos

Rev. 05/2022

## Anatomía de una orden médica



- 1 Identificador de paciente : Incluya el nombre completo en la orden médica y añada por lo menos dos identificadores adicionales (ej. fecha de nacimiento y dirección).
- 2 Fecha: Es necesario para solicitudes con limitaciones de fechas. Puede estimar la fecha de cuando debe realizarse el estudio en la orden médica. \* No puede dejarlo en blanco.
- 3 Servicio/Diagnóstico en ICD-10. Debe ser específico
- 4 Justificación médica o historial médico relevante Incluya historial clínico para utilizar como guía o decisiones clínicas importantes.
- 5 Información del médico: Asegúrese de incluir nombre, número de licencia, NPI y firma.

## Servicios de Farmacia

La red de farmacia se maneja de forma individual a través de los siguientes programas:

 <b>Programa de Farmacias Minoristas</b>  1-800-624-5060	 <b>Programa de Farmacia con Servicio de Envío por Correo del FEP</b>  For refills, call: 1-800-262-7890	 <b>Programa de Farmacias Especializadas del FEP</b>  1-888-346-3731	 <b>Programa de Medicamentos Recetados de Medicare del FEP</b>  1-888-338-7737
--	--	---	---

Para más información sobre farmacia visite:  
<https://www.fepblue.org/pharmacy/prescriptions>



## Aviso sobre no discriminación y acceso a servicios.

**Triple-S Salud, Inc.** cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, sexo o discapacidad.



Proporciona mecanismos auxiliares y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, tales como:

- Intérpretes en lenguaje de señas certificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros.)

Proporciona servicios de traducción gratuitos a personas cuyo primer idioma no es el español, tales como:

- Intérpretes certificados
- Información escrita en otros idiomas.

***Si necesita recibir estos servicios, contacte a un Representante de Servicio.***

Si considera que Triple-S Salud, Inc. no le ha provisto estos servicios o han discriminado de cualquier otra manera por motivos de raza, origen nacional, color, edad, sexo o discapacidad, comuníquese con:

### **Representante de Servicio**

P.O. Box 11320, San Juan, PR 00922-9905  
Telephone: (787) 774-6081 or  
1-800-716-6081  
TTY: (787) 792-1370 or 1-866-215-1999  
TSACompliance@sssadvantage.com

Puede presentar su querrela en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar su querrela, un Representante de Servicio estará disponible para ayudarle.

Usted puede presentar su querrela 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 a través de su portal:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo, o por teléfono al:  
200 Independence Ave, SW Room 509F,  
HHH Bldg Washington, D.C. 20201  
Teléfono: 1-800-368-1019  
TDD: 1-800-537-7697

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 787-774-6081, libre de costo 1-800-716-6081; (TTY/TDD) 787-792-1370; libre de costo 1-866-215-1999.

**ATENCIÓN:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 787-774-6081, Toll Free 1-800-716-6081; (TTY/TDD) 787-792-1370; Toll-Free 1-866-215-1999.

Para obtener más información sobre los miembros de FEP (número de identificación del contrato que comienza con la letra «R»), llame a nuestra línea exclusiva de Servicio al Cliente de FEP al 787-774-6082 o al 1-888-774-6082 (línea gratuita) de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. AST para consultar sobre elegibilidad, beneficios, estado de reclamaciones, entre otros. Para obtener más información, acceda a nuestro sitio web: [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com).











 **Lineas de Servicio al Proveedor: FEHB** (787) 774-6082 o 888-774-6082 • **PSHB** (787) 474-5220 o 833-201-9257



**BlueCross  
BlueShield**

Federal Employee Program.



**Harold Collazo**

*Providers Service Executive*  
Móvil: (787) 690-4925  
(787) 749-4949 Ext. 832-1038  
haroldco@ssspr.com

**Irmgard Rossy Mayo**

*FEP Quality Analyst*  
Móvil: (787) 600-3067  
irossym@ssspr.com

**Anaysha Rivera**

*FEP Quality Analyst*  
(787) 749-4949  
ext. 832-2124

**Yamaris Oquendo**

*Care Management Clerk*  
(787) 749-4949  
ext. 832-2110

**Mairim Santiago**

*Disease Management Nurse*  
(787) 749-4949  
ext. 832-2899

**Manejo de Casos FEP**

Email: [fep.cmreview@ssspr.com](mailto:fep.cmreview@ssspr.com)  
Fax: (787) 774-4824