

TRIPLE-S SALUD, INC.
1441 Ave. Roosevelt, San Juan, Puerto Rico

Concesionario Independiente de la *Blue Cross and Blue Shield Association*

Patrono

Tenedor de la Póliza: Payless ShoeSource

Número de Sponsor: SP0003586

Fecha de Efectividad: 1 de enero de 2018

Triple-S Salud, Inc., (que en adelante se denominará como Triple-S Salud) asegura a los empleados activos del patrono en el contrato del seguro grupal y a los dependientes elegibles de dichos empleados de conformidad con las disposiciones de esta póliza/Certificado de Beneficios (en adelante póliza) y la política de pago establecida por Triple-S Salud, contra gastos por servicios médico-quirúrgicos y de hospitalización médicamente necesarios, que se presten mientras la póliza esté en vigor, por motivo de lesiones o enfermedades sufridas por la persona asegurada. Esta póliza se emite en consideración a las declaraciones en el contrato de seguro grupal, al pago por el patrono de las primas correspondientes por adelantado y conforme a la fecha en que el patrono suscribe el seguro de salud grupal.

Esta póliza se emite a residentes *bona fide* de Puerto Rico, cuya residencia permanente esté ubicada dentro del Área de Servicio, según definida en esta póliza, por el término de un (1) año a partir de la fecha que aparece en el contrato del seguro grupal. Este seguro podrá continuarse por periodos iguales, consecutivos y adicionales, mediante el pago de las primas correspondientes, del cual sería responsable el patrono en primer lugar, como tenedor de la póliza y el empleado como asegurado y usuario del plan médico, según se dispone más adelante. Todos los términos de cubierta comenzarán y terminarán a las 12:01a.m., Hora Oficial de Puerto Rico.

Triple-S Salud no denegará, excluirá ni limitará los beneficios de una persona asegurada por motivo de una condición preexistente, independientemente de la edad del asegurado. Esta póliza no es una póliza o contrato complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada (Medicare). Revise la Guía de Seguro de Salud para personas con Medicare disponible a través de la compañía de seguros.

Triple-S Salud cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por razón de raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Firmada a nombre de Triple-S Salud, por su Presidenta.


Madeline Hernández Urquiza, CPA
Presidenta

Conserve este documento en un lugar seguro; el mismo incluye los beneficios a que tiene derecho como asegurado de Triple-S Salud. Para cubierta adicional suscrita por su patrono, refiérase a cualquier endoso que se emita conjuntamente con esta póliza para la información completa de los beneficios incluidos en su Plan de Salud.

CONTACTOS

Departamento de Servicio al Cliente	
<p>Nuestro Departamento de Servicio al Cliente está disponible siempre que tenga una pregunta o preocupación acerca de beneficios o servicios que Triple-S Salud ofrece a los asegurados suscritos en esta póliza. Además, le puede responder sus preguntas, ayudarle a entender sus beneficios y le proporcionará información acerca de nuestras políticas y procedimientos.</p>	
Teléfono de Servicio al Cliente	787-774-6060 ó 1-800-981-3241 Usuarios TTY llamen al TTY 787-792-1370 ó 1-866-215-1999
Horario de Operaciones del Centro de Llamadas:	<ul style="list-style-type: none"> • lunes a viernes: 7:30 a.m. - 8:00 p.m. • sábado: 9:00 a.m. - 6:00 p.m. • domingo: 11:00 a.m. - 5:00 p.m.
Fax- Servicio al Cliente	787-706-4014 / 787-706-2833
Fax - Rembolso	787-749-4032
Teleconsulta	1-800-255-4375 24 horas, los 7 días
BlueCard®	1-800-810-2583 <u>www.bcbsa.com</u>
Dirección Postal Servicio al Cliente	Triple-S Salud, Inc. Departamento de Servicio al Cliente PO Box 363628 San Juan, PR 00936-3628
Dirección de correo electrónico:	<u>customerservice@ssspr.com</u>
Precertificaciones	Triple-S Salud, Inc. Departamento de Precertificaciones PO Box 363628 San Juan, PR 00936-3628
Programa de Manejo de Casos	787-277- 6544, 787-273-1110 extensiones 4312, 4265, 4355 o al 1-800-981-4860 Lunes a viernes: 8:00 a.m. - 4:30 p.m. Fax: 787-744-4820
Programa de Educación y Manejo de Enfermedades (asma, diabetes, fallo cardiaco, prenatal, hipertensión, COPD (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), Viviendo sin Humo	1-866-788-6770 Lunes a viernes: 8:00 a.m. - 4:30 p.m.

Centros de Servicio

<p>Plaza Las Américas (Segundo nivel frente a Relojes y Relojes) Lunes a viernes: 8:00 a.m.-7:00 p.m. Sábado: 9:00 a.m. – 6:00 p.m. Domingo: 11:00 a.m. – 5:00 p.m.</p>	<p>Plaza Carolina (Segundo nivel al lado de Sears) lunes a viernes: 9:00 a.m. – 7:00 p.m. sábado: 9:00 a.m. – 6:00 p.m. domingo: 11:00 a.m. – 5:00 p.m.</p>
<p>Caguas Edificio Angora Ave. Luis Muñoz Marín Esq. Troche lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m.</p>	<p>Arecibo Edificio Caribbean Cinemas, Suite 101 Carretera #2 Km. 81.0 lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m.</p>
<p>Ponce 2760 Ave. Maruca lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m.</p>	<p>Mayagüez Carretera 114 Km. 1.1 Barrio Guanajibo lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m.</p>
<p>Persons who may need assistance due to:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spanish is not the primary language • Special Needs 	<p>This information is available for free in English. Also, if you need oral interpretation services into any language other than Spanish or English please contact our Call Center at 787-774-6060.</p> <p>Call Customer Service if you need free help in another language and format. If you also need help reading or understanding a document, we can help.</p> <p>Written materials may be available in other formats.</p> <p>For telephone services for hearing-impaired (TTY), call 787-792-1370 Monday thru Friday 7:30 a.m. - 8:00 p.m.; Saturday 9:00 a.m. - 6:00 p.m. and Sunday 11:00 a.m. - 5:00 p.m.</p>
<p>Personas con Necesidades Especiales</p>	<p>Llame a Servicio al Cliente si necesita ayuda en otro idioma o formato. Si desea hablar en otro idioma, o necesita ayuda para leer o entender un documento, le podemos ayudar.</p> <p>Los materiales impresos pueden estar disponibles en otros formatos.</p> <p>Usuarios TTY pueden llamar a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al TTY 787-792-1370 durante el siguiente horario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lunes a viernes: 7:30 a.m. - 8:00 p.m. • sábado: 9:00 a.m. - 6:00 p.m. • domingo: 11:00 a.m. - 5:00 p.m.

<p>Portal de internet</p>	<p>www.ssspr.com</p> <p>Nuestros asegurados cuentan con la opción de registrarse a nuestro portal. En este podrán realizar transacciones, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtener información sobre sus beneficios • Información educativa de salud • Obtener una Certificación de Cubierta • Solicitar duplicados de la tarjeta de identificación • Cambios de dirección • Revisar estatus de reembolsos • Revisar estatus de precertificaciones • Obtener una carta de certificación de estudiante • Revisar su historial de servicios
<p>Aplicación Móvil, Triple-S Salud</p>	<p>En su <i>Smartphone</i>, a través de la aplicación de Triple-S Salud, puede localizar proveedores participantes de forma fácil y rápida. Descargue la aplicación en su tienda Apple o Android. Las funciones de nuestra aplicación son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cubierta y Copagos</i> – El asegurado puede revisar su cubierta y la de sus dependientes • <i>Tu tarjeta siempre contigo</i> – El asegurado principal puede enviarle por email a su médico su tarjeta del plan y la de sus dependientes. • <i>Directorio Médico</i> - Encuentra el proveedor de servicios de salud más cercano. • <i>Adquiere un plan</i> – Los clientes de planes individuales pueden ver los precios de nuestros planes y adquirir el que mejor se ajuste a su necesidad. • <i>Servicio al Cliente</i> – El asegurado tendrá a la mano información de contacto de Triple-S Salud como teléfonos y direcciones o envíanos un email directamente desde la aplicación. <p>Si no se ha registrado aún:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descargue la aplicación • Si no se ha registrado en el portal de internet, acceda el enlace de Regístrate.

AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS CON MEDICARE

Todos los formularios para ejercer sus derechos están disponibles en www.ssspr.com
ESTE SEGURO DUPLICA ALGUNOS BENEFICIOS DE *MEDICARE*

Este no es un seguro Complementario a *Medicare*

Este seguro provee beneficios limitados, si usted cumple con las condiciones de la póliza para gastos relacionados a los servicios específicos enumerados en la póliza. No paga sus copagos o coaseguros de *Medicare* y no es un sustituto para seguro complementario a *Medicare*.

Este seguro duplica beneficios de *Medicare* cuando:

- Algunos de los servicios cubiertos por la póliza también están cubiertos por *Medicare*

***Medicare* paga beneficios extendidos para servicios médicamente necesarios sin importar la razón por la cual usted los necesita. Estos incluyen:**

- Hospitalización
- Servicios médicos
- Otras partidas y servicios aprobados

Antes Que Usted Compre Este Seguro

- ✓ Coteje la cubierta en todas las pólizas de seguro de salud que usted ya tenga.
- ✓ Para más información sobre *Medicare* y el seguro complementario a *Medicare*, revise la Guía de Seguro de Salud para personas con *Medicare* disponible a través de la compañía de seguros.

Para recibir asistencia en la comprensión de su seguro de salud, póngase en contacto con la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico o con un programa gubernamental de orientación de seguros para personas de edad avanzada.

AVISO SOBRE ERISA PARA LOS EMPLEADOS DE LA EMPRESA PRIVADA

Cobertura de ERISA

La Ley federal *Employee Retirement Income Security Act* (conocida como *ERISA*) rige los beneficios como los planes de pensión, de salud e incapacidad; las prestaciones en caso de fallecimiento; los planes de indemnización; los planes prepagados para obtener servicios legales; los fondos para la educación y los programas de entrenamiento, así como los centros de cuidado infantil operados por el patrono privado. El Departamento del Trabajo federal es quien fiscaliza el cumplimiento con esta Ley.

La ley no requiere que un patrono privado proporcione beneficios particulares a los empleados, tales como los planes de salud. Sin embargo, ERISA ordena que una vez que el patrono privado decida ofrecer tales planes, éstos deben operar de acuerdo a ciertos estándares diseñados para proteger los intereses de los empleados (participantes) y sus dependientes.

Solicite a su patrono copia del *Summary Plan Description (SPD)* e información sobre los beneficios adicionales que tiene disponibles para sus empleados. El certificado de beneficios expedido por Triple-S Salud cubre el beneficio del plan de salud.

Alcance de ERISA

ERISA no cubre a los planes de iglesias ni a los planes de salud de las agencias, corporaciones e instrumentalidades del Gobierno de Puerto Rico y sus Municipios. Tampoco cubre los planes requeridos y administrados por las leyes locales, como la compensación de los empleados bajo el Fondo del Seguro del Estado y del desempleo.

Los requisitos de ERISA

ERISA generalmente establece que los planes de beneficios deben ser operados de manera justa y financieramente razonable. Los patronos privados y las entidades que manejan y controlan los planes de beneficios laborales están obligados a lo siguiente:

- Manejar tales fondos para el "beneficio exclusivo" de los participantes y asegurados del plan;
- Evitar conflictos de intereses cuando se hagan inversiones o se tomen decisiones acerca de los beneficios;
- Informar, tanto al gobierno como a los participantes, cierta información acerca de los planes; y
- Cumplir con los lineamientos específicos que regulan cómo y cuándo deben invertirse los fondos del plan.

Triple-S Salud como asegurador no maneja ni toma decisiones, administra, controla, invierte o distribuye los fondos del plan usados para financiar el plan médico. Solicite a su patrono el SPD para adquirir más detalles.

Cada plan debe notificar a los participantes sobre el procedimiento para hacer la solicitud de beneficios, y de los estándares establecidos que deben cumplir para poder recibir los beneficios. Dichos estándares pueden, por ejemplo, incluir criterios para determinar cuándo alguien es incapacitado y tiene derecho a recibir beneficios por incapacidad, qué tan pronto un empleado puede jubilarse y tiene derecho a demandar beneficios de pensión, qué tan rápido se le conceden dichos beneficios al empleado después de haber pagado el plan, y qué tan rápido un participante puede reclamar los beneficios del plan médico para que una enfermedad o lesión sea cubierta. Un patrono o administrador (tal como una compañía de seguros de incapacidad o de inversión para el retiro) no puede hacer cambios significativos al plan sin notificar a los participantes. Solicite a su patrono el SPD para adquirir más detalles si estos beneficios están disponibles.

Reclamos de Beneficios

Bajo ERISA las reclamaciones tienen que atenderse en unos plazos reglamentarios. Si el plan de salud o incapacidad denegara algún beneficio, la denegación debe ser por escrito y exponer las razones que justifican la denegación. Además, debe orientarle en cuanto a la presentación del caso nuevamente para que se haga una revisión justa del mismo. Le exhortamos a que lea la Sección titulada Apelaciones de Determinaciones Adversas de Beneficios en esta póliza expedida por Triple-S Salud en cuanto a las reclamaciones relacionadas con el plan de salud.

Para más información sobre ERISA puede visitar la página del Departamento de Trabajo federal al www.dol.gov.

LOS CAMBIOS EN EL PLAN EFECTIVOS EN SU NUEVO AÑO PÓLIZA

A continuación, presentamos un resumen de los cambios en su plan para este nuevo año póliza. Repase detenidamente los cambios en las Secciones de Beneficios de sus diferentes cubiertas.

- Hemos añadido una nueva Sección “Cómo Funciona su Plan”. Esta nueva sección le provee información adicional sobre cómo funciona su cubierta con Triple-S Salud y una guía de cómo obtener alguna información adicional con respecto a su cubierta. Esta información no cambia su cubierta con Triple-S Salud. Para información específica, refiérase a las Secciones de beneficios de sus diferentes cubiertas en la Póliza/Certificado de Beneficios.

SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y DE DIAGNÓSTICO EN FORMA AMBULATORIA

- Cubre los siguientes servicios para menores de 21 años de edad diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 1, según requerido por la ley 177 de 13 de agosto de 2016; aplica 20% de coaseguro. Estos servicios se ofrecen a través de los proveedores participantes de equipo médico duradero:
 1. Lancetas, hasta 150 por 30 días
 2. Tirillas, hasta 150 por 30 días
 3. Bomba de infusión de insulina y suplidors. La bomba de infusión de insulina requiere precertificación.

TABLA DE CONTENIDO

CONTACTOS.....	2
AVISO SOBRE ERISA PARA LOS EMPLEADOS DE LA EMPRESA PRIVADA	6
CAMBIOS EN SUSCRIPCIÓN.....	10
SUSCRIPCIÓN ESPECIAL.....	11
PAREJA DE HECHO (“DOMESTIC PARTNER”)	14
HIJOS DE PAREJA DE HECHO (CHILD OF A “DOMESTIC PARTNER”)	14
CÓMO FUNCIONA SU PLAN.....	15
CUBIERTA DE SERVICIOS POR LEY LOCAL O FEDERAL	34
CUBIERTA DE SERVICIOS PREVENTIVOS.....	34
SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y DE DIAGNÓSTICO EN FORMA AMBULATORIA	45
SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DURANTE PERIODOS DE HOSPITALIZACIÓN	52
SERVICIOS PROVISTOS POR UN HOSPITAL U OTRA FACILIDAD, Y SERVICIOS DE AMBULANCIA .	54
SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS	57
CUBIERTA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES	59
TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS.....	63
CUBIERTA DE FARMACIA (F-26).....	66
CUBIERTA DENTAL (DA-20)	72
EXCLUSIONES GENERALES DE LA CUBIERTA BÁSICA.....	76
EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES.....	80
EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS	81
EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA	82
EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DE DENTAL.....	85
PROCEDIMIENTO DE TRÁMITE PARA REMBOLSOS	86
PRECERTIFICACIONES	88
PROCEDIMIENTO DE TRÁMITE DE PRECERTIFICACIONES.....	89
PREAUTORIZACIONES PARA MEDICAMENTOS.....	91
PROCESO DE EXCEPCIONES A LA LISTA DE MEDICAMENTOS O FORMULARIO.....	92
SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO PACIENTE	105
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.....	108
DISPOSICIONES GENERALES	114
DEFINICIONES.....	126

ELEGIBILIDAD

¿QUIÉN ES ELEGIBLE?

Cada empleado activo del patrono y sus dependientes serán elegibles para el seguro ofrecido por esta póliza. Triple-S Salud podrá verificar la elegibilidad de la persona asegurada para que se cumplan los requisitos necesarios para obtener los beneficios que provee esta póliza. Los empleados activos y sus cónyuges, mayores de sesenta y cinco (65) años, que estén acogidos a ambas Partes del Programa Medicare, podrán asegurarse bajo los beneficios de esta póliza.

Triple-S Salud seguirá las reglas de elegibilidad del patrono concerniendo parejas consensuales del género opuesto o del mismo sexo.

FECHA DE EFECTIVIDAD

El empleado y sus dependientes elegibles quedarán asegurados en la fecha de efectividad de esta póliza, si la solicitud individual del empleado para el seguro, que incluya en la misma a dichos dependientes elegibles, si alguno, se acompaña de cualquier otro documento relacionado a la contratación, y que serán suministrados por Triple-S Salud a través del funcionario a cargo del personal o el Administrador de Beneficios del patrono. Luego de esta fecha, el empleado no podrá ingresar al seguro hasta la próxima fecha de renovación de esta póliza o si se presenta un evento de suscripción especial.

Cualquier empleado nuevo, cuya fecha de elegibilidad para este seguro sea posterior a la fecha de esta póliza, tendrá un periodo de espera que no excederá de 90 días contados desde la fecha en que comenzó a trabajar con el patrono. La solicitud para el seguro deberá acompañarse con el documento correspondiente que acredite tal fecha de elegibilidad del empleado. El seguro en estos casos será efectivo inmediatamente al siguiente día pasado el periodo de espera de 90 días. De no solicitarse el seguro, el empleado podrá solicitar ingreso en la próxima fecha de renovación de la póliza o si se presenta un evento de suscripción especial.

CAMBIOS EN SUSCRIPCIÓN

Después de agotado el periodo de suscripción, el empleado no podrá darse de baja en ningún momento durante el periodo de la póliza a menos que cese en su empleo, excepto en casos en que éste entienda que la cubierta existente bajo su plan patronal grupal elegible ya no sea una cubierta costeable o que le sea notificado que su cubierta no provee un valor mínimo actuarial (60%) para la próxima renovación. Además, no podrá hacer cambios en su seguro, ni el patrono podrá solicitarlos, a menos que dichos cambios sean necesarios por razón de cualquiera de los siguientes motivos:

1. Muerte de cualquiera de los asegurados en el plan: Cuando cualquiera de los asegurados muera durante la vigencia de esta póliza, la solicitud de cambio para el cese del seguro deberá realizarse dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que ocurrió la muerte; la cual deberá acreditarse con el Acta de Defunción. El cambio será efectivo el primer día del mes que sigue al mes en que ocurrió el evento.
2. Divorcio del empleado asegurado: Cuando el empleado asegurado se divorcie durante la vigencia de esta póliza, la solicitud de cambio para el cese del seguro deberá realizarse dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que ocurrió el divorcio, el cual deberá acreditarse con la Sentencia de Divorcio y su correspondiente Notificación. El cambio será efectivo el primer día del mes que sigue al mes en que ocurrió el evento.
3. Que un menor, según la definición de dependiente directo de esta póliza, deje de ser elegible como dependiente directo del empleado asegurado:

- a. Cuando un dependiente directo alcance la edad de veintiséis (26) años, la fecha de cumpleaños se tomará como la fecha para el cese del seguro, excepto en los casos de los dependientes incapacitados, según dispone la definición de dependiente directo. El cambio será efectivo el primer día del mes que sigue al mes en que ocurrió el evento.
- b. Cuando un dependiente directo ingrese en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, la fecha de ingreso se tomará como la fecha de solicitud para el cese del seguro. El mismo será efectivo el primer día del mes que sigue al mes en que ocurrió el evento.

Se entenderá que una solicitud de ingreso al seguro se hace cuando la persona completa ésta en todas sus partes y la envía a través del funcionario a cargo del personal o Administrador de Beneficios del patrono. Igual norma regirá respecto a cualquier petición de cambio en el seguro, excepto cuando la persona alcanza cualquier edad límite de cubiertas y/o beneficios, en donde Triple-S Salud podrá hacer el cambio automáticamente. Será responsabilidad del funcionario encargado del personal o Administrador de Beneficios del patrono remitir o entregar con prontitud a Triple-S Salud toda solicitud de seguro o petición de cambios que reciba, las tarjetas de asegurado de personas que terminen el seguro y un resumen certificado de todas las solicitudes nuevas y cambios a efectuarse. Triple-S Salud podrá verificar la elegibilidad de la persona asegurada para que se cumplan los requisitos necesarios para obtener los beneficios que esta póliza provee.

SUSCRIPCIÓN ESPECIAL

Un empleado activo y sus dependientes elegibles (directos) podrán suscribirse bajo esta póliza en cualquier momento durante un año póliza bajo las siguientes condiciones, términos y limitaciones:

1. Matrimonio del empleado asegurado: Cuando el empleado que esté asegurado contraiga matrimonio durante el año póliza, podrá suscribir a su cónyuge y a aquellos dependientes que se hagan elegibles en virtud del matrimonio, siempre que la solicitud de ingreso al plan se presente en Triple-S Salud dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del matrimonio, y acredite el mismo con el Certificado de Matrimonio y evidencia que acredite a los nuevos dependientes como elegibles, según sea el caso.
2. Nacimiento, adopción, colocación para adopción o adjudicación de custodia:
 - a. Cuando el empleado asegurado procrea un hijo biológico, adopte legalmente a un menor, se coloque en su hogar a un menor para propósitos de ser adoptado por el empleado asegurado, o se le adjudique la custodia legal o la tutela de un menor, el empleado asegurado podrá incluirlo bajo esta póliza. El evento tendrá que ser evidenciado con acta original de nacimiento, sentencia o resolución del Tribunal, o el documento oficial emitido por la agencia o autoridad gubernamental correspondiente, según sea el caso.
 - b. En el caso de recién nacidos que son hijos biológicos del empleado asegurado, el plan cubrirá al recién nacido a partir del nacimiento con la solicitud de inclusión como dependiente y la presentación del Acta Original del Nacimiento. De no recibirse la solicitud de ingreso como dependiente en estos casos, Triple-S Salud cubrirá al recién nacido bajo el plan de salud del asegurado principal del recién nacido en el caso del contrato individual o el plan de salud del empleado asegurado o cónyuge del empleado asegurado en caso de contrato familiar durante los primeros treinta días de nacimiento mientras se completa el proceso de suscripción del menor.
 - c. En el caso de menores recién adoptados por personas aseguradas a partir de la primera de las siguientes fechas:
 1. La fecha en que se colocan en el hogar del empleado asegurado con el propósito de ser adoptados y permanecen en el hogar en las mismas

condiciones que los demás dependientes del empleado asegurado, a menos que la colocación se interrumpa antes de la adopción legal y se traslade al menor del hogar donde había sido colocado;

2. La fecha en que se emitió una orden proveyéndole la custodia del menor al empleado asegurado que tenga la intención de adoptarlo; o
 3. La fecha de vigencia de la adopción.
- d. La cubierta para recién nacidos, menores recién adoptados o menores colocados para adopción incluirá servicios de cuidado de salud para lesiones o enfermedades, lo que incluye el cuidado y tratamiento de defectos y anomalías congénitas que se hayan diagnosticado por un médico; y no estará sujeta a ninguna exclusión por condición preexistente.
 - e. Si para proveer cubierta a un recién nacido, se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, el plan podrá exigir que el empleado asegurado notifique del nacimiento del menor y que proporcione el pago de los cargos o la prima requeridos a más tardar a los treinta (30) días de la fecha de nacimiento.
 - f. Si el empleado asegurado no proporciona la notificación ni el pago de prima, el plan podrá optar por no continuar brindándole cubierta al menor dependiente más allá del periodo de treinta (30) días. En caso del recién nacido, que es hijo biológico del empleado asegurado, si a más tardar a los cuatro (4) meses de la fecha de nacimiento del menor, el empleado asegurado emite todos los pagos adeudados, se reinstalará la cubierta del menor.
 - g. Si por el contrario, el plan no requiriese pago de una prima podrá solicitar una notificación del nacimiento, pero no podrá denegar o rehusar continuar proveyendo la cubierta, si el empleado asegurado no proporciona dicha notificación.
 - h. En los casos de menores recién adoptados o menores colocados para adopción, la organización de seguros de salud o asegurador estará obligada a proveer al empleado asegurado una notificación razonable acerca de lo siguiente:
 1. Si para proveer cubierta a un menor recién adoptado o un menor colocado para adopción se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, el plan podrá exigirle al empleado asegurado que notifique sobre la adopción o sobre la colocación en un hogar para adopción y que provea el pago de la prima o cargos requeridos a más tardar los treinta (30) días de la fecha en que se requiere que la cubierta comience.
 2. Si el empleado asegurado no provee la notificación o el pago descrito en el inciso anterior dentro del periodo de treinta (30) días, el plan no podrá tratar al menor adoptado o al menor colocado para adopción de manera menos favorable que a otros dependientes, que no sean recién nacidos, para quienes se solicita cubierta en una fecha posterior a la fecha en que el dependiente se hizo elegible a la cubierta.
 - i. Cuando el empleado asegurado tiene un contrato de tipo familiar y el evento de la adopción o colocación para adopción no conlleva el pago de prima adicional, el empleado asegurado debe dar aviso al plan sobre el evento dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha de adopción o colocación para adopción y presentar las evidencias correspondientes para validar la elegibilidad del menor, el cumplimiento de los documentos sometidos con los requisitos legales y la consecuente expedición de la tarjeta de plan médico para el menor.

En estos casos, el plan cubrirá los servicios de estos menores desde la fecha de nacimiento, adopción o colocación de adopción.

3. Suscripción especial por pérdida de elegibilidad bajo otro plan grupal o terminación de contribuciones patronales para cubrir las primas de otro plan de salud grupal:

Un empleado activo y sus dependientes elegibles (directos) podrán suscribirse a esta póliza en un periodo especial de suscripción ante la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos:

- a. En aquellos casos en que durante el periodo de tiempo en que estaban abiertas las suscripciones, el empleado activo no se suscribió en el plan médico de su patrono actual o no suscribió a un dependiente elegible, debido a que a esa fecha éste participaba de otro plan médico o cubierta extendida bajo la ley COBRA de su anterior patrono.
- b. Porque su patrono anterior realizaba aportaciones a las primas del plan de salud que tenía hasta ese momento y cesó en su totalidad las aportaciones patronales al plan médico que tenían hasta ese momento.
- c. El otro plan médico que tenía el empleado activo terminó conforme a los requisitos de elegibilidad de dicho plan médico, los cuales incluyen la separación, el divorcio, la muerte, la terminación del empleo, o reducción en el número de horas de empleo.
- d. En el caso del nacimiento, adopción de un menor, adjudicación de custodia o tutela, el dependiente podrá suscribirse al plan médico. Refiérase al inciso 2 de esta Sección para las reglas y fechas de efectividad aplicables en estos casos.
- e. En el caso de matrimonio, si el empleado elegible y su dependiente no estaban suscritos en el plan médico inicialmente, pueden suscribirse en éste durante el periodo de suscripción especial.
- f. El empleado elegible o su dependiente pierde la cubierta mínima con los beneficios de salud esenciales.
- g. La póliza anterior no ha sido cancelada por falta de pago o fraude de parte del asegurado.
- h. Si la persona perdió elegibilidad al Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

En todos estos casos, tanto el empleado activo como su dependiente elegible tendrán derecho a la suscripción especial a esta póliza a partir de los 30 días de la ocurrencia del evento. Para poder acogerse a este beneficio de suscripción especial, la pérdida de elegibilidad bajo el otro plan no debe haberse suscitado por razón de la falta de pago de primas o por una terminación unilateral por parte del otro plan debido a fraude.

Este periodo de suscripción especial beneficia tanto al empleado activo como a sus dependientes elegibles quienes deberán cumplir con los requisitos de elegibilidad contenidos en los términos de esta póliza al momento de solicitar la suscripción. En estos casos, el empleado será responsable de someter, junto con la solicitud de ingreso al plan, la carta de cancelación o asegurabilidad emitida por el otro plan o seguro, según lo dispone la ley.

4. Cuando un empleado asegurado o uno de sus dependientes elegibles (directos) no se había suscrito al plan de salud patronal durante el periodo de suscripción porque participaba en el programa Medicaid o del Programa de Seguro de Salud para Niños (*Children's Health Insurance Program* o CHIP, por sus siglas en inglés) y posteriormente pierde su elegibilidad en cualquiera de estos programas o adviene a ser elegible para un subsidio de primas bajo cualquiera de estos programas. En estos casos, el empleado asegurado y sus dependientes elegibles tendrán derecho a una suscripción especial y podrán solicitar su ingreso al plan de salud patronal dentro de los 60 días a partir de cualquiera de dichos eventos.

En aquellos casos en que el asegurado principal (no custodio) de menores que figuran como dependientes bajo la póliza, o cuando asegurados que sean mayores de edad pero que figuren como dependientes elegibles bajo la póliza, soliciten el pago de indemnización directamente a su persona por éstos haber pagado por los servicios médicos cubiertos que se reclamen, Triple-S Salud podrá remitir el pago directamente a dicho padre no custodio o asegurado.

PAREJA DE HECHO (“DOMESTIC PARTNER”)

Una pareja de hecho se define como una pareja del mismo o del sexo opuesto quien:

- es su única pareja de hecho y que dicha relación se pretende que continúe así indefinidamente;
- ha convivido con usted no menos de un año y usted intenta que esa convivencia indefinidamente;
- no es menor de 18 años y es mentalmente competente;
- no tiene relación de sangre con usted a un grado tan cercano que prohíba el matrimonio legal;
- no está legalmente casado(a) con otra persona ni ha tenido otra pareja de hecho en los 12 meses anteriores;
- comparte una relación personal cercana con usted y es solidariamente responsable de su bienestar común y obligaciones financieras y viceversa (Payless ShoeSource podría en cualquier momento, mientras se reclame una pareja de hecho, requerir evidencia de tal responsabilidad solidaria, solicitando copias de tres o más de los siguientes tipos de documentos):
 - a. Acuerdo de pareja de hecho
 - b. Hipoteca, alquiler o título de propiedad en conjunto
 - c. Propiedad conjunta de un vehículo
 - d. Cuenta de cheque o de crédito conjunto
 - e. Designación de la pareja de hecho como beneficiario primario en un seguro de vida o contrato de retiro
 - f. Poderes legales sobre propiedad duradera y cuidado de salud
 - g. Otros documentos legales o financieros que evidencie esa responsabilidad conjunta
- Ha firmado conjuntamente con usted una Declaración de Pareja de Hecho.

HIJOS DE PAREJA DE HECHO (CHILD OF A “DOMESTIC PARTNER”)

Un hijo de una pareja de hecho (“domestic partner”), está cubierto en esta póliza, según los siguientes requisitos:

- incluye cualquier hijo dependiente no casado hasta la edad de 26 años.
 - Incluye un hijo dependiente casado de 26 años o mayor, quien está incapacitado para ser independiente debido a retardación mental o impedimento físico y que depende principalmente del empleado para su sustento.
-

CÓMO FUNCIONA SU PLAN

Su cubierta bajo esta póliza / certificado

Su patrono (el "Tenedor de la Póliza") ha adquirido una póliza de Triple-S Salud y mantiene un contrato con Triple-S Salud. Usted como empleado de dicho patrono y sus dependientes tienen derecho a los beneficios descritos en esta Póliza/Certificado.

Los beneficios que provee esta póliza están comprendidos dentro de las clasificaciones generales que siguen. Estos beneficios están sujetos a los términos y condiciones específicamente establecidos para los mismos, y se ofrecen únicamente para aquellos asegurados que residen permanentemente en el Área de Servicio. Triple-S Salud es responsable por el pago de los servicios ofrecidos a un asegurado sujeto a las disposiciones de esta póliza y a las condiciones expresadas a continuación.

Los beneficios que provee esta póliza básica no son de carácter acumulativo ni están sujetos a periodos de espera.

El asegurado principal y todos sus dependientes directos tendrán beneficios similares.

Plan de Libre Selección

Usted, como asegurado de Triple-S Salud, está suscrito en un plan de Libre Selección. Esto significa que usted puede acceder su cuidado médico libremente dentro de la Red de Participantes y Proveedores de Triple-S Salud sin la necesidad de un referido de un médico primario u otro médico.

Sin embargo, le recomendamos que siempre seleccione un médico de cabecera para coordinar sus servicios con otros proveedores. Éste le ayudará a identificar el cuidado médico que necesitará coordinar con otros médicos especialistas y proveedores de la red de Participantes y Proveedores de Triple-S Salud que son parte del Directorio.

Usted deberá visitar siempre los médicos y proveedores participantes de la red de Triple-S Salud para que sus servicios estén cubiertos, excepto en casos de emergencia según requerido por la ley.

Existen también ciertas reglas del plan de Triple-S Salud que usted debe seguir para que los servicios estén cubiertos, tales como: visitar a ciertos proveedores para recibir servicios específicos, precertificación para servicios antes de recibirlos, uso del Formulario de Medicamentos, uso de un medicamento de primer paso para el tratamiento de su condición y uso de los médicos y proveedores de la red, entre otras reglas.

Es importante que se familiarice con esta póliza/certificado. Este documento incluye información valiosa sobre su cubierta de salud con Triple-S Salud.

Servicios Médicamente Necesarios

Triple-S Salud cubre los beneficios descritos en esta póliza/certificado, siempre y cuando sean médicamente necesarios.

Servicios médicamente necesarios son servicios o suministros que son necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su enfermedad, y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Por favor refiérase a la sección de Apelaciones para su derecho a una apelación de una determinación adversa sobre los beneficios de un servicio considerado no médicamente necesario.

Servicios Médico-Quirúrgicos durante una Hospitalización

Triple-S Salud se compromete a pagar, a base de las tarifas establecidas para tales propósitos, por los servicios cubiertos en esta póliza que sean prestados al asegurado durante periodos de hospitalización. Sólo estarán cubiertos durante cualquier periodo de hospitalización los servicios de médicos que normalmente estén disponibles en el hospital en que la persona asegurada se hospitalice.

Ninguna persona asegurada bajo esta póliza, que se hospitalice en una habitación semiprivada o privada del hospital, estará obligada a pagar cantidad alguna a un médico participante por los servicios cubiertos por esta póliza que el médico le preste. El pago de honorarios médicos en estos casos lo efectuará directamente Triple-S Salud a los médicos participantes a base de las tarifas establecidas para tales propósitos.

Servicios de Hospitalización

Es requisito que la persona asegurada a hospitalizarse por razón de lesiones o enfermedad pague al hospital participante, al momento de su ingreso, el copago o coaseguro establecido por la admisión. Además, deberá pagar los copagos o coaseguros por los servicios hospitalarios que apliquen. Esta cantidad no será reembolsable por Triple-S Salud.

Para el cómputo de cualquier periodo de hospitalización se cuenta el día de ingreso, pero no se cuenta el día en que el paciente es dado de alta por el médico a cargo del caso. Triple-S Salud no será responsable por los servicios recibidos por cualquier persona asegurada si ésta permanece en el hospital después de haber sido dada de alta por el médico a cargo del caso, ni tampoco será responsable por cualquier día o días de pase que le sean concedidos al paciente para ausentarse del hospital durante el mismo periodo de hospitalización.

Los servicios de hospitalización se extenderán en caso de maternidad o de condiciones secundarias al embarazo, únicamente si se tiene derecho al beneficio de maternidad. **Según dispone la Ley Núm. 248 de 15 de agosto de 1999, Ley para Garantizar un Cuidado Adecuado para las Madres y sus Recién Nacidos Durante el Periodo Post-Parto, las admisiones de hospital en caso de un parto estarán cubiertas un mínimo de 48 horas en caso de parto natural y 96 horas en caso de un parto por cesárea a menos que el médico, luego de consultar con la madre, ordene el alta al hospital para la madre y/o recién nacido.**

Cuando una persona asegurada utilice una habitación privada en un hospital participante, Triple-S Salud cubrirá lo que hubiese pagado por una habitación semiprivada. El hospital podrá cobrar al paciente la diferencia entre el costo normal de la habitación privada y la tarifa establecida por Triple-S Salud para una habitación semiprivada, excepto en casos que sea médicamente necesario y con previa notificación a Triple-S Salud. Los demás gastos de hospitalización de la persona asegurada cubiertos por esta póliza están incluidos en la contratación entre el hospital participante y Triple-S Salud y por ello no puede cobrar diferencia alguna a la persona asegurada. Favor verificar en la tabla de beneficios para cualquier cantidad adicional por concepto de copagos o coaseguros adicionales al de la admisión hospitalaria.

Proveedores participantes de nuestra red

Nosotros tenemos un contrato con médicos, facilidades y proveedores a través de toda la Isla para que le provean servicios a nuestros asegurados. Es importante que usted conozca y acceda en cualquier momento nuestro Directorio de Participantes y Proveedores.

Para conocer si un médico o proveedor es parte de nuestra red:

Verifique en el Directorio de Participantes y Proveedores de la Red de Triple-S Salud que tenga disponible. Visite nuestro portal de internet en www.ssspr.com.

Acceda nuestra **aplicación móvil** para su *Smartphone* (Apple o Android), **Triple-S Salud**. Una vez complete el proceso de registro, puede acceder el Directorio de Proveedores.

Llame a Servicio al Cliente al número que aparece en la parte posterior de la tarjeta de identificación de asegurado para preguntas de un proveedor específico.

Si interesa una copia impresa o en CD del Directorio, llame a Servicio al Cliente para que le suministren una copia actualizada del mismo.

Contrataciones Especiales por Manejo

Triple-S Salud podrá establecer una contratación particular con algún proveedor para condiciones de salud que exijan o para las cuales Triple-S Salud requiera de un manejo especializado en dichos casos. Hay ciertas condiciones que, por sus características particulares, requieren que Triple-S Salud revise de cerca la utilización de los servicios para evitar el fraude al seguro o el abuso de los servicios. Las políticas de Triple-S Salud van dirigidas a lograr una buena administración de estos casos particulares, de manera que se garantice un trato igual para todas las personas aseguradas bajo condiciones similares, a la vez de garantizar un manejo costo-efectivo. Esta política no se interpretará como una eliminación o reducción de los beneficios cubiertos bajo esta póliza.

Compensación a los Proveedores de la Red

Los servicios prestados por proveedores participantes se pagan a base de la tarifa establecida para cada uno de los servicios, de acuerdo con el contrato en vigor entre el participante y Triple-S Salud. Cuando solicite un servicio, el asegurado está obligado a mostrar la tarjeta de identificación del plan que lo acredita como persona elegible a recibir servicios del proveedor. En ésta se estipula la cubierta a la que tiene derecho.

Si necesita información adicional de las tarifas u honorarios pagados a un médico o proveedor participante para un servicio específico, llame a Servicio al Cliente al número que aparece en la parte posterior de la tarjeta de identificación de asegurado.

Servicios fuera de la Red en Puerto Rico

Los servicios cubiertos por esta póliza que sean prestados por médicos o proveedores no participantes de Triple-S Salud, estarán cubiertos únicamente en casos de emergencia según requerido por ley y serán pagados directamente al proveedor a base de la tarifa contratada que se hubiese pagado a un proveedor participante, luego de descontar el copago y/o coaseguro aplicable, según establecido en la póliza.

En el caso de que la persona asegurada reciba servicios de cuidado de salud posteriores a los servicios de emergencia o de post estabilización que estarían cubiertos bajo el plan de cuidado de salud, excepto por el hecho de que se trata de un proveedor no participante, Triple-S Salud reembolsará a la persona asegurada a base de lo que resulte menor entre el gasto incurrido y el honorario que se hubiese pagado a un proveedor participante, luego de descontar el copago y/o coaseguro aplicable según establecido en la póliza, siempre que exista una razón médica de peso por la cual el paciente no pueda ser transferido a un proveedor participante.

Bajo otras circunstancias, los proveedores fuera de la red no están cubiertos por esta póliza. Esto significa que usted será responsable del costo total de los servicios que ha recibido de proveedores no participantes.

Transición

Cuando un proveedor abandona la red de Triple-S Salud

En caso de cancelación del proveedor (voluntaria o involuntaria) o que el plan de salud cese, el asegurado será notificado de dicha cancelación con por lo menos 30 días antes de la fecha de efectividad de la

cancelación. En caso de cancelación, y sujeto al pago de la prima, el asegurado tendrá derecho a continuar recibiendo los beneficios por un período de transición de 90 días. En caso de que se encuentre hospitalizado al momento de la fecha de cancelación y la fecha de alta haya sido programada antes de la fecha de terminación, el periodo de transición se extenderá 90 días después de la fecha en que sea dado de alta.

En caso de una persona asegurada durante su embarazo y la cancelación ocurre en el segundo trimestre, el período de transición se extenderá hasta la fecha de alta de la persona asegurada después del parto o de la fecha de alta del neonato, la que fuera última. En caso de pacientes diagnosticados con una condición terminal, antes de la fecha de terminación del plan y que continúe recibiendo servicios por esa condición antes de la fecha de terminación del plan, el período de transición se extenderá durante el tiempo restante de la vida del paciente.

Nuevos asegurados con un tratamiento en curso

Si el asegurado está en un tratamiento en curso con un proveedor no participante cuando la cubierta de esta póliza/certificado se haga efectiva, el asegurado puede recibir sus servicios cubiertos para el tratamiento en curso con el proveedor no participante durante un máximo de 60 días a partir de la efectividad de la cubierta con Triple-S Salud. Este curso de tratamiento debe ser para una enfermedad o condición que amenaza la vida o una condición o enfermedad degenerativa e incapacitante. Los asegurados también podrán continuar con los cuidados de un proveedor no participante si se encuentran en el segundo o tercer trimestre del embarazo, cuando la cubierta de esta póliza/certificado entre en vigor. Los asegurados podrán continuar con el cuidado médico hasta la fecha de parto y cualquier servicio post-parto directamente relacionado con el mismo.

Para poder continuar recibiendo los servicios de un proveedor no participante bajo las circunstancias anteriormente descritas, el proveedor debe aceptar como pago nuestros honorarios por dichos servicios. El proveedor también debe estar de acuerdo con proporcionar la información médica necesaria relacionada al cuidado médico de los asegurados y aceptar nuestras políticas y procedimientos, incluyendo aquellas para asegurar la calidad del cuidado de salud, la obtención de una precertificación y un plan de tratamiento aprobado por el Plan. Si el proveedor está de acuerdo con estas condiciones, los asegurados recibirán los servicios cubiertos como si fueran provistos por un proveedor participante. El asegurado será responsable únicamente de los copagos y coaseguros aplicables a su cubierta.

Su Derecho a participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento

Usted tiene derecho a participar o que una persona de su confianza participe plenamente de las decisiones sobre su cuidado médico. Esto significa que usted tiene derecho a recibir toda la información necesaria y las opciones de tratamiento disponibles, los costos, riesgos y probabilidades de éxito de dichas opciones para que usted pueda tomar su decisión.

Su médico o proveedor de servicios de salud deberá respetar y acatar sus decisiones y preferencias de tratamiento.

Nuestro plan no puede imponerle cláusulas de mordaza, penalidades o de otro tipo que interfieran con la comunicación entre usted y su médico. Su(s) médico(s) o profesional(es) de la salud que coordina(n) su cuidado médico deberá(n) proveerle la orden médica para pruebas de laboratorio, rayos-x o medicamentos para que pueda escoger la facilidad en que recibirá los servicios.

Servicios de emergencia en Puerto Rico

Triple-S Salud cubre servicios de emergencia para el tratamiento de una condición de emergencia en un hospital o una sala de emergencia independiente.

"Emergencia Médica" significa: Una condición médica o del comportamiento que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad, incluido el dolor intenso, de manera que una persona prudente,

con un conocimiento promedio de medicina y salud, podría deducir que la falta de atención médica inmediata puede poner en serio peligro la condición de salud de la persona afectada por tal condición o, con respecto a una persona asegurada durante su embarazo, la salud de la persona asegurada o del feto, o en el caso de un trastorno del comportamiento, puede poner la condición de salud de dicha persona o de otras personas en grave peligro; causar problemas en las funciones corporales de dicha persona; causar disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo de dicha persona; o desfiguración grave.

Por ejemplo, una condición de emergencia puede incluir, pero no se limita a las siguientes condiciones:

- Dolor severo en el pecho
- Lesiones graves o múltiples
- Dificultad respiratoria severa
- Un cambio repentino en el estado mental (por ejemplo, desorientación)
- Sangrado severo
- Dolor o condiciones que requieren atención inmediata, tales como ataque al corazón o sospecha de apendicitis aguda
- Intoxicaciones
- Convulsiones

La cubierta de servicios de emergencia para el tratamiento de una condición de emergencia se proporcionará al asegurado independientemente de si el proveedor es un proveedor participante. El plan cubre los servicios de emergencia para tratar una condición de emergencia fuera del área. Sin embargo, el plan cubrirá sólo aquellos servicios de emergencia y suministros que son médicamente necesarios y se realizan para tratar o estabilizar la condición de emergencia de un asegurado en un hospital.

Visitas a una sala de emergencia del hospital. En el caso de que un asegurado requiera tratamiento para una condición de emergencia, busque atención inmediata en la sala de emergencia de un hospital o una facilidad de sala de emergencias más cercana o llame al Sistema 9-1-1. Los servicios de emergencia no requieren precertificación. Sin embargo, sólo los servicios de emergencia para el tratamiento de una condición de emergencia están cubiertos en una sala de emergencia.

No cubrimos los cuidados de seguimiento o atención de rutina que sean prestados en una sala de emergencias de un hospital.

Admisiones de emergencia en hospitales. En el caso de que un asegurado fuera ingresado en el hospital de emergencia, el asegurado no tiene que notificar al plan sobre la admisión, excepto si se encuentra fuera de Puerto Rico. En estos casos, la persona asegurada o alguna otra persona debe notificar al plan al número que aparece en la parte posterior de la tarjeta de identificación dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la admisión, o tan pronto como le sea razonablemente posible.

Servicios de emergencia en los Estados Unidos

Los asegurados tienen derecho a cubierta de servicios de emergencia cuando se encuentra en los Estados Unidos.

Triple-S Salud cubrirá los servicios de emergencia basándose en las tarifas contratadas del Plan *Blue Cross Blue Shield* del área, si el proveedor que presta los servicios es uno participante de la red de los planes *Blue Cross Blue Shield*.

Si el asegurado tiene una emergencia y utiliza un proveedor no participante Triple-S Salud pagará:

1. el por ciento de la tarifa para proveedores no participantes establecida por el plan local de la *Blue Cross Blue Shield Association*

2. o lo mayor de las siguientes tres cantidades (ajustadas a los costos compartidos de la red de proveedores participantes): tarifa negociada con los proveedores participantes, la cantidad del cargo usual, acostumbrado y razonable (*UCR* por sus siglas en inglés) o la cantidad que pagaría Medicare.

Cuidado de Urgencias

Cuidado de urgencia es el cuidado para una enfermedad, lesión o condición lo suficientemente grave para que una persona razonablemente pueda buscar cuidado médico inmediatamente, pero no es tan grave como para visitar una sala de emergencia. El cuidado de urgencia suele estar disponible en horario extendido, incluyendo fines de semana y noches. El cuidado de urgencia está cubierto por el plan:

- **En la red.** El Plan cubre cuidado de urgencia a través de un médico, clínica de servicios médicos o un centro de cuidado de urgencias.
- **Fuera de la Red.** El Plan no cubre cuidado de urgencia prestado a través de médicos o proveedores no participantes de la red.

Precertificación de Servicios

Hay ciertos servicios y medicamentos que requieren la aprobación previa de Triple-S Salud antes de que el asegurado pueda recibirlos. El asegurado o el proveedor es responsable de solicitar una precertificación del servicio. Refiérase a las Secciones de Precertificaciones, Procedimiento de Trámite de Precertificaciones y Preautorizaciones para Medicamentos para obtener una lista detallada de los servicios que requieren una precertificación y el proceso que el asegurado o proveedor deben seguir para obtener la precertificación del plan.

Para que los servicios se consideren cubiertos por el plan, el asegurado debe cumplir con el requisito de la precertificación previa. En los casos en que Triple-S Salud requiera precertificación o autorización previa a la prestación de servicios, Triple-S Salud no será responsable por el pago de dichos servicios, si los mismos han sido prestados o recibidos sin dicha precertificación o autorización previa por parte de Triple-S Salud.

El asegurado, médico y proveedor participante serán orientados sobre las admisiones hospitalarias que requieran precertificación o notificación en 24 horas o tan pronto como sea razonablemente posible. Algunos estudios, procedimientos diagnósticos y quirúrgicos requieren una precertificación de Triple-S Salud. La persona asegurada, el médico y proveedor participante serán orientados sobre los procedimientos a precertificar. **Los servicios recibidos como consecuencia de una emergencia médica en una Sala de Emergencia no requerirán precertificación de Triple-S Salud.**

Obtenga una Copia Actualizada del Formulario de Medicamentos

Su cubierta de medicamentos bajo esta póliza está sujeta a una Lista o Formulario de Medicamentos.

Nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica está compuesto por médicos, farmacéuticos clínicos y otros profesionales de la salud, quienes se reúnen periódicamente para evaluar y seleccionar aquellos medicamentos que serán incluidos en la Lista, siguiendo un proceso riguroso de evaluación clínica.

Esta Lista o Formulario de Medicamentos se imprime una vez al año, pero se hacen revisiones periódicas para incluir nuevos medicamentos luego de que el Comité los aprueba.

Notificaremos los cambios a todos los asegurados, médicos, dentistas y farmacias participantes, a más tardar a la fecha de efectividad del cambio. En el caso de inclusión de nuevos medicamentos de receta en la lista de medicamentos o formulario, les notificaremos con treinta (30) días de antelación a la fecha de efectividad de la inclusión.

Llame a Servicio al Cliente si interesa una copia actualizada de la Lista de Medicamentos o Formulario.

Programa de Manejo de Medicamentos Especializados

El Programa de Manejo de Medicamentos Especializados es un programa coordinado exclusivamente a través de las farmacias participantes de la Red Exclusiva de Farmacias Especializadas de Triple-S Salud. El propósito de este programa es ayudar a los asegurados que tengan condiciones crónicas y de alto riesgo que requieren la administración de medicamentos especializados a que reciban un manejo clínico de la condición totalmente integrado.

Algunas de las condiciones médicas o medicamentos que requieren manejo a través del Programa de Manejo de Medicamentos Especializados son las siguientes¹:

- | | |
|--|-------------------------|
| ✓ Cáncer (tratamiento oral) | ✓ Esclerosis Múltiple |
| ✓ Factor Antihemofílico | ✓ Enfermedad de Gaucher |
| ✓ Enfermedad de Crohn | ✓ Hipertensión Pulmonar |
| ✓ Eritropoyetina (Deficiencia en las células de la sangre) | ✓ Osteoporosis |
| ✓ Fibrosis Quística | ✓ Osteoartritis |
| ✓ Hepatitis C | ✓ Psoriasis |
| ✓ Artritis Reumatoide | |

Entre los servicios que el programa incluye se destacan los siguientes:

- Una evaluación que permite identificar necesidades particulares que el paciente pueda tener respecto al uso de su medicamento.
- Intervenciones clínicas que incluyen, entre otros:
 - Coordinación del cuidado del paciente con su médico
 - Educación personalizada al paciente y cuidadores de acuerdo a la condición
 - Manejo y coordinación de preautorización de los medicamentos
 - Seguimiento de signos y síntomas de la condición
 - Seguimiento de adherencia a la terapia
 - Utilización apropiada de medicamentos
 - Optimización de dosis
 - Interacciones droga-droga
 - Manejo de efectos secundarios
 - Coordinación de repeticiones
 - Asistencia a través de personal especializado en su condición
 - Facilidad de entrega de medicamentos en el lugar de preferencia del paciente
 - Acceso a personal farmacéutico 24 horas al día, los 7 días de la semana
 - Material educativo sobre su condición

Para información sobre las farmacias participantes de la Red Exclusiva de Farmacias Especializadas, refiérase al Directorio de Participantes y Proveedores de Triple-S Salud, visite nuestro portal de internet en www.ssspr.com o llame a Servicio al Cliente.

Programas para el Suministro Extendido de Medicamentos de Mantenimiento

Triple-S Salud ofrece programas para el despacho de 90 días en algunos medicamentos de mantenimiento. Los asegurados de Triple-S Salud tendrán la flexibilidad de seleccionar la opción de preferencia para el recibo de algunos medicamentos de mantenimiento a través de: las farmacias participantes del Programa Flex 90® o en la comodidad de su hogar registrándose en el Programa de Farmacia Expreso de Triple-S Salud (Mail Order).

¹ Algunos medicamentos para tratar estas condiciones podrían estar excluidos de su cubierta de farmacia.

- **Flex90®**: Este programa de suministro extendido le permite al asegurado obtener un suministro de 90 días para algunos medicamentos de mantenimiento a través de sus farmacias participantes. El Programa cuenta con una red de sobre 900 farmacias alrededor de toda la Isla las cuales incluyen farmacias de cadenas (Walgreens, Kmart, Walmart, Sam's, Costco, Farmacias Plaza y farmacias independientes de la comunidad).
- **Programa de Farmacia Expreso de Triple-S Salud (Mail Order)**: Bajo este programa el asegurado recibirá 90 días de sus medicamentos de mantenimiento en su hogar u otro lugar de preferencia y podrá ordenar las repeticiones de sus medicamentos por correo o por teléfono. Además, el envío de los medicamentos es libre de costo y el asegurado obtiene ahorros en sus copagos. **Para recibir información y registrarse en el programa de medicamentos por correo llame al 1-866-881-6221.**

Manejo Clínico

Los beneficios que ofrece esta Póliza/Certificado están sujetos a precertificaciones, revisiones concurrentes y retrospectivas para determinar cuando los servicios deben ser cubiertos por el plan. El objetivo de estas revisiones es promover la prestación de cuidado médico de forma costo-efectiva mediante la revisión de la utilización de los procedimientos médicos y, en su caso, el nivel o proveedor que prestará el servicio. Los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios para considerarse cubiertos por el plan.

Manejo de Casos

El programa de Manejo de Casos ayuda a coordinar los servicios para los asegurados con necesidades de atención médica debido a condiciones graves, complejas y/o crónicas de salud tales como:

- VIH o SIDA
- Enfermedades cerebrovasculares
- Cáncer en tratamiento de quimioterapia continua o fase terminal.
- Enfermedades degenerativas como la esclerosis múltiple
- Bebés prematuros con anomalías genéticas
- Pacientes que dependen de la ventilación mecánica
- Pacientes que necesitan antibióticos intravenosos o hiperalimentación
- Trasplante de órganos y tejidos, incluyendo médula ósea
- Embarazo de alto riesgo
- Enfermedad mental y abuso de sustancias

Nuestro programa es confidencial y voluntario. Además, ayudará al asegurado que participe en el programa a coordinar sus beneficios y educarlos para poder satisfacer sus necesidades relacionadas con el cuidado de su salud.

Un asegurado puede ser referido al programa por un doctor, trabajador social, hospital, planificador de alta, un familiar o por su cuenta, así como otras fuentes.

La elegibilidad para participar en el programa dependerá de la existencia de opciones efectivas para el tratamiento de la condición de salud del asegurado. Estos pueden incluir: servicios de salud en el hogar, equipo médico duradero o admisión en un centro de atención especializada y otros servicios.

Si el asegurado cumple con los criterios del programa y está de acuerdo en participar, un grupo de enfermeras, médicos y un trabajador social con amplia experiencia clínica, evaluarán las necesidades de salud del asegurado y determinarán las alternativas disponibles de cuidado. La coordinación se basa en las recomendaciones del médico de cabecera o médico del asegurado. Cuando el asegurado es aceptado en el programa, el manejador de casos coordinará los servicios y dará seguimiento a través de llamadas telefónicas y visitas personales.

Para información adicional llame al 787-277-6544, 787-749-4949, extensiones 4312, 4265, 4355 o al 1-800-981-4860 sólo en Puerto Rico.

Su cubierta cuando Participa en un Ensayo Clínico (*Clinical Trial*)

Si usted participa en un ensayo clínico (*clinical trial*), a continuación detallamos lo que el plan cubre y no cubre.

Recuerde, esto aplica cuando se haya inscrito en un ensayo o estudio para tratar una enfermedad que amenace su vida, para la cual no haya tratamiento efectivo y obtenga la aprobación del médico para su participación en el estudio, porque éste ofrece un beneficio potencial.

Nuestro plan cubre:

- Gastos médicos rutinarios del paciente según las categorías de servicios cubiertas, límites y otras condiciones establecidas en la póliza. Son los gastos que normalmente están disponibles esté o no participando en un ensayo clínico. Esto incluye los servicios para diagnosticar y tratar las complicaciones resultantes del estudio.

Nuestro plan no cubre:

- Gastos por estudios o tratamientos clínicos investigativos (*clinical trials*)
- Aparatos, medicamentos experimentales o investigativos administrados para ser utilizados como parte de estos estudios
- Servicios o productos que se proveen para obtención de datos y análisis, y no para el manejo directo del paciente
- Artículos o servicios sin costos para el asegurado que comúnmente ofrece el auspiciador de la investigación.

Programa de Manejo de Poblaciones con Enfermedades Específicas

Este programa ofrece orientación y seguimiento a nuestros asegurados con el propósito de optimizar su calidad de vida y asegurar un manejo adecuado de su condición de salud para evitar riesgos y prevenir complicaciones.

- **Programa de Diabetes:** los asegurados reciben orientaciones educativas para asegurados diabéticos de 18 años en adelante. En los talleres y llamadas telefónicas se discuten temas como qué es la diabetes, aspectos emocionales, ejercicio, nutrición, medicamentos y prevención de complicaciones, entre otros.
- **Programa de Asma:** Con la ayuda de personal de manejo clínico, educadores y terapistas, los asegurados entre las edades de 5 a 56 años que padecen de asma reciben información sobre su condición y factores que pueden provocar ataques de asma, síntomas, señales de alerta y medicamentos para establecer estrategias para controlarla.
- **Programa de Hipertensión:** Los asegurados mayores de 18 años que sufren de hipertensión (presión arterial alta o descontrolada) se benefician de las actividades educativas que ofrece este programa. Aprenden qué es hipertensión, sus señales o síntomas, modificación de estilos de vida y cómo controlar su presión arterial.
- **Programa de Fallo Cardíaco:** Los asegurados mayores de 19 años que padecen de fallo cardíaco (enfermedad del corazón que provoca que el bombeo de sangre al cuerpo no sea normal) reciben material educativo y orientación de parte de profesionales de enfermería sobre cómo cuidarse y así lograr sentirse mejor. Los asegurados cuya condición no es severa serán citados por los

educadores en salud para actividades educativas. Todo esto les ayudará a controlar su condición, evitar complicaciones y mejorar su calidad de vida.

- **Programa de COPD:** Los asegurados mayores de 40 años con la condición de COPD (sigla en inglés de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) reciben orientación sobre su condición, el uso de medicamentos para controlarla, señales y síntomas de complicaciones y la importancia del seguimiento médico. Nuestros profesionales de la salud ayudan a los participantes a conocer bien su condición y adoptar estilos de vida saludables para evitar las complicaciones y disfrutar de una mejor calidad de vida.
- **Programa Prenatal:** El programa Prenatal educa a las personas aseguradas sobre la importancia del cuidado prenatal temprano y sobre los factores de riesgos a los que deben estar pendientes. Las personas aseguradas durante su embarazo reciben folletos educativos sobre el cuidado del embarazo y del bebé. También reciben orientación por teléfono de un especialista de manejo clínico en el área de prenatal y orientaciones en talleres educativos ofrecidos por los educadores en salud.
- **El Programa "Viviendo sin Humo":** El programa consiste en ofrecer servicios de orientación y educación general sobre los efectos del fumar a la salud y los beneficios de modificar y/o eliminar esta adicción. El mismo está dirigido a personas que padecen condiciones crónicas y aquellos que desean dejar esta adicción. El Programa es ofrecido libre de costo a los asegurados.

Para más información de los programas de manejo de poblaciones puede comunicarse al 1-866-788-6770.

Programa de Centros Preventivos

A través de este programa, usted puede obtener sus servicios en los Centros participantes, en una misma visita sin la necesidad de largas esperas. La persona asegurada deberá coordinar la cita con el Centro Participante de su interés para recibir los servicios provistos en su póliza en la Sección de Cubierta de Servicios Preventivos. Además, incluye una evaluación inicial y posterior a las pruebas realizadas.

El programa está disponible sólo a través de las facilidades participantes del Programa. Refiérase al Directorio de Participantes y Proveedores de Triple-S Salud para una lista de los Centros Preventivos participantes del programa, visite nuestro portal de internet en www.ssspr.com, nuestra aplicación móvil o llame a Servicio al Cliente para información sobre un Centro cercano a usted.

Triple-S Natural

Triple-S Natural es un programa que le permite recibir servicios médicos utilizando un modelo de medicina integrada, en el cual se incorporan técnicas y tratamientos complementarios validados por los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos y organismos reconocidos a nivel internacional.

El Programa Triple-S Natural integra las especialidades de la medicina convencional y complementaria como son:

- **Medicina Primaria Convencional:** Cuidado Médico convencional ofrecido por especialistas en Medicina de Familia, Medicina China y Acupuntura.
- **Salud Integral y Complementaria:** Es la utilización de la medicina convencional, en conjunto con terapias, tratamientos, modalidades y enfoques terapéuticos, ambas basadas en el método científico, que propician el estado de salud óptimo de una persona, aún dentro de las limitaciones que una condición de salud puede presentar. Su objetivo es la prevención de la enfermedad y ante la ocurrencia de ésta, la intervención coordinada de este conjunto de terapias que puedan reestablecer la salud física, mental y espiritual de la persona humana.

- **Acupuntura Médica:** La acupuntura utiliza como base la capacidad del cuerpo para regenerarse y curarse a través de estímulos producidos por la inserción y manipulación de agujas u otro instrumental en determinados puntos de la piel. Dichos puntos han sido clínicamente definidos con propósitos terapéuticos.
- **Masaje Terapéutico:** El masaje tiene como fundamento la concepción del ser humano como un total y concibe la enfermedad como la ruptura del flujo constante de energía, nutriente y bienestar que garantizan el estado óptimo de salud de la persona. A través de una combinación de técnicas especializadas, se utilizan las manos, codos y algunos instrumentales auxiliares que faciliten la activación del flujo sanguíneo y de energía necesaria para la reconstrucción del paciente.
- **Medicina Naturopática:** Significa el sistema de cuidado practicado por un Doctor en Naturopatía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de condiciones de salud humana mediante el uso de medicina natural, terapias y educación al paciente con el fin de mantener y estimular el sistema intrínseco de autosanación de cada individuo.
- **Medicina Bioenergética (*Pranic Healing*):** El tratamiento de diferentes condiciones de salud balanceando la energía vital que circunda o que posee nuestro cuerpo internamente. Este método terapéutico utiliza como principio que el cuerpo posee una energía que le da vida y la cual muchos científicos denominan como energía electromagnética o bioenergía. El terapeuta le provee energía al paciente con el propósito principal de mejorar el estado general del enfermo.
- **Medicina Botánica:** Es la utilización de plantas o sus derivados, con propiedades medicinales, para el tratamiento de las enfermedades. Esta posee diversas formas de aplicación, ya sea en forma de tecas, infusiones, cápsulas, inyecciones, tinturas, supositorios, compresas, baños o cremas. Se le conoce también como herbología o fitoterapia.
- **Aromaterapia:** Utiliza las propiedades terapéuticas, psicológicas y fisiológicas de los aceites esenciales puros a través de diferentes métodos de uso como: inhalaciones, difusores, compresas, masajes aromaterapéuticos y cataplasmas de barro (en zonas específicas) para alcanzar el balance entre el cuerpo, la mente, el espíritu y lograr la salud.
- **Músicoterapia:** Utiliza la música con un fin terapéutico. Especialidad orientada a la apertura de los canales de comunicación por medio del sonido, el ritmo, el gesto, el movimiento y el silencio, a nivel psicológico, físico y cognoscitivo. La musicoterapia tiene una amplia aplicación a condiciones mentales, adicciones, estados depresivos, hiper o hipoactividad, entre otros.
- **Hipnoterapia:** Técnica de tratamiento médico que utiliza un estado especial del sueño y un sueño activo en donde se pueden inhibir de forma parcial algunos de los focos activos del cerebro, a diferencia del sueño regular en donde se inhibe el cerebro de forma generalizada para tratar algunas condiciones emocionales y físicas.
- **Medicina Tradicional China:** Grupo de técnicas y métodos de curación que siguen los principios de curación de la medicina tradicional china. Este sistema de sanación posee diversas modalidades como la estimulación de los puntos acupunturales a través de diferentes técnicas tales como agujas, el láser, la electricidad, el calor (moxibustión), los masajes (acupresión), los magnetos, técnicas de sangrado, las inyecciones, la auriculoterapia, cráneo acupuntura, hierbas chinas, nutrición y alimentación oriental, masaje oriental y los ejercicios (Qi gong, Tai-chi).
- **Quiropraxia:** Se basa en el concepto de que la energía vital del ser humano transita por la columna vertebral y que cualquier alteración en este flujo energético provoca la patología que degenera en enfermedad. El quiropráctico a través de técnicas de ajuste de la columna vertebral, restituye este flujo normal de energía, hasta la desaparición total o parcial de la sintomatología del paciente.
- **Reflexología:** Es una técnica especializada que tiene como propósito ofrecer tratamiento para diversas condiciones de salud a través de la activación de puntos de acupresión en pies y manos. Dicha técnica tiene como base la utilización de mapas corporales con los puntos acupunturales de la Medicina Tradicional China.

- **Nutrición Clínica:** Es la ampliación de suplementos alimenticios como vitaminas y minerales de manera oral o inyectables para tratar diferentes enfermedades.

La persona asegurada será responsable de pagar el copago establecido en la tabla de beneficios.

El programa está disponible sólo a través de las facilidades participantes del Programa. Refiérase al Directorio de Participantes de Triple-S Salud para una lista de los proveedores participantes del programa, visite nuestro portal de internet en www.ssspr.com, nuestra aplicación móvil o llame a Servicio al Cliente para un proveedor participante cercano a usted.

TELECONSULTA²

Es la línea de Orientación de Salud Telefónica, disponible las **24** horas del día, los **7** días de la semana los **365** días del año.

Nuestros asegurados tienen acceso telefónico a información médica 24 horas al día, los 7 días de la semana. Este programa es atendido por personal clínico calificado, el cual le ofrece ayuda y orientación sobre su condición. Estos profesionales evalúan los síntomas del asegurado con el propósito de determinar el tratamiento más apropiado.

Si se siente **enfermo**, está **lastimado**, o **necesita un consejo de salud**, los profesionales de la enfermería le ofrecerán asesoramiento para que decida si debe:

- hacer una cita médica,
- visitar una sala de emergencia,
- o le darán indicaciones para que pueda aliviar de forma segura y confiable los síntomas que presente, en la comodidad de su hogar.

Teleconsulta le ofrece como beneficio que si la recomendación del profesional de la enfermería es “visitar una Sala de Emergencia” se le dará un número; el cual le exonerará o reducirá copago/coaseguro de la Sala de Emergencia (disponible solo en Puerto Rico y depende de lo que estipule su póliza/certificado de beneficios). Esto no aplica a casos de accidentes. En caso de que un proveedor no participante no pueda procesar en su sistema el número para la exoneración o la reducción del copago/coaseguro, el asegurado lo pagará y solicitará a Triple-S Salud reembolso por la cantidad que se le hubiese exonerado o reducido.

La llamada a Teleconsulta es **libre de cargos** a través del número **1-800-255-4375**. Puede llamar desde cualquier punto de la Isla o desde los Estados Unidos. Busque el número de teléfono en la parte de atrás de su tarjeta de Seguro de Salud de Triple-S Salud, y recuerde; cuando llame a **Teleconsulta** siempre tener a la mano su tarjeta de Seguro de Salud.

Herramienta para evaluar riesgos a la salud (HRA, por sus siglas en inglés)

Hemos desarrollado una herramienta (HRA, por sus siglas en inglés) que evalúa estilos de vida, factores de riesgo y condiciones existentes, entre otras. Esta herramienta nos ayudará a tener un perfil claro de nuestra población asegurada y a determinar hacia dónde dirigir nuestra educación en salud y estrategias de prevención. La herramienta también ayudará a los asegurados a hacer una autoevaluación para conocer dónde se encuentran en términos de cumplimiento con los exámenes preventivos, los cambios que necesitan hacer, y ganar mayor conciencia para prevenir problemas de salud en el futuro. Regístrese hoy en nuestro portal www.ssspr.com y complete su cuestionario. ¡Manténgase activo, manténgase saludable!

² Teleconsulta es un servicio exclusivo de Triple-S Salud para sus asegurados, el cual es administrado por *Axis Point Health*, un contratista independiente de servicios de orientación e información telefónica de salud.

Materiales Educativos en el Portal de Internet

Busca en nuestra página web www.ssspr.com la sección Nuestro Blog para información de salud y bienestar para asegurados.

Encuestas de Satisfacción

La opinión de nuestros asegurados cuenta.

Triple-S Salud periódicamente realiza encuestas a sus asegurados para medir la satisfacción del asegurado con el plan a nivel general y el cuidado provisto de los proveedores de nuestra red. Estos estudios se llevan a cabo con organizaciones independientes a Triple-S Salud. Los resultados de la encuesta son utilizados por Triple-S Salud para sus continuos esfuerzos de mejorar la experiencia general del asegurado con el plan de salud, incluyendo la experiencia de servicio y calidad del cuidado.

Un resumen de los resultados de la última encuesta está disponible en nuestro portal de internet www.ssspr.com. Si interesa obtener información detallada y los resultados de la más reciente encuesta de satisfacción del cliente, llame a Servicio al Cliente.

Beneficios no cubiertos por el plan

Su médico podría recomendarle servicios médicos, tratamientos o medicamentos que su póliza con Triple-S Salud no cubre. Si recibe servicios que no son emergencia y que su póliza de Triple-S Salud no cubre, usted será responsable del pago en su totalidad por los servicios prestados o los medicamentos despachados.

Le recomendamos que verifique las Secciones de Exclusiones en su póliza/certificado de beneficios antes de recibir el servicio médico, tratamiento o medicamento, así como cualquier endoso que se adhiera para comprobar si está cubierto. También le recomendamos que explore con su médico o proveedor de servicios alternativas de tratamiento que estén cubiertas bajo el plan para que reduzca sus desembolsos u opciones de cubierta bajo programas con otras organizaciones que le puedan proveer ayuda adicional.

Instrucciones previas o Directrices Anticipadas

Las directrices anticipadas o la declaración previa de voluntad sobre tratamiento médico son documentos legales que permiten a toda persona mayor de edad (21 años o más) en pleno uso de sus facultades mentales, a expresar por escrito sus decisiones acerca del cuidado y tratamiento médico que desea recibir en caso de sufrir una condición de salud que no le permitiera expresarse durante dicho tratamiento. Además, provee mayor control sobre los asuntos decisivos en su calidad de vida, proporcionando a la familia, amistades y médicos la información fundamental que necesitan para cuidarlo. Los médicos y otros profesionales de la salud están legalmente obligados a seguir sus directrices anticipadas. Conforme a las disposiciones de ley, a usted no puede negársele cuidado o discriminar en su contra basado en si ha firmado o no una directriz anticipada.

En el caso de una enfermedad que le incapacitara para comunicarse, las decisiones respecto a su salud las tomará otra persona y no siempre conforme a lo que usted hubiera deseado.

Conforme a las leyes en Puerto Rico se considerará como aquel que tome decisiones sobre aceptación o rechazo de tratamiento médico al pariente mayor de edad más próximo, teniendo el primer rango el cónyuge del declarante. Por lo que es importante que tome unos momentos para redactar sus directrices anticipadas.

Para mayor información sobre las Directrices Anticipadas, visite nuestro portal de internet en www.ssspr.com o llame a Servicio al Cliente al número que aparece en la parte posterior de la tarjeta del asegurado.

Decisiones informadas sobre el cuidado de su salud

Usted puede jugar un papel activo en su cuidado médico. La comunicación clara y honesta entre usted y su médico o proveedor de servicios le puede ayudar a ambos a tomar decisiones inteligentes acerca del su salud y su tratamiento. Es importante tener un diálogo abierto sobre sus síntomas, condición y preocupaciones sobre su tratamiento. A continuación, algunas preguntas que debe realizarle a su médico para asegurarse que entiende su diagnóstico, alternativas de tratamiento y recuperación.

- ¿Cuál es mi diagnóstico?
- ¿Qué causó este problema?
- ¿Cuál es el tratamiento adecuado? ¿Cuántos son los costos estimados?
- ¿Cuándo empezaré mi tratamiento y cuánto tiempo durará?
- ¿Cuáles son los beneficios de este tratamiento y cuánto éxito suele tener?
- ¿Cuáles son los riesgos y los efectos secundarios asociados con este tratamiento?
- ¿Hay alguna comida, medicamento o actividad que debo evitar mientras esté siguiendo este plan de tratamiento?
- ¿Qué medicamentos voy a tomar antes, durante y después del tratamiento?

Solicite un estimado de costo. Después de que su médico le de todos los detalles de su condición y alternativas de tratamiento, comuníquese con Triple-S Salud para confirmar cuánto serán sus desembolsos para el tratamiento de su condición.

Nosotros podemos ayudarle si tiene una condición para el cual podamos ofrecerle asistencia y las alternativas más costo-efectivas para usted.

Maximice sus beneficios del plan

Aproveche al máximo sus beneficios de salud siguiendo las siguientes recomendaciones:

- Evite utilizar la sala de emergencia para servicios que son de urgencia o de rutina y que no son una emergencia. La visita a sala de emergencia en estos casos puede redundar en costos más altos para el plan de salud y desembolsos mayores para usted en comparación a una visita médica. Observe los siguientes ejemplos:

Servicios que no son de emergencia Usted debe llamar a su médico o visitar una clínica	Emergencia Visite una sala de emergencias más cercana o llame al Sistema 9-1-1
Dolor de garganta leve Dolor de oído Cortaduras o raspaduras leves Torceduras o desgarres leves Fiebre bajo 103°F Catarro o gripe	Huesos rotos o desgarres graves / Cortaduras profundas o hemorragia descontrolada / Envenenamiento / Quemaduras severas / Dolor en el pecho o dolor intenso y repentino / Fiebre sobre 103°F / Tos o vómitos con sangre / Mareo repentino, debilidad, pérdida de la coordinación o el equilibrio, o la pérdida de la conciencia / Entumecimiento de la cara, brazo o pierna / Convulsiones / Dificultad para respirar / Visión borrosa repentina o dolor de cabeza súbito o inusual

Recuerde que, si se siente **enfermo**, está **lastimado**, o **necesita consejo de salud**, llame a **Teleconsulta**. Los profesionales de la enfermería le ofrecerán asesoramiento para que decida si debe:

- hacer una cita médica,
- visitar una sala de emergencia,

- o le darán indicaciones para que pueda aliviar de forma segura y confiable los síntomas que presente, en la comodidad de su hogar.
- Visite un médico de cabecera o primario en vez de visitar múltiples médicos especialistas para diagnosticar y tratar adecuadamente una condición.

Un médico de cabecera o primario puede ser un Internista, un Especialista en Medicina de Familia, un Generalista, un Pediatra, Ginecólogo o un Geriatra. Éste coordinará los servicios necesarios y preventivos acordes a su edad y condición de salud además del cuidado de salud necesario con los médicos especialistas y otros proveedores de la red de Triple-S Salud.

Su médico de cabecera o primario conocerá todo sobre su salud y mantendrá un récord completo de su condición de salud.

Recuerde que usted no necesita referidos para recibir los servicios cubiertos de cualquier proveedor de la red de Triple-S Salud.

- Utilice medicamentos genéricos como primera opción siempre que estén disponibles para el tratamiento de su condición.
 - Un medicamento genérico es una copia de un medicamento de marca cuya patente ha caducado. La patente es la que le ofrece a la compañía farmacéutica el derecho único para vender el medicamento mientras es efectiva. Cuando la patente se vence, las compañías pueden vender versiones genéricas del medicamento de marca disponible.
 - Un medicamento genérico tiene el mismo uso y trabaja de igual manera en el cuerpo que los medicamentos de marca. Además, tienen el mismo ingrediente activo, son iguales en dosis, seguridad y calidad, por exigencia de la Administración Federal de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés).
 - Por otro lado, los medicamentos genéricos pueden significar ahorros para su bolsillo, ya que cuestan mucho menos que los de marca. Además, los copagos y/o coaseguros por los medicamentos genéricos usualmente son menores. Por favor observe que, si usted está utilizando un medicamento de marca para el cual existe un genérico disponible, usted puede estar recibiendo los mismos beneficios a un costo menor.
- Utilice medicamentos OTC bajo el programa de Triple-S Salud que tienen \$0 copago. La lista incluye medicamentos para condiciones del estómago, alergias y gotas oftálmicas que han demostrado ser seguros y efectivos, además de que representan un costo menor para el plan de salud. Recuerde que tiene que presentar una receta del médico para el medicamento OTC.
- Evalúe con su médico los medicamentos que forman parte de su tratamiento y que se incluyen en nuestro Formulario o Lista de Medicamentos. Use la Lista de Medicamentos Preferidos los cuales son costo-efectivos y ya probados para el tratamiento de condiciones. Además, han sido seleccionados por el Comité de Farmacia y Terapéutica por su efectividad. Usted tendrá desembolsos mayores cuando utiliza los medicamentos que no son preferidos. Verifique su descripción de cubierta y la tabla de beneficios para que pueda ver cuánto es su desembolso por concepto de copagos y coaseguros.
- Utilice su cubierta de servicios preventivos para detectar condiciones a tiempo.

Nuestro plan ofrece todos los servicios preventivos requeridos por ley sin costo alguno para usted. Esto significa que usted no paga nada de su bolsillo para servicios como exámenes físicos anuales y las citas ginecológicas preventivas, mamografías y otros exámenes, vacunas y más. Estos son pasos importantes para mantenerse saludable, por lo que debe aprovecharse de esto para detectar a tiempo cualquier condición de salud.

- Reduzca sus desembolsos significativamente utilizando siempre proveedores de la red. Triple-S Salud le ofrece una amplia red de proveedores en y fuera de Puerto Rico. Recuerde que nuestro plan cubre proveedores no participantes únicamente en casos de emergencia. Esto significa que para servicios que no sean emergencia, usted será responsable del costo total del servicio recibido por el proveedor no participante.
- Si tiene un seguro de salud adicional, infórmelo a Triple-S Salud y a su otro plan para que coordine beneficios entre ambos planes. Refiérase a la Sección de Coordinación de Beneficios a continuación para mayor información sobre las reglas para determinar qué plan será primario.

Coordinación de Beneficios (COB, por sus siglas en inglés)

Cuando una persona asegurada está cubierta por dos o más planes, las reglas para determinar el orden en que los planes han de pagar beneficios será de la siguiente manera:

- a.
 - 1) El plan primario pagará sus beneficios como si el plan secundario no existiere.
 - 2) Si el plan primario fuera un plan de panel cerrado y el plan secundario no fuere un plan de panel cerrado, el plan secundario pagará sus beneficios como si fuere el plan primario cuando la persona asegurada reciba sus servicios de un proveedor fuera del panel, excepto en los casos de servicios de emergencia o en casos de referidos autorizados que sean provistos por el plan primario.
 - 3) Cuando existan múltiples contratos que provean cubiertas coordinadas y que sean tratados como un mismo plan para efecto de esta regla, esta sección aplicará solamente al plan como un todo, y la coordinación entre los contratos componentes se regirá por los términos de éstos. Si más de un contratista paga o provee beneficios bajo el plan, el contratista que esté designado como el pagador primario dentro del plan será responsable por el cumplimiento de todo el plan con esta sección.
 - 4) Si una persona está asegurada por más de un plan secundario, estas reglas aplicarán también al orden en el cual los planes secundarios pagarán sus beneficios entre uno y otro. Cada plan secundario tomará en consideración los beneficios del plan primario y los beneficios de cualquier otro plan que tenga designado pagar primero bajo estas reglas.
- b.
 - 1) Salvo por lo que se dispone más adelante en el párrafo (2) un plan que no haya dispuesto un orden de coordinación de beneficios consistente con esta sección se considerará como un plan primario, a menos que las disposiciones de ambos planes, independientemente lo indicado en este párrafo, establezcan que el plan que haya dispuesto un orden de coordinación de beneficios es el primario.
 - 2) Una cubierta grupal diseñada para complementar una parte de un paquete básico de beneficios puede proveer que la cubierta complementaria sea el exceso a cualesquiera otras partes del plan provistas por un mismo contrato o póliza. Un ejemplo de esto son las cubiertas de gastos médicos mayores y las cubiertas específicamente diseñadas para cubrir servicios provistos por proveedores no participantes en un plan de panel cerrado.
- c. Un plan solamente puede tomar en consideración los beneficios pagados por otro plan cuando bajo estas reglas sea un pagador secundario ante dicho otro plan.
- d. Orden de Determinación de Beneficios

Cada plan determinará sus beneficios utilizando la primera de las siguientes reglas que le aplique:

- 1) No dependiente o dependiente

- a) Salvo por lo que se dispone en el subpárrafo (b) de este párrafo, el plan que cubre a una persona como no dependiente (por ejemplo, el plan que cubre a una persona como empleado, asegurado, suscriptor, tenedor de la póliza, o retirado) es el plan primario y el plan que cubre a la persona como dependiente es el plan secundario.
- b) (i) Si la persona es beneficiaria de Medicare y como resultado de las disposiciones del Título XVIII de la Ley del Seguro Social y sus reglamentos, Medicare es:
 - (I) Secundario al plan que cubre a la persona como dependiente; y
 - (II) Primario al plan que cubre a la persona como no dependiente
- (ii) Entonces el orden de beneficios se revierte, de tal manera que el plan que cubre a la persona como no dependiente será secundario y el otro plan que cubre a la persona como dependiente será primario.

2) Hijo Dependiente Cubierto Bajo Más de Un Plan

A menos que exista una orden de un tribunal que diga lo contrario, los planes que cubren a un hijo dependiente pagarán sus beneficios en el siguiente orden:

- a) En el caso de un hijo dependiente cuyos progenitores estén casados o estén viviendo juntos aunque nunca se hayan casado:
 - (i) El plan del progenitor cuyo cumpleaños sea primero dentro de un año natural será el plan primario; o
 - (ii) Si ambos progenitores cumplen en el mismo día del año, el plan que haya cubierto a uno de los progenitores por el mayor periodo de tiempo será el plan primario.
- b) En el caso de un hijo dependiente cuyos progenitores estén divorciados o separados o no estén viviendo juntos aunque nunca se hayan casado:
 - (i) Si una orden de un tribunal dispone que uno de los progenitores será responsable por los gastos médicos del hijo dependiente o por proveerle al hijo de un plan médico, y el plan de dicho progenitor tiene conocimiento de dicho decreto, ese plan será primario. Si el progenitor con dicha responsabilidad no tiene un plan médico que cubra los gastos del hijo dependiente, pero el cónyuge de dicho progenitor sí tiene tal plan, el plan del cónyuge del progenitor con la responsabilidad será el plan primario. Esta disposición no aplicará con respecto a cualquier año en el cual se pagaron u ofrecieron servicios antes que dicho plan tuviera conocimiento de la orden judicial correspondiente
 - (ii) Si una orden de un tribunal dispone que ambos progenitores son responsables por los gastos médicos del hijo dependiente o por proveerle un plan médico, las reglas establecidas en el subpárrafo (a) de este párrafo determinarán el orden de los beneficios.
 - (iii) Si una orden de un tribunal dispone que los progenitores tienen custodia compartida sin especificar que uno de ellos será responsable de los gastos médicos del hijo dependiente o por proveerle un plan médico, las reglas establecidas en el subpárrafo (a) de este párrafo determinarán el orden de los beneficios.
 - (iv) Si no existiere una orden de un tribunal asignando responsabilidad a uno de los progenitores por los gastos médicos del hijo dependiente o por proveerle un plan médico, entonces el orden de los beneficios se determinará de la siguiente forma:

- I. El plan que cubra al progenitor custodio;
 - II. El plan que cubra al cónyuge del progenitor custodio;
 - III. El plan que cubra al progenitor no custodio; y por último
 - IV. El plan que cubra al cónyuge del progenitor no custodio.
- c) En el caso de un menor de edad cubierto como dependiente bajo más de un plan de personas que no sean progenitores de dicho menor, el orden de los beneficios se determinará bajo los subpárrafos (a) o (b) de este párrafo, según aplique, como si tales personas fueran los progenitores de dicho menor.
- d)
- i. Para un hijo dependiente que tiene cubierta bajo el plan de uno o ambos padres y también tiene su propia cubierta como dependiente bajo el plan del cónyuge, la regla del párrafo (5) se aplica.
 - ii. En el caso de la cubierta del hijo menor dependiente bajo el plan del cónyuge que comenzó en la misma fecha que la cubierta bajo uno o los planes de ambos padres, el orden de los beneficios se determinará mediante la aplicación de la regla de cumpleaños en el párrafo (a) el padre (s) del menor dependiente (s) y el cónyuge dependiente.
- 3) Empleado Activo o Retirado o Ex Empleado
- a) El plan que cubre a una persona como empleado activo, esto es un empleado que no está retirado ni es un ex empleado, o como dependiente de un empleado activo será el plan primario. El plan que cubra a una persona como empleado retirado o ex empleado, o como dependiente de un empleado retirado o un ex empleado será el plan secundario.
 - b) Si el otro plan no tiene esta regla, y como resultado, los planes no se ponen de acuerdo en el orden en que deban pagarse los beneficios, esta regla será ignorada.
 - c) Esta regla no aplicará si la regla en el Párrafo (1) puede determinar el orden de los beneficios.
- 4) COBRA o Extensiones de Cubierta Bajo Ley Estatal
- a) Si una persona que tiene una cubierta extendida bajo la Ley COBRA o una cubierta extendida bajo otra ley federal o estatal similar también tiene cubierta bajo otro plan, el plan que cubra a dicha persona como empleado, asegurado, suscriptor o retirado, o que cubra a dicha persona como dependiente de un empleado, asegurado, suscriptor o retirado será el plan primario, y el plan que cubra a esa persona bajo la Ley COBRA o bajo una extensión de cubierta bajo otra ley federal o estatal similar será el plan secundario.
 - b) Si el otro plan no tiene esta regla, y los planes no se ponen de acuerdo sobre el orden en que se deban pagar los beneficios, esta regla será ignorada.
 - c) Esta regla no aplicará si la regla en el Párrafo (1) puede determinar el orden de los beneficios.
- 5) Tiempo de Cubierta Más Largo o Más Corto
- a) Si ninguna de las reglas anteriores determinara el orden de los beneficios, el plan que haya cubierto a la persona asegurada por el periodo de tiempo más largo será el plan primario y el plan que haya cubierto a la persona por el periodo de tiempo más corto será el plan secundario.

- b) Para efectos de determinar el periodo de tiempo que una persona ha estado cubierta bajo un plan, dos planes sucesivos se tratarán como uno sólo si la persona fue elegible para participar del segundo plan dentro de un periodo de veinticuatro (24) horas luego de la terminación del primer plan.
 - c) El comienzo de un nuevo plan no incluye:
 - i. Un cambio en la cantidad o alcance de los beneficios del plan;
 - ii. Un cambio en la entidad que paga, provee o administra los beneficios del plan; o
 - iii. Un cambio en el tipo de plan, como por ejemplo, de un plan de patrono sencillo a un plan de patronos múltiples.
 - d) El periodo de tiempo que una persona ha estado cubierta bajo un plan se mide desde la fecha en que comenzó la cubierta de dicha persona bajo ese plan. Si no se pudiera determinar tal fecha en el caso de un plan grupal, la fecha en que la persona se convirtió en asegurado del grupo por primera vez se utilizará para determinar el periodo de tiempo en que la persona ha estado cubierta bajo dicho plan grupal.
- 6) Si ninguna de las reglas anteriores determinara el orden de los beneficios, los gastos serán compartidos por los planes en partes iguales.

Si usted está cubierto por más de un plan médico, usted debe someter todas sus reclamaciones ante cada uno de sus planes.

CUBIERTA DE SERVICIOS POR LEY LOCAL O FEDERAL

Esta póliza le provee a cualquier persona asegurada, incluyendo aquellos con diagnóstico de VIH o SIDA, con incapacidad física o mental, todas las cubiertas ofrecidas en la misma. Además, no limita la cubierta o deniega una reclamación basado en la situación de víctima de maltrato de la persona asegurada.

Los servicios preventivos de cernimiento, de acuerdo a la edad preescolar del menor, requeridos por la Ley 296 del 1 de septiembre de 2000 y en conformidad con la Carta Normativa N-AV-7-8-2001 del 6 de julio de 2001 están cubiertos por esta póliza. Estos servicios incluyen el examen físico general, cernimiento de visión y audición, pruebas de laboratorio clínico (incluyendo la prueba de tuberculina), pruebas y evaluaciones psicológicas de cernimiento psicosocial, cernimiento de asma y epilepsia, según los estándares vigentes establecidos por el Departamento de Salud, Programa de Medicaid, Programa de Madres, Niños y Adolescentes y la Academia Americana de Pediatría.

CUBIERTA DE SERVICIOS PREVENTIVOS

Esta póliza cubre los servicios preventivos requeridos por las leyes federales *Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA)* y la *Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA)* y según establecidos por el *United States Preventive Services Task Force (USPSTF)*. Los servicios de cuidado preventivo, que se detallan a continuación, se incluyen en la cubierta básica y tienen \$0 copago o 0% de coaseguro siempre y cuando sean provistos a través de médicos y proveedores participantes en Puerto Rico. Además, puede acceder esta lista, al igual que información adicional sobre estos servicios, a través del siguiente enlace en internet: <https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/>.

SERVICIOS PREVENTIVOS PARA MENORES DE EDAD*

Los servicios de medicina preventiva para menores de edad normalmente incluyen en la visita: historial, medidas, cernimiento sensorial, evaluación del desarrollo/conducta, examen físico, guías anticipatorias (como la consejería nutricional) y referidos dentales, entre otros. Además, el menor de edad tiene disponible los siguientes servicios de acuerdo a la edad y otras guías establecidas según se indican a continuación:

Servicio Preventivo	Indicación
Uso de alcohol y drogas	Evaluación para identificar el uso de alcohol y drogas
Cernimiento de Autismo	Para menores de edad entre los 12 y 36 meses.
Evaluación de salud conductual	Menores de edad: 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15 a 17 años
Cernimiento de presión sanguínea	Menores de edad: 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15 a 17 años
Desplazamiento cervical	Cernimiento para menores de edad sexualmente activos
Hipotiroidismo congénito	Cernimiento para recién nacidos
Cernimiento de Depresión en adolescentes	Cernimiento para desórdenes de depresión en adolescentes de 12-18 años para establecer un sistema que pueda diagnosticar adecuadamente el tratamiento necesario, incluyendo sicoterapias y visitas de seguimiento
Cernimiento de desarrollo	Cernimiento para menores de 3 años y vigilancia durante toda la niñez
Dislipidemia	Cernimiento para menores de edad a riesgo de desórdenes de lípidos. Edades: 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-17 años

Servicio Preventivo	Indicación
Prevención de caries dentales: Suplementos orales de fluoruro	Suplementos Orales de Fluoruro –Pre-escolares de seis (6) meses hasta los cinco (5) años de edad.
Gonorrea	Medicamento preventivo para los ojos de los recién nacidos
Cernimiento auditivo	Cernimiento Auditivo Neonatal Universal
Cernimiento de crecimiento de estatura, peso y masa de índice corporal	Cernimiento para las siguientes edades: 0-11 meses, 1-4 años, 5- 10 años, 11-14 años, 15-17 años
Hematocritos o hemoglobina	Cernimiento para menores de edad
Enfermedad de células falciformes	Cernimiento para recién nacidos
Prueba de cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Cernimiento para adolescentes de alto riesgo
Suplementos de hierro	Para infantes en edades de 6 a 12 meses a riesgo de anemia
Cernimiento de plomo	Cernimiento a menores de edad de 1 a 5 años con alta concentración de plomo en la sangre, independientemente que tengan o no alto riesgo, y cernimiento a personas aseguradas durante su embarazo
Historial médico	Para todo menor de edad durante el desarrollo: Edades 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-17 años
Obesidad	Cernimiento de obesidad para menores de edad de 6 años en adelante y consejería comprensiva, intervenciones intensas de comportamiento para promover mejoramiento en el peso del menor
Salud oral	Evaluación de riesgo para recién nacidos hasta los 10 años de edad
Fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)	Cernimiento en recién nacidos para desórdenes genéticos
Enfermedad de transmisión sexual	Consejería de prevención y cernimiento para adolescentes a riesgo
Tuberculina	Prueba de tuberculina para menores de edad a riesgo de tuberculosis de 0 a 17 años de edad
Visión	Cernimiento de visión por lo menos una (1) vez entre las edades de 3 y 5 años de edad para detectar ambliopía y sus riesgos.
Cáncer de la piel	Consejería a menores de edad, adolescentes y adultos jóvenes entre 10 a 24 años que tienen piel clara para minimizar su exposición a la radiación ultravioleta y reducir el riesgo de cáncer de piel
Cernimiento de comportamiento	Para menores de edad de todas las edades
Uso de tabaco	Intervenciones, incluyendo educación y consejería, para menores de edad y adolescentes para cesar el uso de tabaco.

SERVICIOS PREVENTIVOS PARA ADULTOS*

Servicio Preventivo	Indicación
Cernimiento de la aneurisma abdominal aórtica (AAA)	Un (1) servicio por ultrasonografía para el cernimiento de la AAA en asegurados de 65 a 75 años de edad que sean fumadores o hayan sido fumadores en algún momento
Abuso del alcohol	Cernimiento y consejería sobre abuso de alcohol
Consejería y suplido de aspirina para prevenir el riesgo de enfermedades cardiovasculares y cáncer colorectal.	Para adultos entre las edades de 50 a 59 años como prevención primaria de enfermedades cardiovasculares y cáncer colorectal.
Cernimiento de hipertensión (HBP)	Cernimiento de hipertensión para adultos de 18 años en adelante.
Cernimiento colesterol	Cernimiento de colesterol o trastorno de lípidos para hombres entre las edades de 20 a 35 años, si están en alto riesgo de enfermedad cardiovascular coronaria; hombres de 35 años de edad o mayores; mujeres de 20 a 45 años y de 45 años de edad o mayores, si están en alto riesgo de enfermedad cardiovascular coronaria
Cernimiento de cáncer colorectal	Prueba de sangre oculta para cernimiento de cáncer colorectal; sigmoidoscopia o colonoscopia en adultos comenzando a la edad de 40 años hasta la edad de 75 años
Cernimiento de depresión	Evaluación para cernimiento de depresión. Aplica a adultos que piensan que están deprimidos, incluyendo personas aseguradas durante su embarazo o post-parto. El cernimiento debe implementar sistemas adecuados de diagnóstico, tratamiento efectivo y visitas de seguimiento adecuado.
Cernimiento de diabetes	Cernimiento para niveles de azúcar en la sangre anormales como parte de la evaluación de riesgo cardiovascular en adultos entre las edades de 40 a 70 años con sobrepeso u obesidad. Incluyendo asesoría conductual intensiva para promover una dieta saludable y actividad física.
Dieta	Consejería para adultos a riesgo de enfermedades crónicas
Prueba de cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Cernimiento de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) para adultos hasta los 65 años y mayores que estén en alto riesgo.
Obesidad	Consejería y cernimiento para todos los adultos. Los médicos podrán ofrecer o referir pacientes a intervenciones conductuales intensivas de múltiples componentes, a esos pacientes que tengan un Índice de Masa Corporal, (BMI por sus siglas en inglés), de 30kg/m ² o más

Servicio Preventivo	Indicación
Enfermedades de transmisión sexual	Consejería conductual alta-intensa para prevenir enfermedades de transmisión sexual para adolescentes y adultos sexualmente activos con un riesgo alto de contraer enfermedades asociadas
Uso de tabaco	Cernimiento para todos los adultos e intervenciones para cesar el uso de tabaco. Para aquellos que utilizan los productos para cesar el uso de tabaco, este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) por noventa (90) días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año.
Sífilis	Cernimiento de sífilis en adultos de alto riesgo.
Bacteriuria (o infección en el tracto urinario)	Cernimiento para personas aseguradas durante su embarazo que muestren síntomas de bacteria en cultivo de orina, entre las 12 a 16 semanas de embarazo, o en la primera visita prenatal, si es luego de ese término de embarazo.
Virus de la Hepatitis B	Cernimiento para adultos con alto riesgo de infección.
Cáncer del pulmón	Cernimiento anual para cáncer del pulmón a través de tomografía computadorizada para adultos entre las edades de 55 a 80 años con historial de fumador de 30 años o más, que fuma actualmente o haya dejado de fumar durante los últimos 15 años.
Virus de la Hepatitis C	Cernimiento para adultos con alto riesgo de infección de (HVC). Recomendado para adultos nacidos entre 1945 y 1965.
Prevención de caídas y recomendación del uso de vitamina D	Cernimiento para adultos para ejercicios y terapia física para prevenir caídas en adultos de 65 años en adelante con riesgo de sufrir caídas. Se recomienda el uso de vitamina D como suplemento para prevenir el riesgo de caídas.
Dieta saludable y actividad física como prevención de enfermedades cardiovasculares	Ofrecimiento y referido de adultos con sobrepeso y obesidad para consejería conductual intensiva para promover una dieta saludable y actividad física como prevención de enfermedades cardiovasculares.

SERVICIOS PREVENTIVOS PARA ADULTOS, INCLUYENDO EMBARAZOS*

Servicio Preventivo	Indicación
Anemia	Cernimiento rutinario de deficiencia de hierro a personas aseguradas durante su embarazo que muestren síntomas.
BRCA	Cernimiento y consejería sobre pruebas genéticas a través de herramientas que identifiquen historial familiar de cáncer del seno, cáncer de ovario, cáncer en las trompas, o cáncer peritoneal. Luego de ser identificadas como alto riesgo a una mutación genética (BRCA1 y BRCA2), el proveedor determinará si la asegurada amerita hacerse una prueba de BRCA.
Medicamentos preventivos para cáncer de seno	Orientación clínica a pacientes de alto riesgo de desarrollar cáncer de seno, que le permita decidir junto con su médico si la terapia de medicamentos es adecuada para reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad. El médico podrá prescribir medicamentos para reducir el riesgo de desarrollar cáncer de seno, como <i>tamoxifen</i> o <i>raloxifen</i> , para pacientes que se encuentran en alto riesgo de desarrollar la enfermedad y que tienen un riesgo bajo de reacciones adversas a medicamentos
Mamografía de cernimiento de cáncer de seno	Cada uno (1) o dos (2) años para asegurados mayores de 40 años, bianual para asegurados entre 50 y 75 años de edad
Discusión de medicación preventiva para cáncer de seno	Consejería para asegurados de alto riesgo
Lactancia	Apoyo y consejería a través de un proveedor adiestrado en lactancia (pediatra, ginecólogo/obstetra, médico de familia) durante el embarazo y/o en el periodo post parto. El equipo de lactancia está cubierto con orden médica luego del tercer trimestre de embarazo y hasta el primer año luego del parto. Los suplidos adicionales para una máquina de lactancia están cubiertos y el equipo está disponible a través de proveedores contratados.
Cernimiento de cáncer cervical	Cernimiento para asegurados que están sexualmente activos. Asegurados entre las edades de 21 y 65 años deben hacerse la prueba de Papanicolaou cada tres (3) años o para asegurados entre las edades de 30 a 65 años que quieran hacerse la prueba menos frecuente en combinación con una prueba del virus de papiloma humano (HPV) cada cinco (5) años.
Cernimiento de infección de clamidia	Cernimiento para asegurados de 24 años o menos de edad, o asegurados de 25 años o más de edad que sean de alto riesgo y personas aseguradas durante su embarazo.

Servicio Preventivo	Indicación
Métodos Anticonceptivos aprobados por la FDA	Incluye métodos hormonales, de barrera y dispositivos implantados así como la inserción y remoción de aparatos intrauterinos. El Medicamento Plan B (conocida como el <i>morning after pill</i>) estará cubierto a través de farmacias contratadas. Se requiere receta médica.
Visitas preventivas que incluyan cuidado anticonceptivo, prenatal y postnatal	Cubierto.
Cernimiento y consejería para la violencia doméstica e interpersonal	A través de la cubierta de salud mental.
Suplementos de ácido fólico	Personas aseguradas que estén planificando o sean capaces de quedar embarazadas.
Pruebas de cernimiento de diabetes gestacional	Para personas aseguradas durante su embarazo entre las 24 y 28 semanas de gestación y en la primera visita prenatal para asegurados identificados con alto riesgo de diabetes.
Gonorrea	Cernimiento de infección de gonorrea para asegurados sexualmente activos, personas aseguradas durante su embarazo si contienen factores de riesgo a infección (por ejemplo, si son jóvenes o si contienen otros factores individuales o comunitarios de riesgo).
Virus de la Hepatitis B	Cernimiento para personas aseguradas durante su embarazo.
Consejería y prueba de cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Cubierto para todo asegurado sexualmente activo. Según la orden administrativa Núm. 307 de 14 de agosto de 2013 del Departamento de Salud de Puerto Rico, se realizará la prueba a las personas aseguradas durante su embarazo de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> a. Primera prueba de VIH durante el primer trimestre de gestación o en la primera visita prenatal. b. Segunda prueba durante el tercer trimestre de gestación (entre las 28 y 34 semanas de embarazo).
Prueba de alto riesgo del virus del Papiloma Humano (<i>Human Papilloma</i>) (Prueba de DNA)	Aplica a asegurados con resultados normales de citología. Esta prueba de cernimiento debe realizarse a partir de los 30 años de edad, con una frecuencia de cada tres (3) años.
Osteoporosis	Cernimiento para osteoporosis para asegurados de 65 años de edad o mayores y en más jóvenes cuyo riesgo de fracturas es igual o mayor al de un asegurado de raza blanca de 65 años que no tenga riesgos adicionales.

Servicio Preventivo	Indicación
Clasificación de grupo sanguíneo - factor Rh(D)	Cernimiento del tipo de sangre Rh (D) y de anticuerpos para todas las personas aseguradas durante su embarazo durante la primera consulta prenatal. Asimismo, el USPSTF recomienda repetir la prueba de anticuerpos a las personas aseguradas durante su embarazo con pruebas RH (D) negativo no sensibilidad entre las semanas 24 a 28 de embarazo, a menos que el padre biológico es conocido por ser Rh.(D) negativo.
Uso de tabaco (personas aseguradas durante su embarazo)	Cernimiento e intervenciones para asegurados usuarios de tabaco e intervenciones extendidas para las personas aseguradas durante su embarazo que utilizan tabaco
Enfermedades de transmisión sexual	Consejería anual para asegurados sexualmente activos.
Sífilis	Cernimiento para todas las personas aseguradas durante su embarazo u otros asegurados de alto riesgo.
Visitas preventivas para asegurados	Visita anual preventiva para obtener los servicios preventivos recomendados y visitas adicionales de ser necesarias para obtener estos servicios, dependiendo del estado y necesidades de salud del asegurado y otros factores de riesgo.
Prevención de preclamsia	Uso de aspirina de baja dosis como preventivo para -personas aseguradas durante su embarazo con 12 semanas de gestación con riesgo de preclamsia.

- Los límites establecidos en edades, dosis o término de gestación indicadas en esta póliza son indicados según las leyes federales *Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA)* y la *Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA)* y según establecidos por el *United States Preventive Services Task Force (USPSTF)*. Cualquier actualización posterior será realizada según determinado por ley.

CUBIERTA ESTÁNDAR DE VACUNACIÓN PARA MENORES, ADOLESCENTES Y ADULTOS

La tabla en esta página resume la cubierta estándar de vacunas de Triple-S Salud. Para mayor información sobre la cubierta de vacunas, llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente o busque información a través de nuestro portal de internet www.ssspr.com.

A. Vacunas Preventivas

A continuación se incluyen las vacunas que se consideran como Preventivas, según estipulado por la Reforma de Salud Federal, las cuales estarán cubiertas con cero (\$0.00) copago.

Reforma de Salud Federal – Vacunas Preventivas Estándar que no Conllevan Copago
<ul style="list-style-type: none"> • Hib-HepB (90748)
<ul style="list-style-type: none"> • ROTA (Rotavirus Vaccine) (90680) • ROTA (Rotavirus Vaccine, human - Rotarix) (90681) • IPV* (Inactivated Poliovirus Vaccine – injectable) (90713) • Hib* (Haemophilus Influenza B Vaccine) (90647, 90648) • Meningococcal Conjugate (90644) • Menomune (Meningococcal Polysaccharide Vaccine) (90733) • MCV (Meningococcal Conjugate Vaccine - Menactra) (90734)
<ul style="list-style-type: none"> • PPV (Pneumococcal Polysaccharide Vaccine) (90732) • FLU (Influenza Virus Vaccine) (90660) (for intranasal use)
<ul style="list-style-type: none"> • PCV (Pneumococcal Conjugate Vaccine - Prevnar 13) (90670)
<ul style="list-style-type: none"> • DTaP (Diphtheria, Tetanus Toxoid and Acellular Pertussis Vaccine) (90700) • DT (Diphtheria, Tetanus Toxoid) (90702)
<ul style="list-style-type: none"> • HPV* (Human Papilloma Virus) (Gardasil-90649, Cervarix-90650; 9vHPV-90651)
<ul style="list-style-type: none"> • Tdap* (Tetanus, Diphtheria and Acellular Pertussis) (90715)
<ul style="list-style-type: none"> • Zoster (Zostavax) (90736)
<ul style="list-style-type: none"> • FLU (Influenza Virus Vaccine) <ul style="list-style-type: none"> - (90654) - (90655, 90657, 90685) - (90656, 90658, 90686, 90688) - (90662) - (90673) • MMR (Measles, Mumps and Rubella Vaccine) (90707) • VAR (Varicella Virus Vaccine) (90716) • HEP A (Hepatitis A Vaccine): <ul style="list-style-type: none"> - (90633, 90634) - (90632) • Td (Tetanus and Diphtheria Toxoid Adsorbed) (90714) • HEP B (Hepatitis B Vaccine): <ul style="list-style-type: none"> - (90740) - (90743) - (90744) - (90746) - (90747) • HEP-A + HEP-B (90636) • Meningococcal B <ul style="list-style-type: none"> - (90620) - (90621)

Vacunas con \$0.00 copago
<ul style="list-style-type: none"> • Pentacel* (90698) • DtaP-IPV-HEP B* (Pediarix) (90723) • Kinrix* (90696)
Vacunas sujetas a coaseguro 20% coaseguro
<ul style="list-style-type: none"> • Inmunoprofilaxis para el virus sincitial respiratorio (Synagis, Palivizumab*) (90378)

Nota: Los códigos de las vacunas incluidas se presentan según publicadas por el Manual del CPT, (*Current Procedural Terminology Manual*), en su última revisión. Cualquier actualización posterior podría cambiar el código incluido. Para una versión actualizada, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente.

Para más información sobre los servicios preventivos cubiertos, puede acceder el siguiente enlace: <http://www.healthcare.gov/center/regulations/prevention.html>.

Esta póliza, además, cubre la visita anual preventiva, las pruebas de cernimiento preventivo y vacunas establecidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), según lo dispone la ley 218 de 30 de agosto de 2012 y según recomendado por el Advisory Committee on Immunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention y el Comité Asesor en Prácticas de Inmunización del Departamento de Salud de Puerto Rico. Estas incluyen los servicios preventivos y vacunas requeridas según lo indica la tabla de beneficios, así como las siguientes pruebas o servicios:

- Vacuna contra la Influenza, sin límite de edad
- Vacuna contra la Hepatitis B, sin límite de edad

Otros Beneficios requeridos por Ley

Esta póliza cumple con los requisitos de la Ley Núm. 239 de 13 de septiembre de 2012 para que los servicios cubiertos según detallados en esta póliza puedan ser ofrecidos a través de profesionales de la psicología capacitados por educación a nivel de maestría o doctorado, adiestramientos y de experiencia para ofrecer servicios de salud, debidamente licenciados por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico.

En cumplimiento con la Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las Personas con Autismo (conocida como Ley BIDA), esta póliza cubre todos los servicios dirigidos al diagnóstico y tratamiento de las personas con Desórdenes dentro del Continuo del Autismo tales como: genética, neurología, inmunología, gastroenterología y nutrición, terapias físicas, del habla y lenguaje, psicológicas y ocupacionales, que incluirán las visitas médicas y las pruebas referidas médicamente. Estos servicios se ofrecerán sin límite alguno, a todas las personas que tengan diagnosticada alguna de las condiciones dentro del Continuo del Autismo, sujeto a los copagos o coaseguros según establecidos en la Sección Servicios Médico-Quirúrgicos y de Diagnóstico en Forma Ambulatoria.

Conforme a los requisitos de la Ley Núm. 107 del año 2012, esta póliza establece igualdad de cubierta para el tratamiento de quimioterapia contra el cáncer en sus varios métodos de administración tal como por vía intravenosa, oral, inyectable o intratecal; según sea la orden médica del médico especialista u oncólogo.

En cumplimiento con la Ley Núm. 275 del 27 de septiembre de 2012, Triple-S Salud no rechazará o denegará ningún tratamiento que esté pactado y/o dentro de los términos y condiciones del contrato de salud suscrito entre las partes a cualquier paciente diagnosticado con cáncer, cuando medie una recomendación médica a esos fines. Además, cubre todos los servicios y beneficios preventivos

mencionados bajo la ley federal ACA para la detección temprana de cáncer de seno y también estudios y pruebas de monitoreo de cáncer de seno, tales como visitas a especialistas, exámenes clínicos de mamas, mamografías, mamografías digitales, mamografías de resonancia magnética y sonomamografías, y tratamientos como pero no limitados a, mastectomías, cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía para la reconstrucción del seno extraído, la reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica, las prótesis de seno, tratamiento por complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía, incluyendo el linfedema (inflamación que a veces ocurre después del tratamiento de cáncer de seno), así como cualquier cirugía reconstructiva postmastectomía necesaria para la recuperación física y emocional del paciente.

Usted puede solicitar la siguiente información adicional para entender mejor su plan y conocer de la compañía:

- El costo de un servicio médico, tratamiento o medicamento específico
- Las políticas sobre la cubierta, tratamiento o medicamento específico
- Las razones por las cuales un medicamento no fue aprobado en el formulario
- Resultados de las encuestas de satisfacción realizadas por Triple-S Salud
- La cubierta de un beneficio específico y una explicación de cómo determinamos lo que se va a cubrir
- Un informe de cuánto tiene acumulado en sus desembolsos máximos de la cubierta
- Una descripción por escrito de cómo pagamos a los proveedores de nuestra red, incluyendo las descripciones y justificaciones para la compensación del proveedor
- Programas, incluyendo incentivos o sanciones a proveedores con intención de controlar cualquier referido a otro especialista o proveedor
- Información financiera de la compañía
- Copia de las determinaciones adversas de beneficios y cualquier guía clínica utilizada para dicha determinación
- Estatus de nuestras acreditaciones

Cómo Funciona su Cubierta

Este plan ayudará al asegurado a pagar por algunos de sus costos cuando se encuentre enfermo o herido. También le pagará por cierto cuidado para ayudarle a permanecer en óptimas condiciones de salud y detectar alguna condición con los servicios preventivos.

Además del pago mensual que realiza por su plan - llamado "prima", el asegurado paga una parte de los costos cuando recibe el cuidado que el plan cubre. Hay diferentes tipos de costos que los asegurados tienen que pagar de su propio bolsillo:

COPAGO: La cantidad fija predeterminada que tiene que pagar el asegurado al momento de recibir los servicios cubiertos, al médico o proveedor participante o cualquier otro proveedor como su aportación al costo de los servicios que recibe, según se establece en la póliza y como se ha notificado al médico, farmacia o proveedor participante. Esta cantidad no es reembolsable por Triple-S Salud.

COASEGURO: El por ciento de la tarifa que tiene que pagar el asegurado al momento de recibir los servicios cubiertos, al médico o proveedor participante o cualquier otro proveedor como su aportación al costo de los servicios que recibe, según se establece en esta póliza y como se ha notificado al médico, farmacia o proveedor participante. Esta cantidad no es reembolsable por Triple-S Salud.

DESEMBOLSO MÁXIMO: Es la cantidad máxima establecida que la persona debe pagar durante el año póliza. Bajo nuestro plan, existe un máximo de desembolsos que las personas según su tipo de contrato pagan por los servicios médico-hospitalarios esenciales cubiertos. La cantidad máxima de desembolso es de \$6,350 en un contrato individual y \$12,700 en contrato pareja o familiar. Esta es la cantidad máxima que los asegurados pagan durante el año póliza por servicios médico-hospitalarios esenciales cubiertos bajo la póliza cuando visita a los proveedores dentro de la red, incluyendo la compra de medicamentos, según descritos en esta póliza. Una vez la persona asegurada alcance la cantidad que le aplica según su

tipo de contrato, no tendrá que hacer desembolsos adicionales por el resto del año póliza. Los servicios prestados a través de proveedores no participantes en y fuera de Puerto Rico, pagos realizados por la persona asegurada por los servicios no cubiertos bajo esta póliza, pagos por servicios dentales, servicios de terapia alternativa (Triple-S Natural) y la prima mensual pagada a Triple-S Salud por el plan no se consideran gastos elegibles para la acumulación del desembolso máximo.

La persona asegurada será responsable de pagar directamente al proveedor participante el copago o coaseguro estipulado en la tabla de beneficios.

SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y DE DIAGNÓSTICO EN FORMA AMBULATORIA

- Los beneficios cubiertos bajo la cubierta básica no tienen un límite máximo de por vida.
- Si la persona no está recluida en un hospital, tendrá derecho a recibir los siguientes servicios, entre otros:

Descripción de los Beneficios	Usted Paga
Servicios de Diagnóstico y Tratamiento	
<p>Servicios profesionales de médicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la oficina del médico, sin límites en el número de visitas 	<p>\$8.00 de copago por visita a un médico generalista \$12.00 de copago por visita a un médico especialista \$18.00 de copago por visita a un médico subespecialista</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Visitas a audiólogos 	\$8.00 de copago por visita
<ul style="list-style-type: none"> • Visitas a optómetras 	\$8.00 de copago por visita
<ul style="list-style-type: none"> • Visitas a podiatras, incluyendo cuidado rutinario 	\$8.00 de copago por visita
<ul style="list-style-type: none"> • Visitas a psicólogos clínicos 	\$12.00 de copago por visita
<ul style="list-style-type: none"> • Visitas a quiroprácticos 	\$7.00 de copago por visita
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos en el hogar de la persona asegurada por médicos que presten este servicio 	\$15.00 de copago por visita
<ul style="list-style-type: none"> • Inyecciones intrarticulares, hasta dos (2) inyecciones diarias y hasta un máximo de doce (12) inyecciones por año póliza, por persona asegurada 	Nada
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios en salas de emergencia de hospitales, materiales y medicamentos incluidos en la bandeja de sutura contratada con Triple-S Salud. Cubre además medicamentos y materiales adicionales a los incluidos en la bandeja de sutura suministrados en salas de emergencia debido a condiciones de accidente o enfermedad. Si la persona asegurada al llamar a Teleconsulta, recibe una recomendación de acudir a la sala de emergencia con un número de registro, puede aplicar un copago/coaseguro menor por el uso de dichas facilidades. En caso de que un proveedor no participante no pueda procesar en su sistema el número para la exoneración o la reducción del copago/coaseguro, el asegurado lo pagará y solicitará a Triple-S Salud reembolso por la cantidad que se le hubiese exonerado o reducido. Las emergencias siquiátricas estarán cubiertas así como la transportación entre instituciones proveedoras de servicios de salud incluyendo ambulancias que estén certificadas por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud conforme lo establece el último párrafo del artículo 4.20 (b) de la Ley Núm. 183 de 6 de agosto de 2008 y según se indica en el Beneficio de Ambulancia bajo la Sección de Servicios Provistos por un Hospital u otra Facilidad y Servicios de Ambulancia. Para pruebas diagnósticas provistas en salas de emergencia, que no sean laboratorios y rayos X, aplican los coaseguros y/o límites correspondientes al beneficio ambulatorio, según especificado en esta póliza. 	<p>\$50.00 de copago por enfermedad</p> <p>Nada de copago por accidente</p> <p>Nada si es recomendado a través de Teleconsulta</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Criocirugía del cuello uterino, hasta un (1) procedimiento por año póliza, por persona asegurada • Servicios por condiciones de tuberculosis • Servicios de esterilización 	Nada

Laboratorios, Rayos X y Otras Pruebas Diagnósticas	
<p>Exámenes tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laboratorio clínico 	30% de coaseguro
<p>Exámenes tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rayos-X • Pruebas de medicina nuclear • Single Photon Emission Computerized Tomography (SPECT) • Sonogramas • Estudio de angiografía por resonancia magnética (MRA) • Timpanometría, hasta una (1) prueba por año póliza, por persona asegurada • Tomografía computadorizada, hasta uno (1) por región anatómica, por año póliza, por persona asegurada • Estudio de resonancia magnética (MRI), hasta uno (1) por región anatómica, por año póliza, por persona asegurada • PET Scan y PET CT, hasta uno (1) por año póliza, por persona asegurada, excepto para las condiciones relacionadas a linfoma, incluyendo la enfermedad de Hodgkin's, las cuales estarán cubiertas hasta dos (2) por año póliza, por persona asegurada sujeto a precertificación. • Electromiogramas, hasta dos (2) por región anatómica, por año póliza, por persona asegurada • Pruebas para <i>Nerve conduction velocity study</i>, hasta dos (2) pruebas, de cada tipo, por año póliza, por persona asegurada • Electroencefalogramas • Pruebas cardiovasculares no invasivas • Pruebas vasculares no invasivas • Electrocardiogramas • Pruebas y procedimientos neurológicos • Pruebas audiológicas, de función vestibular y procedimientos diagnósticos especiales • Prueba diagnóstica de polisomnografía (estudio de desórdenes del sueño), hasta una (1) prueba, de cada tipo, por vida • Densitometría ósea, para personas menores de 65 años de edad o cuando no es prestada como una prueba preventiva según dispone la ley federal sino como seguimiento a un diagnóstico o tratamiento de una condición • Exámenes pélvicos y todos los tipos de citología vaginal que puedan ser requeridos para detectar, diagnosticar y tratar en etapas tempranas anomalías que puedan conducir al cáncer cervical • Mamografías, mamografías digitales y sonomamografías cuando no sean prestadas como pruebas preventivas según dispone la ley federal sino como seguimiento a un diagnóstico o tratamiento de una condición • Otras pruebas diagnósticas 	25% de coaseguro

<ul style="list-style-type: none"> Endoscopias gastrointestinales 	40% de coaseguro
Cuidado Visual	
<ul style="list-style-type: none"> Pruebas diagnósticas en oftalmología Examen de refracción, 1 examen por persona asegurada, por año póliza, siempre que el examen sea hecho por un especialista en oftalmología u optometría 	25% de coaseguro
Cuidado Ambulatorio de Maternidad (aplica al asegurado principal, cónyuge y dependientes directos) sin periodos de espera	
<ul style="list-style-type: none"> Visitas y servicios pre y post natales preventivos según definidos por <i>Health Resources and Services Administration (HRSA)</i> 	\$12.00 de copago por visita a la oficina del especialista
<ul style="list-style-type: none"> Servicios de obstetricia Visitas preventivas <i>well-baby care</i> de acuerdo a las edades y cubierta recomendada por el <i>United States Preventive Services Task Force (USPSTF)</i> 	Nada
<ul style="list-style-type: none"> Sonogramas obstétricos, según protocolo clínico 	25% de coaseguro
<ul style="list-style-type: none"> Perfil Biofísico, hasta un (1) servicio por embarazo 	50% de coaseguro
Cirugías	
<ul style="list-style-type: none"> Que se presenten de forma ambulatoria en la oficina del médico 	Nada
Cuidado de Alergias	
<ul style="list-style-type: none"> Pruebas de alergia, hasta cincuenta (50) pruebas por año póliza, por persona asegurada 	Nada
Terapias de Tratamiento	
<ul style="list-style-type: none"> Radioterapia 	Nada
<ul style="list-style-type: none"> Quimioterapia en sus métodos de administración (intravenosa, oral, inyectable o intratecal), según sea la orden del médico especialista u oncólogo. La quimioterapia oral está cubierta bajo el beneficio de farmacia. 	10% de coaseguro
<ul style="list-style-type: none"> Cobalto Diálisis y Hemodiálisis: Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, así como de las complicaciones relacionadas a éstas, y sus respectivos servicios hospitalarios o médico-quirúrgicos, estarán cubiertos por el periodo de los primeros noventa (90) días a partir de: <ul style="list-style-type: none"> a. la fecha en que el asegurado es elegible por primera vez a esta póliza; o b. la fecha en que se hace la primera diálisis o hemodiálisis. <p>Esto aplicará cuando las diálisis o hemodiálisis subsiguientes a la primera estén relacionadas con una misma condición clínica.</p>	Nada
Terapia respiratoria (administrada en la oficina del médico)	
<ul style="list-style-type: none"> Terapia respiratoria (provista por médicos especialistas en alergia, alergia pediátrica, anestesia, neumología, neumología pediátrica y laboratorios localizados dentro de una facilidad hospitalaria), hasta dos 	\$5.00 de copago por terapia

(2) sesiones por día y hasta un máximo de veinte (20) sesiones por año póliza, por persona asegurada.	
Servicios de Quiropráctico y Terapia Física	
<ul style="list-style-type: none"> Las terapias físicas y /o las manipulaciones prestadas por quiroprácticos están cubiertas hasta un máximo de veinte (20) terapias físicas y manipulaciones, en conjunto, por año póliza, por persona asegurada. En el caso de la terapia física, la supervisión no requiere la intervención directa (cara a cara) del médico pero sí su disponibilidad en el lugar para que, de ser necesario, pueda calcular o recomendar un cambio en el plan de tratamiento. 	<p>\$7.00 de copago por visita</p> <p>\$7.00 de copago por manipulación o terapia</p> <p>Si la persona asegurada recibe servicios de quiroprácticos no participantes, se reembolsará el 100% de las tarifas establecidas por Triple-S Salud, luego de descontar el copago correspondiente. Además, los servicios se podrán cubrir mediante Asignación de Beneficios.</p>
Equipo Médico Duradero (DME)	
<p>Compra o renta, sujeto a precertificación:</p> <ul style="list-style-type: none"> Beneficio máximo de \$5,000 por año póliza, por persona asegurada Compra o renta de oxígeno y del equipo necesario para su administración Compra o renta de sillones de ruedas o camas de posición Compra o renta de respiradores, ventiladores y otros equipos para el tratamiento en caso de parálisis respiratoria. Glucómetro, uno por año póliza <p>Los servicios provistos por proveedores no participantes en Puerto Rico serán pagados por indemnización a base de las tarifas establecidas por Triple-S Salud, luego de descontar el coaseguro correspondiente al servicio recibido.</p>	<p>25% de coaseguro</p>
<p>Los siguientes servicios se cubren para menores de 21 años de edad diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 1, según requerido por la ley 177 de 13 de agosto de 2016. Estos servicios se ofrecen a través de los proveedores participantes de equipo médico duradero:</p> <ul style="list-style-type: none"> Lancetas, hasta 150 por 30 días Tirillas, hasta 150 por 30 días Bomba de infusión de insulina y suplidors. La bomba de infusión de insulina requiere precertificación. 	<p>20% de coaseguro; \$0.00 por los suplidors para la bomba de insulina</p>
Ventilador Mecánico	
<ul style="list-style-type: none"> La cubierta comprenderá de los servicios médicos necesarios, pruebas y equipos para asegurados menores de edad y que aún luego de rebasar los 21 años requieran el uso de equipo tecnológico cuyo uso sea necesario para que el usuario pueda mantenerse con vida, un mínimo de un (1) turno diario de ocho (8) horas por paciente, de servicios de enfermeras(os) diestros con conocimientos en terapia respiratoria o especialistas en terapia respiratoria con conocimientos en enfermería, los suplidors que conllevan el manejo de los equipos tecnológicos, terapia física y ocupacional necesaria para el desarrollo 	<p>Nada</p>

<p>motor de estos pacientes, así como medicamentos mediante prescripción médica, los cuales deberán ser despachados en una farmacia participante, libremente seleccionada por el asegurado, y autorizada bajo las leyes de Puerto Rico (bajo el beneficio de farmacia). La cubierta dispondrá para que cada asegurado tenga a su alcance anualmente los exámenes de laboratorio e inmunización apropiados para su edad y condición física.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estos servicios estarán cubiertos, sujeto a que el asegurado, o su representante, presenten evidencia de justificación médica y de la suscripción del asegurado en el registro que el Departamento de Salud ha diseñado para este propósito. También incluye suministros necesarios para el manejo de los equipos tecnológicos del Ventilador Mecánico. • Los servicios de ventilador mecánico y servicios de enfermeras(os) diestros con conocimientos en terapia respiratoria o especialistas en terapia respiratoria con conocimiento de enfermería, los suplidos que conllevan el manejo de los equipos tecnológicos, terapia física y ocupacional estarán cubiertos al 100%. 	
<p>Servicios Post Hospitalarios provistos por una Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar</p>	
<p>Triple-S Salud cubrirá estos servicios si comienzan dentro de los 14 días siguientes a la fecha en que el paciente fue dado de alta después de una hospitalización de por lo menos tres (3) días y si se prestan por la misma condición o por alguna situación relacionada a la condición por la cual fue hospitalizado. Cubre los siguientes servicios y suministros provistos en el hogar del paciente por una Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar certificada por el Departamento de Salud de Puerto Rico. Requiere precertificación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de Enfermería - parciales o intermitentes provistos o bajo la supervisión de un(a) enfermero(a) graduado(a). • Auxiliar de Servicios de Salud en el Hogar - servicios parciales o intermitentes prestados primordialmente para el cuidado del paciente. • Terapias Físicas, Ocupacionales y del Habla (habilitativas y rehabilitativas) - hasta un máximo de 40 visitas, por persona asegurada por año póliza. • Una visita por un empleado de la agencia para el cuidado de la salud en el hogar o cuatro (4) horas de servicio por un auxiliar, se considerarán cada uno como una visita en el hogar. • Servicios de facilidades no participantes en Puerto Rico o no participantes de la Blue Cross and Blue Shield Association se pagará por indemnización a base de las tarifas establecidas, luego de descontar el coaseguro correspondiente al servicio recibido. <p>Nota: Estos servicios deberán ser supervisados por un médico licenciado y su necesidad médica deberá ser certificada por escrito.</p>	<p>25% de coaseguro</p>
<p>Servicios de Nutrición</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • SERVICIOS DE NUTRICIÓN POR OBESIDAD MÓRBIDA, CONDICIONES RENALES Y DIABETES: Triple-S Salud pagará por los servicios de nutrición, prestados en Puerto Rico, por médicos 	<p>Se reembolsará hasta un máximo de VEINTE DÓLARES (\$20.00) por cada visita.</p>

<p>especialistas en nutrición o enfermedades metabólicas. Las visitas a estos especialistas, debidamente certificados por la entidad gubernamental designada para tales propósitos, estarán cubiertas siempre que sean médicamente necesarias y estén asociadas solo para el tratamiento de obesidad mórbida, condiciones renales y diabetes. Las visitas estarán limitadas a un máximo de cuatro (4) visitas, por año póliza, por persona asegurada. En el caso de los servicios de nutrición por condiciones renales, estarán cubiertos solo durante el periodo de los primeros 90 días a partir de: a) la fecha en que el asegurado es elegible por primera vez a esta póliza o; b) la fecha en que se hace la primera diálisis o hemodiálisis. Esto aplicará cuando la diálisis o hemodiálisis subsiguientes a la primera estén relacionados con una misma condición clínica.</p>	
<p>Triple-S Natural</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Cubre este programa modelo que combina terapias y tratamientos alternativos integrados a los sistemas tradicionales de salud. Estos servicios están cubiertos a seis (6) visitas por año póliza. La persona asegurada debe llamar a la facilidad y coordinar su cita. 	<p>\$15.00 de copago por visita.</p>
<p>Otros servicios para el tratamiento de Desórdenes dentro del Continuo de Autismo</p>	
<p>Esta póliza cubre los servicios dirigidos al diagnóstico y tratamiento de las personas con Desórdenes dentro del Continuo del Autismo sin límites tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes neurológicos • Inmunología • Pruebas genéticas, sujeto a precertificación • Pruebas de laboratorio para autismo • Servicios de gastroenterología • Servicios de nutrición • Terapia física • Terapia ocupacional y del habla • Visitas al psiquiatra, psicólogo (con maestría o doctorado y licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico) o trabajador social (por reembolso) • Pruebas y evaluaciones psicológicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes neurológicos – 25% de coaseguro • Inmunología – 25% de coaseguro • Pruebas genéticas – 25% de coaseguro • Pruebas de laboratorio para autismo – 30% de coaseguro • Servicios de gastroenterología – 40% de coaseguro • Servicios de nutrición - \$0.00 copago • Terapia física - \$7.00 de copago • Terapia ocupacional y del habla - \$7.00 de copago • Visitas al psiquiatra, psicólogo (con maestría o doctorado y licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico) o trabajador social (por reembolso) - \$12.00 de copago • Pruebas y evaluaciones psicológicas - \$10.00 de copago

Servicios de Hospicio

Servicios prestados a través de un hospicio para asegurados que hayan sido diagnosticados con una expectativa de vida de seis (6) meses o menos como resultado de una condición terminal de salud.

Nota: Estos servicios **requieren una precertificación** de Triple-S Salud y deberán ser evaluados por su Programa de Manejo Individual de Casos para coordinación a través de proveedores participantes de la red.

Servicios Preventivos a través de la Red de Centros de Preventivos contratados

Evaluación

- ✓ Historial Médico
- ✓ Exámen Físico
- ✓ Cernimiento de Depresión
- ✓ Consejería: Alcoholismo, Tabaco, Conductas de Riesgo, Sexualidad, Cáncer, Violencia Doméstica, Prevención de Caídas, Dieta y Nutrición

Pruebas de Cernimiento Preventivas

- ✓ CBC
- ✓ Colesterol
- ✓ PAP (cáncer de cérvix)
- ✓ Clamidia
- ✓ Gonorrea
- ✓ Sífilis
- ✓ HIV
- ✓ Hemoglobina glicosilada
- ✓ Examen de visión

De acuerdo al género y edad según las guías del *United States Preventive Services Task Force (USPSTF)*. Para la lista detallada de los servicios con \$0 copago, refiérase a la Sub-sección de Cubierta de Servicios por Ley Local o Federal en el certificado de beneficios

Referidos

- ✓ Mamografía de Cernimiento
- ✓ Vacunas
- ✓ Densitometría Ósea
- ✓ Colonoscopia
- ✓ Sigmoidoscopia
- ✓ Otros

Nota: Servicios o pruebas que no sean prestadas como pruebas preventivas según dispone la ley federal sino como seguimiento a un diagnóstico o tratamiento de una condición, les aplica los copagos o coaseguros correspondientes a su cubierta. Algunos Centros Preventivos podrían referirle a un proveedor participante preferido de éste en caso de no tener alguna prueba disponible en su facilidad para completar las pruebas de cernimiento requeridas.

\$0.00

SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DURANTE PERIODOS DE HOSPITALIZACIÓN

- Durante los periodos de hospitalización la persona asegurada tendrá derecho a recibir los siguientes servicios médico quirúrgicos, entre otros:

Descripción de Beneficios	Usted Paga
<p>Servicios Médicos-Quirúrgicos</p> <p>Durante periodos de hospitalización la persona asegurada tiene derecho a recibir los siguientes servicios médico-quirúrgicos, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirugías, incluyendo cirugía ortognática • Trasplantes de piel, hueso y córnea • Mastectomía, cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía para la reconstrucción del seno extraído, cirugía y reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica, prótesis de seno que sea necesaria antes o durante la reconstrucción, tratamiento por complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía incluyendo linfedema (inflamación que a veces ocurre después del tratamiento de cáncer de seno), cualquier cirugía reconstructiva post mastectomía necesaria para recuperación física y emocional de la persona asegurada. • Cirugía bariátrica: esta póliza cubre sólo cirugía de bypass gástrico para el tratamiento de obesidad mórbida, hasta una cirugía de por vida, por asegurado, siempre y cuando los servicios estén disponibles en Puerto Rico. Las cirugías para la remoción de la piel excesiva estarán cubiertas, si el médico certifica que es necesario remover la piel en exceso, porque afecta el funcionamiento de alguna parte del cuerpo. Estos procedimientos quirúrgicos requieren precertificación de Triple-S Salud. • Servicios de rinoplastia 	Nada
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de diagnóstico • Tratamientos • Administración de anestesia • Consulta de especialistas • Endoscopias gastrointestinales • Servicios de esterilización • Evaluaciones audiológicas, incluye la Prueba de Cernimiento Auditivo Neonatal • Quimioterapia en todas sus modalidades de administración (intravenosa, oral, inyectable o intratecal) y radioterapia 	Nada
<ul style="list-style-type: none"> • PET Scan y PET CT, hasta uno (1) por año póliza, por persona asegurada, excepto para las condiciones relacionadas a linfoma, incluyendo la enfermedad de Hodgkin's, las cuales estarán cubiertas hasta dos (2) por año póliza, por persona asegurada, sujeto a precertificación • Electromiogramas, hasta dos (2) por región anatómica, por año póliza, por persona asegurada • Pruebas para <i>Nerve Conduction Velocity study</i>, hasta dos (2) pruebas, de cada tipo, por año póliza, por persona asegurada 	Nada

• Pruebas cardiovasculares invasivas	25% de coaseguro
--------------------------------------	------------------

SERVICIOS PROVISTOS POR UN HOSPITAL U OTRA FACILIDAD, Y SERVICIOS DE AMBULANCIA

- Triple-S Salud se compromete a pagar por los servicios contratados con la institución hospitalaria correspondiente durante la hospitalización de la persona asegurada, durante la vigencia del seguro de la persona elegible, siempre que tal hospitalización sea ordenada por escrito por el médico a cargo del caso y que la misma sea médicamente necesaria.

Descripción de Beneficios	Usted Paga
Hospitalizaciones	
<ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada o de aislamiento hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días para hospitalizaciones regulares. 	\$75.00 de copago por admisión hospitalaria regular
<ul style="list-style-type: none"> • Comidas y dietas especiales • Uso de servicio de telemetría • Uso de Sala de Recuperación • Uso de Unidad de Cuidado Intermedio para infantes (<i>Step-down Unit</i>) • Uso de las Unidades de Cuidado Intensivo, Cuidado Coronario, Cuidado Intensivo de Pediatría y Cuidado Intensivo de Neonatología • Servicio general de enfermería • Administración de anestesia por personal no médico • Servicios de laboratorio clínico • Medicinas, productos biológicos, materiales para curaciones, productos de hiperalimentación y materiales de anestesia • Producción de electrocardiogramas • Producción de estudios radiológicos • Servicios de terapia física (habilitativa y rehabilitativa) • Uso de los servicios de médicos en adiestramiento, internos y residentes del hospital autorizados para prestar servicios médicos a pacientes • Servicios de terapia respiratoria • Uso de Sala de Emergencias cuando el asegurado sea admitido al hospital • Uso de otras facilidades, servicios, equipos y materiales que provea usualmente el hospital que sean ordenados por el médico de cabecera y que no hayan sido expresamente excluidos del contrato con el hospital • Facilidades de hemodiálisis: Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, así como de las complicaciones que puedan surgir, y los servicios hospitalarios o médico-quirúrgicos que puedan necesitarse para tratar estas complicaciones, se cubrirán por los primeros 90 días a partir de: <ol style="list-style-type: none"> a. la fecha en que el asegurado es elegible por primera vez a esta póliza; o b. la fecha en que se hace la primera diálisis o hemodiálisis. <p>Esto aplicará si las diálisis o hemodiálisis subsiguientes están relacionadas a una misma condición clínica.</p> • Quimioterapia en todas sus modalidades de administración (intravenosa, oral, inyectable o intratecal) y radioterapia • Sangre para transfusiones 	Nada, estos servicios están incluidos en el pago de su copago de hospitalización
<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento de litotricia (<i>ESWL</i>); requiere precertificación 	\$500.00 de copago
<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía ambulatoria 	\$75.00 de copago

Cuidado Hospitalario de Maternidad (aplica al asegurado empleado, cónyuge y dependientes directos)	
<ul style="list-style-type: none"> Habitación semiprivada o de aislamiento, asistencia y cuidado físico para beneficio del menor, educación sobre cuidado del menor para ambos padres, asistencia o entrenamiento sobre lactancia, orientación sobre apoyo en el hogar y la realización de cualquier tratamiento y pruebas médicas tanto para el infante como para la madre. <p>Nota: Para buscar los hospitales en su área, visite nuestro portal en la Internet www.ssspr.com o refiérase al directorio de Médicos y Proveedores Participantes. Si desea obtener información adicional, comuníquese con Servicio al Cliente.</p>	\$75.00 de copago por admisión hospitalaria para parto
<ul style="list-style-type: none"> Servicios de obstetricia Uso de Sala de Partos Producción de Monitoreo Fetal (<i>Fetal Monitoring</i>) Uso de Sala de Recién Nacidos (<i>Well Baby Nursery</i>) 	Nada
Servicios post-hospitalarios a través de una Unidad de Cuidado de Enfermería Diestra	
<p>El Plan cubrirá estos servicios si comienzan dentro de los 14 días siguientes a la fecha en que fue dado de alta de un hospital luego de una hospitalización de por lo menos tres (3) días y si se prestan debido a la misma condición o en relación a la condición por la cual fue hospitalizado. Requiere precertificación.</p> <ul style="list-style-type: none"> Están cubiertos hasta un máximo de 120 días por persona asegurada, por año póliza. <p>Nota: Estos servicios deberán estar supervisados por un médico licenciado o un(a) enfermero(a) graduado(a) registrado(a) RN que dedica un horario completo a tal supervisión y su necesidad médica deberá ser certificada por escrito.</p>	Nada
Ambulancia	
<ul style="list-style-type: none"> Servicio de ambulancia aérea en Puerto Rico, sujeto a la necesidad médica del mismo 	Nada

<ul style="list-style-type: none"> • El servicio de ambulancia terrestre se cubrirá a base de las tarifas determinadas por Triple-S Salud, conforme a la distancia recorrida. Conforme a la Ley Núm. 383 de 6 de septiembre de 2000, cuando el servicio sea utilizado a través del Sistema 9-1-1 en casos de emergencia, Triple-S Salud pagará directamente al proveedor. El servicio solo se cubrirá si el mismo cumple con todos los requisitos que se mencionan a continuación: <ul style="list-style-type: none"> a) fue transportado por un servicio de ambulancia, según se define en esta póliza; b) padecía de una enfermedad o lesión que el uso de otro medio de transportación ponía en riesgo su vida; c) envía la reclamación a Triple-S Salud con el informe médico de la emergencia que incluya el diagnóstico d) la factura indica el lugar donde se recogió el asegurado y su destino. <p>Este beneficio está cubierto si el paciente fue transportado:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) desde la residencia o lugar de la emergencia hacia el hospital o institución de cuidado de enfermería diestra (<i>Skilled Nursing Facilities</i>); b) entre hospital y hospital o <i>Skilled Nursing Facility</i> - en casos donde la institución que transfiere o autoriza el alta, no es la apropiada para el servicio cubierto c) desde el hospital hasta la residencia, si la condición del paciente dado de alta así lo requiere. d) Entre instituciones de proveedores de servicios de salud en caso de emergencias siquiátricas por ambulancias certificadas por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud. 	<p>Nada en una emergencia</p> <p>En casos que no sean de emergencia, este beneficio se cubre por reembolso. El asegurado paga el costo total y Triple-S Salud le reembolsará hasta un máximo de \$80.00 por caso.</p>
--	--

SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS

Esta póliza cubre los servicios de salud mental y abuso de sustancias controladas según dispuesto bajo las leyes estatales y federales, Ley Estatal 183 de 6 de agosto de 2008 y la Ley Federal *Mental Health Parity and Addiction Equity Act of 2008* la cual promueve la equidad en el cuidado de enfermedades de salud mental y abuso de sustancias. Esta póliza no tiene restricciones mayores en límites con los beneficios médico-quirúrgicos, tales como límites de días o visitas, para beneficios/abuso de sustancias de salud mental que se aplican a los beneficios médico-quirúrgicos, los copagos no tienen restricciones mayores a los beneficios médico-quirúrgicos.

Descripción de Beneficios	Usted paga
Condiciones Mentales Generales	
<p>Servicios para el tratamiento de condiciones mentales: Hospitalizaciones por condiciones mentales, incluyendo hospitalizaciones parciales, cubiertas de acuerdo a la necesidad médica justificada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalizaciones regulares • Hospitalizaciones parciales <p>Nota: Los servicios médico-quirúrgicos durante periodos de hospitalización por condiciones mentales están cubiertos de acuerdo a la necesidad médica justificada.</p>	<p>\$75.00 de copago por hospitalizaciones regulares</p> <p>\$50.00 de copago por hospitalizaciones parciales</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Terapias electroconvulsivas por condiciones mentales, cubiertas de acuerdo a la necesidad médica justificada y a los estándares del <i>American Psychiatric Association (APA)</i>. 	Nada
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermeras especiales durante hospitalizaciones por condiciones mentales: Estos servicios están cubiertos si son ordenados por un psiquiatra y hasta un máximo de setenta y dos (72) horas consecutivas por cada hospitalización. 	Triple-S Salud reembolsa por cada periodo de ocho (8) horas consecutivas de servicios prestados por una enfermera graduada hasta QUINCE DÓLARES (\$15.00) y hasta DIEZ DÓLARES (\$10.00) si el servicio lo presta una enfermera práctica con licencia o un auxiliar de psiquiatría.
<ul style="list-style-type: none"> • Visitas del paciente a la oficina del psiquiatra o psicólogo (con maestría o doctorado y licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico) 	\$12.00 de copago por visita
<ul style="list-style-type: none"> • Visitas de familiares inmediatos (colaterales), incluyendo consejería matrimonial, provistas por psiquiatra o psicólogo (con maestría o doctorado y licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico) 	\$12.00 de copago por visita
<ul style="list-style-type: none"> • Visitas de terapia en grupo (de pacientes), de acuerdo a la necesidad médica justificada. 	\$5.00 de copago por terapia
Otras Evaluaciones Psicológicas	
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación Psicológica 	\$10.00 de copago
<ul style="list-style-type: none"> • Prueba Psicológica: Las pruebas psicológicas requeridas por la Ley Núm. 296 de 1 de septiembre de 2000, conocida como Ley de Conservación de la Salud de Niños y Adolescentes de Puerto Rico. 	\$10.00 de copago

Abuso de Sustancias (Drogadicción y Alcoholismo)	
<ul style="list-style-type: none"> Hospitalizaciones regulares Hospitalizaciones parciales <p>Las hospitalizaciones por drogadicción y alcoholismo, incluyendo tratamiento de desintoxicación y hospitalizaciones parciales, cubiertas de acuerdo a la necesidad médica justificada.</p> <p>Nota: Los servicios médico-quirúrgicos durante periodos de hospitalización por drogadicción y alcoholismo están cubiertos de acuerdo a la necesidad médica justificada.</p>	<p>\$75.00 de copago por hospitalizaciones regulares</p> <p>\$50.00 de copago por hospitalizaciones parciales</p>
<ul style="list-style-type: none"> Visitas del paciente a la oficina del psiquiatra o psicólogo (con maestría o doctorado y licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico) 	\$12.00 de copago por visita
<ul style="list-style-type: none"> Visitas de familiares inmediatos (colaterales), incluyendo consejería matrimonial, provistas por psiquiatra o psicólogo (con maestría o doctorado y licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico) 	\$12.00 de copago por visita
<ul style="list-style-type: none"> Visitas de terapia en grupo (de pacientes) 	\$5.00 de copago por terapia
Tratamiento Residencial (<i>Residential Treatment</i>)	
<ul style="list-style-type: none"> Cubre tratamiento residencial para drogadicción y alcoholismo con justificación médica y sólo si el servicio está disponible en Puerto Rico. Requiere precertificación 	Nada

CUBIERTA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

Descripción de beneficios

Beneficios

La cubierta de Gastos Médicos Mayores se emite en consideración al pago por el patrono de las primas correspondientes por adelantado y estará sujeta a los términos y condiciones de la póliza básica de servicios de hospitalización, médico-quirúrgicos y ambulatorios, que no estén en conflicto con los beneficios y condiciones de esta cubierta.

La cubierta de Gastos Médicos Mayores provee beneficios para los servicios según especificado en el Inciso B de Gastos Médicos Cubiertos y servicios prestados fuera de Puerto Rico si éstos cumplen con las condiciones establecidas en esta cubierta para los mismos.

Los gastos médicos cubiertos bajo el seguro de gastos médicos mayores se pagarán directamente a la persona asegurada o mediante Asignación de Beneficios, de acuerdo a las tarifas establecidas para tales propósitos y a las cantidades aplicables al empleado asegurado y cada uno de sus dependientes elegibles asegurados.

Para tener derecho al reembolso de los gastos médicos cubiertos, la persona deberá estar asegurada en la póliza básica de servicios de hospitalización, médico-quirúrgicos y ambulatorios, bajo la cubierta correspondiente o análoga a la del servicio solicitado. Estos beneficios están sujetos a los términos y condiciones específicamente establecidos para los mismos, y se ofrecen únicamente para aquellos asegurados que viven permanentemente en el Área de Servicio.

Los gastos por servicios recibidos en o fuera del hospital, en cualquier parte del mundo, se pagarán mientras estén relacionados a una enfermedad, accidente, embarazo, alumbramiento o condición médica de la siguiente manera:

- Si el servicio se presta en Puerto Rico, el reembolso se efectuará a base de la escala de beneficios médicos establecida por Triple-S Salud para tales propósitos;
- Si el servicio se presta fuera de Puerto Rico, se pagará a base de las tarifas establecidas por los planes de la *Blue Cross and Blue Shield Association (BCBSA)*, al utilizar los proveedores participantes de la BCBSA, excepto en que se especifique lo contrario en esta póliza.
- Servicios provistos a través de proveedores no participantes fuera de Puerto Rico no estarán cubiertos, excepto en casos de emergencia. En estos casos, Triple-S Salud pagará:
 1. el porciento de la tarifa para proveedores no participantes establecida por el plan local de la *Blue Cross Blue Shield Association*
 2. o lo mayor de las siguientes tres cantidades (ajustadas a los costos compartidos de la red de proveedores participantes): tarifa negociada con los proveedores participantes, la cantidad del cargo usual, acostumbrado y razonable (*UCR* por sus siglas en inglés) o la cantidad que pagaría Medicare.

En ambos casos, la persona asegurada será responsable de pagar el deducible y/o coaseguro establecido en esta cubierta.

Todos los servicios prestados fuera de Puerto Rico se pagarán exclusivamente a través de esta cubierta, sujeto a una precertificación de Triple-S Salud, excepto en casos de emergencia o que se especifique lo contrario en la sección de Limitaciones. En los casos donde los servicios sean prestados sin dicha precertificación, o no sean de emergencia, se pagarán directamente a la persona asegurada o mediante Asignación de Beneficios a base de las tarifas establecidas por Triple-S Salud para sus proveedores participantes en Puerto Rico.

Los gastos incurridos por servicios cubiertos que se originen por causa de emergencia médica mientras la persona asegurada afectada se encuentre fuera de Puerto Rico, no requerirán precertificación, pero estarán sujetos a la corroboración por parte de Triple-S Salud de su razonabilidad y necesidad médica.

Los servicios que requieran precertificación en la Cubierta Básica mantienen dicho requisito en esta de cubierta de Gastos Médicos Mayores.

El reembolso por los servicios que se presten en Puerto Rico se efectuará a base de la escala de beneficios médicos establecida por Triple-S Salud para tales propósitos.

La persona asegurada podrá solicitar Asignación de Beneficios para dichos servicios. Al aceptar la Asignación de Beneficios, el hospital o facilidad no participante de la *Blue Cross and Blue Shield Association* aceptará facturarle directamente a Triple-S Salud por los servicios brindados a la persona asegurada.

Coaseguro:

- a. Cada persona asegurada es responsable del 20% de los gastos médicos cubiertos.
- b. Cada familia asegurada es responsable del 20% de los gastos médicos cubiertos.

Cada persona o familia asegurada será responsable de la diferencia entre el gasto incurrido y las tarifas establecidas para el reembolso de los gastos médicos cubiertos.

Las cantidades aplicables para el coaseguro de los gastos médicos cubiertos se determinarán a base de las tarifas establecidas para los gastos médicos cubiertos.

A. REMBOLSO: Los gastos médicos cubiertos por concepto de servicios médicos, se reembolsan de acuerdo a las siguientes condiciones:

1. El 80% de los gastos médicos cubiertos durante un año póliza, incurridos por el asegurado principal o su dependiente asegurado, sujeto a las limitaciones establecidas en esta cubierta.

B. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS: Estarán cubiertos los gastos médicos necesarios para el tratamiento de lesiones o enfermedades sufridas por la persona asegurada y por recomendación y aprobación del médico a cargo del caso cuando estos sean prestados fuera de Puerto Rico, o en Puerto Rico cuando amplía los beneficios de la básica si estuviera limitados o excluidos. Esta cubierta de Gastos Médicos Mayores no cubrirá los servicios que excedan las limitaciones de la Cubierta Básica, excepto en aquellos servicios expresamente indicados en esta sección.

1. Anestesia y su Administración

2. Equipo Médico Duradero (Estos beneficios están cubiertos cuando sean prestados fuera de Puerto Rico solamente y requieren una precertificación de Triple-S Salud):

- a. Compra o renta de oxígeno y del equipo necesario para su administración
- b. Compra o renta, conforme a los criterios establecidos por Triple-S Salud, de sillones de ruedas o camas de posición
- c. Compra o renta, conforme a los criterios establecidos por Triple-S Salud, de respiradores, ventiladores y otros equipos para el tratamiento en caso de parálisis respiratoria

3. Materiales o Suministros Médicos:

- a. Medicinas cubiertas ordenadas por escrito por un médico cirujano durante periodos de hospitalización
-

b. Materiales o suministros quirúrgicos como vendajes y gasas

4. **Servicios de Ambulancia Terrestre:** Desde y hasta cualquier institución médica. Estos servicios están cubiertos si los mismos los presta un vehículo debidamente autorizado por la entidad gubernamental designada para tales propósitos.
5. **Servicios ambulatorios por condiciones mentales, drogadicción y alcoholismo:** los gastos médicos cubiertos por servicios fuera del hospital debido a condiciones mentales, drogadicción y alcoholismo se reembolsarán a base de las disposiciones establecidas para cualquier otra enfermedad.
6. **Servicios en Centros de Cirugía Ambulatoria**
7. **Servicios de Enfermería:** Certificados como médicamente necesarios y prestados por una persona debidamente certificada para tales propósitos y que no sea miembro de la familia inmediata o viva bajo el mismo techo.
8. **Servicios de Hospital:** Habitación semiprivada y comidas además de otros servicios y suministros del hospital para hospitalizaciones regulares, condiciones mentales, drogadicción y alcoholismo.
9. **Servicios de Laboratorio y Rayos-X:** Para propósitos de diagnóstico y tratamiento
10. **Servicios de Médicos**
11. **Servicios de Terapia Física y Rehabilitación (Estos beneficios estarán cubiertos cuando sean prestados fuera de Puerto Rico solamente):** De la modalidad de tratamiento y duración prescrita por el médico a cargo del caso y bajo la supervisión de un médico-cirujano especialista en fisioterapia. En este caso la supervisión no requiere la intervención directa (cara a cara) del médico pero sí su disponibilidad en el lugar para que, de ser necesario, pueda evaluar o recomendar un cambio en el plan de tratamiento.
12. **Otros Servicios:** Los siguientes servicios estarán cubiertos, siempre y cuando éstos sean considerados médicamente necesarios. Quedan excluidos del concepto «médicamente necesarios», aquellos servicios no necesarios, servicios fuera de Puerto Rico o en Puerto Rico si el beneficio estuviera excluido o limitado en la básica, experimentales o investigativos, estudios o tratamientos clínicos investigativos (*Clinical Trials*) o servicios que se provean en exceso de los requeridos normalmente para el diagnóstico, prevención o tratamiento de una enfermedad, lesión, malfuncionamiento del sistema orgánico o condición de embarazo.
 - a. Aparatos auditivos, según establecido en la sección de Limitaciones
 - b. Aparatos prostéticos o implantes para la sustitución de partes o de un órgano físico, o para el mantenimiento de su funcionamiento tales como: marcapasos, prótesis, válvula, etc.; excluye reemplazo
 - c. Asistencia quirúrgica
 - d. Mamoplastías, sujeto a una precertificación de Triple-S Salud
 - e. Medicina Deportiva, según establecido en la sección de Limitaciones
 - f. Servicios de Rehabilitación Cardíaca, cubiertos cuando sean prestados por un fisiatra con conocimientos en rehabilitación y fisiología del ejercicio. Su propósito es el minimizar la incapacidad física y psicológica que puede surgir como resultado de una enfermedad cardiovascular. Estos servicios son reembolsados de acuerdo a las tarifas y disposiciones de necesidad médica establecidas por Triple-S Salud.

-
- g. Servicios de analgesia intravenosa o por inhalación administrada en la oficina del cirujano oral o dentista
 - h. Servicios pre y post natales
 - i. Tuboplastías
 - j. Vasovasostomías
 - k. *Positron Emission Tomography* (PET CT y PET Scan), según se establece en la sección de Limitaciones
 - l. Tomografía computadorizada, según se establece en la sección de Limitaciones

Limitaciones de la cubierta de Gastos Médicos Mayores

1. La medicina deportiva está cubierta hasta un máximo de veinte (20) terapias por persona asegurada, por año póliza.
 2. Los estudios de tomografía computarizada y resonancia magnética (MRI) están cubiertos hasta un máximo de dos (2) servicios, cada uno, por año póliza, por persona asegurada.
 3. Las pruebas de Positron Emission Tomography (PET CT Y PET Scan) están cubiertas en la(s) facilidad(es) contratada(s) solamente por Triple-S Salud, hasta un máximo de una (1) por año póliza, por persona asegurada. Requiere precertificación.
 4. Los aparatos auditivos tienen un beneficio máximo de Doscientos Cincuenta Dólares (\$250.00) por año póliza, por persona asegurada.
-

TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Los beneficios que provee esta póliza están sujetos a los términos y condiciones específicamente establecidos para éstos. Se ofrecen únicamente para aquellos asegurados que residen permanentemente en el Área de Servicio.

Triple-S Salud es responsable por el pago de los servicios ofrecidos a la persona asegurada sujeto a las disposiciones de esta póliza y a las siguientes condiciones:

1. Los beneficios cubiertos son por cada año póliza y para cada persona asegurada; excepto cuando se disponga de otro modo.
2. Cubre sólo trasplante de órganos y tejidos humanos, **requiere precertificación** de Triple-S Salud o su representante autorizado para cada fase de trasplante y hasta los límites establecidos por la cubierta.
3. Triple-S Salud o su representante autorizado puede requerir una segunda opinión médica, por médicos designados por ésta, cuando lo considere necesario para corroborar que la persona asegurada esté recibiendo el tratamiento más eficaz posible y poder maximizar los beneficios de su cubierta.
4. La persona asegurada, el médico, hospital y la facilidad de la Red de Trasplante serán orientados sobre el procedimiento de precertificación. En los casos en que Triple-S Salud requiera precertificación o autorización previa a la prestación de servicios, Triple-S Salud no será responsable por el pago de dichos servicios si los mismos han sido prestados o recibidos sin dicha precertificación o autorización previa por parte de Triple-S Salud o su representante autorizado.

Estos servicios estarán cubiertos por indemnización (reembolso) al asegurado o mediante asignación de beneficios para pagarle directamente a la facilidad designada de la Red de Trasplante en y fuera de Puerto Rico. Los mismos se cubrirán al 100% de las tarifas negociadas con las facilidades, sin estar sujetos a coseguros ni deducibles.

Una vez se precertifican los servicios, la persona asegurada podrá solicitar Asignación de Beneficios. Al aceptar la Asignación de Beneficios, el médico, hospital o facilidad aceptará facturarle directamente a Triple-S Salud por los servicios cubiertos a la persona asegurada.

Beneficios

Beneficio Máximo	Ninguno
Asegurado paga	\$0.00
Trasplante de Órganos Cubiertos	Corazón, corazón-pulmón, pulmón (unilateral o bilateral), hígado, páncreas-riñón, riñón
Gastos Médicos Cubiertos	<p>Recipiente - cubre los gastos directamente relacionados con el procedimiento; incluye evaluación, cuidado previo a la cirugía, trasplante, cuidado post-cirugía y drogas inmunosupresoras.</p> <p>Órganos (obtención) - cubre los gastos y servicios brindados o relacionados con la obtención, conservación y transportación de los órganos a utilizarse en el trasplante cubierto.</p> <p>Transportación, comida y alojamiento - el límite máximo de gastos cubiertos por este plan para transportación, comida y alojamiento es de \$10,000 por cada tipo de trasplante.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Transportación - desde y hasta el lugar de la cirugía para el paciente y un acompañante. Si el paciente es menor de diecinueve (19) años de edad se permitirá la transportación para dos acompañantes (padres o personas que tengan la custodia legal del paciente). • Comida y alojamiento - hasta un máximo de \$150.00 diarios por persona o \$200.00 diarios para dos personas (padres o personas que tienen la custodia legal del paciente que es menor de diecinueve (19) años de edad). <p>Retrasplante</p> <p>Inmunosupresores: cubre medicamentos inmunosupresores debidamente aprobados por la <i>Food and Drug Administration (FDA)</i> y medicamentos usados en terapias inmunosupresoras. El beneficio estará cubierto hasta el beneficio máximo establecido.</p> <p>Gastos Pre-Trasplantes: Esta póliza cubre gastos médicos relacionados con la evaluación y preparación de un asegurado elegible para recibir trasplante de órganos o de médula ósea durante un periodo de treinta (30) días previos al procedimiento de trasplante de órganos o de médula ósea, conforme a la política médica establecida por Triple-S Salud.</p> <p>Además, Triple-S Salud cubrirá una evaluación pre-trasplante para determinar si el paciente es candidato elegible para el trasplante independientemente de la fecha en que se haga el mismo. Esta evaluación se registrará por el protocolo aprobado por Triple-S Salud.</p>
<p>Trasplante de Médula Ósea</p>	<p>Cubre los trasplantes alogénicos, autólogos, singenéticos y de células troncales hemapotoiéticas siempre que estén indicados en las siguientes condiciones y enfermedades: cáncer de seno, trastornos hematológicos no malignos tales como anemia aplásica, leucemia aguda linfocíticas, leucemia aguda no linfocíticas, leucemia aguda mielógena, leucemias agudas y crónicas mielógenas en remisión, osteopetrosis maligna infantil, síndrome de Wiskott-Aldrich, enfermedad de Hodgkin, linfomas que no sean tipo Hodgkin, neuroblastomas en etapas avanzadas e inmunodeficiencia combinada severa. Los gastos cubiertos para estos trasplantes son los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recipiente - cubre los gastos directamente relacionados con el procedimiento; incluye evaluación, cuidado previo a la cirugía, trasplante, cuidado postcirugía y drogas inmunosupresoras. 2. Donación y almacenaje de médula ósea - gastos y servicios brindados o relacionados con la obtención, conservación y transportación de los tejidos a utilizarse en el trasplante cubierto. 3. Tratamientos de quimioterapia o de radiación antes de efectuarse el trasplante. 4. Cuidado ambulatorio relacionado directamente al cuidado posterior al trasplante. 5. Transportación, comida y alojamiento - el límite máximo de gastos cubiertos por este plan para transportación, comida y alojamiento es de \$10,000. <ol style="list-style-type: none"> a. Transportación - desde y hasta el lugar de la cirugía para el paciente y un acompañante. Si el paciente es menor

	<p>de diecinueve (19) años de edad se permitirá la transportación para dos acompañantes (padres o persona que tiene la custodia legal del paciente).</p> <p>b. Comida y alojamiento - hasta un máximo de \$150.00 diarios por persona o \$200.00 diarios para dos personas (padres o personas que tienen la custodia legal del paciente que es menor de diecinueve (19) años de edad).</p> <p>6. Retrasplante</p>
<p>Precertificaciones</p>	<p>Procedimiento para casos de Trasplante de Órganos y Tejidos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El referido para los servicios de trasplante se hará mediante línea telefónica, vía fax o personalmente en Triple-S Salud por sala de información. 2. Se verificará su elegibilidad y cubierta. 3. Una vez confirmada la cubierta, se verificará la especialidad del médico que refiere y si el referido llena los criterios médicos previamente establecidos. Esto se refiere a las limitaciones o contraindicaciones para los diferentes tipos de trasplante. 4. El especialista de casos de trasplante de Triple-S Salud le ofrecerá una orientación inicial sobre los beneficios de la cubierta de trasplante y alternativas. Se emitirá una precertificación para el referido a una de las Instituciones Participantes de la Red de Trasplantes de la <i>Blue Cross and Blue Shield Association</i>. 5. Triple-S Salud coordinará con la institución seleccionada por el asegurado y por el médico, el referido para recibir los servicios de Trasplante. 6. El Programa de Trasplante de la Institución seleccionada coordinará una evaluación clínica del candidato a Trasplante, según sus criterios de selección de pacientes y mantendrá una comunicación directa con Triple-S Salud. 7. El asegurado solicitará a Triple-S Salud una precertificación para los servicios de Trasplante y durante sus diferentes etapas. <p>Las reclamaciones de los servicios de trasplante rendidos por la institución seleccionada, serán coordinadas entre ésta y Triple-S Salud.</p>

CUBIERTA DE FARMACIA (F-26)

Disposiciones Generales

- La cubierta de farmacia se emite en consideración al pago por el patrono de las primas correspondientes por adelantado y estará sujeta a los términos y condiciones de la póliza de servicios de hospitalización, médico-quirúrgicos y ambulatorios que no estén en conflicto con los beneficios y condiciones de esta cubierta opcional.
- Este beneficio se rige por las guías de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés). Estas incluyen, dosificación, equivalencia de medicamentos, clasificación terapéutica, entre otros. Es requisito presentar la tarjeta de asegurado de Triple-S Salud a cualquier farmacia participante al momento de solicitar los beneficios para que los mismos estén cubiertos por esta cubierta. La farmacia participante proveerá, a la presentación de la tarjeta de asegurado de Triple-S Salud y de una receta, los medicamentos cubiertos incluidos en la Lista de Medicamentos o Formulario que especifique dicha receta; y no efectuará cargo ni cobrará cantidad alguna al asegurado que resulte en exceso de lo establecido en la columna Usted Paga.
- Al recibir los medicamentos, la persona asegurada tendrá que firmar por los servicios recibidos y presentar una segunda identificación con fotografía.
- Si su médico le recetó un medicamento no cubierto por su beneficio de farmacia, el mismo puede hacerle una receta nueva con un medicamento que esté cubierto. O, puede solicitar una excepción conforme a la Sección “Proceso de Excepciones a la Lista de Medicamentos o Formulario” de esta póliza. Esto aplica cuando la clasificación terapéutica (categoría) esté cubierta y existan otras alternativas de tratamiento.
- Este plan proveerá para el despacho de los medicamento cubiertos, independientemente del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad para la cual sean prescritos, siempre y cuando el medicamento tenga la aprobación de la FDA para al menos una indicación y el medicamento sea reconocido para el tratamiento del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad de que se trate en uno de los compendios de referencia estándar o en literatura médica evaluada por homólogos generalmente aceptada. No obstante, este plan no está obligado a cubrir un medicamento cuando la FDA ha determinado que su uso es contraindicado para el tratamiento de la indicación para la cual se prescribe. Además, incluirá los servicios médicamente necesarios que estén asociados con la administración del medicamento.
- Una farmacia no está obligada a proveer una receta ordenada si por alguna razón, de acuerdo a su juicio profesional, no debe ser provista. Esto no aplica a decisiones tomadas por farmacias, por concepto de tarifa aplicada por Triple-S Salud.
- Las recetas expedidas por médicos en donde no estén especificadas las indicaciones para su uso, ni la cantidad del medicamento, solamente se podrán despachar para un abastecimiento de cuarenta y ocho (48) horas. Ejemplo: cuando un médico escribe en sus indicaciones: “para administrarse cuando sea necesario (PRN, por sus siglas en latín)”.
- Los medicamentos con repeticiones (*refills*) no podrán ser provistos antes de transcurrir el 75% del abastecimiento a partir de la fecha del último despacho, ni luego de transcurrir seis (6) meses desde la fecha original de la receta, excepto que de otra forma lo disponga la ley que controla el despacho de sustancias controladas.
- Las personas aseguradas bajo un plan individual, cubierta complementaria al Programa *Medicare* (también conocida como *Medigap*) o un plan *Medicare Advantage*, no serán elegibles para los beneficios ofrecidos en esta cubierta de Farmacia.

BENEFICIOS

Esta cubierta tiene las siguientes características:

- Estarán cubiertos los medicamentos genéricos o medicamentos de marca que en su etiqueta contengan la frase «*Caution: Federal law prohibits dispensing without prescription*» (Precaución: La ley Federal prohíbe su despacho sin receta médica) e insulina. Además, cubre algunos medicamentos *Over-the-Counter (OTC)*, según se establece en la sección de Limitaciones. Algunos medicamentos de mantenimiento podrán ser adquiridos a través de los programas de Envío de Medicamentos por Correo o Despacho de Medicamentos a 90 días en Farmacias.
- El despacho de medicamentos genéricos será la primera opción, cuando exista un medicamento genérico.
- El despacho de medicamentos genéricos será la primera opción, excepto cuando el medicamento genérico no exista en el mercado. Si el asegurado elige, o su médico le receta, un medicamento de marca cuando existe su genérico en el mercado, el asegurado pagará el copago del medicamento de marca y la diferencia en costo entre el medicamento de marca y el genérico.
- La cantidad de medicamentos provistos conforme a una receta original estará limitada a un abastecimiento de quince (15) días para medicamentos agudos y treinta (30) días para los medicamentos para la diabetes, incluyendo insulina, medicamentos para tiroides y sus derivados, nitroglicerina, diuréticos, preparaciones de digital, hipotensores, bloqueadores, anticoagulantes, anticonvulsivos, antiartríticos, vasodilatadores, medicamentos para el asma, colesterol, Parkinson y medicamentos tranquilizantes incluidos en la familia de las benzodiazepinas.
- La cantidad de medicamentos de mantenimiento será provista hasta un máximo de 180 días conforme al despacho de la receta original y hasta cinco (5) repeticiones, todas con abastecimiento de 30 días. Las recetas tienen que indicar por escrito que el médico receta las autorizaciones.
- El abastecimiento de noventa (90) días aplica a algunos medicamentos de mantenimiento, como medicamentos para condiciones cardíacas, tiroides, diabetes, entre otros; despachados a través de los programas de Envío de Medicamentos por Correo o Despacho de Medicamentos a 90 días en Farmacias. No aplica a los productos especializados.
- Este beneficio de farmacia utiliza una Lista de Medicamentos o Formulario la cual aprueba el Comité de Farmacia y Terapéutica para esta cubierta. Nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica está compuesto por médicos, farmacéuticos clínicos y otros profesionales de la salud, quienes se reúnen periódicamente para evaluar y seleccionar aquellos medicamentos que serán incluidos en la Lista o Formulario, siguiendo un proceso riguroso de evaluación clínica. El Comité de Farmacia y Terapéutica evalúa la Lista de Medicamentos o Formulario y aprueba cambios donde:
 - a) se incluyen medicamentos nuevos
 - b) se cambian medicamentos de un nivel con copago/coaseguro mayor a un nivel con un copago/coaseguro menor
 - c) cambio por motivos de seguridad, si el fabricante del medicamento con receta no lo puede suplir o lo ha retirado del mercado.

La Lista de Medicamentos o Formulario detalla los medicamentos considerados como cubiertos. Por la naturaleza dinámica de este proceso, el Comité de Farmacia y Terapéutica evalúa la Lista de Medicamentos o Formulario y aprueba cambios donde se incluyen medicamentos nuevos los cuales son evaluados en un término no mayor de 90 días luego de su aprobación por la FDA, se cambian medicamentos de un nivel con copago/coaseguro mayor a un nivel con un copago/coaseguro menor

o por motivos de seguridad, si el fabricante del medicamento con receta no lo puede suplir o lo ha retirado del mercado. Esta Lista de Medicamentos o Formulario se imprime una vez al año.

Notificaremos los cambios a todos los asegurados y a las farmacias participantes, a más tardar la fecha de efectividad del cambio. En el caso de inclusión de nuevos medicamentos de receta en la Lista de Medicamentos o Formulario, les notificaremos con treinta (30) días de antelación a la fecha de efectividad de la inclusión.

- Estarán cubiertos los servicios preventivos requeridos por las leyes federales *Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA)* y *la Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA)* y según establecidos por el *United States Preventive Services Task Force (USPSTF)*. La persona asegurada no pagará por los medicamentos requeridos por las leyes federales, incluyendo anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico, así como el suplemento de ácido fólico para las personas aseguradas durante su embarazo, tamoxifen o raloxifene para las personas aseguradas que están en mayor riesgo de cáncer de seno y en bajo riesgo de efectos adversos al medicamento, aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares y suplementos de hierro para evitar la anemia en menores de 6 a 12 meses, según se establece en la columna Usted Paga.
- Algunos medicamentos de receta están sujetos a un procedimiento de manejo. Triple-S Salud proveerá a sus asegurados, y como parte de la información provista de esta póliza, la Lista de Medicamentos o Formulario que ofrece información detallada sobre cuáles medicamentos de receta están sujetos a los procedimientos de manejo. Las siguientes guías de referencia establecen los distintos tipos de manejo que pudiesen aplicar:
 - a. **Programa de Terapia Escalonada (ST, por sus siglas en inglés):** En algunos casos, requerimos que el asegurado trate primero un medicamento como terapia para su condición antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Este programa requiere la utilización de medicamentos sin leyenda federal (OTC, por sus siglas en inglés) o medicamentos genéricos antes de utilizar otros medicamentos para ciertas condiciones médicas. Así puede lograr accesibilidad a medicamentos con efectividad y seguridad probada, copagos más bajos o hasta cero copagos en medicamentos de primer paso y mejor cumplimiento con la terapia de medicamentos.

Las clasificaciones que requieren un medicamento OTC como primer paso incluyen los inhibidores de la bomba de protón (PPI, por sus siglas en inglés), antihistamínicos no-sedantes y agentes para alergias oculares. Las clasificaciones que requieren un medicamento genérico como primer paso incluyen las estatinas para el colesterol, medicamentos para asma, analgésicos anti-inflamatorios, déficit de atención e hiperactividad (ADHD), diabetes y los bifosfonatos orales para la osteoporosis y los corticosteroides nasales para las alergias. Estos medicamentos también forman parte de la Lista de Medicamentos de Triple-S Salud.

Este programa aplicará a los asegurados que utilizan el medicamento por primera vez, o si ha transcurrido un periodo mayor de 6 meses de haber utilizado alguno de los medicamentos. El programa tiene el propósito de establecer cuándo se cubrirán medicamentos de segundo paso, y no de intervenir con las recomendaciones de tratamiento del médico que atiende al asegurado. El asegurado tendrá libertad de discutir con su médico todas las alternativas de tratamiento disponibles para su condición de salud, y de tomar decisiones informadas con relación a su tratamiento.

Para los medicamentos en el primer paso, la receta será procesada y aprobada. En el caso de los medicamentos de segundo paso, si el asegurado ha utilizado medicamentos de primer paso en los últimos 6 meses, éstos serán procesados y aprobados. Si no ha utilizado medicamentos de primer paso, la farmacia le informará al asegurado que debe utilizar medicamentos de primer paso. El médico, luego de evaluar el caso del asegurado, debe escribir una receta con el

medicamento de primer paso o solicitar una preautorización a Triple-S Salud para un medicamento de segundo paso, incluyendo una justificación médica para su aprobación.

Si un asegurado con o sin cubierta previa bajo otro Plan de Salud se suscribe a Triple-S Salud y utilizaba un medicamento de segundo paso, el asegurado debe evidenciar que ha estado utilizando el medicamento de segundo paso. La farmacia o el asegurado debe hacer llegar a Triple-S Salud, a la mayor brevedad, copia de uno de los siguientes documentos: historial de reclamaciones de la farmacia o informe de utilización del Plan de Salud anterior (explicación de beneficios; EOB).

- b. **Medicamentos que requieren preautorización o autorización previa (PA):** Ciertos medicamentos necesitan una preautorización para ser obtenidos por el paciente. Los mismos se identifican en la Lista de Medicamentos o Formulario con PA (requiere Preautorización), en cuyo caso, la farmacia gestiona la preautorización antes del despacho del medicamento al asegurado. La farmacia también nos contactará para obtener autorización por cambios en dosis y cuando los cargos exceden los \$500 por receta despachada para evitar errores de facturación.

Los medicamentos que requieren preautorización usualmente son aquellos que presentan efectos adversos, son candidatos al uso inapropiado o están relacionados con un costo elevado.

Aquellos medicamentos que han sido identificados que requieren preautorización deben satisfacer los criterios clínicos establecidos según lo haya determinado el Comité de Farmacia y Terapéutica. Estos criterios clínicos se han desarrollado de acuerdo a la literatura médica actual.

- c. **Límites de cantidad (QL, por sus siglas en inglés):** Ciertos medicamentos tienen un límite en la cantidad a despacharse. Estas cantidades se establecen de acuerdo a lo sugerido por el fabricante, como la cantidad máxima adecuada que no está asociada a efectos adversos y la cual es efectiva para el tratamiento de una condición.
- d. **Límites de especialidad médica (SL, por sus siglas en inglés):** Algunos medicamentos tienen un límite de especialidad según el médico especialista que está tratando la condición. Por ejemplo, para una condición del hígado deberá ser un gastroenterólogo o infectólogo quien recete el medicamento *Ribavirin*. Estos límites de especialidad se establecen de acuerdo a la literatura médica actual.
- e. **Límites de edad (AL, por sus siglas en inglés):** Algunos medicamentos tienen un límite de edad. Por ejemplo, el medicamento *Ritalin (methylphenidate)* se despacha a los asegurados hasta los 18 años.
- **Servicios prestados por farmacias participantes:** La farmacia participante proveerá, a la presentación de la tarjeta de asegurado de Triple-S Salud y de una receta, las medicinas cubiertas que especifique dicha receta; y no efectuará cargo ni cobrará cantidad alguna al asegurado que resulte en exceso del copago o coaseguro.
 - **Servicios prestados por farmacias no participantes en Estados Unidos de América:** Si los medicamentos cubiertos los provee una farmacia no participante en los Estados Unidos de América, la persona asegurada tendrá derecho al reembolso del gasto incurrido, de acuerdo a lo establecido en la sección de Limitaciones de esta cubierta. A esta cantidad se le descontará el copago o coaseguro aplicable, según se establece en la columna de Usted paga. Estos servicios están cubiertos si son provistos en farmacias localizadas en Estados Unidos de América o sus posesiones, excepto en Puerto Rico, según se establece en la sección de Exclusiones.

Tipo de Cubierta	Usted paga
Copagos y coaseguros para 15 y 30 días de abastecimiento	
<p>Esta cubierta de farmacia tiene las siguientes características principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Despacho de medicamentos con una Lista de Medicamentos 	<p>\$5.00 por medicamentos genéricos</p> <p>\$10.00 por medicamentos de marca preferidos</p> <p>\$15.00 por medicamentos de marca.</p> <p>25% o \$15.00, lo que sea mayor, por medicamentos fuera de la Lista de Medicamentos no preferidos</p> <p>10% de coaseguro para medicamentos para quimioterapia</p> <p>\$0.00 por medicamentos <i>Over The Counter</i> (OTC), medicamentos requeridos por leyes federales incluyendo anticonceptivos orales y contraceptivos aprobados por la FDA con receta del médico.</p>
Suplido Extendido de 90 días	Usted paga
<p>Copagos o coaseguros para abastecimiento de 90 días bajo el Programa de medicamentos por correo o a través de las farmacias del Programa de 90 días</p> <p>Nota: Cubre únicamente algunos medicamentos de mantenimiento. Las exclusiones y limitaciones de la cubierta aplican a este programa.</p>	<p>\$10.00 por medicamentos genéricos</p> <p>\$20.00 por medicamentos de marca preferidos</p> <p>\$30.00 por medicamentos de marca</p> <p>25% o \$45.00, lo que sea mayor, por medicamentos fuera de la Lista de Medicamentos (no preferidos)</p>

LIMITACIONES

1. La persona asegurada tendrá derecho al reembolso de una cantidad que no exceda el 75% de la tarifa establecida por Triple-S Salud para los medicamentos cubiertos despachados por farmacias no participantes en los Estados Unidos de América y sus posesiones, excepto en Puerto Rico, según se establece en la sección de Exclusiones. A esta cantidad se le descontará lo establecido en la sección de **Usted Paga**.
2. Los medicamentos cuyo abastecimiento es de treinta (30) días estarán limitados a: productos para la diabetes incluyendo insulina, medicamentos para tiroides y sus derivados, nitroglicerina, diuréticos, preparaciones de digital, hipotensores, bloqueadores, anticoagulantes, anticonvulsivos, antiartríticos, hemorreológicos, hormonas de sexo, vasodilatadores, cáncer orales, úlceras, antiasmáticos, colesterol, *Parkinson* y glaucoma, entre otros. Los medicamentos para el tratamiento de úlceras están limitados a *Tagamet®*, *Zantac®*, *Pepcid®*, *Axid®* y *Carafate®*.
3. Los medicamentos tranquilizantes incluidos en la familia de las benzodiazepinas (Ejemplo: *Valium®*, *Xanax®*, *Ativan®*, *Tranxene®* y *Halcion®*) estarán cubiertos solamente cuando sean recetados por psiquiatras.
4. Los medicamentos psicoterapéuticos serán cubiertos con abastecimiento para treinta (30) días con repeticiones si son recetados por psiquiatras o neurólogos. Si son recetados por otras especialidades se cubrirá el abastecimiento para quince (15) días sin repeticiones.
5. Los medicamentos despachados a través del programa de Envío de Medicamentos por Correo (*mail order*) o Despacho de Medicamentos a 90 días en farmacias contratadas en Puerto Rico estarán limitados a ciertos medicamentos de mantenimiento. Aplica para las siguientes condiciones: Hipertensión, Diabetes (insulina y tabletas orales), Tiroides, Colesterol, Epilepsia (Anticonvulsivos), Estrógeno, Alzheimer (no aplican los parchos), Parkinson, Osteoporosis, Próstata, entre otras. No aplica a los productos especializados.
6. Productos especializados serán despachados a través de la Red Exclusiva de Farmacias Especializadas (ESPN).
7. Los medicamentos *Over-the-Counter (OTC)* cubiertos incluyen: *Prilosec OTC®*, *Claritin® OTC*, *Zyrtec® OTC*, *Zaditor® OTC* y los genéricos de éstos; y cualquier otro medicamento *OTC* que Triple-S Salud desee incluir. Los mismos están incluidos en la Lista de Medicamentos. Para poder obtener el medicamento a través de su cubierta de farmacia, se requiere que el asegurado presente en la farmacia una receta del médico que indique la selección del medicamento y anticonceptivos *OTC*. Los demás medicamentos *OTC* permanecen excluidos.

CUBIERTA DENTAL (DA-20)

BENEFICIOS DENTALES

Servicios Básicos

La Cubierta Dental de Triple-S Salud está diseñada para proveer los servicios que sean necesarios para mantener una salud oral excelente.

Esta cubierta se emite en consideración al pago por el patrono de las primas correspondientes por adelantado y está sujeta a los términos y condiciones de la cubierta básica que no estén en conflicto con los beneficios y condiciones de esta cubierta.

En cumplimiento con la ley 352 de 22 de diciembre de 1999, esta póliza cubre la anestesia general y los servicios de hospitalización requeridos para determinados casos de procedimientos dentales cubiertos para infantes, niños, niñas, adolescentes o personas con impedimentos físicos o mentales, según los criterios establecidos en esta ley. Aplican los copagos y coaseguros correspondientes, según su cubierta. Requiere precertificación.

Servicios Cubiertos:	Usted Paga
<p>A. Servicios Diagnósticos y Preventivos</p> <ol style="list-style-type: none">1. Examen comprensivo inicial por generalista o especialista periodoncista2. Exámenes periódicos de rutina3. Examen de emergencia4. Radiografías de mordida "bitewings" periapicales y oclusales5. Radiografías panorámicas o "fullmouth" serie completa de radiografías6. Prueba de vitalidad7. Profilaxis dentales (limpieza)8. Aplicación (tópica) de barniz de fluoruro a menores de 5 años de edad9. Aplicaciones (tópicas) de fluoruro a menores de diecinueve (19) años de edad10. Aplicaciones (tópicas) de fluoruro sólo para adultos con condiciones especiales11. Mantenedores de espacio fijos (unilateral, bilateral)12. Sellantes de fisuras en dientes posteriores permanentes a menores de 14 años	<p>Nada, excepto por:</p> <p>20% de coaseguro :</p> <ul style="list-style-type: none">• Mantenedores de espacio fijos

<p>B. Servicios Restaurativos, Quirúrgicos y Otros</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Restauraciones en amalgama (platificaciones) 2. Restauraciones de resina compuesta en dientes anteriores y posteriores 3. Coronas de acero inoxidable en dientes deciduos 4. Corona provisional 5. Recementación poste y muñón 6. Reparación de corona 7. Endodoncia en dientes anteriores, premolares y molares 8. Retratamiento de endodoncia en dientes anteriores, premolares y molares 9. Apicectomías en dientes anteriores, premolares y molares 10. Desbridamiento pulpar 11. Reparación de dentaduras completas y parciales 12. Recementación de corona 13. Rebasado y reline en dentaduras completas y parciales 14. Reparación de puente fijo 15. Cirugía Oral (incluye cuidado pre y post operatorio), extracciones sencillas, cirugía oral quirúrgica 16. Exposición quirúrgica diente impactado 17. Alveoloplastía 18. Ajuste oclusal 19. Visita al hospital 	<p>Nada, excepto por:</p> <p>30% de coaseguro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restauraciones de resinas compuestas a dientes posteriores • Extracciones quirúrgicas Cirugía oral (quirúrgica) • Exposición de diente impactado <p>50% de coaseguro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rebasado • Reline • Alveoloplastía
---	---

LIMITACIONES A LOS SERVICIOS BÁSICOS:

1. El examen comprensivo inicial está limitado a uno (1) cada tres (3) años.
2. Los servicios de examen periódico de rutina, de emergencia y profilaxis dentales (limpieza) están limitados a dos (2) por año póliza cada uno, por asegurado y a intervalos de no menos de seis (6) meses desde la última fecha de servicio.
3. La serie completa de radiografías o la panorámica están limitadas a no más de una cada tres (3) años póliza por asegurado, ni más de un par de radiografías de mordida por cada año póliza por asegurado.
4. El tratamiento de barniz de fluoruro está limitado a dos (2) por año póliza a un intervalo no menos de seis (6) meses, hasta el día que el asegurado cumpla cinco (5) años de edad.
5. El tratamiento de fluoruro tópico está limitado a dos (2) por año póliza a un intervalo no menos de seis (6) meses, hasta el día que el asegurado cumpla diecinueve (19) años de edad.
6. Las restauraciones en amalgama (platificaciones) y de resina compuesta están limitadas a una (1) cada dos (2) años por diente y superficie.
7. Los sellantes de fisura están limitados a uno (1) por vida; en dientes posteriores permanentes no obturados en el oclusal.

Servicios de Prótesis	
BENEFICIOS Será requisito que el dentista presente a Triple-S Salud el plan de tratamiento, previo a la prestación de los servicios (Predeterminación de Beneficios). <ol style="list-style-type: none"> 1. Coronas sencillas - metal base y noble 2. Coronas sencillas - metal alta nobleza 3. Corona sobre implante - metal alta nobleza, según reglas y limitaciones establecidas 4. Dentaduras completas 5. Puentes removibles 6. Puente fijos - metal base y noble 7. Puentes fijos - metal alta nobleza 8. <i>Maryland Bridge</i> 	50% de coaseguro 57% de coaseguro <ul style="list-style-type: none"> • Coronas y coronas con retenedores <i>high noble</i>
LIMITACIONES A LOS SERVICIOS DE PRÓTESIS:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Estos servicios están sujetos a la predeterminación de Triple-S Salud 2. De ser necesario, el reemplazo de puentes y dentaduras que se hayan hecho durante la vigencia de la póliza, no están cubiertos, excepto luego de transcurrido cinco (5) años de la fecha en que se hizo dicho puente o dentadura original. 	
Servicios de Periodoncia	
SERVICIOS CUBIERTOS <ol style="list-style-type: none"> 1. Examen periodontal 2. Gingivectomía y gingivoplastia 3. Cirugía del hueso relacionada con enfermedades periodontales 4. Cirugía mucogingival 5. Injertos de tejido blando y hueso; y membranas para regulación del tejido 6. Férula provisional extracoronal (<i>provisional splinting</i>) 7. Alisado radicular y detartraje 8. Mantenimiento periodontal 9. Debridamiento de toda la boca para permitir examen oral comprensivo. <p>Los gastos por servicios de periodoncia estarán cubiertos en conformidad con las tarifas establecidas para tales propósitos, hasta completar el límite máximo establecido.</p>	Nada Límite máximo de \$1,000.00 por año póliza, por persona asegurada
Servicios de Ortodoncia	
SERVICIOS CUBIERTOS <ol style="list-style-type: none"> 1. Servicios para diagnóstico, incluye radiografías y modelos de estudio 2. Tratamiento activo, incluye los aparatos necesarios 3. Tratamiento de retención posterior al tratamiento activo 	Nada de coaseguro Se puede cubrir por reembolso o Asignación de Beneficios.

LIMITACIONES A LOS SERVICIOS DE ORTODONCIA:

1. Los beneficios están disponibles únicamente para el empleado elegible asegurado y sus dependientes directos.
2. Los gastos por servicios de ortodoncia están cubiertos sin límite de edad.

REMBOLSO

Rebolsamos los servicios de ortodoncia a base del cargo sometido a base de indemnización directa al asegurado y sujeto a las siguientes condiciones:

1. Los servicios de ortodoncia se reembolsan a razón del 100% del cargo sometido hasta completar el beneficio máximo establecido.
2. **Beneficio máximo** - La persona asegurada tiene derecho a recibir servicios de ortodoncia cubiertos, hasta que alcance un beneficio máximo por vida de \$1,000.00.

MECANISMO DE PREDETERMINACIÓN

Los servicios dentales de prótesis, periodoncia y retratamiento de endodoncia estarán sujetos a la predeterminación de Triple-S Salud del plan de tratamiento recomendado por el dentista. Si los servicios son prestados sin la predeterminación, los mismos no estarán cubiertos por Triple-S Salud

Cuando la persona asegurada, utilice los servicios de dentistas participantes, éstos se encargarán de solicitar la predeterminación de Triple-S Salud, antes de prestar los servicios mencionados. Sin embargo, en el caso en que utilice los servicios de dentistas no participantes fuera de Puerto Rico, usted debe pagar por los servicios y solicitar reembolso a Triple-S Salud. Para la evaluación de la solicitud de reembolso, se requiere un recibo detallado que incluya los códigos de los servicios recibidos y rayos-X.

INDEMNIZACIÓN A LA PERSONA ASEGURADA

Si el servicio se presta fuera de Puerto Rico por cirujano-dentista no participante, Triple-S Salud pagará directamente a la persona asegurada la cantidad que resulte menor, entre el 100% del gasto incurrido y el 100% del honorario que hubiese pagado a un cirujano-dentista participante por el mismo servicio de acuerdo a los honorarios establecidos por Triple-S Salud, luego de descontar los coaseguros aplicables.

Cualquier servicio que preste un cirujano-dentista fuera de Puerto Rico a una persona asegurada, aplicará a los límites establecidos en esta póliza, como si los servicios hubiesen sido prestados en Puerto Rico.

ELEGIBILIDAD INDIVIDUAL

En esta cubierta, la elegibilidad de las personas cesa al cumplir sesenta y cinco (65) años de edad. Los empleados no retirados y sus cónyuges asegurados en la póliza grupal, mayores de sesenta y cinco (65) años, pueden asegurarse bajo los beneficios de la póliza dental.

Exclusiones Generales de la Cubierta Básica

Esta póliza no cubre los siguientes gastos o servicios:

1. Servicios que se presten mientras el seguro de la persona no esté en vigor.
2. Servicios que puedan recibirse con arreglo a Leyes de Compensación por Accidentes del Trabajo, responsabilidad del patrono, planes privados de compensación por accidentes en el trabajo, accidentes de automóvil (ACAA) y servicios disponibles con arreglo a legislación estatal o federal, por los cuales la persona asegurada no esté legalmente obligada a pagar. Igualmente estarán excluidos dichos servicios cuando los mismos sean denegados por las agencias gubernamentales concernientes, por razón del incumplimiento o violación de los requisitos o disposiciones de las leyes antes indicadas, aunque dicho incumplimiento o violación no constituya un delito.
3. Servicios para tratamientos que surjan como resultado de que la persona asegurada cometió un delito o no cumplió con las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, o cualquier otro país, excepto aquellas lesiones que resulten por un acto de violencia doméstica o condición médica.
4. Servicios que sean recibidos gratuitamente o sufragados mediante donativos.
5. Gastos o servicios de comodidad personal como teléfono, televisión o servicios de cuidado custodial, casa de descanso, casa de convalecencia o cuidado a domicilio excepto servicios post-hospitalarios provistos a través de una Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar.
6. Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina u odontología, excepto audiólogos, optómetras, podiatras, psicólogos, trabajadores sociales (sólo para autismo), quiroprácticos y otros especificados en esta póliza.
7. Gastos por exámenes físicos requeridos por el patrono del empleado asegurado.
8. Rembolso de gastos ocasionados por pagos que una persona asegurada le haga a cualquier médico o proveedor participante sin estar obligada por esta póliza a hacerlos.
9. Gastos por servicios prestados por médicos, hospitales, laboratorios y otros proveedores no participantes en Puerto Rico, excepto en caso de emergencia que se cubrirán de acuerdo a lo establecido en esta póliza.
10. Gastos por servicios recibidos sin una precertificación de Triple-S Salud, excepto en casos de emergencia, según lo establece la póliza.
11. Servicios que no son médicamente necesarios, servicios considerados experimentales o investigativos, según los criterios de la *Food and Drug Administration (FDA)*, *Department of Human and Health Services (DHHS)*, el Departamento de Salud de Puerto Rico, o el *Technology Evaluation Center (TEC)* de la *Blue Cross and Blue Shield Association* para las indicaciones y métodos específicos que se ordenan.
12. Gastos o servicios por procedimientos médicos nuevos o medicamentos nuevos no considerados experimentales o investigativos, hasta tanto Triple-S Salud determine su inclusión en la cubierta ofrecida bajo esta póliza. Tampoco están cubiertos los gastos por estudios o tratamientos clínicos investigativos (esto es *clinical trials*), aparatos, medicamentos experimentales o investigativos administrados para ser utilizados como parte de estos estudios, servicios o productos que se proveen para obtención de datos y análisis, y no para el manejo directo del paciente, y artículos o servicios sin costos para el asegurado que comúnmente ofrece el auspiciador de la investigación. Esto aplica aun cuando el asegurado se haya inscrito en el estudio

- para tratar una enfermedad que amenace su vida, para la cual no haya tratamiento efectivo y obtenga la aprobación del médico para su participación en el estudio, porque éste ofrece al paciente un beneficio potencial. En estos casos, Triple-S Salud cubrirá los gastos médicos rutinarios del paciente según los términos y condiciones establecidos en esta póliza. Gastos médicos rutinarios son aquellos gastos médicamente necesarios que se requieren para el estudio (*clinical trials*) y que normalmente están disponibles para los asegurados bajo este plan estén o no participando en un ensayo clínico, así como los servicios para diagnosticar y tratar las complicaciones resultantes del estudio, de acuerdo a la cubierta establecida en esta póliza.
13. Gastos por cirugías cosméticas o de embellecimiento, tratamientos para corregir defectos de apariencia física: mamoplastías o reconstrucción de cirugía plástica del seno para reducción o aumento de su tamaño, excepto la mamoplastia y reconstrucción luego de una mastectomía por cáncer de seno), septoplastia, rinoseptoplastia, blefaroplastia, intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos cuyo propósito sea el control de la obesidad, excepto el tratamiento para la obesidad mórbida y el síndrome metabólico, incluyendo la cirugía bariátrica, definida por Ley Núm. 212 de 9 de agosto de 2008 en Puerto Rico y definida en la Sección Definiciones de esta póliza; o; tratamientos de liposucción, abdominoplastia y ritidectomía abdominal e inyecciones de soluciones esclerosantes en venas varicosas de las piernas. Además, se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociados a éstos, independientemente de si existe o no justificación médica para el procedimiento.
 14. Gastos por aparatos ortopédicos u ortóticos, prótesis o implantes (excepto prótesis del seno luego de una mastectomía) y otros instrumentos artificiales. Estarán cubiertos los servicios hospitalarios y médico-quirúrgicos necesarios para la implantación de los mismos.
 15. Gastos por métodos anticonceptivos para el asegurado, excepto los indicados como cubiertos en esta póliza.
 16. Servicios de tratamientos para infertilidad, concepción por medios artificiales y restablecer la habilidad de procrear (por ejemplo, fertilización in vitro, inyecciones intracitoplasmática de espermatozoides, transferencia de embriones, fertilización donante). Además, se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas con éstos, así como los medicamentos y hormonas.
 17. Gastos por servicios de escalenotomía-división del músculo escaleno anterior (anticus) sin resección de la costilla cervical.
 18. Gastos por tratamientos de terapia alternativa, excepto los especificados como cubiertos en el Programa Triple-S Natural, y que sean prestados por los proveedores participantes de este Programa.
 19. Gastos por servicios de medicina deportiva, psicoanálisis y rehabilitación cardiaca.
 20. Servicios de analgesia intravenosa o por inhalación administrada en la oficina del cirujano oral o dentista.
 21. Servicios necesarios para el tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular (articulación de la quijada), ya sea mediante la aplicación de aparatos prostéticos o de cualquier otro método.
 22. Gastos por servicios de escisión de granulomas o quistes radiculares (periapicales) originados por infección a la pulpa del diente; servicios necesarios para corregir la dimensión vertical u oclusión, remoción de exostosis (toros mandibulares o maxilares, etc.).
 23. Gastos por implantes relacionados a la cirugía ortognática (osteotomía mandibular o maxilar [*Le Fort*]).
 24. Gastos por inmunoterapia para alergia (vacunas de alergia).
 25. Servicios prestados por motivo de un aborto provocado.

26. Gastos en exceso de los primeros 30 días para niños recién nacidos de las hijas dependientes del asegurado (a) principal luego del parto.
27. Servicios prestados en Centros de Cirugía Ambulatoria para procedimientos que puedan hacerse en la oficina del médico.
28. Gastos ocasionados por motivo de trasplantes de órganos y tejidos (Ejemplo: corazón, corazón-pulmón, riñón, hígado, páncreas, médula ósea). Además, se excluyen las hospitalizaciones, complicaciones, quimioterapias y medicamentos inmunosupresores relacionados al trasplante. Estarán cubiertos aquellos trasplantes de órganos y tejidos que específicamente se incluyan en esta póliza.
29. Hospitalizaciones por motivo de servicios o procedimientos que puedan practicarse en forma ambulatoria.
30. Gastos relacionados con la administración del programa de detección de drogas del patrono tales como: coordinación, toma de muestra y administración de pruebas de detección aun cuando sea provisto por un proveedor participante, coordinación de servicios a empleados que deban ser realizados por el patrono o la entidad responsable de administrar el programa, entre otros. Además, se excluyen los gastos para el cuidado, suplidos, tratamiento y/o servicios que el asegurado obtiene del patrono sin costo y los servicios prestados por el Programa de Asistencia al Empleado del Patrono como parte del programa de detección de drogas de dicho patrono.
31. Gastos ocasionados por guerra, insurrección civil o conflicto internacional armado, excepto en aquellos casos donde los servicios recibidos están relacionados a una lesión sufrida mientras que la persona asegurada estuvo activa en el ejército (*service connected*), en cuyo caso Triple-S Salud recobrarán a la Administración de Veteranos.
32. Pruebas de laboratorio que no están codificadas en el Manual del Laboratorio así como las consideradas experimentales o investigativas no se reconocerán para pago por Triple-S Salud.
33. Gastos por pruebas de laboratorios de *heavy metals*, dopaje, HLA Typing y pruebas de paternidad.
34. Inmunizaciones para propósitos de viajes o contra peligros y riesgos ocupacionales.
35. Gastos por servicios prestados por ambulancia marítima.
36. Servicios prestados por facilidades de Tratamiento Residencial fuera de Puerto Rico, independientemente exista o no justificación médica para el tratamiento.
37. Las cirugías para la remoción de la piel excesiva luego de una cirugía bariátrica o bypass gástrico no estarán cubiertas, excepto si el médico certifica que es necesario remover la piel en exceso, porque afecta el funcionamiento de algún miembro del cuerpo. Requiere precertificación.
38. Gastos por remoción de *skin tags*, reparación de ptosis, e inyección en tendón/puntos de gatillo.
39. Gastos por terapia ocupacional y terapia del habla, excepto las ofrecidas bajo los servicios post-hospitalarios y Ley BIDA.
40. Servicios de asistencia quirúrgica, independientemente de si existe o no justificación médica para la misma.
41. Gastos por servicios dentales. Además, se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas a éstos.
42. *Doppler Color Flow*.
43. Gastos por servicios prestados a dependientes opcionales, entiéndase familiares inmediatos del asegurado, que no sean elegibles como dependientes directos, excepto los definidos por Ley como establece la definición de dependientes opcionales.
44. Gastos por servicios médicos en interpretación de monitoreo fetal.

45. Servicios preventivos prestados por
proveedores fuera de Puerto Rico.

Exclusiones de la Cubierta de Gastos Médicos Mayores

Las exclusiones de la Cubierta Básica de servicios de hospitalización, médico-quirúrgicos y ambulatorios aplican a esta cubierta, excepto aquellos servicios que se mencionan específicamente como servicios cubiertos

Se excluyen los siguientes gastos:

1. Ocasionados por guerra o conflicto internacional armado.
2. Servicios en exceso a los límites establecidos en la Cubierta Básica, excepto aquellos servicios expresamente indicados en la sección de Limitaciones de la Cubierta de Gastos Médicos Mayores.
3. Gastos por servicios excluidos en la Cubierta Básica, excepto los indicados en esta póliza.
4. Servicios dentales para el cuidado y tratamiento de los dientes y encías. .
5. Anteojos, aparatos ortopédicos u ortóticos, excepto los que se requieren a causa de una lesión accidental.
6. Servicios mientras esté internado en una institución que primordialmente sea una escuela u otra institución para entrenamiento, un lugar de descanso, un asilo para ancianos o un sanatorio particular.
7. Servicios de un trabajador social incluyendo un trabajador social psicólogo o psiquiátrico; excepto en casos de autismo.
8. Servicios prestados por una ambulancia aérea, los cuales están cubiertos en la Cubierta Básica. Se excluyen, además, los servicios prestados por una ambulancia marítima
9. Servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis así como de las compilaciones relacionadas a éstas, y sus respectivos servicios hospitalarios o médico-quirúrgicos independientemente de la condición de salud que las hiciera necesarias.
10. Gastos por copagos o coaseguros aplicables a la póliza básica de servicios de hospitalización, médico-quirúrgicos y ambulatorios y sus endosos.
11. Gastos por servicios post-hospitalarios recibidos en una Unidad de Cuidado de Enfermería Diestro o en una Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar cubiertos en la básica.
12. Gastos por inmunizaciones, tratamiento radioactivo y timpanometría.
13. Servicios prestados por profesionales y facilidades no participantes en Puerto Rico, excepto en casos de emergencia o cuando la especialidad no esté disponible en la red de proveedores participantes de Triple-S Salud.
14. Gastos por servicios prestados a dependientes opcionales, independientemente estén suscritos a la Cubierta Básica de servicios de hospitalización, médico-quirúrgicos y ambulatorios.
15. Servicios prestados por profesionales y facilidades no participantes fuera de Puerto Rico, excepto en casos de emergencia.

Exclusiones de la Cubierta de Trasplante de Órganos y Tejidos

Esta póliza no cubre los siguientes gastos o servicios:

1. Gastos ocasionados por guerra o conflicto internacional armado.
2. Servicios que se presten mientras el seguro de la persona no esté en vigor.
3. Servicios disponibles con arreglo a legislación estatal o federal, por los cuales la persona asegurada no esté legalmente obligada a pagar. Igualmente estarán excluidos dichos servicios cuando los mismos sean denegados por las agencias gubernamentales concernientes, por razón del incumplimiento o violación de los requisitos o disposiciones de las leyes antes indicadas, aunque dicho incumplimiento o violación no constituya un delito.
4. Servicios para tratamientos resultantes de la comisión de un delito o incumplimiento de las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, o cualquier otro país, por la persona cubierta excepto aquellas lesiones que resulten por un acto de violencia doméstica o condición médica.
5. Servicios que sean recibidos gratuitamente o sufragados mediante donativos.
6. Gastos o servicios de comodidad personal como teléfono, televisión, servicios de cuidado custodial, casa de descanso, casa de convalecencia o cuidado a domicilio.
7. Rembolso de gastos ocasionados por pagos que una persona asegurada le haga a cualquier médico o proveedor por servicios no cubiertos bajo esta póliza.
8. Servicios que no son médicamente necesarios, servicios considerados experimentales o investigativos, según lo define la *Federal Drug Administration (FDA)*, *Department of Human and Health Services (DHHS)*, el Departamento de Salud, o no están de acuerdo con la política médica establecida por el *Technology Evaluation & Coverage Manual (TEC)* de la *Blue Cross and Blue Shield Association* para las indicaciones y métodos específicos que se ordenan.
9. Gastos o servicios por procedimientos médicos nuevos, no considerados experimentales o investigativos, hasta tanto Triple-S Salud determine su inclusión en la cubierta ofrecida bajo esta póliza. Una vez incluidos en la cubierta, Triple-S Salud pagará por dichos servicios una cantidad no mayor que la cantidad promedio que hubiese pagado si dicho servicio se hubiese prestado a través de los métodos convencionales, hasta tanto se establezca una tarifa para estos procedimientos.
10. Gastos y servicios relacionados con trasplantes de órganos y tejidos prestados o recibidos sin una precertificación de Triple-S Salud o su representante autorizado.
11. Gastos por servicios de enfermeras especiales y gastos por visitas a domicilio.
12. Servicios prestados por ambulancia aérea o marítima.
13. Gastos por servicios prestados a dependientes opcionales, independientemente estén suscritos a la Cubierta Básica de servicios de hospitalización, médico-quirúrgicos y ambulatorios.
14. Gastos por servicios prestados por facilidades y o proveedores que no sean parte de la Red de Trasplante de Órganos establecida.

Exclusiones de la Cubierta de Farmacia

Las exclusiones de la póliza de servicios de hospitalización, médico-quirúrgicos y ambulatorios aplican a esta cubierta, excepto aquellos servicios que se mencionan específicamente como servicios cubiertos. Triple-S Salud no será responsable por los gastos correspondientes a los siguientes beneficios:

1. Medicamentos que no contengan la leyenda: «*Caution: Federal law prohibits dispensing without prescription*» (*Over-the-Counter [OTC]*), excepto los incluidos en el Programa de OTC de Triple-S Salud y algunas dosis de aspirina para asegurados mayores de 18 años de edad.
2. Cargos por instrumentos artificiales (agujas hipodérmicas, jeringuillas, lancetas, tirillas, medidores de glucosa en la orina o sangre) e instrumentos similares aunque sean utilizados con fines terapéuticos.
3. Los siguientes medicamentos están excluidos de la cubierta de farmacia, independientemente a que contengan la leyenda federal: «*Caution: Federal law prohibits dispensing without prescription*»:
 - a. Medicamentos con fines cosméticos o cualquier producto relacionado con el mismo fin (*hydroquinone, minoxidil solution, efformitine, finasteride, monobenzene, dihydroxyacetone* y *bimatropost*).
 - b. Productos de fluoruro para uso dental (excepto para menores entre las edades de 6 meses y 6 años) y condiciones dermatológicas como pediculosis y escabicidas (*lindane, permethrine, crotamiton, malathion* e *ivermectin*), productos para el tratamiento de la caspa que incluyan champú (*pyrithione zinc 1%*), lociones y jabones, tratamientos de alopecia (calvicie) como *Rogaine® (minoxidil topical soln)* y medicamentos para el dolor (*Nubain®* y *Stadol®*).
 - c. Productos para el control de la obesidad y otros medicamentos utilizados en este tratamiento (*benzphetamine, diethylpropion, phendimetrazine, phentermine* y *mazindol*).
 - d. Productos dietéticos (*Foltx®, Metanx®, Limbrel®* y *Folbalin Plus®*).
 - e. Medicamentos para el tratamiento de infertilidad (*follitropin, clomiphene, menotropins* y *urofollitropin*), fertilidad, impotencia (*tadalafil, alprostadil, vardefanil, sildefanil* y la yohimbina) o implantes (*levonorgestrel implant, goserelin, sodium hyaluronate, hyaluronan* e *hylan*).
 - f. Medicamentos utilizados en pruebas con fines diagnósticos (thyrotropin, dipiridamole IV 5mg/ml, gonadorelin HCl, cosyntropin y glucagon) y medicamentos para inmunización (*hepatitis A & B, influenza, encephalitis, measles, mumps, poliovirus, papillomavirus, rabies, rotavirus, rubella, varicella, yellow fever, zoster, cholera, haemophilus b, lyme disease, meningococcal, plague, pneumococcal, typhoid, tetanus toxoid, diphteria, immune globulin, respiratory syncytial virus, palivizumab, pagademase bovine, staphage lyphates* y **sus combinaciones**, pruebas de alergia).
 - g. Productos utilizados como suplementos nutricionales para uso oral, excepto algunas dosis de ácido fólico para personas aseguradas y algunas presentaciones de suplementos de hierro para menores entre los 6 y 12 meses de edad en

conformidad a la regulación *Group Health Plans and Health Insurance Issuers Relating to Coverage of Preventive Services under the Patient Protection and Affordable Care Act*.

- h. Vitaminas orales (solas o en combinaciones con otras vitaminas, minerales y ácido fólico) y las inyectables (niacina, ácido ascórbico, tiamina, riboflavina, vitamina E, piridoxina, dihidrotaquisterol, múltiples vitaminas con minerales, múltiples vitaminas con hierro, múltiples vitaminas con calcio, complejo de vitamina B - biotina - D - ácido fólico, complejo vitamina B con vitamina C - ácido fólico y flavonoides).
 - i. Medicamentos clasificados como tratamiento para medicina alternativa (raíz de valeriana, muérdago europeo, glucosamina-condroitina-PABA-vit E y ácido alfa lipoico).
4. Productos considerados experimentales o investigativos para el tratamiento de ciertas condiciones, para los cuales la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration) no ha autorizado su uso. Tampoco están cubiertos los gastos por estudios o tratamientos clínicos investigativos (esto es clinical trials), aparatos, medicamentos experimentales o investigativos administrados para ser utilizados como parte de estos estudios, servicios o productos que se proveen para obtención de datos y análisis, y no para el manejo directo del paciente, y artículos o servicios sin costos para el asegurado que comúnmente ofrece el auspiciador de la investigación. Esto aplica aun cuando el asegurado se haya inscrito en el estudio para tratar una enfermedad que amenace su vida, para la cual no haya tratamiento efectivo y obtenga la aprobación del médico para su participación en el estudio, porque éste ofrece al paciente un beneficio potencial. En estos casos, Triple-S Salud cubrirá los gastos médicos rutinarios del paciente

según los términos y condiciones establecidos en esta póliza. Gastos médicos rutinarios son aquellos gastos médicamente necesarios que se requieren para el estudio (*clinical trials*) y que normalmente están disponibles para los asegurados bajo este plan estén o no participando en un ensayo clínico, así como los servicios para diagnosticar y tratar las complicaciones resultantes del estudio, de acuerdo a la cubierta establecida en esta póliza.

- 5. Servicios prestados por farmacias no participantes en Puerto Rico.
- 6. Servicios prestados por farmacias fuera del territorio de Puerto Rico y Estados Unidos.
- 7. Repeticiones ordenadas por un dentista o podiatra.
- 8. Gastos por agentes antineoplásicos inyectables.
- 9. Triple-S Salud se reserva el derecho de seleccionar aquellos medicamentos que habrá de incluir en su cubierta de Farmacia. Cualquier gasto por medicamentos nuevos no estará cubierto hasta tanto dicho medicamento sea evaluado en un término no mayor de 90 días luego de su aprobación por la FDA y recomendado para inclusión en la Cubierta de Farmacia por el Comité de Farmacia y Terapéutica de Triple-S Salud. Además, cualquier medicamento nuevo de las clasificaciones terapéuticas (categoría) excluidas se considerará también una exclusión.
- 10. También estarán excluidos la solución azul tripán (colorante azoico que se utiliza en tinciones histológicas permitiendo diferenciar entre células vivas de células muertas), la lacosamida intravenosa Vimpat® (medicamento para tratar convulsiones), los implantes intracraneales de carmustina (se utiliza para tratar glioma maligno o glioblastoma multiforme, un tipo de tumor cerebral (su versión inyectable se cubre bajo la cubierta básica), viaspan (solución fría de almacenamiento para

- la conservación de órganos antes de un trasplante), tetradecil sulfato de sodio (mejorar el aspecto de las venas varicosas), polidocanol (tratamiento de venas varicosas), murrato de sodio (tratamiento de hemangiomas), talco intrapleural (prevenir la efusión pleural maligna (acumulación de líquido en la cavidad torácica de las personas con cáncer u otras enfermedades graves) en quienes ya tienen esta afección), solución para diálisis peritoneal (corrección del desequilibrio de electrolitos, la sobrecarga de líquidos y eliminación de metabolitos, en los pacientes con insuficiencia renal severa) y los productos homeopáticos en todas sus presentaciones (productos naturales utilizados para tratar diferentes condiciones de forma individualizada).
11. Medicamentos utilizados para trasplante de órganos y tejidos (*cyclosporine modified, tacrolimus, sirolimus, cyclosporine, mycophenolate sodium, everolimus, azathropin, belatacept* y *basiliximab*).
 12. Sangre y sus componentes (hetastarch6%/nacl IV, rehomacrodex IV, albúmina humana y fracciones de proteínas plasmáticas).
 13. Gastos por métodos anticonceptivos así como los servicios y las complicaciones relacionados a éstos, excepto los requeridos por la ley federal para la mujer.
 14. Medicamentos para el acné (*isotretinoin, tretinoin* y sus combinaciones).
 15. Hormonas de crecimiento (*somatropin, somatrem*).
 16. Nutrientes (*Dextrose, Lyposyn, Fructose, Alanicem, L-Carnitine, Tryptophan*).
 17. Medicamentos para la anaphylaxis (*epinephrine device*).

Exclusiones de la Cubierta de Dental

Las exclusiones de la póliza de servicios de hospitalización, médico-quirúrgicos y ambulatorios aplican a esta cubierta, excepto aquellos servicios que se mencionan específicamente como servicios cubiertos.

Triple-S Salud no pagará por los siguientes gastos o servicios, excepto que se disponga lo contrario:

1. Todo servicio no incluido como servicio cubierto en la descripción de esta cubierta.
2. Servicios para las reconstrucciones orales totales (*Full Mouth Reconstruction*).
3. Tratamientos de endodoncia en dientes primarios (deciduos).
4. Servicios dentales básicos, prótesis y de periodoncia prestados por cirujano-dentistas no participantes en Puerto Rico.
5. Todo servicio dental que se preste con fines puramente cosméticos.
6. Tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ).
7. Gastos por servicios de reemplazo o reparación de aparatos provistos bajo los servicios de ortodoncia.
8. El tratamiento de barniz de fluoruro es mutuamente excluyente del tratamiento de fluoruro tópico, (es uno o el otro), no ambos.

PROCEDIMIENTO DE TRÁMITE PARA REMBOLSOS

1. Las solicitudes de reembolso deben ser enviadas:

a. A través de nuestro portal de Internet www.ssspr.com. En la sección de asegurados a mano izquierda se presentan los pasos para someter un reembolso en línea. La herramienta también provee un folleto educativo para guiarlo en este proceso.

b. Por correo electrónico (email). Para los servicios médicos debe enviarla a la siguiente dirección: reembolso@ssspr.com. Para los servicios dentales debe enviar los documentos a: reemidental@ssspr.com.

c. Por correo: Triple-S Salud, Inc. PO Box 363628, San Juan, PR 00936-3628

d. Deben incluir lo siguiente:

- Nombre completo (dos apellidos) y número de contrato del asegurado que recibió el servicio
- Fecha del servicio
- Código de Diagnóstico (ICD-10)
- Código de CPT
- *National Provider Identifier (NPI)*
- Sello o impreso del nombre, dirección y especialidad del proveedor
- Cantidad y descripción de servicios recibidos
- Cantidad cobrada
- Firma del proveedor o participante y licencia
- Razón por la cual solicita reembolso
- En caso de servicio de ambulancia, debe incluir información sobre la distancia recorrida, así como evidencia de la necesidad médica
- En caso de servicios que requieran precertificación, copia de ésta

Si solicita reembolso por medicamentos debe añadir:

- Recibo oficial de la farmacia
- Nombre y número de contrato del asegurado que recibió el servicio
- Nombre del medicamento

- Dosis diaria
- Número de receta
- Cantidad despachada
- Código nacional del medicamento (NDC)
- *National Provider Identifier (NPI)* de la farmacia y del médico que receta
- Si le pagó a una farmacia participante, indicar la razón.
- Indicar cargo por cada medicamento.

Si solicita reembolso por servicios dentales debe añadir:

- El código de servicio, número de diente, número de superficies
- Cantidad pagada por cada servicio
- Si el asegurado paga en un recibo más de una visita debe enviar las fechas de servicio exactas (**MES, DÍA, AÑO**) por las que pagó.
- En caso de servicios de ortodoncia, de tener suscrita la cubierta de ortodoncia, debe incluir el desglose de: visita de récord, pronto, mensualidades, costo y duración total del tratamiento activo.
- En caso de tener suscritos los servicios de prótesis dental y periodoncia deben traer radiografías.

Si solicita reembolso por Coordinación de Beneficios debe añadir:

- Número de contrato del otro plan
- Si es para reembolsar por cantidades dejadas de pagar por su otro plan, debe incluir la Explicación de Beneficios del otro plan

2. Deberá darse aviso por escrito de la reclamación a Triple-S Salud dentro de los veinte (20) días después de haber ocurrido o, tan pronto como sea razonablemente posible por la persona asegurada o el patrono en un plazo que no exceda de un (1)

año a partir de la fecha en que se prestó el servicio.

3. Triple-S Salud tiene hasta 15 días para entregar acuse de recibo luego de notificársele una reclamación. Las notificaciones realizadas a una de las personas designadas por el asegurado para recibir reclamaciones en su nombre se considerarán notificaciones brindadas al asegurado, siempre que la autorización esté vigente y no se haya revocado. Si la persona no está autorizada y recibe una notificación a nombre del asegurado, deberá informarlo dentro de los 7 días siguientes al reclamante y deberá indicar nombre y dirección de la persona que debe recibir la notificación.
4. Triple-S Salud hará la investigación, ajuste y resolución de cualquier reclamación en el periodo razonablemente más corto dentro de 90 días después de haber recibido la solicitud. De Triple-S Salud no poder resolver en el tiempo anteriormente indicado, mantendrá en sus expedientes los documentos que evidencien justa causa para exceder este término. El Comisionado de Seguros tiene la autoridad para solicitar la resolución inmediata de cualquier reclamación si entiende que se está retrasando el proceso indebida o injustificadamente.

PRECERTIFICACIONES

El proceso de precertificación garantiza a usted y a su familia que recibirá un nivel de cuidado adecuado para su condición de salud. El objetivo de una precertificación es establecer medidas de coordinación del cuidado que aseguren que los servicios hospitalarios y ambulatorios se brinden en el lugar, en el momento y por el profesional adecuado. Además, verificar la elegibilidad del asegurado para el servicio que se está solicitando.

El médico, hospital o facilidad están orientados sobre qué servicios deben ser precertificados. La precertificación puede ser hospitalaria o para servicios ambulatorios.

Las precertificaciones para estudios y procedimientos serán tramitadas por el médico que lo atiende, el personal clínico que él designe o la facilidad donde se vaya a tratar, llamando a Precertificaciones Triple-S Salud, el centro de llamadas de Triple-S Salud que atiende estos casos de lunes a viernes de 7:00am a 6:00pm. Los proveedores también pueden precertificar algunos estudios y procedimientos utilizando nuestro portal en la Internet www.ssspr.com disponible las 24 horas, los 7 días.

Los servicios para los cuales usted o su médico debe tramitar la precertificación directamente con Triple-S Salud son:

- Asistencia quirúrgica para osteotomía mandibular y maxilar
- Asistencia quirúrgica para cirugía de obesidad mórbida
- Asistencia quirúrgica para cirugías plásticas no cosméticas
- Cirugía bariátrica y cirugía poscirugía bariátrica (torso y abdomen)

- Litotricia
- PET CT Scan o PET Scan
- Cirugías reconstructivas y procedimientos que se pueden realizar de manera ambulatoria y por una razón médica necesitan otro nivel de servicio (cambio de nivel de cuidado)
- Inmunoprofilaxis para el virus sincitial respiratorio
- Pruebas genéticas
- Equipo Médico Duradero
- Facilidad de enfermería diestra
- Servicios de salud en el hogar
- Hospicio
- Servicios en Estados Unidos, que no sean emergencia
- Anestesia general y servicios de hospitalización para procedimientos dentales cubiertos para menores de edad y personas con impedimentos físicos o mentales que lo requieran.

Para Precertificaciones o si al momento de necesitar algún servicio médico tiene alguna duda de si la persona asegurada debe o no tramitar una precertificación, o si necesita información adicional, llame al Departamento de Servicio al Cliente al (787) 774-6060.

Puede someter la información requerida vía fax o por correo.

Oficina Central: (787) 749-0265

Correo:
Triple-S Salud, Inc.
Departamento de Precertificaciones
P O Box 363628
San Juan, PR 00936-3628

PROCEDIMIENTO DE TRÁMITE DE PRECERTIFICACIONES

Una vez recibida la solicitud de la precertificación, Triple-S Salud evaluará la petición y le notificará su determinación en un periodo no mayor de 15 días luego del recibo de la misma.

Si la solicitud está incompleta y no cumple con los requisitos mínimos de evaluación, Triple-S Salud le notificará de forma verbal o escrita en un periodo no mayor de cinco (5) días y le confirmará la información que deberá suministrar para completar el proceso de evaluación. Si usted solicita que la confirmación se haga por escrito, Triple-S Salud le enviará la notificación dentro del periodo establecido. En estos casos, usted tendrá hasta 45 días para proveer la información solicitada a partir de la fecha de la notificación.

Triple-S Salud podría necesitar quince (15) días adicionales al término inicial para tomar una decisión sobre su solicitud de precertificación. En estos casos, Triple-S Salud le notificará no más tarde de los quince (15) días de haber recibido su solicitud de precertificación e incluirá las razones para extender dicho plazo.

PRECERTIFICACIONES EN CASOS URGENTES

Usted pudiera tener la necesidad de que Triple-S Salud considere su solicitud de precertificación de forma urgente. Esto se pudiera deber a una condición de salud que, bajo el criterio del médico que le esté atendiendo, pusiera en un serio riesgo su vida, salud o capacidad para recuperar su función máxima, o porque someterle a los términos de tiempo regulares para contestar una solicitud de precertificación le expondría a sufrir dolor severo, el cual no se puede manejar adecuadamente sin el tratamiento para el cual se esté solicitando la precertificación. En tal caso, el médico que le esté atendiendo deberá indicar el carácter de la urgencia. Una vez indicado por el médico Triple-S Salud procederá a trabajar la solicitud de forma urgente. La solicitud para estos casos podrá hacerse de forma oral o escrita. Triple-S Salud deberá notificarle de su decisión de forma oral o escrita, a menos que usted solicite que sea de forma escrita, dentro de 24 horas a partir del recibo de su solicitud. En caso de que Triple-S Salud necesite información adicional para prestar su determinación, deberá notificarle de forma oral o escrita, a menos que usted solicite que sea de forma escrita dentro de las 24 horas

del recibo de la solicitud. Usted o su representante tendrá un término no menor de 48 horas a partir de la notificación para someter cualquier información adicional solicitada. Una vez recibida la información adicional, Triple-S Salud deberá contestar la solicitud en un término no mayor de 48 horas a partir de lo que ocurra primero entre la fecha de recibo de la información adicional o la fecha en que vence el plazo otorgado para recibir la misma. De no recibirse la información adicional solicitada en el término antes señalado, Triple-S Salud podrá denegar la certificación del beneficio solicitado.

La notificación de la determinación adversa indicará lo siguiente:

- Fecha de servicio, proveedor, cantidad de la reclamación, códigos de diagnóstico y tratamiento así como sus significados, de ser aplicables;
- Razones específicas de la determinación adversa, incluyendo el código de denegación y su significado así como una descripción de los estándares, si alguno, utilizados para la determinación;
- Referencia a las disposiciones específicas del plan en las que se basa la determinación;
- Descripción de todo material o información adicional que se necesite para completar la solicitud, incluyendo una explicación de por qué es necesaria;
- Descripción de los procedimientos internos de querellas y revisión acelerada de querellas del plan, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos;
- Si para la determinación adversa se consideró una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá libre de costo una copia a la persona asegurada;
- Si la determinación adversa consideró el juicio de necesidad médica, en la naturaleza experimental o investigativa del mismo o una exclusión o límite similar, se incluirá una explicación del razonamiento científico o clínico considerado para la determinación al aplicar los términos del plan médico a las circunstancias de la persona asegurada.

Usted tiene derecho a comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros o del Procurador de la Salud para solicitar ayuda en

cualquier momento y tiene el derecho a proceder a demandar ante un tribunal competente cuando termine el proceso interno de querellas de Triple-S Salud. La Oficina del Comisionado de Seguros está ubicada en GAM Tower Urb. Caparra Hills, Industrial Park 2, Calle Tabonuco Suite 400, Guaynabo, PR y puede comunicarse al (787) 304-8686. La Oficina del Procurador de la Salud está ubicada en Mercantil Plaza, Avenida Ponce de León 1501, Hato Rey, PR y puede comunicarse al (787) 977-0909 (Área Metro) o libre de cargos al 1-800-981-0031.

APELACIONES EXPÉDITAS (RÁPIDAS) DE PRECERTIFICACIONES DENEGADAS EN CASOS DE URGENCIA

Si usted no está de acuerdo con la determinación inicial en casos de precertificaciones urgentes puede solicitar una apelación expedita. Usted o su representante deberá presentar los argumentos de por qué entiende que su precertificación debe concederse bajo los términos de su póliza y presentar la evidencia documental que Triple-S Salud le solicite o aquella bajo la cual fundamenta sus argumentos. Triple-S Salud deberá contestar su apelación de forma verbal, escrita o electrónicamente dentro de 48 horas de haber recibido su solicitud. Si se comunica verbalmente, la notificación escrita se enviará a más tardar tres días después de la notificación verbal.

PREAUTORIZACIONES PARA MEDICAMENTOS

Ciertos medicamentos necesitan una preautorización para ser adquiridos por el paciente. Los medicamentos que requieren preautorización usualmente son aquellos que presentan efectos adversos, son candidatos al uso inapropiado o están relacionados con un costo elevado.

El médico y las farmacias están orientados sobre los medicamentos que deben ser preautorizados. Además, los medicamentos que requieren una preautorización están identificados en la Lista de Medicamentos o Formulario con las siglas PA en la columna a la derecha del medicamento, en cuyo caso, la farmacia gestiona la preautorización previo al despacho del medicamento.

Para preautorizaciones o si al momento de necesitar un medicamento el asegurado tiene alguna duda sobre si se debe o no tramitar una preautorización, o si necesita información adicional, el asegurado debe llamar al Departamento de Servicio al Cliente al (787) 774-6060.

Procedimiento de Trámite de Preautorizaciones

Triple-S Salud tiene un período de 72 horas (3 días) luego del recibo de la solicitud de preautorización de medicamentos para lo siguiente:

- a. Notificarle su determinación ó

- b. Solicitarle documentación al médico, asegurado o farmacia, de no haber recibido la documentación requerida

De no recibir la documentación solicitada en 72 horas para la evaluación del medicamento, Triple-S Salud enviará notificación al asegurado solicitándole el suministro de la información adicional requerida y en un plazo que no exceda 45 días. El asegurado deberá enviar la información solicitada por fax, identificando la misma con su número de contrato.

Si Triple-S Salud, no tomase una determinación respecto a la solicitud de preautorización, ni notificara dentro del tiempo establecido (72 horas; 36 horas para medicamentos controlados), el asegurado tendrá derecho al suministro del medicamento objeto de la solicitud por treinta (30) días según solicitado o prescrito, o en el caso de una terapia escalonada por los términos que disponga la cubierta.

Triple-S Salud tomará una determinación con respecto a la solicitud de preautorización antes de que la persona termine de consumir el medicamento suministrado. De no darse la determinación ni tampoco la notificación en este periodo, se mantendrá la cubierta en los mismos términos y continuadamente. Esto, mientras se le siga recetando el medicamento y se considere un tratamiento seguro, y hasta que se hayan agotado los límites de los beneficios aplicables.

PROCESO DE EXCEPCIONES A LA LISTA DE MEDICAMENTOS O FORMULARIO

El asegurado puede solicitar a Triple-S Salud que haga una excepción a las reglas de cubierta siempre y cuando el medicamento no sea una exclusión. Una excepción es cuando el asegurado nos solicita que le cubramos un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos o Formulario de su cubierta. Hay medicamentos que están catalogados como "exclusión categórica". Esto significa que el plan ha establecido una disposición específica para la no cobertura de un medicamento de receta, identificando el mismo por su nombre científico o comercial.

Tipos de excepción

Existen varios tipos de excepciones que el asegurado puede solicitar:

- El asegurado puede solicitarnos cubrir su medicamento aun cuando éste no esté en nuestra Lista de Medicamentos o Formulario.
- El asegurado puede solicitarnos cubrir su medicamento que ha sido o será discontinuado de la Lista de Medicamentos o Formulario.
- El asegurado puede solicitarnos una excepción de manejo que implica que el medicamento recetado no estará cubierto hasta que se cumpla con el requisito de terapia escalonada o que tenga un límite en la cantidad permitida.
- El asegurado puede solicitarnos una excepción de terapia duplicada si existe un cambio de dosis o le recetan otro de la misma categoría terapéutica.
- Otra excepción que el plan puede hacer es para medicamentos cuyos usos no tienen aprobación del FDA (*Food Drug Administration*). Estos medicamentos usualmente no están cubiertos excepto en aquellas condiciones de salud donde se haya probado, mediante evidencia médica o científica, la eficacia del medicamento para ese otro uso, según los libros de referencias que incluyen las categorías médicas de aprobación o denegación.

¿Cómo hacer la petición?

El asegurado, su representante autorizado o su médico pueden solicitar una petición de excepción a través de:

1. Llamadas telefónicas al 787-749-4949 - se le ofrecerá orientación sobre el proceso a seguir para solicitar una excepción.
2. Fax 787-774-4832 del Departamento de Farmacia- debe enviar toda la documentación para evaluar la solicitud e incluir número de contrato.
3. Por correo a la siguiente dirección:
Triple-S Salud PO Box 363628 San Juan, PR 00936-3628.

Información requerida para aprobar su solicitud de excepción

Para trabajar su solicitud de excepción su médico deberá proveer la siguiente información

- Nombre del paciente
- Número de contrato
- Diagnóstico primario
- Razón por la cual no puede utilizar ningún medicamento de receta;
 - en el formulario que sea una alternativa clínicamente aceptable para tratar la enfermedad o condición médica,
 - el medicamento de primer paso en terapia escalonada
- Razón por la cual requiere una dosis mayor o le recetan otro medicamento de la misma categoría terapéutica.

¿Cómo Triple-S Salud procesa un medicamento por excepción?

- I. El mecanismo de solicitud de excepción médica estará disponible para los siguientes casos:
 - a. Medicamentos no cubiertos por el formulario

- b. Descontinuación de cubierta por motivos que no sean de seguridad o retiro del mercado por su fabricante
 - c. Excepción al procedimiento de terapia escalonada o limitación de dosis
- II. El Departamento de Farmacia de Triple-S Salud establece que el asegurado, o su representante personal, es la única que podrá hacer la solicitud de excepción por escrito utilizando la Forma CSS-AS-04-002 por las siguientes razones:
- a. No hay ningún medicamento de receta en el formulario que sea una alternativa clínicamente aceptable para tratar la enfermedad o condición médica del asegurado.
 - b. El medicamento de receta alternativo que figura en el formulario o que se requiere conforme a la terapia escalonada:
 - 1) Ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición médica del asegurado o, a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen del asegurado y las características conocidas del régimen del medicamento de receta, es muy probable que sea ineficaz, o se afectará la eficacia del medicamento de receta o el cumplimiento por parte del paciente
 - 2) Ha causado o, según la evidencia clínica, médica y científica, es muy probable que cause una reacción adversa u otro daño al asegurado.
 - 3) El asegurado ya se encontraba en un nivel más avanzado en la terapia escalonada de otro plan médico, por lo cual sería irrazonable requerirle comenzar de nuevo en un nivel menor de terapia escalonada.
 - c. La dosis disponible según la limitación de dosis del medicamento de receta ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición médica del asegurado o, a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen del asegurado y las características conocidas del régimen del medicamento de receta, es muy probable que sea ineficaz, o se afectará la eficacia del medicamento de receta o el cumplimiento por parte del paciente.
- La Forma de solicitud de excepción está disponible de forma gratuita en www.ssspr.com, en Formularios para Asegurados, y en las Listas de Medicamentos o Formularios.
- III. La solicitud escrita de una excepción medica deberá incluir la siguiente información:
- a. Nombre, número de grupo, número de contrato
 - b. Historial del paciente
 - c. Diagnóstico primario relacionado con el medicamento de receta objeto de la solicitud de excepción médica.
 - d. Razón por la cual:
 - 1) El medicamento de receta que figura en el formulario no es aceptable para ese paciente en particular.
 - 2) El medicamento de receta que se requiere que se use ya no es aceptable para ese paciente en particular, si la solicitud de excepción médica se relaciona con terapia escalonada.
 - 3) La dosis disponible para el medicamento de receta no es aceptable para ese paciente en particular, si la solicitud de excepción médica se relaciona con una limitación de dosis.

- IV. La solicitud de excepción médica es revisada por profesionales de la salud adecuados, dependiendo de la condición de salud para la cual se solicita la excepción y que poseen experiencia en el manejo de medicamentos.
- V. El profesional de la salud que evaluará la solicitud usa criterios documentados de revisión clínica que:
 - a. Se basan en evidencia clínica, médica y científica sólida
 - b. Guías de práctica pertinentes
 - c. Los beneficios y exclusiones de la póliza
- VI. El Departamento de Farmacia de Triple-S Salud expedirá su determinación sobre la solicitud de excepción médica dentro del plazo de 72 horas o 36 horas en el caso de medicamentos controlados contadas desde la fecha más tarde entre la fecha de recibo de la solicitud o de la certificación médica junto con todos los documentos necesarios para la evaluación de la solicitud.
- VII. Si el Departamento de Farmacia de Triple-S Salud no expide su determinación en los plazos arriba indicados, honrará el derecho del asegurado al suministro del medicamento de receta hasta por 30 días.
- VIII. Si el Departamento de Farmacia de Triple-S Salud no expide su determinación antes de que terminen los 30 días, mantendrá la cubierta del medicamento de forma continuada mientras se siga recetando para la misma condición y el medicamento sea seguro.
- IX. Si el Departamento de Farmacia de Triple-S Salud aprueba una excepción médica, proveerá la cubierta para el medicamento y no requerirá que el asegurado solicite aprobación para una repetición, ni para receta nueva para continuar con el mismo medicamento, siempre y cuando se recete el medicamento para la misma enfermedad o condición médica y el medicamento sea seguro.
- X. El Departamento de Farmacia de Triple-S Salud no establecerá un nivel de copago o coaseguro que sea aplicable solamente a los medicamentos aprobados por solicitudes de excepción médica.
- XI. Toda denegación de una solicitud de excepción médica serán notificadas a:
 - 1) El asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, por escrito, o por medios electrónicos, si el asegurado ha acordado recibir la información por esa vía.
 - 2) al prescribiente por medio electrónico a su solicitud, o por escrito.
- XII. En la notificación de denegación se le informará al asegurado su derecho a presentar una querrela según establecido en esta póliza.
- XIII. La denegación expresará:
 - a. Las razones específicas de la denegación;
 - b. Referencias a la evidencia o documentación, las cuales incluyen los criterios de revisión clínica y las guías de práctica consideradas al denegar la solicitud;
 - c. Instrucciones sobre cómo solicitar una declaración escrita de la justificación clínica, médica o científica de la denegación;
 - d. Descripción del proceso para presentar una querrela, incluyendo los plazos.
- XIV. El Departamento de Farmacia de Triple-S Salud tendrá registros escritos o electrónicos que documentan el proceso de solicitud de excepción médica.

Proceso de notificación de la determinación de cubierta

El proceso de notificación de denegación de casos, que no cumplen criterios establecidos por cubierta no formulario, preautorización, terapia escalonada, límite en cantidad, terapia duplicada, uso no aprobado por el FDA, incluye:

- las razones específicas de la denegación
- referencias a la evidencia o documentación, las cuales incluyen los criterios de revisión clínica y las guías de práctica, así como evidencia clínica, médica y científica considerada al tomar la determinación de denegar la solicitud;
- instrucciones sobre cómo solicitar una declaración escrita de la justificación clínica, médica o científica de la denegación; y
- una descripción del proceso y los procedimientos para presentar una querrela para apelar la denegación.

La denegación se emitirá de manera comprensible al asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal. Si denegamos una solicitud de excepción, la persona asegurada o el médico podrán apelar nuestra determinación a través del proceso de Apelaciones de Determinaciones Adversas de Beneficios.

APELACIONES DE DETERMINACIONES ADVERSAS DE BENEFICIOS

DERECHO A SOLICITAR UNA APELACION LUEGO DE UNA DETERMINACION ADVERSA

¿Qué es una Determinación Adversa?

- Una determinación hecha por el asegurador o una organización de revisión de utilización, en la que se deniega, reduce o termina un beneficio o no se paga el beneficio, parcial o totalmente, ya que al aplicar las técnicas de revisión de utilización, a base de la información provista, el beneficio solicitado, según el plan médico, no cumple con los requisitos de necesidad médica e idoneidad, lugar en que se presta el servicio o el nivel o eficacia del cuidado o se determina que es de naturaleza experimental o investigativa;
- La denegación, reducción, terminación o ausencia de pago de un beneficio, sea parcial o en su totalidad, por parte del asegurador o una organización de revisión de utilización, basado en la determinación sobre la elegibilidad de la persona cubierta o asegurado de participar en el plan médico
- La determinación que resulte de una revisión prospectiva o revisión retrospectiva en la que se deniega, reduce, termina o no se paga, parcial o totalmente, el beneficio.
- Rescisión de cubierta- la decisión del plan de cancelar su contrato con efecto retroactivo a la fecha de efectividad u otra fecha previa a la notificación de la cancelación, siempre y cuando la razón de la determinación de cancelación no sea falta de pago de primas, fraude o falsa representación que esté prohibida por el plan y haya sido cometida intencionalmente. Las cancelaciones se notifican por escrito treinta (30) días previos a la fecha de efectividad.

El asegurado podrá solicitar una revisión de la determinación según se explica a continuación.

DERECHO A APELAR UNA DETERMINACIÓN ADVERSA

Si usted no estuviere de acuerdo con una Determinación Adversa de Triple-S Salud, bien se relacione con una solicitud de reembolso, una solicitud de pre-certificación, la rescisión de cubierta o cualquier denegación de beneficios descritos en su póliza, usted podrá apelar la determinación de Triple-S Salud.

PROCEDIMIENTO DE APELACIONES

1. Primer Nivel Interno de Apelación

Usted o su representante autorizado, deberá presentar su apelación por escrito dentro de **180 días calendarios** a partir de la fecha en que recibió la notificación inicial escrita de la determinación adversa para que sea evaluada independientemente de si se acompaña la misma con toda la información necesaria para hacer la determinación. En la presentación de su apelación, usted podrá solicitar la asistencia del Comisionado de Seguros, el Procurador de la Salud o de un abogado de su preferencia (a su costo).

Para solicitar asistencia, puede comunicarse o escribir a:

Oficina del Comisionado de Seguros
División de Investigaciones
B5 Calle Tabonuco Suite 216 PMB 356
Guaynabo PR 00968-3029
Teléfono: 787-304-8686

Procurador de la Salud
PO BOX 11247
San Juan PR 00910-2347
Teléfono: 787-977-0909

Usted debe incluir cualquier evidencia o información que considere relevante a su apelación y dirigirla a la siguiente dirección, correo electrónico o Fax:

Triple-S Salud, Inc.
Departamento de Querellas y Apelaciones
PO Box 11320
San Juan, PR 00922-9905.

Fax Apelaciones: 787-706-4057

Correo electrónico: qacomercial@ssspr.com

De usted necesitar información sobre su solicitud, puede comunicarse al número de contacto provisto en la notificación de determinación adversa recibida.

Triple-S Salud acusará recibo a la persona asegurada de la solicitud de apelación no más tarde de tres (3) días laborables a partir del recibo de la misma. Además, le informará los derechos que le asisten sobre la radicación de la apelación.

Si la apelación surge como resultado de una determinación adversa relacionada con una revisión de utilización, Triple-S Salud designará uno o varios homólogos clínicos de la misma especialidad, o especialidad similar a los profesionales de la salud que normalmente manejarían el caso para el cual se hizo dicha determinación adversa y que no hayan participado en la determinación adversa inicial o sea subordinado de dicho individuo. Además, se asegurará que el/los homólogos clínicos para la revisión tengan la pericia adecuada para la evaluación de la misma.

El (los) revisor (es) tomará (n) en cuenta todos los comentarios, documentos y registros, así como cualquier información relacionada a la solicitud de apelación presentada, independientemente de que la información se hubiese presentado o considerado al hacer la determinación adversa inicial.

Además de presentar comentarios por escrito, documentos, registros y otros materiales relacionados a la apelación, usted tiene derecho a recibir gratuitamente, acceso u obtener copias de todos los documentos y registros. Esto incluye cualquier información que sea pertinente para la radicación de la apelación y que:

- fueron utilizadas en la determinación inicial
- se presentaron, consideraron o generaron con relación a la determinación adversa, aunque la determinación del beneficio no dependiera de dichos documentos, registros u otra información;
- demuestran que al hacer la determinación, Triple-S Salud siguió de

manera uniforme, los mismos procedimientos y garantías administrativas que se siguen con otras personas cubiertas o asegurados en circunstancias similares; o

- constituyen declaraciones de política o directrices del plan relacionadas con el servicio de cuidado de la salud o tratamiento denegado y el diagnóstico de la persona cubierta o asegurado, independientemente de si se tomaron o no en consideración al momento de hacer la determinación adversa inicial.

Triple-S Salud notificará su decisión por escrito a la persona asegurada o a su representante personal en un plazo razonable, conforme a los términos establecidos y de acuerdo a su condición médica:

- una apelación en la cual se solicita una revisión de primer nivel de una determinación adversa relacionada con una revisión prospectiva, dentro de un plazo razonable de acuerdo a la condición médica de la persona cubierta o asegurado, pero nunca más tarde de quince (15) días calendario del recibo de la apelación.
- una apelación en la que se solicita una revisión de primer nivel de una determinación adversa relacionada con una revisión retrospectiva en un plazo razonable, pero nunca más tarde de treinta (30) días calendario del recibo de la apelación.

Dicha determinación incluirá:

- Los títulos y credenciales de los revisores que participaron en la evaluación
- Una declaración de la interpretación que hicieron los revisores
- La determinación de los revisores con la justificación médica o base contractual para que la persona asegurada o su representante personal pueda responder a los planteamientos;
- La evidencia o documentación usada como base de la determinación

En caso de ser una determinación adversa, deberá incluir también:

- Las razones específicas de la determinación adversa;
- Referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;
- Una declaración sobre los derechos que tiene la persona asegurada para acceder u obtener de forma gratuita copias de los documentos, registros y otra información pertinente utilizada en la evaluación de la apelación, incluyendo cualquier regla, guía o protocolo interno u otro criterio similar utilizado para fundamentar la determinación.
- Si la determinación adversa se basa en la necesidad médica o la naturaleza experimental o investigativa del tratamiento o en una exclusión o limitación similar, una explicación escrita del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación o una declaración de que se proveerá una explicación a la persona cubierta o asegurado o si fuera aplicable a su representante personal, de manera gratuita a su solicitud.
- De aplicar, deberá incluir las instrucciones para solicitar copia de la regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar en que se basó la determinación, una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación y la descripción del proceso para obtener una revisión voluntaria adicional así como los plazos para la misma, en caso de que la persona asegurada interese solicitarla. De igual forma, deberá incluir una descripción de cómo obtener una revisión externa independiente, si la persona asegurada decidiera que no solicitará una revisión voluntaria y el derecho de la persona cubierta o asegurado a establecer una demanda ante un tribunal competente.
- De aplicar también, deberá incluir la siguiente declaración que indique otras opciones de resolución voluntaria de las controversias disponibles, tales como la mediación o el arbitraje y su derecho de comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros o la Oficina del Procurador de la Salud para orientación

y solicitar ayuda, así como la información de los números a llamar en estos casos.

Si su caso es considerado Urgente, Triple-S Salud notificará su decisión en un periodo no mayor de 48 horas, contados a partir del momento en que se reciba la solicitud completa de apelación. Se entenderá por apelaciones de casos urgentes aquellas solicitudes de apelación que correspondan a servicios o tratamientos médicos respecto a los cuales el aplicar los periodos regulares de tiempo para contestar una apelación: (a) ponen en grave peligro la vida o salud del asegurado o la habilidad de que un órgano vital del cuerpo opere al máximo, o (b), en la opinión de un médico con pleno conocimiento de la condición médica del asegurado, podría someter al asegurado a dolores severos que no pueden manejarse adecuadamente sin el cuidado o tratamiento médico que es sujeto de la apelación.

Una vez notificado de la decisión de Triple-S Salud, usted tiene el derecho de requerirle a Triple-S Salud que le informe los nombres y títulos de los oficiales o peritos que intervinieron en la evaluación de su apelación, así como a una explicación de los fundamentos para su decisión.

Usted tiene derecho a comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros o con la Oficina del Procurador de la Salud para solicitarle ayuda. La información para comunicarse con estas Oficinas aparece al final de esta Sección bajo Derecho a ser asistido.

En caso de que Triple-S Salud incumpla con sus obligaciones bajo este proceso de Apelaciones de Determinaciones Adversas de Beneficios, la persona asegurada podrá iniciar el proceso de revisión externa de la reclamación o ejercer cualquiera de los remedios disponibles bajo la §502(a) de ERISA o bajo la ley de Puerto Rico.

2. Segundo Nivel Interno de Apelación

Si usted no quedara satisfecho con la respuesta de Triple-S Salud a su primera apelación, usted tiene derecho a someter una segunda apelación interna ante Triple-S Salud dentro de **60 días calendario** a partir de la fecha en que recibió la notificación de la revisión adversa de su primera apelación.

Usted debe incluir con esta segunda apelación copia de todos los documentos relacionados con

su primera apelación junto con una declaración de los fundamentos que usted tenga para sostener que Triple-S Salud erró en denegar su primera apelación. Usted puede incluir con esta segunda apelación cualquier evidencia adicional que pueda tener para sostener sus alegaciones.

Su segunda apelación será evaluada por personas que no intervinieron en la primera apelación ni son subordinados de tales personas. Tampoco se le dará deferencia a decisiones previas de Triple-S Salud. Usted tiene derecho a solicitarle a Triple-S Salud que le informe los nombres y títulos de los oficiales o peritos que intervinieron en la evaluación de su segunda apelación, así como una explicación de los fundamentos para su decisión.

En el caso de apelaciones de casos urgentes (según definido anteriormente), Triple-S Salud contestará su solicitud en 48 horas. En los casos de apelaciones de precertificaciones, Triple-S Salud deberá responder a su segunda apelación dentro de 15 días calendario a partir de la fecha en que reciba su apelación. En los otros casos, Triple-S Salud deberá responder dentro de 30 días a partir de la fecha en que reciba su apelación.

Usted tiene derecho a comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros o con la Oficina del Procurador de la Salud para solicitarle ayuda. La información para comunicarse con estas Oficinas aparece al final de esta Sección bajo Derecho a ser asistido.

3. Nivel Voluntario de Revisión

Si usted no quedara satisfecho con la respuesta de Triple-S Salud, puede solicitar por escrito una revisión voluntaria de su caso dentro de los **60 días calendario** a partir de la fecha en que recibió la notificación de la revisión adversa. En el nivel voluntario usted puede proveer información adicional a su caso que no haya sido provista en el nivel anterior de revisión interna.

Al recibo de la solicitud para una revisión voluntaria adicional, Triple-S Salud acusará recibo de la misma y notificará a la persona asegurada o representante personal sobre su derecho a:

- Solicitar dentro del plazo especificado, la oportunidad de comparecer en persona ante el panel de revisión designado por ésta

- Recibir copias de la documentación, que no sea confidencial ni privilegiada, relacionada con la solicitud de revisión voluntaria adicional
- Presentar su caso ante el panel de revisión
- Presentar comentarios escritos, documentos, registros y otros materiales relacionados con la solicitud de revisión voluntaria adicional para la consideración del panel tanto antes como durante la reunión de revisión
- Si fuera aplicable, formular preguntas a los representantes del panel de revisión
- Tener la asistencia o representación de cualquier persona, incluyendo abogado.

Triple-S Salud no condicionará el derecho que tiene la persona asegurada a una revisión justa y a que ésta comparezca a la reunión de revisión.

Una vez la persona asegurada reciba nuestro acuse de recibo de su solicitud, podrá solicitar por escrito su interés de comparecer en persona ante el panel de revisión dentro de 15 días laborables a partir del recibo de la misma.

Triple-S Salud nombrará un panel de revisión para considerar la solicitud al cual usted o su representante autorizado podrá comparecer en persona o por vía telefónica para exponer su solicitud. Si Triple-S Salud será asistida por su representación legal, se le notificará con por lo menos 15 días calendario de anticipación a la fecha de la reunión de revisión y se le indicará que puede ser asistido por su propia representación legal. De ser necesaria su comparecencia a una vista ante el panel, la fecha le será comunicada con antelación a la vista, pero la misma deberá ocurrir no más tarde de 30 días luego de recibida la solicitud del nivel voluntario de revisión.

De realizarse la vista, el panel conducirá su evaluación y tomará en consideración todo comentario, documento, registro y otra información relacionada con la solicitud de revisión voluntaria adicional que presente usted o su representante autorizado, independientemente de si la información se presentó o consideró al tomar la determinación en las revisiones anteriores. La determinación de la revisión será expedida no más tarde de 10 días calendario luego de la vista. De no realizarse una vista, Triple-S Salud expedirá la determinación del panel no más tarde de 45 días

contados desde: 1) la fecha en que la persona indique que no solicitará vista o 2) fecha en que vence el plazo para que la persona solicite vista ante el panel. Una vez notificado de la decisión de Triple-S Salud, usted tiene el derecho de requerirle a Triple-S Salud que le informe los nombres y títulos de los oficiales o peritos que intervinieron en la evaluación, así como a una explicación de los fundamentos para su decisión.

Si transcurren veinte (20) días calendario sin que Triple-S Salud haya dado cumplimiento a la determinación del panel de revisión, este último tendrá la obligación de notificar dicho hecho a la Oficina del Comisionado de Seguros.

Usted tiene derecho a comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros o con la Oficina del Procurador de la Salud para solicitarle ayuda. La información para comunicarse con estas Oficinas aparece al final de esta Sección bajo Derecho a ser asistido.

4. Proceso de Revisión Externa

Triple-S Salud ha optado por acogerse al proceso de Revisión Externa de Reclamaciones a través del Comisionado de Seguros (OCS). Si luego de agotar los niveles de apelación interna, usted no está satisfecho con la determinación final, usted podría solicitar una revisión externa de una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés) a través del Comisionado de Seguros, si se cumplen con ciertos requisitos como se explica más adelante. Usted pagará un costo nominal no mayor de \$25.00 por cada revisión. Disponiéndose, que para una misma persona cubierta el costo no puede exceder de setenta y cinco dólares (\$75.00) por año póliza. La cantidad pagada por usted le será reembolsada si se obtiene una determinación a su favor.

El nivel de Revisión Externa puede no ser aplicable a todos los planes de salud grupal. Debe referirse al Resumen de la Descripción del Plan o Resumen de Beneficios de su Patrono, por sus siglas en inglés (SPD) para verificar si tienen derecho a solicitar una revisión externa según designada por Triple-S Salud.

La IRO es una organización que está acreditada para llevar a cabo revisiones médicas independientes. Estas revisiones las lleva a cabo un médico independiente. La IRO no tiene afiliación material o interés con Triple-S Salud. La

IRO actúa como fiduciaria del Plan respecto a las revisiones externas que se le delegan a la IRO.

El Programa de Revisión Externa ofrece un proceso de revisión independiente para evaluar apelaciones que solo cumplen con los siguientes requisitos:

- a) si su apelación está relacionada a una cancelación de contrato retroactivamente (rescisión de cubierta);
- b) denegación de cubierta para cuidado médico a base de necesidad médica, conveniencia, lugar donde se ofrecerá el cuidado de salud, nivel cuidado o efectividad de un beneficio cubierto y debido a las exclusiones para servicios experimentales o de investigación o servicios no comprobados;
- c) si el plan no cumplió estrictamente con el procedimiento establecido bajo la ley federal, a menos que la violación haya sido:

- de *minimis*;
- no perjudicial atribuible a una causa justificada o a situaciones que escapan al control del plan;
- en el contexto de un intercambio de información de Buena fe; y
- no reflejen un patrón o práctica de incumplimiento.

El Programa de Revisión Externa no aplica si la determinación de beneficios adversa se basa en una determinación administrativa, tal como:

- su elegibilidad
- exclusión explícita de beneficios
- límites de beneficios definidos

Procedimiento de Revisión Externa Estándar

Usted podría solicitar una revisión independiente de una determinación de beneficios adversa que cumple con los requisitos expuestos en los párrafos anteriores. Todas las solicitudes para revisiones externas deben someterse dentro de los 120 días calendario siguiente a la fecha en que usted recibió la determinación adversa. Para solicitar una revisión externa, usted o su representante autorizado pueden llamar para solicitar la revisión externa al número 787-304-8686. Debe completar el formulario para solicitud de revisión externa y el formulario para la Autorización de uso y Divulgación de Salud

Protegida adjunto a la Notificación de Determinación Adversa final y enviarlos por fax, correo regular o correo electrónico al Comisionado de Seguros como se indica a continuación:

- **Por facsímil** al: 787-273-6082
- **Por correo regular:**

**Oficina del Comisionado de Seguros
División de Investigaciones**

B5 Calle Tabonuco Suite 216 PMB 356
Guaynabo, PR 00968-3029

- **Por correo electrónico:**
salud@ocs.pr.gov

Recuerde, la información que usted provee en el formulario de solicitud se utilizará para solicitar a Triple-S Salud los documentos relevantes para que el examinador de revisión independiente pueda completar su evaluación. Usted también podrá someter información y documentos para apoyar su solicitud tales como carta de denegación nuestra, formularios de explicaciones de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) y cartas de sus médicos, entre otros. La organización de revisión independiente también podría solicitarnos que le proveamos la información que usamos para tomar nuestra determinación de beneficios adversa. **Si usted tiene alguna pregunta durante el proceso de revisión externa, usted puede comunicarse al número de teléfono 787-304-8686.**

Evaluación Preliminar

Cuando el evaluador de revisión externa recibe la solicitud de revisión externa, el evaluador le solicitará a Triple-S Salud los siguientes documentos, los cuales tomó en consideración al tomar la determinación de beneficios adversa, incluyendo:

- Certificado de cubierta o beneficios;
- Copia de la Determinación de Beneficios Adversa final;
- Resumen de la reclamación;
- Una explicación del plan o de quien emitió la Determinación de Beneficios Adversa;
- Todos los documentos e información que se tomaron en cuenta para tomar la Determinación de Beneficios Adversa o la

Determinación de Beneficios Adversa final tomada internamente, incluyendo cualquier información adicional provista al plan o emisor de la determinación o que se tomó en cuenta durante el proceso de apelaciones externas.

Triple-S Salud debe proveer al evaluador la información que se indica en el párrafo anterior dentro de cinco (5) días laborables. El evaluador revisará la información que reciba de Triple-S Salud y podría solicitar información adicional si la estima necesaria para la revisión externa. Si el evaluador solicita información adicional, Triple-S Salud proveerá la información dentro de 5 días laborables a partir de la fecha en que recibió la solicitud.

El evaluador revisará su solicitud de revisión externa para determinar si:

- usted estaba cubierto bajo el plan al momento en que solicitó o se proveyó el servicio; La determinación adversa no está relacionada a elegibilidad;
- usted agotó todos los procesos de apelación interna del Plan; y
- usted proveyó todos los documentos necesarios para completar la revisión externa.

El evaluador le notificará por escrito en un plazo de un (1) día laborable, luego de completar la revisión, si su determinación adversa es elegible para revisión externa y si se necesita información adicional. Si se necesita información adicional, usted debe proveerla en la fecha que sea más tarde entre el último día del plazo de 120 días calendario establecido para someter la solicitud, como se describe arriba; o 48 horas después de recibir la notificación.

Proceso de Revisión

El evaluador de revisión externa revisará la información provista por Triple-S Salud y le enviará todos los documentos que el reclamante le envió directamente, en un plazo de (1) día laborable. Una vez reciba todos los documentos, Triple-S Salud podría reconsiderar su decisión original sobre la reclamación. La revisión externa solo se podría dar por terminada, si Triple-S Salud decide revertir su determinación de beneficios adversa y proveer la cubierta o el pago. Triple-S Salud debe proveer la notificación

escrita de su determinación al reclamante y al evaluador en el plazo de 1 día laborable luego de decidir revertir su decisión. Al recibir esta notificación, el examinador dará por concluida la revisión externa.

Sin embargo, si la revisión externa no se da por terminada por la razón expuesta anteriormente, el evaluador continuará con la revisión y notificará a usted y a Triple-S Salud la determinación final en un plazo de (45) días a partir de la fecha en que usted solicitó la revisión externa. La notificación incluirá:

- una descripción general de la razón para la solicitud de revisión externa, incluyendo información suficiente para identificar la reclamación; la fecha en que la IRO recibió la solicitud para revisión externa y la fecha de su decisión;
- referencia a la evidencia o documentación que tomó en consideración para tomar su decisión; las razones para su decisión, incluyendo cualquier estándar basado en evidencia en que se fundamentó tal decisión;
- una declaración de que la determinación es vinculante, salvo en la medida que hayan remedios disponibles bajo las leyes federales o estatales; y
- una declaración indicando que la revisión judicial podría estar disponible.

Si la decisión de la organización de revisión independiente revierte la determinación de beneficio adversa, el Plan aceptará la decisión y proveerá los beneficios para el servicio o procedimiento, de acuerdo a los términos y condiciones del Plan. Sin embargo, si la decisión confirma la determinación de beneficios adversa de Triple-S Salud, el Plan no está obligado a proveer los beneficios para el servicio o procedimiento.

Revisión Externa Expedita

Su determinación de beneficios adversa podría ser elegible para una revisión externa expedita si:

- usted ha recibido una determinación de beneficios adversa que implica una condición médica por la cual el plazo para la finalización de una apelación acelerada interna (como se describe más arriba)

podría poner en peligro su vida o su salud, o su capacidad para recuperar su función máxima y ha sometido una solicitud de una apelación interna expedita;

- usted ha recibido una determinación de beneficios adversa que está relacionada a una condición médica y el plazo para completar el proceso de apelación externa estándar puede poner en riesgo su vida, su salud o su capacidad para recobrar el funcionamiento máximo de su cuerpo; o
- una determinación adversa de beneficios que esté relacionada a una admisión, disponibilidad de cuidado o un servicio o artículo para el cual usted haya recibido servicios de emergencia, pero no ha sido dado de alta de la facilidad. El examinador seguirá el proceso de revisión que se describe en los párrafos anteriores y debe proveer la notificación de la decisión final en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que recibió su solicitud para una revisión externa expedita. Sin embargo, si la solicitud se relaciona a una situación urgente de cuidado y está en el curso de tratamiento para la condición, la decisión final debe ser notificada en un plazo de 24 horas. En estos casos, el examinador puede proveer la notificación oralmente, pero debe emitir la notificación escrita para usted y el Plan en un plazo de 48 horas.

Usted tiene derecho a comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros o con la Oficina del Procurador de la Salud para solicitarle ayuda. La información para comunicarse con estas Oficinas aparece al final de esta Sección bajo Derecho a ser asistido.

Revisión Externa Voluntaria

Su decisión de someter o no una reclamación a esta revisión externa voluntaria no tendrá ningún efecto en sus derechos bajo el plan y la información sobre los reglamentos que aplican, el proceso de seleccionar quién tome las decisiones y las circunstancias, si alguna, que podrían afectar la imparcialidad de la persona que toma la decisión, tales como intereses financieros o personales, en el resultado de cualquier relación pasada o presente con cualquiera de las partes que participen en el proceso de revisión. Usted no tendrá que pagar ninguna tarifa o costo como parte de esta revisión externa voluntaria.

Si usted escoge no someter una reclamación a revisión externa voluntaria, el Plan no afirmará que usted falló en agotar todos los remedios administrativos en el marco del Plan. Si usted somete una reclamación para revisión externa voluntaria, el Plan acepta que le informará cualquier estatuto de limitaciones que aplique si usted decide proseguir con el caso ante un tribunal.

Usted puede comunicarse con el Comisionado de Seguros al número de teléfono 787-304-8686 para obtener más información sobre el proceso de revisión externa voluntario.

El Comisionado de Seguros mantendrá el expediente de su caso por un periodo de 5 años y estará disponible para evaluación, de usted solicitarlo.

Si su caso no cumple con los criterios especificados en el segundo párrafo de esta sección, usted tiene derecho a solicitar una investigación del caso en el Tribunal Federal de Distrito para el Distrito de Puerto Rico bajo la §502(a) del *Employee Retirement Income Security Act* (ERISA) o la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

Se requiere que usted agote todos los procedimientos internos de apelación previamente descritos antes de presentar su reclamación ante la Oficina del Comisionado de Seguros, IRO, o la corte.

- una declaración escrita que incluya la descripción del proceso para obtener una revisión voluntaria adicional en caso de que la persona asegurada interese solicitarla, así como el procedimiento a seguir y los plazos correspondientes
- una notificación del derecho que asiste a la persona asegurada a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador de la Salud para solicitar orientación y ayuda, con la información para poder contactarlos en caso de que sea necesario.

Revisiones Ordinarias de Querellas No Relacionadas con una Determinación Adversa

Usted o un representante personal tiene derecho a solicitar una revisión ordinaria de querellas no relacionadas con una determinación adversa de beneficios (por ejemplo, querella relacionada con el proceso de suscripción o cancelación de la póliza, servicios brindados por nuestro personal).

Triple-S Salud le informará los derechos que le asisten dentro de tres (3) días laborables del recibo de la querella, designará a una o más personas que no hayan manejado anteriormente el asunto objeto de la querella y proveerá la información del representante para realizar la revisión ordinaria de la querella.

Triple-S Salud le notificará por escrito su determinación a más tardar los treinta (30) días calendario del recibo de la querella. Una vez notificado de la decisión de Triple-S Salud, usted tiene el derecho de requerirle a Triple-S Salud en dicha notificación que le descubra los nombres y títulos de los oficiales o peritos que intervinieron en la evaluación de su querella, así como a una explicación de los fundamentos para su decisión. Además, deberá también incluir:

- la determinación de los revisores en términos claros y la base contractual o justificación médica para que pueda responder a los planteamientos de la misma;
- Referencia a la evidencia o documentación usada como base de la determinación;
- En caso de aplicar:
 - una declaración escrita que incluya la descripción del proceso para obtener una revisión voluntaria adicional en caso de que la persona asegurada interese solicitarla, así como el procedimiento a seguir y los plazos correspondientes
 - una notificación del derecho que asiste a la persona asegurada a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador de la Salud para solicitar orientación y ayuda, con la información para poder contactarlos en caso de que sea necesario.

Usted tiene derecho a comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros o con la Oficina del Procurador de la Salud para solicitarle ayuda. La información para comunicarse con estas Oficinas aparece a continuación.

DERECHO A SER ASISTIDO

Usted tiene derecho a ser asistido por la Oficina del Comisionado de Seguros o por el Procurador de la Salud en los procesos antes descritos.

- La Oficina del Comisionado de Seguros está ubicada en GAM Tower, Urb. Caparra Hills Industrial Park 2, Calle Tabonuco Suite 400, Guaynabo, PR o puede comunicarse al (787) 304-8686.
- La Oficina del Procurador de la Salud está ubicada en Mercantil Plaza, Avenida Ponce de León 1501, Hato Rey, PR o puede comunicarse al (787) 977-0909 (Área Metro) o libre de cargos al 1-800-981-0031.

DERECHO A NOMBRAR UN REPRESENTANTE

Usted tiene derecho a nombrar un representante para que haga cualquier gestión ante Triple-S Salud a su nombre. La designación del representante debe cumplir con todos los elementos descritos a continuación:

- a. Nombre del asegurado y número de contrato
- b. Nombre de la persona designada como representante autorizado, dirección, teléfono y relación con el asegurado

- c. Gestión específica para la cual se designa al representante
- d. Fecha y firma en que se otorga la designación
- e. Fecha de expiración de la designación

Triple-S Salud podrá requerir al representante autorizado información adicional que permita autenticarlos en caso de que éste llame por teléfono o acuda a cualquiera de nuestras Oficinas.

Será deber del asegurado o beneficiario notificar a Triple-S Salud por escrito si revoca la designación antes de su fecha de expiración.

El asegurado tendrá derecho a los beneficios que se determinen, según se determinen, como resultado del proceso de apelación.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO PACIENTE

La Ley 194 del 25 de agosto de 2000, según enmendada, conocida como la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente dispone los derechos y responsabilidades de los usuarios del sistema de salud médico-hospitalarios de Puerto Rico.

Derecho a una alta calidad de Servicios de Salud

Servicios consistentes con los principios generalmente aceptados de la práctica de la medicina.

Derechos en cuanto a la obtención y divulgación de información

Tiene derecho a recibir información cierta, confiable y sencilla, en inglés o español, sobre su plan de salud tal como:

- Servicios cubiertos, limitaciones y exclusiones
- Primas y copagos a pagar
- Directorio de Proveedores y Participantes
- Acceso a especialistas y servicios de emergencia
- Proceso de precertificaciones y querellas

Derecho en cuanto a la selección de planes y proveedores

Todo individuo tiene derecho a:

- Seleccionar planes de cuidado de salud y proveedores de servicios de salud que sean adecuados y que mejor se ajusten a sus necesidades sin que sean discriminados por su condición socioeconómica, capacidad de pago, por condición médica preexistente o su historial médico, independientemente de su edad.
- Una red de proveedores autorizados y suficientes para garantizar que todos los servicios cubiertos por el plan estarán accesibles y disponibles sin demoras irrazonables y en razonable proximidad geográfica a las residencias y lugares de trabajo de las personas aseguradas, incluyendo el acceso a servicios de emergencia las veinticuatro (24) horas, los siete (7) días. Todo plan de cuidado de salud

que ofrezca cubiertas sobre servicios de salud en Puerto Rico deberá permitir que cada paciente pueda recibir servicios de salud primarios de cualquier proveedor de servicios primarios participante que éste haya seleccionado conforme a lo dispuesto en el plan de cuidado de salud.

- Permitir que cada persona asegurada pueda recibir los servicios de salud especializados necesarios o apropiados para el mantenimiento de la salud, según los procedimientos de referido establecidos en el plan de cuidado de salud. Esto incluye el acceso a especialistas cualificados para pacientes con condiciones o necesidades especiales de cuidado médico o de la salud, de manera que se garantice a las personas aseguradas acceso directo y rápido a los proveedores o especialistas cualificados de su selección de entre la red de proveedores del plan. En caso de que se requiera autorización especial bajo el plan para tal acceso a proveedores o especialistas cualificados, el plan garantizará un número adecuado de visitas para cubrir las necesidades de salud de tales personas aseguradas.

Derecho del paciente a la continuidad de servicios de cuidado de salud

En caso de cancelación del proveedor o que el plan de salud cese, el asegurado tiene que ser notificado de dicha cancelación con por lo menos 30 días de anticipación. En caso de cancelación, y sujeto al pago de la prima, el asegurado tendrá derecho a continuar recibiendo los beneficios por un período de transición de 90 días. En caso de que se encuentre hospitalizado al momento de la fecha de cancelación y la fecha de alta haya sido programada antes de la fecha de terminación, el período de transición se extenderá 90 días después de la fecha en que sea dado de alta. En caso de una persona asegurada durante su embarazo y la cancelación ocurre en el segundo trimestre, el período de transición se extenderá hasta la fecha de alta del asegurado después del parto o de la fecha de alta del neonato, la que fuera última. En caso de pacientes diagnosticados con una condición terminal, antes de la fecha de terminación del plan y que

continúe recibiendo servicios por esa condición antes de la fecha de terminación del plan, el período de transición se extenderá durante el tiempo restante de la vida del paciente.

Derecho en cuanto al acceso a servicios y facilidades de emergencia

- Acceso libre e irrestricto a servicios y facilidades de emergencia cuando y donde surja la necesidad y sin precertificación ni periodos de espera.
- Si los servicios de emergencia son provistos por un proveedor no participante, la persona asegurada sólo pagará el copago o coaseguro aplicable.

Derecho a participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento

- Derecho a participar o que una persona de su confianza participe plenamente de las decisiones sobre su cuidado médico.
- Recibir toda la información necesaria y las opciones de tratamiento disponibles, los costos, riesgos y probabilidades de éxito de dichas opciones.
- Su proveedor de servicios de salud deberá respetar y acatar sus decisiones y preferencias de tratamiento.
- Ningún plan de cuidado de salud puede imponerle cláusulas de mordaza, penales o de otro tipo que interfieran con la comunicación médico-paciente.
- Todo profesional de la salud deberá proveerle la orden médica para pruebas de laboratorio, rayos X o medicamentos para que pueda escoger la instalación en que recibirá los servicios.

Derecho en cuanto a respeto y trato igual

- Derecho a recibir trato respetuoso de parte de cualquier proveedor de servicios de salud en todo momento, sin importar raza, color, sexo, edad, religión, origen, ideología, incapacidad, información médica, genética, condición social, orientación sexual o capacidad o forma de pago.

Derecho a confidencialidad de información y récords médicos

- Comunicarse libremente y sin temor con sus proveedores de servicios médicos.
- Tener la confianza de que sus récords médicos serán mantenidos en estricta confidencialidad y no serán divulgados sin su autorización, excepto para fines médicos o de tratamiento, por orden judicial o por autorización específica de la ley.
- Obtener recibo de los gastos incurridos por concepto del pago total o parcial, de copagos o coaseguros. El mismo debe especificar la fecha del servicio, nombre, número de licencia y especialidad del proveedor, nombre del paciente y de la persona que paga por los servicios, desglose de los servicios, cantidad pagada y firma del oficial autorizado.
- Acceder u obtener copia de su expediente médico. Su médico debe entregarle copia del expediente médico en un término de 5 días laborables contados desde su petición. Los hospitales, tienen un término de 15 días laborables. Pueden cobrarle hasta \$0.75 por página pero no más de \$25.00 por el expediente. De romperse la relación médico-paciente tiene derecho a solicitar el expediente original libre de costo, sin importar si tiene alguna deuda pendiente con el proveedor de servicios de salud.
- Recibir trimestralmente un informe de utilización que, entre otras cosas, incluya: nombre del asegurado, tipo y descripción del servicio, fecha y proveedor que brindó el servicio, así como la cantidad pagada por el servicio. La persona asegurada puede acceder al informe de utilización trimestral en que se desglosan los servicios pagados en beneficio de él y sus dependientes, registrándose como asegurado en el portal de Triple-S Salud (www.ssspr.com).

Derechos en cuanto a quejas y agravios

- Todo proveedor de servicios de salud o asegurador tendrá disponible un procedimiento para resolver de manera rápida y justa cualquier queja que un asegurado presente y tendrá mecanismos de apelación para la reconsideración de las determinaciones.
- Recibir respuesta a sus inquietudes en el idioma de su predilección, sea inglés o español.

Su responsabilidad como paciente es:

- Proveer la información necesaria sobre planes médicos y el pago de cualquier cuenta. Conocer las reglas de coordinación de beneficios.
- Informar al asegurador cualquier instancia o sospecha de fraude contra el seguro de salud. En caso de sospecha de fraude contra el seguro de salud, usted deberá comunicarse con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 787-774-6060 o a través de nuestro portal de Internet www.ssspr.com.
- Proveer la información más completa y precisa sobre su condición de salud, incluyendo enfermedades anteriores, medicamentos, etc. Participar en toda decisión relacionada con su cuidado médico. Conocer los riesgos y límites de la medicina.

- Conocer la cobertura, opciones y beneficios y otros detalles del plan de salud.
- Cumplir con los procedimientos administrativos de su plan de salud.
- Adoptar un estilo de vida saludable.
- Informar al médico cambios inesperados en su condición.
- Informar que entiende claramente el curso de acción recomendado por el profesional de la salud.
- Proveer copia de su declaración previa de voluntad.
- Informar al médico si anticipa problemas con el tratamiento prescrito.
- Reconocer la obligación del proveedor de ser eficiente y equitativo al proveer cuidado a otros pacientes.
- Ser considerado, de modo que sus actuaciones particulares no afecten a los demás.
- Resolver cualquier diferencia a través de los procedimientos establecidos por la aseguradora.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN DE SALUD PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

REVISE ESTE AVISO CON CUIDADO. LA PROTECCION DE SU INFORMACIÓN ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS. NUESTRA RESPONSABILIDAD LEGAL

Triple-S Salud, según requerido por ley es responsable de mantener la confidencialidad, privacidad y seguridad de su información de salud. De igual forma la ley nos requiere proveerle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad y sus derechos con respecto a su información de salud. Seguiremos las prácticas de privacidad descritas en este aviso mientras el mismo esté en vigor.

Este aviso incluye ejemplos de la información que recopilamos y describe los tipos de usos y divulgaciones que podemos hacer, así también sus derechos.

Este aviso incluye ejemplos ilustrativos y no deben considerarse un inventario completo de nuestro manejo de la información.

Triple-S Salud tiene que regirse por los términos de este Aviso. Sin embargo, nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso. Antes de realizar algún cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, enmendaremos este aviso y lo enviaremos a todos nuestros suscriptores activos a la fecha del cambio. **Este aviso cobrará vigencia a partir del 1 de septiembre de 2017.**

INFORMACION GENERAL

Nuestro compromiso es limitar la información que recopilamos a la estrictamente necesaria para administrar la cubierta de su seguro o beneficios. Como parte de nuestras funciones de administración, recopilamos información personal de distintas fuentes, entre las cuales podemos mencionar:

- Información que usted provee en solicitudes y otros documentos para obtener un producto o servicio.

- Información que proviene de transacciones efectuadas con nosotros o con nuestras afiliadas.
- Información que proveen las agencias de crédito.
- Información de proveedores de servicios de salud.
- Programas de salud gubernamentales.

La información protegida de salud (por sus siglas en inglés PHI) es información que lo identifica a usted (nombre, apellido, seguro social); incluso información demográfica (como dirección, código postal), obtenida de usted mediante una solicitud u otro documento para obtener un servicio, creada o recibida por un proveedor de cuidado de salud, un plan médico, intermediarios que procesan facturas de servicios de salud, socios de negocio y que está relacionada con: (1) su salud o condición física o mental pasada, presente o futura; (2) la prestación de servicios de cuidado de salud a usted; (3) pagos pasados, presentes o futuros por la prestación de servicios de cuidado médico. Para propósito de este Aviso, esta información se denominará como PHI. El Aviso se ha desarrollado y enmendado de manera que esté en armonía con el Reglamento de Privacidad de la Ley HIPAA. Cualquier término no definido en este Aviso tiene el mismo significado que dicho término tiene en el Reglamento de Privacidad de la Ley HIPAA. También contamos con políticas y procedimientos para el manejo de su PHI, los cuales puede examinar de usted solicitarlo. Nosotros no usamos ni divulgamos información genética con el propósito de evaluar o suscribir riesgos.

LEYES Y REGULACIONES

HIPAA: La Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA por sus siglas en inglés) de 1996 fue creada para proteger a millones de trabajadores, incluyendo sus familiares en los Estados Unidos que padecen alguna afección médica.

HITECH: Ley titulado "Health Information Technology for Economic and Clinical Health" (HITECH) Ley que provee para la adopción del récord médico electrónico y el procedimiento a seguir por las entidades reguladas en caso de que ocurra un incidente de

seguridad que exponga la información personal financiera, de seguros y de salud.

Regla de Privacidad y Seguridad: Las regulaciones de privacidad y seguridad para la información protegida de salud es requerido bajo el 45 CFR, Sección 160 y 164.

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACION DE SALUD

Triple-S Salud podría usar y divulgar PHI para lo siguiente:

Triple-S Salud no divulgará ni usará su información para ningún otro propósito que no sea los mencionados en este Aviso a no ser que usted provea una autorización por escrito. Triple-S Salud no divulgará información para propósito de recaudación de fondos.

Divulgaciones a usted:

Estamos obligados a divulgarle a usted la mayor parte de su PHI. Esto incluye, pero no está limitado, a toda información relacionada con su historial de reclamaciones y utilización del plan. Por ejemplo: Usted tiene el derecho a solicitar historial de reclamaciones, historial de medicamento y cualquier otra información que sea relacionadas a su información protegida de salud.

En nuestras funciones de administración del seguro o beneficio, podremos usar y divulgar información, sin su autorización, para actividades relacionadas con su tratamiento médico, pago de servicios médicos y operaciones de cuidado de salud. Por ejemplo:

Tratamiento: Divulgar información a un proveedor de servicios médicos para que le brinde tratamiento, para la provisión, coordinación o supervisión de su atención médica y otros servicios relacionados. Por ejemplo, el plan puede divulgar información médica a su proveedor para la coordinación de tratamiento.

Pago: Para pagar por los servicios de salud prestados a usted; determinar la elegibilidad a los mismos bajo su póliza; coordinar beneficios; cobro de las primas; y otras actividades relacionadas. Por ejemplo, el plan puede usar o divulgar información para pagar reclamaciones de los servicios de salud recibidos por usted o para proveer información de elegibilidad a su proveedor de servicios de salud cuando reciba tratamiento.

Operaciones de cuidados de salud: Para servicios legales y de auditoría, incluyendo detección de fraude y abuso y cumplimiento, así como la planificación y desarrollo de negocios, actividades administrativas y de gerencia del negocio, actividades de patient safety, credencialización, manejo de enfermedades y adiestramiento de estudiantes de medicina o farmacia. Por ejemplo: El plan puede utilizar o divulgar su información de salud para comunicarse con usted para proveerle recordatorios de reuniones, citas o información sobre tratamientos.

Podemos usar o divulgar su información de salud a otra entidad relacionada con usted y que también esté sujeta a las reglas federales o locales sobre confidencialidad.

Entidades Cubiertas Afiliadas: Estas compañías están sujetas a las mismas leyes que requieren protección para su información de salud.

Socios de Negocios: Triple-S Salud comparte información con nuestros socios de negocio, los cuales proveen servicios a nombre de Triple-S Salud y participan en las funciones de administración del seguro o la coordinación de sus beneficios. Sólo compartimos la información mínima necesaria y requerimos que cada socio de negocio firme un contrato obligándose a mantener la confidencialidad de la información compartida, a limitar el uso de la información a los propósitos establecidos en el contrato y requiere que el Socio de Negocios tenga implementado controles para proteger la información. Si el socio de negocio cerrara operaciones, nosotros mantendremos su información para continuar brindándole servicios.

Su patrono u organización que auspicia su seguro grupal de salud: Podemos divulgar su información de salud al patrono u otra organización que auspicie su plan de salud grupal, con el fin de facilitar la administración del mismo, como las altas y bajas del plan de salud. También podemos divulgar información de salud resumida. Esta resume el historial de reclamaciones, gastos por reclamaciones o cubiertas, o tipos de reclamaciones experimentadas por los participantes del plan.

Para propósitos de investigación: Podemos utilizar o divulgar su PHI a investigadores, si una Junta Revisora Institucional o un Comité de Ética ha revisado la propuesta de investigación y ha establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información y ha aprobado la investigación como parte de un conjunto limitado de datos que no incluye identificadores individuales.

Según requerido por Ley: Podemos utilizar o divulgar PHI cuando la Ley Federal, Estatal o Local requiere su uso o divulgación. En este Aviso, el término “según requerido por Ley” se define tal como lo dispone el Reglamento de Privacidad de la Ley HIPAA. Para estos fines su autorización o la oportunidad de aprobar u objetar no será requerida. La información será divulgada en cumplimiento con las salvaguardas establecidos y requeridos por la Ley.

Procedimientos legales: Podemos utilizar o divulgar su PHI durante el transcurso de cualquier proceso judicial o administrativo: en respuesta a una orden de un tribunal de justicia o un tribunal administrativo (en la medida en que dicha divulgación esté expresamente autorizada); o en respuesta a una citación, una solicitud de descubrimiento de prueba u otro proceso autorizado por Ley.

Patólogos forenses, directores funerarios y casos de donación de órganos: Podemos utilizar o divulgar su PHI a un Patólogo Forense para efectos de identificar a una persona fallecida, determinar causa por muerte, o para que realice otras tareas autorizadas por Ley. También podemos divulgar información a directores funerarios para que puedan realizar sus deberes relacionados con difuntos y a organizaciones que manejan la adquisición, almacenamiento o trasplantes de órganos, ojos o tejidos.

Compensación a trabajadores: Podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes de compensación a trabajadores y otros programas similares establecidos por ley, que proveen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas al trabajo, sin considerar culpa.

Ayudas en casos de desastres y situaciones de emergencia, Programas gubernamentales de beneficios: Podemos divulgar su PHI a una entidad pública o privada autorizada por Ley o sus estatutos que participe en un esfuerzo de ayuda en caso de desastre. De esta manera, su familia

podrá ser notificada sobre su condición de salud y localización en caso de desastre u otra emergencia.

Actividades de monitoreo de agencias reguladoras: Podemos divulgar información médica a una agencia de reguladora como Departamento de Salud Federal (DHHS) para los propósitos de auditorías, monitoreo de cumplimiento con la regulación, investigaciones, inspecciones o licencia. Estas divulgaciones pueden ser necesarias para ciertas agencias estatales y federales para monitorear el sistema de atención de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.

Salud y seguridad pública: Podemos usar o divulgar su información de salud según permitido o requerido por ley para los siguientes propósitos, para estos fines su autorización o la oportunidad de aprobar u objetar no será requerida:

- Actividades de salud pública, incluyendo el informe de estadísticas de enfermedades e información vital, funciones gubernamentales especializadas, entre otros;
- Informar abuso o negligencia contra menores o adultos o violencia doméstica;
- Actividades de las agencias reguladoras;
- Respuesta a órdenes judiciales o administrativas;
- A los oficiales del orden público o asuntos de seguridad nacional;
- Para prevenir una amenaza inminente a la salud o seguridad públicas;
- Para propósitos de almacenamiento o trasplantes de órganos, ojos o tejidos;
- Para propósitos de investigaciones estadísticas;
- Para propósitos de descendientes;
- Según requerido o permitido por las leyes aplicables.

Actividad militar y seguridad nacional, servicios de protección: Podemos divulgar su PHI a autoridades de la comandancia militar si usted es un miembro de las Fuerzas Armadas o veterano. También a funcionarios autorizados que realicen actividades para la seguridad nacional, inteligencia, contraespionaje u otras

actividades para la protección del Presidente y otras autoridades o jefes de estado.

Servicios relacionados con su salud: Podemos usar su información de salud para ofrecerle información sobre beneficios y servicios relacionados con su salud, o alternativas de tratamiento que pudieran ser de interés. Usaremos su información para llamarle o escribirle para recordarle sus citas médicas o las pruebas preventivas que necesite de acuerdo a su edad o condición de salud.

Con su autorización: Usted nos puede autorizar por escrito a usar o divulgar su información a otras personas para cualquier propósito. Actividades como el mercadeo de productos no relacionados con salud o la venta de información de salud requieren su autorización. En estos casos, las pólizas de seguro y sus beneficios no se afectarán si usted deniega la autorización.

La autorización tiene que estar firmada y fechada por usted, indicar la persona o entidad autorizada a recibir la información, breve descripción de la información a divulgarse y fecha de expiración de la autorización, la cual no excederá de 2 años contados desde la fecha en que se firma la misma. Salvo que se haya firmado la autorización para uno de los siguientes propósitos:

- Para sustentar una solicitud de beneficios bajo una póliza de seguro de vida o para la rehabilitación o cambios de beneficios de la misma, en cuyo caso la autorización estará vigente por treinta (30) meses o hasta que se deniegue la solicitud, lo que ocurra primero; o
- Para sustentar o facilitar la comunicación del tratamiento en curso para un padecimiento crónico o enfermedad crónica o la rehabilitación de una lesión.

La información divulgada conforme a la autorización provista por usted pudiera ser divulgada por el recipiente de la misma y no estar protegida por las leyes de privacidad aplicable. Usted tiene derecho a revocar la autorización por escrito en cualquier momento, pero su revocación no afectará los usos o divulgaciones permitidos por su autorización mientras la misma estuvo vigente. Nosotros guardaremos registro de las autorizaciones o revocaciones otorgadas por usted.

A su familia y amigos: A menos que usted solicite una restricción, podemos divulgar de forma limitada información suya a los miembros de su familia o amistades que estén involucradas en su cuidado médico o que sean responsables por el pago de los servicios médicos.

Antes de divulgar su información médica a alguna persona relacionada con su cuidado médico o con el pago de los servicios de salud, le proveeremos la oportunidad de objetar dicha divulgación. Si usted no se encuentra presente, está incapacitado(a) o es una situación de emergencia, utilizaremos nuestro juicio profesional en la divulgación de información que entendamos resultará en su mejor interés.

Terminación de la relación de servicio: No compartimos información de aquellas personas que ya no mantienen cuentas, pólizas o servicios con nosotros, excepto según lo permita la ley.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

Triple-S Salud ha implantado medidas de seguridad físicas, técnicas y administrativas para limitar el acceso a su información. Nuestros empleados y socios de negocio conocen la responsabilidad de proteger y mantener la confidencialidad de su información y se han comprometido a seguir los más estrictos estándares de confidencialidad y seguridad en el manejo de su información.

USTED TIENE LOS SIGUIENTES DERECHOS

Acceso: Usted tiene el derecho de examinar y obtener copia de su información personal, financiera, de seguros o de salud relacionada con suscripción o reclamaciones dentro de los límites y excepciones que provee la ley. Para ello, usted debe presentarnos su solicitud por escrito. Al recibo de su solicitud nosotros tendremos treinta (30) días para efectuar alguna de las siguientes actividades:

- Solicitud de tiempo adicional
- Proveer la información solicitada o permitirle examinar la información durante horas laborales
- Informarle que no tenemos la información solicitada en cuyo caso, de conocerlo, le indicaremos a dónde acudir

- Denegar la solicitud, parcial o totalmente, debido a que la información proviene de una fuente confidencial o se recopiló en preparación de un litigio o investigación por oficiales del orden público, unidad anti-fraude o para programas de garantía de calidad o cuya divulgación está prohibida por ley. Le notificaremos por escrito las razones de la denegación. No será requerido notificarle en casos donde sea parte de una investigación debidamente constituida por ley o en preparación de un proceso judicial.

El primer informe que usted solicite será gratuito. Nos reservamos el derecho de cobrar por copias subsiguientes. Si usted solicita la información en un formato alterno al que nosotros hemos establecido para este propósito, podría tener que pagar un cargo adicional por el informe.

Informe de Divulgaciones: Usted tiene derecho a recibir una lista de las instancias ocurridas desde el 14 de abril de 2003 en que nosotros o nuestros socios de negocio hayamos divulgado su información de salud para asuntos no relacionados a tratamiento médico, pago de servicios de salud, operaciones de cuidado de salud, o según su autorización. El informe indicará la fecha en que se hizo la divulgación, el nombre de la persona o entidad a la que se divulgó su información, una descripción de la información divulgada y la razón para la divulgación. Si usted solicita este informe más de una vez dentro de un período de doce (12) meses, podríamos cobrarle los costos de procesar la(s) solicitud(es) adicional(es). El informe sólo cubre los últimos seis (6) años.

Restricciones: Usted tiene el derecho de solicitar que implementemos restricciones adicionales en nuestro manejo de su información de salud. Nosotros no tenemos que estar de acuerdo con su solicitud, pero si la aceptamos, nos registramos por la misma (excepto en caso de una emergencia). Su solicitud y nuestro acuerdo de implementar restricciones adicionales en el manejo de su información de salud debe ser por escrito y firmada por un oficial autorizado.

Comunicación confidencial: Usted tiene el derecho de solicitar que nuestras comunicaciones hacia usted relacionadas con su información de salud sean realizadas por métodos alternos o dirigidas a direcciones alternas. Debe presentar

una solicitud escrita en la que indique las razones que pueden ponerle en peligro si las comunicaciones no se realizan de forma confidencial. Podríamos aceptar su solicitud si ésta es razonable, especifica las formas o localizaciones alternas, y nos permite continuar con el cobro de las primas de su seguro de salud y el pago de las reclamaciones por los servicios recibidos, incluyendo el envío de explicaciones de beneficios.

Enmienda: Usted tiene el derecho de solicitar que enmendemos su información de salud. Su solicitud debe ser por escrito, y contener una explicación o evidencia que justifique la enmienda. En el término de sesenta (60) días realizaremos la enmienda. De necesitar tiempo adicional, le solicitaremos por escrito un período de treinta (30) días adicionales previo a la expiración del plazo original.

Podemos rechazar su solicitud si no originamos la información que usted solicita que se enmiende y quién la originó se encuentra disponible para recibir su solicitud, o por otras razones. Si rechazamos su solicitud, le proveeremos una explicación por escrito. Usted puede solicitar que se incluya una declaración suya indicando su desacuerdo con la determinación tomada por nosotros. Si aceptamos su solicitud, realizaremos esfuerzos razonables para informar a otros, incluyendo los socios de negocio, e incluiremos la enmienda en cualquier divulgación futura de tal información

Cierre de negocio: En la eventualidad de un cierre de negocio nos comunicaremos con usted para informarle cómo obtener su historial de reclamaciones y cualquier otra información necesaria.

Aviso en caso de violaciones de Privacidad y Seguridad en que su información esté en riesgo: Usted tiene derecho a ser notificado si la violación de privacidad y seguridad es resultado de que su información no estuviera protegida por tecnologías o metodologías aprobadas por el Departamento de Salud de los Estados Unidos. Estas violaciones serán evaluadas y de aplicar serán reportadas a las agencias gubernamentales requeridas, como por ejemplo; la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) y Oficina de

Derechos Civiles en el período de tiempo establecido por la regulación HIPAA.

Aviso por medios electrónicos: Si usted recibió este aviso por medio del portal www.ssspr.com o por correo electrónico (e-mail), usted tiene derecho a recibir una copia a papel del mismo.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si interesa obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o dudas, comuníquese con nosotros. Todos los formularios para ejercer sus derechos están disponibles en www.ssspr.com.

Si entiende que nosotros o alguno de nuestros socios de negocio ha incurrido en alguna infracción de sus derechos de privacidad, o está en desacuerdo con alguna decisión nuestra sobre el acceso a su información de salud, usted entiende derecho a presentar su queja en la dirección a continuación:

Oficina de contacto:

Departamento de Cumplimiento

Atención:

Oficial de Privacidad

Teléfono: (787) 277-6686

Fax: (787) 993-3260

E-mail: privacidad@ssspr.com

Dirección:

P. O. Box 11320 San Juan, PR 00922

Usted también puede someter su queja por escrito al Departamento de Salud Federal (DHHS) a la siguiente dirección:

U.S. Department of Health and Human
Services
200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F HHH Bldg.
Washington, D.C. 20201

Email to OCRComplaint@hhs.gov

Customer Response Center: (800) 368-1019

Fax: (202) 619-3818 TDD: (800) 537-7697

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos ningún tipo de represalia si usted decide presentar una queja con nosotros o ante el DHHS.

If you would like to receive an English version of this notice, please contact us at the address above or visit our website at www.ssspr.com

DISPOSICIONES GENERALES

1. **ACCIONES CIVILES:** No se entablará ninguna acción civil para reclamar cualesquiera derechos de la persona asegurada bajo esta póliza, antes de transcurrir sesenta (60) días después de haberse suministrado prueba escrita del servicio, de acuerdo con los requisitos de esta póliza. No se entablará ninguna acción luego de transcurridos tres (3) años desde la fecha en que se requiere se suministre prueba escrita del servicio.

2. **ACCIONES DE TERCERAS PERSONAS:** Si por culpa o negligencia de un tercero, la persona asegurada sufre alguna enfermedad o lesión, cubierta bajo esta póliza, Triple-S Salud tendrá derecho a subrogarse en los derechos de la persona asegurada, para reclamar y recibir de dicho tercero, una compensación equivalente a los gastos incurridos en el tratamiento de la persona asegurada, ocasionados por tales actos culposos o negligentes.

La persona asegurada reconoce el derecho de subrogación de Triple-S Salud, y tendrá la responsabilidad de notificarle a Triple-S Salud toda acción que inicie en contra de dicho tercero; disponiéndose, que en caso de que actúe en forma contraria, la persona asegurada será responsable de pagar por dichos gastos a Triple-S Salud.

3. **AVISO DE RECLAMACIÓN:** Deberá darse aviso por escrito de la reclamación a Triple-S Salud dentro de los veinte (20) días después de haber ocurrido o después de dicho término, tan pronto como sea razonablemente posible por la persona asegurada o el patrono en un plazo que no excederá de un (1) año a partir de la fecha en que se dio el servicio. Un aviso dado por escrito por la persona asegurada, a su nombre, a Triple-S Salud, en su oficina principal en San Juan, Puerto Rico o en sus Centros de Servicio alrededor de la Isla, o a cualquier representante autorizado de Triple-S Salud, con suficiente información para poder identificarla se considerará como aviso dado a Triple-S Salud.

4. **CANCELACIÓN INDIVIDUAL:** Triple-S Salud podrá cancelar el seguro de cualquier persona asegurada en cualquier momento si la persona asegurada incurre en actos fraudulentos o en

representaciones falsas de un hecho material, haya presentado o haya hecho presentar una reclamación fraudulenta, o cualquier prueba en apoyo de la misma, para el pago de una reclamación con arreglo a cualquier póliza de Triple-S Salud, sin importar la fecha en que se cometió tal acto, ni la fecha y el modo en que fue descubierta tal actuación, o cuando la persona asegurada presente patrones de fraude en la utilización de los beneficios provistos por la póliza. La cancelación se notificará al asegurado mediante un aviso por escrito que le será entregado, o se enviará por correo a su última dirección según demuestren los archivos de Triple-S Salud, indicando cuándo dicha cancelación será efectiva, que no será menos de treinta (30) días después del aviso.

Triple-S Salud emitirá al empleado asegurado una certificación de cubierta según requerida por HIPAA. De no recibir dicha certificación de cubierta, la persona asegurada podrá obtenerla a través de nuestro Departamento de Servicio al Cliente, llamando al 787-774-6060.

5. **CARTA DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:** Triple-S Salud requerirá a sus asegurados, o en el caso de personas incapacitadas o menores de edad, a los padres, tutores, custodios o encargados de dichas personas que lean y se familiaricen con la "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente" o un resumen adecuado y razonable de la misma, según preparado o autorizado por el Departamento de Salud. El resumen de esta Carta se encuentra en esta póliza.

6. **CERTIFICADOS DE BENEFICIOS:** Triple-S Salud expedirá al tenedor de la póliza una póliza/certificado de beneficios. Además, Triple-S Salud entregará una lista de médicos y proveedores participantes de Triple-S Salud así como el Resumen de Beneficios de Cubierta (SBC, por sus siglas en inglés).

7. **CLÁUSULA DE CONVERSIÓN:**

a. Si el seguro sobre una persona asegurada bajo la póliza cesa por razón de finalizar su empleo o su condición de pertenecer a una clase o clases elegibles

para cubierta bajo la póliza, dicha persona tiene derecho a que Triple-S Salud le emita, sin evidencia de asegurabilidad, una póliza individual básica en los diferentes niveles de cubiertas metálicas que tengan aprobadas a las personas recién aseguradas que soliciten un plan médico individual, aceptando pagar las primas de dicho plan médico individual. La solicitud escrita para la suscripción en una póliza individual se hará, y la primera prima se pagará a Triple-S Salud en o antes de treinta (30) días después de finalizar tal cese; y disponiéndose, además que:

- 1) Si la persona asegurada tenía una cubierta previa calificadora con beneficios que no son comparables o no superan los ofrecidos en la cubierta del plan médico individual básico plata, Triple-S Salud le ofrecerá el plan médico individual básico bronce a dicha persona, que convierte su plan entre periodos de suscripción, hasta el próximo periodo de suscripción. Durante el periodo de suscripción, el asegurado podrá seleccionar el plan médico individual básico que prefiera.
- 2) La prima de la póliza individual será la tarifa entonces vigente en Triple-S Salud que aplique a la forma y los beneficios de la póliza seleccionada por el asegurado. La condición de salud no será una base aceptable para la clasificación del riesgo.
- 3) La póliza individual deberá cubrir también al cónyuge o dependientes directos del empleado asegurado si éstos estaban cubiertos a la fecha de terminación del seguro grupal. Triple-S Salud podrá emitir una póliza individual separada para cubrir al cónyuge o dependientes directos suscritos.
- 4) La póliza individual será efectiva a la terminación del seguro bajo la póliza de grupo.
- 5) Triple-S Salud no estará obligada a emitir una póliza individual a una persona que:

- a. No solicite el plan médico individual básico dentro de los treinta (30) días del evento calificador o a más tardar a treinta (30) días de haber perdido la elegibilidad para su cubierta existente calificadora.
- b. Esté cubierta, o es elegible para cubierta, conforme a otro arreglo de beneficios médicos, sea público o privado, lo cual incluye las pólizas suplementarias de Medicare o el programa de Medicare establecido conforme al Título XVIII de la Ley de Seguro Social, según enmendada, o alguna otra ley federal o estatal, excepto en el caso de una persona elegible para Medicare; por motivos que no sea la edad.
- c. Esté cubierta, o es elegible para cubierta por un plan médico que provee cubierta de cuidado de la salud que ofrece el patrono de la persona recién cubierta.
- d. Esté cubierta, o es elegible para cubierta, por un plan médico que provee cubierta de cuidado de la salud en el que el cónyuge, padre custodio o tutor esté suscrito o es elegible a ser suscrito, excepto si dicho plan médico es el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico o cualquier otro plan médico gubernamental que sea administrado por la Administración de Seguros de Salud;
- e. Por el período en que esté cubierto conforme al plan médico individual anterior y que termina con posterioridad a la fecha de efectividad de la cubierta nueva.
- f. Esté cubierta, o es elegible para un plan médico grupal extendido a tenor con la Sección 4980b del Código de Rentas Internas

Federal, secciones 601 a la 608 de la Ley de Seguridad de Ingresos en el Retiro (ERISA por sus siglas en inglés) de 1974, según enmendada, las Secciones 2201 a la 2208 de la ley de Servicio de Salud Pública (PHSA), según enmendada, o algún otro plan médico grupal extendido que se requiera por ley.

b. Sujeto a las condiciones y limitaciones por el inciso (a) de esta sección, el privilegio de conversión se le otorgará:

- 1) al cónyuge o dependientes directos de la persona asegurada cuya cubierta bajo la póliza de grupo cese por razón de la muerte de tal persona.
- 2) al cónyuge o dependientes directos de la persona cuya cubierta cese por razón de no cualificar como un dependiente bajo la póliza de grupo, aunque la persona asegurada continúe cubierta bajo la póliza de grupo.

c. En caso de que un asegurado bajo la póliza de grupo sufra una pérdida de cubierta bajo la una póliza individual descrita en el inciso (a) de esta sección, durante el periodo dentro del cual hubiere cualificado para la emisión de dicha póliza individual y antes que dicha póliza empiece a regir, los beneficios a que tuviere derecho bajo dicha póliza serán pagaderos como reclamación bajo la póliza de grupo, aunque no se haya solicitado una póliza individual o aunque no se haya hecho el pago de la primera prima.

d. Si cualquier asegurado bajo esta póliza de grupo adquiere el derecho de obtener una póliza individual bajo los términos de la póliza de grupo sujeto a solicitar y pagar la primera prima dentro del periodo especificado en la póliza y si a ese individuo no se le avisa de la existencia de este derecho por lo menos quince (15) días antes de

la fecha de expiración de dicho periodo, entonces, en tal caso, el individuo tendrá un periodo adicional durante el cual puede ejercer su derecho, pero nada de esto implica la continuación de una póliza más allá del periodo provisto en dicha póliza.

El periodo adicional expirará quince (15) días después de habersele avisado al individuo, pero en ningún caso se extenderá ése más de sesenta (60) días después de la fecha de expiración provista en la póliza. Una notificación escrita presentada al individuo o enviada por correo por el tenedor de la póliza a la última dirección conocida del individuo, según la suscriba el tenedor de la póliza, será considerada aviso para los efectos de este párrafo. Si se concede un periodo adicional para ejercer el derecho a convertir, según aquí provisto, y si la solicitud escrita para dicha póliza individual, acompañada por la primera prima, se hace durante el periodo adicional, la efectividad de la póliza individual será la terminación del seguro bajo la póliza de grupo.

8. **COBRA (CONSOLIDATED OMNIBUS BUDGET RECONCILIATION ACT) APLICABLE A PATRONOS CON 20 EMPLEADOS O MÁS:** Provee, en algunas situaciones, una cubierta continuada (cubierta extendida) a los empleados cubiertos y dependientes directos elegibles, cuando la cubierta bajo el plan médico grupal termina por las razones (eventos calificados) establecidos en dicha legislación. El empleado asegurado deberá confirmar con su patrono si es elegible para esta cubierta. El patrono, y no Triple-S Salud, será el administrador COBRA.

En casos de terminación del empleo, ya sea por despido (siempre y cuando la causa no sea por mala conducta) o renuncia, y reducción de horas, la ley COBRA establece que el asegurado en el plan de salud grupal tendrá derecho a una cubierta extendida de 18 meses. Esta cubierta también estará disponible para sus dependientes directos. Si el asegurado bajo COBRA se incapacita y su

incapacidad es certificada por la Administración del Seguro Social dentro de los 60 días a partir del evento calificativo, entonces el asegurado bajo *COBRA* tendrá derecho a una extensión de 11 meses bajo *COBRA*. Por último, si se trata de un divorcio o muerte del empleado, el cónyuge y sus hijos, tendrán derecho a un periodo de cubierta extendida de 36 meses. El dependiente directo (hijo) tendrá un periodo de 36 meses si pierde la condición de elegible bajo el plan. Si el empleado recibe los beneficios de *Medicare*, el cónyuge y sus dependientes tendrán derecho a cubierta extendida por 36 meses. La cubierta extendida bajo *COBRA* puede finalizar por las siguientes razones:

- a. Finaliza el periodo de *COBRA*;
- b. Por falta de pago;
- c. Patrono finaliza plan de salud grupal;
- d. Asegurado se suscribe a *Medicare*;
- e. Asegurado se suscribe a otro plan de salud en el cual no tiene periodo de espera;
- f. Asegurado incurre en una falta que de acuerdo al plan es justa causa para darlo de baja del plan (por ejemplo: someter reclamaciones fraudulentas).

Los casos de transición serán incluidos como casos *COBRA* para propósitos de la experiencia del grupo.

9. **CONCESIONARIO INDEPENDIENTE DE LA BLUE CROSS AND BLUE SHIELD ASSOCIATION:** El asegurado y sus dependientes, por este medio expresamente reconocen y conocen que esta póliza constituye un contrato entre el asegurado y Triple-S Salud, que es una corporación independiente y opera bajo una licencia de la *Blue Cross and Blue Shield Association*, una asociación independiente de planes *Blue Cross and Blue Shield*, que permite a Triple-S Salud usar las marcas de servicio *Blue Cross and Blue Shield* en Puerto Rico e Islas Vírgenes y que Triple-S Salud no es un representante autorizado de la Asociación. El asegurado y sus dependientes, además, reconocen y entienden que están adquiriendo esta póliza basados en las

representaciones hechas por Triple-S Salud y que ninguna otra persona, entidad u organización podrá ser responsable por cualquier obligación de Triple-S Salud para con el asegurado bajo esta póliza. Lo antes expresado no creará ninguna obligación adicional por parte de Triple-S Salud, excepto por las obligaciones creadas bajo las disposiciones de este acuerdo.

10. **CONFIDENCIALIDAD:** Triple-S Salud mantendrá la confidencialidad de la información médica y sobre reclamaciones de la persona asegurada conforme a las políticas y prácticas establecidas en el Aviso de Prácticas de Privacidad contenidas en esta póliza.
11. **CONTRATO ÚNICO-CAMBIOS:** Esta póliza, los endosos y los documentos anexos, si los hubiere, constituyen el texto íntegro del contrato de seguro. Ningún cambio en esta póliza será válido hasta que sea aprobado por el funcionario ejecutivo designado por la Junta de Directores de Triple-S Salud y por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico previo a su uso, y a menos que dicha aprobación sea endosada en la presente o adherida a la misma. Ningún representante autorizado tiene autoridad para cambiar esta póliza o renunciar a ninguna de sus disposiciones.
12. **CUBIERTAS MANDATORIAS:** Esta póliza está sujeta a leyes y reglamentos federales y locales que pudieran requerir, durante la efectividad de la misma, que se cubran servicios hospitalarios o médico-quirúrgicos adicionales los cuales no eran parte de los servicios cubiertos cuando la póliza fue hecha efectiva. Estas cubiertas mandatorias que entren en vigor en una fecha posterior a la emisión de esta póliza pueden tener un impacto en costos y primas.
13. **DERECHO A LA RENOVACIÓN GARANTIZADA DEL PLAN:** El patrono tiene derecho a exigir la renovación garantizada del plan médico de todos los empleados elegibles y sus dependientes, excepto en los casos siguientes:

- b. Por falta de pago de la prima, considerando el período de gracia;
- c. Cuando el patrono, el empleado elegible o cualquiera de sus dependientes haya cometido un acto que constituye fraude. En tal caso, Triple-S Salud podrá optar no renovar el plan médico al patrono, al empleado elegible o persona asegurada por un (1) año a partir de la fecha de terminación de la cubierta;
- d. Cuando el patrono, el empleado elegible o persona asegurada ha hecho una representación falsa intencional de un hecho importante y material bajo los términos del plan médico. En tal caso, Triple-S Salud podrá optar por no renovar el plan médico al patrono, empleado elegible o persona asegurada por un (1) año a partir de la fecha de terminación de la cubierta;
- e. Por incumplimiento con los requisitos de participación mínima establecidos por Triple-S Salud;
- f. Por incumplimiento con los requisitos de aportación patronal;
- g. En caso de que Triple-S Salud determinara discontinuar el ofrecimiento de todos sus planes médicos formalizados con patronos en Puerto Rico: En estos casos, Triple-S Salud notificará por escrito a la Oficina del Comisionado de Seguros en Puerto Rico, a los patronos y las personas cubiertas su determinación de no renovar, por lo menos ciento ochenta (180) días antes de la fecha de renovación del plan médico.
- h. Cuando el Comisionado de Seguros determine que la continuación del plan médico no responde a los mejores intereses de los titulares de las pólizas, o afectaría la capacidad del asegurador de cumplir sus obligaciones contractuales.
- i. Cuando, en el caso de los planes médicos que se hacen disponibles en el mercado de grupos pequeños

mediante un plan de red preferida, ya no hay un empleado del patrono de que viva, trabaje o resida dentro del área geográfica establecida del asegurador.

- 14. **DERECHO DE TRIPLE-S SALUD A HACER AUDITORÍAS:** Al suscribirse a esta póliza las personas aseguradas aceptan, reconocen y entienden que Triple-S Salud, como pagador de los servicios de salud incurridos, tiene la autoridad para acceder a sus expedientes médicos para realizar auditorías sobre todas o cualquier reclamación de servicios de salud que Triple-S Salud haya pagado.
- 15. **DERECHOS BAJO LA LEY NÚM. 248 DE 15 DE AGOSTO DE 1999, LEY PARA GARANTIZAR UN CUIDADO ADECUADO PARA LAS MADRES Y SUS RECIÉN NACIDOS DURANTE EL PERIODO POST-PARTO:** Las leyes aplicables disponen, entre otras cosas, lo siguiente:
 - a. No se limitarán las estadías de la madre o el recién nacido, que son consecuencia de un parto, a menos de 48 horas en caso de parto natural o menos de 96 horas en caso de partos por cesáreas.
 - b. Las aseguradoras y planes grupales podrán, sin embargo, cubrir estadías menores a estos periodos, si el médico, luego de consultar a la madre, ordena el alta de la madre o el recién nacido antes de cumplirse los términos indicados anteriormente.
 - c. Si la madre y el recién nacido son dados de alta en un período de tiempo menor al dispuesto en el inciso (a) de este artículo pero de conformidad con el inciso (b), la cubierta proveerá para una visita de seguimiento dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes. Los servicios incluirán, pero no se limitarán, a la asistencia y cuidado físico para beneficio del menor, educación sobre cuidado del menor para ambos padres, asistencia y entrenamiento sobre lactancia,

orientación sobre apoyo en el hogar y la realización de cualquier tratamiento y pruebas médicas tanto para el infante como para la madre.

- d. Las aseguradoras ni los planes grupales diseñarán beneficios o incluirán copagos o coaseguros que impliquen un trato desfavorable a alguna porción de la estadia hospitalaria.

16. **DERECHOS BAJO THE HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT:** Cualquier individuo asegurado bajo un plan de salud grupal por un mínimo de dieciocho (18) meses tiene derecho a acogerse a una póliza de seguro de salud individual sin que le aplique un periodo de espera o cláusula por condiciones pre-existentes.

Para poder beneficiarse, la solicitud de ingreso al plan individual no puede exceder sesenta y tres (63) días siguientes de haber perdido el plan grupal anterior, o la aportación patronal y la terminación del plan debe ser por una de las siguientes razones:

- Pérdida de elegibilidad (por ejemplo, por renuncia o despido),
- Pérdida de aportación patronal, o
- Terminación de la cubierta *COBRA*

17. **DERECHOS CIVILES PARA INDIVIDUOS BAJO LA SECCIÓN 1557:** Triple-S Salud, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Triple-S Salud, Inc. no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Ofrecemos asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros. También ofrecemos servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés.

Para más información, puede referirse a nuestro portal electrónico:

<http://www.ssspr.com/SSSPortal/GeneralInfo/politica-privacidad.html> o llamar a los siguientes números: (787) 787-774-6060 o sin cargos al 1-800-981-3241, para servicios telefónicos para audio impedidos (TTY/TDD) al 787-792-1370 o sin cargos al 1-866-215-1999.

18. **DERECHOS PERSONALES:** La persona asegurada no podrá ceder, traspasar o enajenar en favor de terceras personas, ninguno de los derechos y beneficios que pueda reclamar en virtud de esta póliza. Disponiéndose, que Triple-S Salud se reserva el derecho de recobrar todos los gastos incurridos en caso de que la persona asegurada, con su consentimiento expreso o implícito, permita que personas no aseguradas utilicen la tarjeta de asegurado expedida a su favor por Triple-S Salud; y disponiéndose además, que el recobro de tales gastos no impedirá que Triple-S Salud pueda cancelar el contrato de seguros en el momento en que descubra el uso ilegal de la tarjeta, ni impedirá la radicación de querrela para que se enjuicie criminalmente a la persona asegurada o a la persona que utilice ilegalmente dicha tarjeta.

19. **EXÁMENES FÍSICOS:** Triple-S Salud tendrá el derecho y la oportunidad de examinar, por su cuenta, a la persona asegurada cuando y tan frecuentemente como razonablemente se requiera para propósitos de auditoría o investigaciones de fraude.

20. **EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA EL ASEGURADO:** La persona asegurada no será responsable de pagar por aquellos servicios para los cuales el proveedor participante incumplió con los procedimientos de elegibilidad, políticas de pago o protocolos de servicios establecidos por Triple-S Salud.

21. **IDENTIFICACIÓN:** Triple-S Salud expedirá una tarjeta a cada persona asegurada, la que será requisito presentar a cualquier proveedor participante de Triple-S Salud al cual se le soliciten servicios, para que los mismos estén cubiertos por la póliza. Además, deberá presentar una segunda identificación con fotografía.

22. **MODELO PARA RECLAMACIONES:** Al recibir aviso de reclamación, Triple-S Salud suministrará al reclamante los modelos que suministra regularmente para la presentación de pruebas de pérdidas. Si dichos modelos no se suplen dentro de quince días después de dado dicho aviso, se considerará que el reclamante ha cumplido con los requisitos de esta póliza en cuanto a la prueba de pérdidas, si somete, dentro del tiempo fijado en esta póliza para la presentación de pruebas de pérdidas, prueba por escrito cubriendo lo acaecido y la naturaleza y extensión de las pérdidas por las cuales se hace la reclamación.

23. **LÍMITE DE TIEMPO PARA CIERTAS DEFENSAS:**

a. Después de dos (2) años de expedida esta póliza, ninguna declaración falsa (excepto declaraciones fraudulentas) hechas por alguna persona asegurada bajo la póliza podrá ser utilizada para anular el seguro sobre su persona o denegar una reclamación por servicios que comiencen después de transcurrido dicho periodo de dos (2) años.

b. Ninguna reclamación por servicios que comiencen después de transcurridos dos (2) años desde la fecha de expedición de esta póliza, se reducirá o denegará por el fundamento de que, con anterioridad a la fecha de efectividad de la cubierta de esta póliza, existía una enfermedad o lesión física no excluida de la cubierta por su nombre o descripción específica, efectiva en la fecha del servicio.

24. **PAGO DE PRIMA:** Tanto el patrono como el empleado asegurado serán responsables solidariamente por el pago de la prima correspondiente a la póliza; disponiéndose, que dicha responsabilidad cubrirá toda prima adeudada hasta la fecha de terminación de la póliza, conforme con la cláusula de TERMINACIÓN de la misma. Triple-S Salud tendrá derecho a cobrar al empleado asegurado la prima adeudada o los costos incurridos en el pago de

reclamaciones por servicios prestados luego de la cancelación del plan de salud de dicha persona. Triple-S Salud podrá utilizar los servicios de agencias de cobro para requerir el pago de cualquier deuda que exista con Triple-S Salud. Disponiéndose, además, que el deudor se obliga a pagar las costas, gastos y honorarios de abogado, así como cualquier otra cantidad o gasto adicional que incurra Triple-S Salud para el cobro de la deuda, a menos que el tribunal disponga lo contrario.

Triple-S Salud se reserva el derecho de notificar en forma detallada a cualquier agencia, institución, u organismo que se dedique a investigaciones de crédito, el incumplimiento de pago por parte del patrono o de la persona asegurada.

25. **PAGO DE RECLAMACIONES:** Como regla general, los beneficios provistos bajo esta póliza serán pagaderos a proveedores participantes, excepto en casos de emergencia donde se pagará según lo dispuesto por ley. De la persona asegurada haber utilizado proveedores no participantes durante casos de emergencias, los servicios prestados serán pagados directamente al proveedor.

En el caso de que la persona asegurada reciba servicios de cuidado de salud posteriores a los servicios de emergencia, o de postestabilización, que estarían cubiertos bajo el plan de cuidado de salud, excepto por el hecho de que se trata de un proveedor no participante, Triple-S Salud reembolsará a la persona asegurada a base de lo que resulte menor entre el gasto incurrido y el honorario que se hubiese pagado a un proveedor participante, luego de descontar el copago y/o coaseguro aplicable, según establecido en la póliza, siempre que exista una razón médica de peso por la cual el paciente no pueda ser transferido a un proveedor participante. Además, esta póliza también contiene beneficios que se pagan a base de indemnización o reembolso al asegurado aun cuando el proveedor sea participante.

Para que Triple-S Salud pueda indemnizar o emitir un reembolso al asegurado en estos casos, la persona asegurada deberá dar aviso por escrito de la reclamación a Triple-

S Salud dentro de los veinte (20) días después de haber ocurrido o después de dicho término, tan pronto como sea razonablemente posible, pero que no exceda de un (1) año a partir de la fecha en que se prestó el servicio.

26. **PAGO SERVICIO CUBIERTO TOTAL SI NO HUBIERE PROVEEDOR:**

En los casos que un asegurado necesite un servicio médicamente necesario cubierto por el plan para el cual no hubiere proveedor contratado y no esté dispuesto en su cubierta que el servicio será provisto mediante reembolso al asegurado, Triple-S Salud coordinará y establecerá un acuerdo especial con un proveedor no participante para la prestación de dichos servicios al asegurado. Esto estará sujeto a los términos y condiciones de la póliza del asegurado y al pago al proveedor a base de la tarifa establecida por Triple-S Salud para los servicios a prestarse.

27. **PERIODO DE GRACIA:** Se concede un periodo de gracia de 31 días calendario para el pago de cada prima que venza después de la primera prima, periodo de gracia durante el cual la póliza continuará en vigor.

28. **PROGRAMA BLUECARD® PROGRAM Y SERVICIOS FUERA DEL ÁREA:** Triple-S Salud, Inc. (en adelante "Triple-S Salud") es un concesionario independiente de la Asociación *Blue Cross y Blue Shield*. Esto nos permite relacionarnos con otros Concesionarios de *Blue Cross y Blue Shield* conocidos como los *Inter-Plan-Programs*. Cuando los asegurados obtienen servicios fuera del área de servicio, las reclamaciones pueden ser procesadas por medio de uno de estos Inter-Plan Programs, que incluyen el BlueCard® Program y pagadas de acuerdo con las reglas vigentes establecidas en las pólizas de los Inter-Plan Programs. Los Inter-Plan Programs disponibles para los asegurados están descritos más adelante.

Por lo general, cuando los asegurados obtienen servicios fuera del área de servicio de Triple-S Salud, reciben su cuidado de proveedores que tienen un contrato con el Concesionario local de Blue Cross y/o Blue Shield en esa otra área

geográfica, el cual se conoce como Host Blue. En algunos casos, los asegurados pueden obtener servicios de proveedores que no son participantes de la red o que no tienen un acuerdo contractual. Las prácticas de pago para ambos casos están descritas más adelante.

Bajo el Programa BlueCard®, cuando usted accede servicios de salud cubiertos dentro del área geográfica que sirve el Host Blue, Triple-S Salud, es responsable de cumplir con las obligaciones contractuales establecidas. Sin embargo, el Host Blue es responsable de proveer los servicios tales como contratar e interactuar con los proveedores participantes.

Método para Calcular la Responsabilidad por Reclamación

Cuando las reclamaciones son procesadas mediante el Programa BlueCard®, la responsabilidad de pago del asegurado por dichos servicios se determinará a base de lo que sea menor entre el cargo facturado por los servicios cubiertos o la cantidad o tarifa negociada que Triple-S Salud recibe del Plan Blue Cross y/o Blue Shield del área en que el asegurado recibe el servicio (Host Blue).

El cálculo de la responsabilidad del grupo por las reclamaciones de servicios cubiertos procesados por el Programa BlueCard® será a base del precio negociado con el Host Blue. En ciertas circunstancias este precio negociado puede ser mayor que los cargos facturados si el Host Blue ha negociado con su proveedor participante una concesión global (cantidad por caso o por día) por los servicios específicos para el cuidado de la salud.

Los Host Blues pueden utilizar varios métodos para determinar la tarifa negociada dependiendo de las condiciones de la contratación con los proveedores de cada Host Blue. El método puede ser uno de los siguientes:

- (i) Tarifa negociada - esta es una cantidad fija que significa un pago negociado sin aumento o reducción.
- (ii) Tarifa estimada - ésta considera ciertos pagos negociados con el proveedor así como otras transacciones que pueden

estar o no relacionadas a las reclamaciones.

- (iii) Tarifa promedio - es un por ciento de los cargos facturados que representan los pagos totales negociados por el Host Blue con sus proveedores o con un subgrupo afiliado de sus proveedores o con un proveedor individual y otras transacciones que pueden estar o no relacionadas a las reclamaciones.

Las transacciones para los casos (ii) y (iii) pueden incluir, pero no se limitan a, recobro por fraude y abuso, reembolsos para proveedores no aplicados a una reclamación específica, arreglos retrospectivos y pagos relacionados al desempeño o incentivos.

El Host Blue puede ajustar prospectivamente la cantidad estimada o promedio para corregir las tarifas anteriores de las reclamaciones del Programa BlueCard®, si los pagos fueron subestimados o sobrestimados. Sin embargo, la cantidad que paga el asegurado y el grupo es considerada una tarifa final; esto es requisito del Programa BlueCard® el cual establece que el precio presentado por un Host Blue debe ser una tarifa final y no puede considerar ajustes prospectivos por determinar una cantidad estimada o promedio corriente.

Si el Host Blue utiliza un precio estimado o promedio, el Host Blue podrá retener una parte de la cantidad que el grupo paga en una cuenta de desviación de gastos, mientras logra un acuerdo arreglo con sus proveedores participantes. Además, las cantidades pagadas son finales. Por lo tanto, el grupo no deberá los fondos mantenidos en la cuenta de desviación de gastos para ser pagados, ni recibirá los fondos que se anticipen por una cuenta de desviación de gastos para ser recobrados. Estas cantidades por pagar o cobrar serían agotadas por los arreglos con el proveedor y/o por ajustes prospectivos a los precios negociados. Algunos Host Blues pueden retener el interés ganado, si hay alguno, de los fondos que están en la cuenta de desviación de gastos.

No obstante lo anterior, las leyes de algunos estados requieren que los Host Blues donde se presta el servicio usen una fórmula determinada para calcular el coaseguro o copago por los servicios cubiertos, sin considerar los ahorros totales recibidos o estimados por determinada reclamación para añadir un recargo. En estos

casos, Triple-S Salud calculará la cantidad del coaseguro o copago de acuerdo a las leyes aplicables en dicho estado.

Devolución de Sobrepago

Bajo el Programa BlueCard®, los recobros por sobrepago de un Host Blue o de sus proveedores participantes pueden surgir por varias causas, incluyendo, pero sin limitarse a, recobro por fraude y abuso, auditorías a proveedores de cuidado de la salud/hospitales, auditorías de saldo acreedor, reembolsos de la revisión de la utilización y reembolsos no solicitados. En algunos casos, el Host Blue contrata un tercero para que le ayude a identificar o recaudar las cantidades a recobrar. Los honorarios de ese tercero podrían descontarse de las cantidades recobradas. Las cantidades a recobrase que se determinan de esta manera se adjudicarán de acuerdo a las políticas Inter-Plan que apliquen, las cuales generalmente requieren que se corrijan los recobros reclamación por reclamación o de forma prospectiva.

Proveedores no Participantes Fuera del Área de Servicio

Si los servicios cubiertos fueran provistos por un proveedor no participante fuera del área de servicio, la cantidad que paga el asegurado generalmente será a base del pago local del proveedor no participante con el Host Blue o los acuerdos de pagos establecidos por la ley estatal aplicable. En estos casos, el asegurado puede ser responsable de pagar la diferencia entre la cantidad facturada por el proveedor no participante y el pago que Triple-S Salud realizará por los servicios cubiertos según lo establecido en este párrafo.

En ciertas situaciones por excepción, podemos pagar reclamaciones de proveedores no participantes fuera del área de servicio de acuerdo a los cargos facturados por el proveedor como en situaciones donde el asegurado no tuvo acceso razonable a un proveedor participante. En otros casos, Triple-S Salud puede pagar la reclamación a base del pago que Triple-S Salud haría a un proveedor no participante dentro de su área de servicio, según lo descrito en otras partes de este documento, donde el pago correspondiente del Host Blue sería mayor que nuestro pago a un proveedor no participante en nuestra área de servicio o podemos negociar un pago con el proveedor sobre la base de una

excepción. En cualquiera de estas situaciones, el asegurado puede ser responsable de la diferencia entre la cantidad que el proveedor no participante factura y el pago que Triple-S Salud realizará por los servicios cubiertos, según lo establecido en este párrafo.

29. **QUALIFIED MEDICAL CHILD SUPPORT ORDER (QMCSO, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) / ORDEN DE MANUTENCION MÉDICA INFANTIL:**

Esta disposición es un requisito de ley, ERISA (*Employee Retirement Income Security Act*) para los planes de salud grupal patronal que extiendan cubierta de salud a los hijos de los empleados que son padres divorciados, separados, o que nunca se han casado, cuando así sea ordenado por el Estado. Esta disposición provee que al plan se le pueda requerir la cubierta de salud para un menor dependiente de un empleado. El Estado o Tribunal, puede solicitar a un patrono cubierto bajo la ley ERISA que extienda su cubierta a un menor dependiente de un empleado utilizando una orden de sustento para cubierta de salud.

30. **RECUPERACIÓN O RECOBRO DE PAGOS EN EXCESO O POR ERROR:**

Cuando Triple-S Salud haya pagado una reclamación por reembolso a la persona asegurada, y dicho pago haya sido emitido por error por una cantidad superior a la que la persona asegurada tenía derecho, Triple-S Salud podrá recobrar la cantidad pagada en exceso a la persona asegurada.

31. **REINSTALACIÓN:** Si no se pagare alguna prima de renovación dentro del tiempo concedido al grupo para su pago, la subsiguiente aceptación de una prima por el asegurador o por algún representante autorizado por el asegurador para aceptar tal prima, sin requerir en relación con la misma una solicitud de rehabilitación, rehabilitará la póliza; sin embargo, si el asegurador o tal representante autorizado exige una solicitud de reinstalación y extiende un recibo condicional por la prima pagada, la póliza quedará reinstalada al aprobarse dicha solicitud por el asegurador, o, a falta de tal aprobación, al cuadragésimo quinto día siguiente a la fecha de dicho recibo condicional, a menos que el asegurador haya previamente notificado por escrito al asegurado la desaprobación de tal solicitud. La póliza rehabilitada sólo cubrirá pérdidas resultantes de cualquier lesión accidental que pueda sufrirse después de la fecha de la rehabilitación y pérdidas debidas a cualquier enfermedad que

pueda comenzar más de diez días después de tal fecha.

En cualquier otro respecto, el grupo y el asegurador tendrán los mismos derechos con arreglo a la póliza que los que tenían inmediatamente antes de la fecha de vencimiento de la prima insoluta, sujeto a cualesquiera disposiciones endosadas o adheridas a la presente, en relación con la reinstalación. Cualquier prima que se acepte en relación con una reinstalación deberá aplicarse a un periodo por el cual no se haya pagado prima previamente, pero no a ningún período mayor de sesenta (60) días con anterioridad a la fecha de la reinstalación.

32. **TERMINACIÓN:** Triple-S Salud se reserva el derecho de terminar esta póliza en la fecha de vencimiento por falta de pago de prima, luego del periodo de gracia, mediante el envío al empleado asegurado de una notificación por escrito con no menos de treinta (30) días de anticipación.

Además, Triple-S Salud, se reserva el derecho de terminar esta póliza por falta de pago de cualquier prima mediante el envío al patrono de una notificación por escrito con no menos de treinta (30) días de anticipación. En el caso de que el patrono decidiera cancelar esta póliza para continuar el beneficio del plan de salud a sus empleados con otra organización, el patrono podrá terminar la póliza en la fecha de vencimiento de cualquier prima mediante el envío de una notificación por escrito a Triple-S Salud con treinta (30) días de anticipación. Por el contrario, si el patrono decidiera no continuar el plan de salud para sus empleados como uno de sus beneficios marginales, deberá dar notificación escrita a Triple-S Salud con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación a la fecha de efectividad de la cancelación, la cual se hará efectiva al último día del mes siguiente a aquel en que se haga la oportuna notificación. La terminación no afectará a cualquier reclamación por servicios prestados con anterioridad a la fecha de la terminación.

En caso en que la organización que ofrece un plan de cuidado de salud deje de existir como tal; o de la terminación o cancelación de un proveedor, Triple-S Salud le notificará dicha terminación o cancelación con treinta (30) días calendario de anticipación a la fecha de terminación o cancelación.

Sujeto a cualquier pago de prima, en el caso de la terminación de un proveedor o póliza, el empleado asegurado podrá continuar recibiendo los beneficios del mismo durante un periodo de transición de noventa (90) días contados a partir de la fecha de la terminación de la póliza o del contrato con el proveedor.

El periodo de transición, en las circunstancias que se describen a continuación, ocurrirá de la siguiente manera:

- a. Si el asegurado se encuentra hospitalizado al momento de la referida fecha de terminación del plan, y la fecha de alta de hospitalización estaba programada antes de dicha fecha de terminación, el periodo de transición se extenderá desde esta fecha hasta noventa (90) días después de la fecha en que sea dado de alta.
- b. En el caso de una persona asegurada que se encuentre en el segundo trimestre de embarazo a la fecha de terminación de esta póliza y el proveedor haya estado ofreciendo tratamiento médico relacionado con el embarazo antes de la fecha de terminación de la póliza, el periodo de transición en cuanto a los servicios relacionados con el embarazo se extenderá hasta la fecha de alta de hospitalización de la persona asegurada por razón del parto o la fecha de alta del recién nacido, de las dos la que fuere última.
- c. En caso de pacientes diagnosticados con una condición terminal, antes de la fecha de terminación del plan y que continúe recibiendo servicios por esa condición antes de la fecha de terminación del plan, el período de transición se extenderá durante el tiempo restante de la vida del paciente.

El periodo de cuidado de transición está sujeto al pago de la prima correspondiente y podrá ser denegado o terminado si el asegurado y/o el proveedor incurre en fraude contra el seguro. El asegurado puede optar por acogerse a una póliza de Triple-S Directo o al periodo de transición por terminación del plan. Una vez agotado el periodo de transición por terminación del plan aplica lo dispuesto bajo la cláusula de Conversión.

33. **TERMINACIÓN INDIVIDUAL:** Será deber del empleado asegurado que cese o se

retire de su empleo devolver las tarjetas de asegurado a Triple-S Salud. Triple-S Salud no cubrirá los servicios utilizados después de la terminación del seguro. El empleado será responsable del pago de dichos servicios.

34. **TRANSFERENCIA DE CUBIERTA:** En caso de que la persona asegurada se mude a un área que está cubierta por otro plan afiliado a la *Blue Cross and Blue Shield Association* y si la persona asegurada lo solicita, Triple-S Salud tramitará la transferencia al plan que da servicio en la nueva dirección de la persona asegurada. El nuevo plan deberá ofrecer a la persona asegurada por lo menos, su póliza de conversión de grupo. Éste es un tipo de póliza que normalmente se ofrece a los asegurados que abandonan un grupo y solicitan cubierta como individuos. La póliza de conversión ofrece cubierta sin requerir examen médico o certificado de salud.

Si la persona asegurada acepta la póliza de conversión, el nuevo plan le acreditará el tiempo que estuvo asegurada en Triple-S Salud contra cualquier periodo de espera. Cualquier condición física o mental cubierta por Triple-S Salud será cubierta por el nuevo plan sin periodos de espera, si el nuevo plan ofrece esta característica a otros que tengan el mismo tipo de cubierta.

Las tarifas y los beneficios disponibles por el nuevo plan podrían variar significativamente de aquellos que ofrece Triple-S Salud.

El nuevo plan podría ofrecer a la persona asegurada otros tipos de cubierta que están fuera del Programa de Transferencia. Estas pólizas pueden requerir un examen médico o certificado de salud, para excluir cubierta para condiciones preexistentes; o podrían no aplicarle el tiempo asegurado en Triple-S Salud a los periodos de espera.

La persona asegurada podrá conseguir información adicional sobre el Programa de Transferencia, comunicándose con nuestro Departamento de Servicio al Cliente.

35. **WOMEN'S HEALTH AND CANCER RIGHTS ACT – WHCRA (SALUD DE LA MUJER Y LA LEY DE DERECHOS DE CÁNCER):** Esta póliza provee cubierta a la persona asegurada para la reconstrucción del seno en el cual se llevó a cabo una mastectomía, así como cubierta para la reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica, las prótesis y las complicaciones físicas que surjan en todas las etapas de la mastectomía. Estos beneficios serán provistos en consulta entre la persona asegurada y su médico y estarán sujetos a los coaseguros y copagos establecidos en su póliza.

DEFINICIONES

CUBIERTA BÁSICA

1. **AGENCIA DE CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR:** Una agencia u organización que provea un programa de asistencia médica en el hogar y que:

a. Esté aprobada como Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar bajo *Medicare*, o

b. Esté establecida y funcione de acuerdo con las leyes aplicables en la jurisdicción donde esté ubicada; y donde se requiera licencia, haya sido aprobada por la autoridad reguladora que tenga la responsabilidad de conceder tal licencia dentro de la ley, o

c. Cumpla todos los requisitos siguientes:

1. Sea una agencia que se presente al público con el objetivo primordial de proveer un sistema que preste asistencia médica en el hogar llevando al hogar servicios de sostenimiento.

2. Tenga un administrador de horario completo.

3. Mantenga registros escritos de los servicios que se proveen a los pacientes.

4. Su personal incluya por lo menos un(a) enfermero(a) graduado(a) registrado(a) (R.N.).

5. Sus empleados estén afianzados y provea seguro de conducta profesional impropia y responsabilidad de negligencia profesional.

2. **AGENTES ANTINEOPLÁSICOS INYECTABLES:** Medicamento que inhibe o previene el desarrollo del cáncer evitando el crecimiento, maduración y proliferación de las células malignas administrado mediante infusión.

3. **AÑO PÓLIZA:** El periodo de doce (12) meses consecutivos por el cual el patrono

adquiere o renueva el seguro con Triple-S Salud.

4. **ÁREA DE SERVICIO:** Significa el área dentro del cual se espera que la persona asegurada reciba la mayoría de los servicios médico-hospitalarios. En esta póliza el área de servicio significa Puerto Rico, ya que los beneficios provistos en esta póliza están disponibles sólo para aquellas personas que residen permanentemente en Puerto Rico.

5. **ASEGURADO O PERSONA ASEGURADA:** Toda persona elegible y suscrita, sea asegurado principal o dependiente (directos) la cual tiene derecho a recibir los servicios y beneficios cubiertos bajo esta póliza.

6. **ASEGURADO PRINCIPAL:** Persona que mantiene un contrato de seguro con Triple-S Salud, que le da derecho a los beneficios establecidos en la póliza expedida a su nombre y asume las responsabilidades establecidas en la póliza.

7. **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:** Proceso mediante el cual los médicos, hospitales y facilidades no participantes aceptan brindarle los servicios necesarios al asegurado, facturándole a Triple-S Salud por dichos servicios a base de la tarifa para un proveedor participante.

8. **CARGO ACOSTUMBRADO:** Un cargo es acostumbrado cuando está dentro del conjunto de cargos usuales facturados por un servicio determinado por la mayor parte de los médicos o proveedores de servicio con adiestramiento y experiencia similar dentro de un área determinada.

9. **CARGO RAZONABLE:** Un cargo es razonable cuando satisface los criterios de usual y acostumbrado, o podrá ser razonable si, en opinión de un Comité de Revisión apropiado, el mismo amerita consideración especial con arreglo a la complejidad del manejo del caso particular.

10. **CARGO USUAL:** El cargo usual es el cargo más frecuente de un médico o proveedor de servicios particular a los pacientes por un servicio determinado.

11. **CASA DE DESCANSO O CASA DE CONVALECENCIA:** una institución residencial privada equipada para el cuidado de personas que no pueden valerse por sí mismos, como los ancianos o personas con enfermedades crónicas.

12. **CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA:** Un establecimiento especializado:

a. Donde la ley reglamente tal facilidad, que haya obtenido la licencia de la autoridad reguladora cuya responsabilidad sea ceder tales licencias bajo las leyes de la jurisdicción en que esté ubicado; o

b. Donde la ley no reglamente tal facilidad, que cumpla todos los requisitos siguientes:

1) Esté establecido, equipado y dirigido de acuerdo con las leyes aplicables en la jurisdicción donde se encuentra ubicado primordialmente para el propósito de ejecutar procedimientos quirúrgicos.

2) Funcione bajo la supervisión de un doctor en medicina (*MD*) con licencia para ejercer su profesión, que dedique un horario completo a tal supervisión y permita la ejecución de procedimientos quirúrgicos únicamente por un médico calificado, quien a la fecha en que se ejecuten tales procedimientos tenga el privilegio de ejecutarlos también en por lo menos un hospital en la región.

3) Requiera en todos los casos, excepto en los que solamente requieran anestesia local, que un anesthesiólogo con licencia administre la anestesia y permanezca presente durante todo el procedimiento quirúrgico.

4) Provea por lo menos dos (2) salas de operaciones y por lo menos una sala de recuperación post anestesia; esté equipado para llevar a cabo exámenes de diagnóstico de radiografías y laboratorio; y disponga de personal adiestrado y equipos necesarios para atender las emergencias previsibles, que incluya

un desfibrilador, un juego de traqueotomía y un banco de sangre u otro suministro, pero sin limitarse a ellos.

5) Provea los servicios a horario completo de uno o más enfermeros graduados registrados (*RN*) para la asistencia de pacientes en las salas de operaciones y en la sala de recuperación post anestesia.

6) Mantenga un contrato escrito con por lo menos un hospital en la región para la aceptación inmediata de los pacientes que tengan complicaciones o requieran una hospitalización posoperatoria.

7) Mantenga un registro médico adecuado, para cada paciente, el cual contenga un diagnóstico de admisión que incluya, para todos los pacientes, excepto aquellos que se sometan a un procedimiento con anestesia local, un informe de examen preoperatorio, historia clínica y pruebas de laboratorio o radiografías, un informe operatorio y un resumen del alta del paciente.

13. **CIRUGÍA BARIATRICA:** Procedimiento quirúrgico para el control de la obesidad, el cual se puede practicar mediante cuatro técnicas: bypass gástrico, banda ajustable, balón intragástrico o gastrectomía en manga. Triple-S Salud solo cubrirá, conforme a lo requerido por ley, el bypass gástrico, sujeto a precertificación. La banda ajustable, el balón intragástrico y la gastrectomía en manga no estarán cubiertas.

14. **CIRUGÍA COSMÉTICA:** Aquella cirugía que está dirigida únicamente a mejorar la apariencia individual y no a restaurar función o corregir deformidades. La cirugía puramente cosmética no se convierte en cirugía reconstructiva por razones de naturaleza psiquiátricas o psicológicas.

15. **CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA:** Aquella cirugía que se lleva a cabo en estructuras anormales del cuerpo con intención de mejorar defectos en función y apariencia que hayan sido resultado de defectos congénitos, enfermedades o trauma.

16. **COASEGURO:** El por ciento de la tarifa que tiene que pagar el asegurado al momento de recibir el servicio cubierto del médico o proveedor participante o cualquier otro proveedor como su aportación al costo de los servicios que recibe, según se establece en esta póliza y como se ha notificado al médico o proveedor participante. Esta cantidad no es reembolsable por Triple-S Salud.

17. **CONDICION PREEXISTENTE:** Significa una condición, sin importar la causa de ésta, para la cual se recomendó tratamiento o para la cual se obtuvo, diagnóstico, cuidado o tratamiento durante los seis (6) meses inmediatamente anteriores a la fecha de suscripción del plan médico. Esta póliza no excluye ni discrimina a sus asegurados por condiciones preexistentes, independientemente de la edad del asegurado.

18. **CONDICIONES SECUNDARIAS:** Una condición secundaria es una condición médica que es directamente causada por una condición médica ya existente, y no por su propia cuenta.

19. **CONTRATO FAMILIAR:**

a. Significa el seguro que provee beneficios para cualquier empleado asegurado, su cónyuge y sus dependientes directos, según lo define el inciso 28 de esta sección. En estos casos, aplicará la prima correspondiente según la composición familiar.

b. De no existir el cónyuge elegible según lo define el inciso 28, el contrato del empleado asegurado con uno (1) o más dependientes directos elegibles podrá, a su opción, considerarse como un contrato Familiar o como un contrato Individual con uno (1) o más dependientes directos; según lo define el inciso 28 de esta sección. En ambos casos, la prima será la misma.

La inclusión de los dependientes sólo podrá hacerse al momento de adquirir la póliza o en la fecha de renovación de la póliza, salvo lo dispuesto en las secciones de Cambios en Suscripción y Suscripción Especial, de esta póliza, o cualquier otra disposición de ley.

20. **CONTRATO INDIVIDUAL:** Significa el seguro que provee beneficios a cualquier empleado elegible soltero o casado sin incluir al cónyuge, según lo define el inciso 28, Dependiente Directo, como asegurado. Dicho empleado tendrá la opción de incluir en su seguro a cualquier dependiente directo elegible, según lo define el inciso 28 de esta sección, mediante el pago de la prima adicional correspondiente.

La inclusión de los dependientes sólo podrá hacerse al momento de adquirir esta póliza o en la fecha de renovación de esta póliza, salvo lo dispuesto en las secciones de Cambios de Suscripción y Suscripción Especial de esta póliza o por cualquier otra disposición de ley.

21. **CÓNYUGE:** Significa persona del mismo género o de género diferente con la cual el participante del plan ha contraído matrimonio legalmente.

22. **COPAGO:** La cantidad fija predeterminada que tiene que pagar el asegurado al momento de recibir los servicios cubiertos, al médico o proveedor participante o cualquier otro proveedor como su aportación al costo de los servicios que recibe, según se establece en la póliza y como se ha notificado al médico o proveedor participante. Esta cantidad no es reembolsable por Triple-S Salud.

23. **CUBIERTA COSTEABLE:** Significa una cubierta cuya prima total o cantidad de aportación al total de la prima que hace el empleado/persona asegurada a dicha cubierta no exceda de un 9.5% de su ingreso familiar.

24. **CUBIERTA ACREDITABLE:** Es la cubierta de salud que el asegurado principal tiene antes de que se suscriba a este plan bajo un plan grupal, siempre y cuando la persona no haya tenido interrupción sustancial de la cubierta. La certificación de cubierta acreditable se proveerá:

a. Cuando la persona deja de estar cubierta por el plan médico o adquiere cubierta según una disposición de la ley *Consolidated Omnibus Budget Act* de

1986 (COBRA, por sus siglas en inglés) sobre continuación;

- b. En el caso de una persona asegurada bajo COBRA según una disposición de la ley COBRA sobre continuación, al momento en que la persona deja de estar cubierta conforme a dicha disposición; y
- c. Al momento que se haga la solicitud a nombre de una persona si la solicitud se hace hasta veinticuatro (24) meses después de la fecha del cese de cubierta descrita en el inciso (1) o (2), la fecha que sea posterior.

25. CUBIERTA PREVIA CALIFICADORA O CUBIERTA EXISTENTE CALIFICADORA:

Significa beneficios o cubierta que provee alguno de los siguientes:

- a. Programa Medicare, Medicaid, Programa Civil Médico para los Servicios Uniformados (Tricare), u otro programa auspiciado por el Gobierno.
- b. Plan médico grupal emitido por una organización de seguros de salud o asegurador, un plan de hospitalización prepagado, de servicios médicos o del plan médico de la sociedad de Auxilio Mutuo, que provea beneficios similares a los del plan médico básico o los exceda, siempre y cuando la cubierta haya estado vigente por lo menos un año.
- c. Un plan médico pagado por el patrono bajo el mecanismo del autoseguro que provee beneficios similares o que excedan a los del plan médico básico, siempre y cuando la cubierta haya estado en efecto durante al menos los últimos doce (12) meses consecutivos, si:
 - o El patrono optó por un plan médico que participa en la Asociación de Aseguradores de Planes Médicos; y
 - o El patrono cumplió con los requisitos de participación del plan operacional de la Asociación de Aseguradores de Planes Médicos.
- d. Un plan médico individual o un plan de una asociación bona fide que incluye

cubierta provista por una organización de seguros de salud o asegurador o del plan de la sociedad de Auxilio Mutuo que provee beneficios similares a los del plan médico básico con un nivel de cubierta plateada o los excede, si la cubierta ha estado vigente durante al menos los últimos doce (12) meses consecutivos; o

- e. La cubierta estatal provista por un Plan Médico para Personas No Asegurables si la cubierta ha estado vigente por lo menos por un año.

26. CUIDADO A DOMICILIO: es la atención o cuidado proporcionado a un individuo en el hogar por un profesional de la salud con licencia o cuidador profesional para ayudarlo en las actividades de la vida diaria tales como bañarse, vestirse, comer, entrar o salir de una cama o una silla, desplazarse, usar el baño, preparar alimentos, la alimentación y la supervisión de la medicación.

27. CUIDADO CUSTODIAL: se refiere a la atención personal o asistencia que se brinda de forma permanente a una persona en las actividades de la vida diaria tales como bañarse, vestirse, comer, entrar o salir de una cama o una silla, desplazarse, usar el baño, preparar alimentos, la alimentación y la supervisión de la medicación. Cuidado custodial no requiere la atención continua de personal médico.

28. DEPENDIENTES DIRECTOS: Se consideran como dependientes directos:

- a. El cónyuge, persona con la cual uno se encuentra casado luego de haber cumplido con las ceremonias y formalidades exigidas por la ley, del empleado asegurado, incluido en un contrato Familiar mientras esta póliza esté en vigor siempre que se viva permanentemente bajo el mismo techo con dicho cónyuge.
- b. Hijos biológicos o adoptados del empleado asegurado o su cónyuge, según se define en el Inciso 28a arriba, hasta que alcancen la edad de veintiséis (26) años. No serán elegibles bajo este plan el cónyuge del hijo del empleado asegurado, los hijos del hijo del empleado asegurado, excepto los

incluidos en el inciso 28d abajo, o los hijos del cónyuge del hijo del empleado asegurado.

- c. Menores de edad colocados en el hogar del asegurado principal en vías de ser adoptados por éste. El asegurado principal deberá acreditar la colocación para adopción con los documentos que le solicite Triple-S Salud.
- d. Será elegible como dependiente directo un menor de edad no emancipado que sea nieto o familiar consanguíneo del asegurado principal, mientras ostente la custodia permanente de dicho menor adjudicada por un tribunal mediante sentencia final y firme; dicho dependiente directo podrá permanecer en el plan hasta que alcance la edad de veintiséis (26) años. Será también elegible como dependiente directo un nieto o familiar consanguíneo del asegurado principal que sea mayor de edad, si dicha persona fuere declarada incapaz por un tribunal mediante sentencia final y firme, y la tutela del incapaz le haya sido adjudicada por el tribunal al asegurado principal. En ambos casos, el asegurado principal que interese suscribir como dependiente directo a un nieto o familiar consanguíneo bajo esta cláusula, deberá acreditar su carácter de custodio o tutor, presentando la sentencia final y firme del Tribunal adjudicándole la custodia permanente o tutela, según sea el caso.
- e. Serán elegibles como dependientes directos los “hijos de crianza” del asegurado principal hasta que alcancen la edad de veintiséis (26) años. El asegurado principal podrá demostrar el estatus de los “hijos de crianza” proveyendo a Triple-S Salud una declaración jurada donde especifique desde cuándo comenzó la relación con el menor, custodia legal, o la certificación de planilla de contribución sobre ingresos de los últimos dos años, entre otras evidencias. Se entenderá como hijos de crianza aquellos menores de edad que, sin ser hijos biológicos ni adoptivos del asegurado principal, han vivido desde su infancia bajo el mismo techo con aquél en una relación normal familiar de hijo/hija y reciben alimento

según se define este término en el Artículo 142 del Código Civil de Puerto Rico.

- 29. **DEPENDIENTES OPCIONALES:** También cualificará como dependiente opcional, dentro de un contrato familiar, cualquier persona que no cualifique como dependiente directo y sea incapacitado pero el empleado asegurado presenta o tiene sentencia final y firme de la custodia, patria potestad o tutela.
- 30. **DESEMBOLSO MÁXIMO:** Es la cantidad máxima establecida que la persona debe pagar durante el año póliza. Antes de alcanzar la cantidad de desembolso máximo establecida en esta póliza, la persona asegurada pagará los deducibles, copagos o coaseguros por los cuidados médico-hospitalarios esenciales y medicamentos, según descritos en la tabla de beneficios, recibidos a través de los proveedores participantes del plan. Una vez la persona asegurada alcance la cantidad de desembolso máximo establecida en esta póliza, el plan le pagará el 100% de los gastos médicos cubiertos bajo esta póliza. Los servicios prestados a través de proveedores no participantes, pagos realizados por la persona asegurada por servicios no cubiertos bajo esta póliza, pagos por servicios dentales y la prima mensual pagada a Triple-S Salud por el plan no se consideran gastos elegibles para la acumulación del desembolso máximo.
- 31. **EMPLEADO ACTIVO:** Significa un empleado que rinde servicios a un patrono y a cambio recibe de éste un sueldo, salario, jornal, comisión, bono o cualquier otra forma de compensación, o que se encuentra bajo una licencia con sueldo como vacaciones, licencia por enfermedad y entrenamiento militar entre otros, independientemente de si las funciones de su empleo se realizan en las facilidades del patrono o fuera de éstas, si este empleado se considera permanente, a tiempo completo o parcial. También se entenderá que es un empleado activo aquel que se encuentre temporalmente ausente de su área de trabajo debido a alguna condición de salud personal o familiar. Un empleado dejará de estar activo cuando renuncie, abandone su empleo, se encuentre acogido a alguna licencia sin sueldo (salvo en aquellas circunstancias excepcionales

establecidas por ley, tales como las dispuestas en los beneficios que provee la Corporación del Fondo del Seguro del Estado y el “*Family Medical Leave Act*”), sea despedido, se retire, fallezca o su plaza sea declarada vacante por el patrono.

32. **EMPLEADO ELEGIBLE:** significa un empleado que trabaja a tiempo completo durante el mínimo de horas requeridas por el patrono; —semana regular de trabajo de treinta (30) horas o más—, o a tiempo parcial —al menos diecisiete y media (17.5) horas por semana regular de trabajo— para un patrono, en una relación de buena fe de patrono y empleado que no se establece con el propósito de comprar un plan médico. En este cómputo se deben incluir aquellos empleados que están ausentes del trabajo por motivo de alguna licencia o derecho reconocido por ley, tales como los beneficios que provee la Corporación del Fondo del Seguro del Estado o la “*Family and Medical Leave Act of 1993*”. El término “empleado elegible” no incluye a un empleado temporero ni a los contratistas independientes.

33. **ENFERMEDAD:**

a. Significa cualquier enfermedad no ocupacional contraída por cualquier persona asegurada; pero las enfermedades por las cuales los hospitales estén impedidos de admitir al paciente, por ley o reglamentación, una vez dichas enfermedades hayan sido diagnosticadas no estarán cubiertas bajo esta póliza.

b. La maternidad y las condiciones secundarias y relacionadas al embarazo se considerarán como enfermedades para la cubierta que ofrece esta póliza, sujeto a las siguientes condiciones:

- 1) Que los servicios se presten a la persona asegurada independientemente de su estado civil.
- 2) Cualquier servicio prestado para un aborto que se provoque con fines terapéuticos.

34. **ENFERMERAS ESPECIALES:** Son enfermeras dedicadas al cuidado especializado de cierta población de pacientes (Ej.: enfermeras anestesiistas).

35. **ENTREVISTA INICIAL DE PSICOLOGÍA:** Recoge la problemática del paciente, su queja principal, el historial médico, historial personal, historial de desarrollo, el estado de las relaciones interpersonales, el estado mental, se establece un diagnóstico y un plan de tratamiento con recomendaciones sobre fortalezas y limitaciones.

36. **EQUIPO MÉDICO DURADERO:** Equipo que puede utilizarse repetidamente. Su uso principal es servir un propósito médico, no es a la persona o lesión. Éste debe ser apropiado para usarse en el hogar del paciente y su necesidad médica deberá ser certificada. No incluye equipo que se utilice fuera del hogar o que sirva una función de conveniencia solamente. Equipos médicos duraderos incluyen, pero no están limitados a camas tipo hospital, sillas de ruedas, equipos de oxígeno y andadores, entre otros.

37. **ESPECIALISTA EN NUTRICIÓN:** Profesional de la salud certificado por la entidad gubernamental designada para tales propósitos, que se especializa en alimentación y nutrición.

38. **EVALUACIÓN PSICOLÓGICA:** Significa una entrevista inicial para obtener el historial personal y clínico del asegurado, así como la descripción de síntomas y problemas de éste. La evaluación psicológica deberá ser realizada por un Psicólogo con grado de Maestría o Doctorado en Psicología, egresado de un programa graduado debidamente acreditado y con licencia vigente, expedida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico.

39. **FECHA DE EFECTIVIDAD:** Significa el primer día de cubierta del plan o, si hay un periodo de espera, el primer día del periodo de espera, lo que ocurra primero.

40. **GASTO INCURRIDO:** Cantidad que desembolsa el asegurado por el costo total de un servicio recibido y que no fuera facturado al plan o tramitado por asignación de beneficios.

41. **HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996):** Ley pública federal número 104-191 del 21 de agosto de 1996. Regula todo lo relacionado a portabilidad y continuidad de cubierta en los mercados grupal e individual, contiene cláusulas para combatir el fraude y el abuso en las cubiertas de salud y en la prestación de servicios de salud, así como la simplificación administrativa de los planes de salud.
42. **HOSPICIO:** Cuidado especial a personas que tienen enfermedades terminales con expectativa de vida de 6 meses o menos.
43. **HOSPITALIZACIÓN PARCIAL:** Se refiere a los servicios organizados para el cuidado de pacientes con condiciones mentales que requieren atención hospitalaria a través de programas diurnos o nocturnos, los cuales cubren periodos diarios menores de veinticuatro (24) horas.
44. **HOST BLUE:** Plan Blue Cross o Blue Shield del área dónde se recibe el servicio bajo el Programa Blue Card.
45. **INDEMNIZACIÓN:** Cantidad de dinero que recibe un asegurado por una reclamación sometida al plan de salud de un servicio cubierto recibido.
46. **INFORMACIÓN DE SALUD:** significa información o datos, verbales o registrados en la manera y el medio que fuera que,
- sea creada o recibida por el asegurador o la organización de servicios de salud, y se relacione con la salud física, mental o conductual, o las condiciones pasadas, presentes o futuras de salud de la persona, o un dependiente de ésta, la prestación de servicios de salud a la persona o el pago pasado, presente o futuro por servicios de salud que se presten a una persona.
 - El pago por los servicios de cuidado de la salud prestados a una persona.
- La información de salud incluye además información demográfica, genética e información sobre explotación financiera o maltrato.
47. **INFORMACIÓN GENÉTICA:** significa información de genes, productos de genes, y características heredadas que podrían derivarse de la persona o de un familiar. Esto incluye información relacionada con el estatus del portador e información derivada de pruebas de laboratorio que identifican mutaciones en genes o cromosomas específicos, exámenes médicos físicos, historiales familiares y el análisis directo de los genes o cromosomas.
48. **LESIONES:** Significa cualquier lesión accidental que sufra la persona asegurada, que no sea un accidente automovilístico o del trabajo y que requiera tratamiento médico y servicios de hospital.
49. **LEY COBRA:** Ley Pública 99-272, Título X, *Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA)*, la cual requiere que todo patrono con veinte (20) empleados o más que auspicie planes grupales de seguro médico, le provea a sus empleados y familiares, en algunas situaciones, de una cubierta temporera (llamada Cubierta Continuada), cuando la cubierta bajo el plan termine.
50. **MEDICARE:** Ley Federal sobre el Seguro de Salud para las Personas de Edad Avanzada, Título XVIII de las enmiendas del 1965, a la ley del Seguro Social según constituido o enmendada posteriormente.
51. **MEDICINA DEPORTIVA:** Aquella rama de la medicina que trata las enfermedades y lesiones que resulten de actividades deportivas; que incluya la fase preventiva y preparatoria necesaria para mantener una buena forma física y mental.
52. **MÉDICO LICENCIADO:** Persona que solicita y es autorizada para ejercer la medicina y cirugía en Puerto Rico, previa la obtención de una licencia por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico, de acuerdo con las disposiciones de la Ley y este Reglamento.
53. **MÉDICO O PROVEEDOR NO PARTICIPANTE:** Médico, hospital, grupo médico o proveedor que no tiene un contrato vigente con Triple-S Salud.

54. **MÉDICO O PROVEEDOR PARTICIPANTE:** Significa todo médico, hospital, centro de servicios primarios, centro de diagnóstico y tratamiento, dentista, laboratorio, farmacia, servicios médicos de emergencia pre-hospitalarios o cualquier otra persona o entidad autorizada en Puerto Rico para proveer servicios de cuidado de salud, que bajo contrato directo con Triple-S Salud o a través de un tercero preste servicios de salud a asegurados de Triple-S Salud.
55. **OBESIDAD MÓRBIDA:** Es el exceso de grasa en el cuerpo determinado por un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 35. Esta es una condición que forma parte del síndrome metabólico y es un factor de riesgo para el desarrollo de otras condiciones como hipertensión arterial, enfermedades cardíacas, problemas ortopédicos, apnea del sueño, problemas de la piel, problemas de circulación, diabetes mellitus, acidez, problemas psicológicos, ansiedad, infertilidad y embolia pulmonar, entre otros. Los estudios indican que se trata de una condición con origen multifactorial, genético, ambiental y psicológico, entre otros. Esto significa que puede ser causada por una alimentación excesiva, por alteraciones metabólicas o factores hereditarios.
56. **PERIODO DE ESPERA DE ELEGIBILIDAD:** Periodo que debe transcurrir con respecto al asegurado antes de que pueda ser elegible a recibir ciertos beneficios bajo los términos del plan médico. El periodo de espera en ningún caso podrá exceder de noventa (90) días.
57. **PERIODO DE HOSPITALIZACIÓN:** Significa el periodo de tiempo en que la persona asegurada permaneció hospitalizada. Este periodo corresponde al número de días transcurridos entre la fecha de ingreso o admisión al hospital y la fecha de alta.
58. **PERIODO DE SUSCRIPCIÓN:** Significa el lapso de tiempo establecido para que el empleado elegible se suscriba a un plan médico de patronos.
59. **PLAN BLUE CROSS AND BLUE SHIELD:** Asegurador independiente que mediante contrato con la Asociación de Planes Azules (*Blue Cross/Blue Shield*) adquiere la licencia para pertenecer a la asociación de planes independientes y le permite el uso de sus marcas.
60. **PLAN DE TRATAMIENTO:** Significa un informe detallado de los procedimientos recomendados por el médico para el tratamiento de las necesidades médicas del paciente, encontradas en el examen físico hecho por el mismo médico.
61. **PLAN MÉDICO GRUPAL:** significa una póliza, contrato de seguro o certificado, emitido por Triple-S Salud, Inc. o un asegurador para beneficio de un patrono o un grupo de patronos, mediante el cual se provee servicios de cuidado de salud a los empleados elegibles y sus dependientes.
62. **PREAUTORIZACIÓN O AUTORIZACIÓN PREVIA:** Significa el proceso de obtener aprobación previa de Triple-S Salud que se requiera bajo los términos de la cubierta del plan de salud para el despacho de un medicamento de receta.
63. **PRECERTIFICACIÓN:** Es la autorización previa expedida por Triple-S Salud para el pago de cualquiera de los beneficios y cubierta bajo esta póliza y sus endosos, en los casos que Triple-S Salud lo estime necesario. Algunos de los objetivos de la precertificación son: evaluar si el servicio es médicamente necesario, evaluar la adecuación del lugar de servicio, verificar la elegibilidad del asegurado para el servicio que se está solicitando y si el mismo está disponible en Puerto Rico. Las precertificaciones se evaluarán a base de las políticas de precertificaciones que Triple-S Salud establezca de tiempo en tiempo.
- Los medicamentos que requieren preautorización usualmente son aquellos que deben cumplir con criterios clínicos ya que pueden presentar un potencial de toxicidad, son candidatos al uso inapropiado o están relacionados con un costo elevado.
- Triple-S Salud no será responsable por el pago de dichos servicios si los mismos han sido prestados o recibidos sin dicha autorización por parte de Triple-S Salud.
64. **PRIMA:** la cantidad específica de dinero pagada a una aseguradora, en este caso a Triple-S Salud, como condición para recibir

los beneficios de un plan médico para los empleados elegibles. La prima cobrada por un plan médico no podrá ajustarse más de una vez por año contrato, salvo que ocurra algún cambio en la afiliación del patrono, composición familiar del empleado elegible o los beneficios del plan médico solicitado por el patrono.

65. **PROFESIONAL DE LA SALUD:** Significa un médico u otro profesional practicante del campo de la salud con licencia en Puerto Rico, acreditado o certificado por las entidades correspondientes para proveer determinados servicios de cuidado de la salud y cuidado médico a tenor con las leyes estatales y reglamentos correspondientes tales como, pero sin limitarse a, médicos, cirujanos, podiatras, doctores en naturopatía, quiroprácticos, optómetras, psicólogos, dentistas, farmacéuticos, enfermeras y tecnólogos médicos.
66. **PROGRAMA BLUECARD®:** El programa que permite el procesamiento de reclamaciones por servicios cubiertos fuera del área geográfica de Puerto Rico y que se pagarán a base de las tarifas negociadas por el Plan Blue Cross o Blue Shield del área.
67. **PRUEBA PSICOLÓGICA:** Significa el uso de instrumentos dedicados a medir las habilidades intelectuales o la capacidad de un individuo para dominar un área en particular. Las pruebas psicológicas a utilizarse en cada caso estarán sujetas al juicio profesional del psicólogo con maestría o doctorado que tenga el conocimiento para administrarla, corregirla e interpretarla el cual deberá ser egresado de un programa graduado debidamente acreditado y con licencia vigente, expedida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico.
68. **PSICOANÁLISIS:** El psicoanálisis se fundamenta en un conjunto de teorías relacionadas con los procesos mentales conscientes e inconscientes y la interacción entre éstos. Es una modalidad de terapia utilizada para tratar personas que presentan problemas crónicos de vida en una escala de leve a moderado. El psicoanálisis no debe ser utilizado como sinónimo para la psicoterapia, ya que no persiguen el mismo fin. Este servicio no está cubierto en esta

póliza, según se expresa en la Sección de Exclusiones.

69. **PSICÓLOGO:** Profesional con grado de maestría o doctorado de una universidad, colegio o centro acreditado y que haya sido autorizado por la Junta Examinadora de Psicólogos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico a ejercer la práctica de psicología en Puerto Rico.
70. **PSICOTERAPIA:** Métodos utilizados para el tratamiento de los trastornos mentales y emocionales mediante técnicas psicológicas en lugar de utilizar medios físicos. Algunos de los objetivos de la psicoterapia son cambiar los modelos conductuales de inadaptación, mejorar las relaciones interpersonales, resolver los conflictos internos que provocan sufrimiento personal, modificar las ideas inexactas sobre el yo y sobre el entorno y potenciar un sentimiento definido de autoidentidad que favorezca el desarrollo individual para lograr una existencia pura y llena de significado.
71. **QUERELLA:** significa una queja escrita o verbal, si la misma conlleva una solicitud de cuidado urgente presentada por una persona asegurada o a nombre de éste, con respecto a:
- La disponibilidad, prestación o calidad de los servicios de cuidado de la salud, incluidas las querellas relacionadas con una determinación adversa que resulte de una revisión de utilización;
 - El pago o manejo de reclamaciones o el reembolso por servicios de cuidado de la salud; o
 - Asuntos relacionados con la relación contractual entre el asegurado y el asegurador.
72. **RESCISIÓN DE CUBIERTA:** Triple-S Salud podrá tomar la decisión de terminar su contrato con efecto retroactivo solamente por motivo de fraude o falsa representación intencional de aspectos materiales según prohibido por este plan. La rescisión se notificará por escrito con treinta (30) días de anticipación y el participante o asegurado tiene derecho a solicitar revisión de esta determinación.

73. **REVISIÓN CONCURRENTE:** Revisión de utilización realizada durante la estadía del asegurado en una facilidad o durante el tratamiento del asegurado en la oficina de un profesional de la salud u otro lugar donde se prestan servicios de cuidado de salud a asegurados admitidos o de forma ambulatoria.
74. **REVISIÓN PROSPECTIVA:** Significa la revisión de utilización antes de que se preste el servicio de cuidado de la salud o el tratamiento al paciente, según el requisito del asegurador para que dicho servicio o tratamiento se apruebe, en parte o en su totalidad, antes de que se preste el mismo.
75. **REVISIÓN RETROSPECTIVA:** Significa la revisión de una solicitud de un beneficio que se lleve a cabo luego de que el servicio de cuidado de la salud fue prestado. “Revisión retrospectiva” no incluye la revisión de una reclamación que se limita a la evaluación de la veracidad de la documentación o el uso de los códigos correctos.
76. **SERVICIOS AMBULATORIOS:** Aquellos servicios cubiertos por esta póliza que reciba la persona asegurada mientras no se encuentre recluida como paciente en un hospital.
77. **SERVICIOS DE AMBULANCIA:** Significa los servicios de transportación recibidos en un vehículo debidamente certificado para tales propósitos por la Comisión de Servicios Públicos de Puerto Rico y el Departamento de Salud de Puerto Rico.
78. **SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN:** Servicios cubiertos por esta póliza que reciba la persona asegurada mientras se encuentra recluida como paciente hospitalizado en un hospital.
79. **SERVICIOS EXPERIMENTALES O INVESTIGATIVOS:** Significa tratamientos médicos que:
- son considerados como experimentales o investigativos bajo los criterios del *Technology Evaluation Center (TEC)* de la *Blue Cross and Blue Shield Association* para las indicaciones y métodos específicos que se ordenan; o
 - no tienen la aprobación final de la entidad reguladora correspondiente (Ej.: *Food and Drug Administration (FDA)*, *Department of Human and Health Services (DHHS)*, Departamento de Salud de Puerto Rico); o
 - la evidencia científica es insuficiente al amparo de la evidencia científica disponible, para llegar a conclusiones sobre el efecto del tratamiento o la tecnología en los resultados médicos que se obtienen; o
 - sus resultados positivos reportados son insuficientes para contrapesar de manera aceptable los resultados negativos del tratamiento; o
 - el tratamiento no es más beneficioso que otros tratamientos alternos ya reconocidos; o
 - la mejoría del tratamiento no puede obtenerse fuera de la fase de investigación.
80. **SERVICIOS MÉDICAMENTE NECESARIOS:** Significa aquellos servicios que son provistos por un médico participante, un grupo de médicos o proveedor para mantener o restablecer la salud del asegurado y que son determinados y provistos según el estándar de la buena práctica de la medicina.
81. **SERVICIOS NO CUBIERTOS:** Significa aquellos servicios que,
- están expresamente excluidos en la póliza del asegurado;
 - son parte integral de un servicio cubierto;
 - son prestados por una especialidad médica a la cual no le han sido reconocidos para pago;
 - son considerados experimentales o investigativos por las entidades correspondientes, según se indican en la póliza;
 - son provistos para la conveniencia o comodidad del asegurado, del médico participante o de la instalación.

82. **SERVICIOS NO DISPONIBLES EN PUERTO RICO:** Significa tratamiento en facilidades o con equipo médico-hospitalario no disponibles en Puerto Rico, en el caso de un paciente asegurado que por su condición de salud requiera estos servicios.
83. **SESIONES:** Significa dos o más modalidades de tratamientos de terapia física o respiratoria.
84. **SÍNDROME METABÓLICO:** es el conjunto de varias enfermedades o factores de riesgo en una misma persona que aumentan su probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular o diabetes mellitus. Personas que padecen del síndrome metabólico poseen al menos tres de los siguientes factores de riesgo: grasa excesiva en el abdomen, presión arterial alta (hipertensión), niveles anormales de grasa en sangre (lípidos), incluye el colesterol y los triglicéridos e hiperglucemia (nivel alto de azúcar en sangre).
85. **SISTEMA 9-1-1:** Sistema de respuestas a llamadas de emergencia de seguridad pública, vía el número 9-1-1 creado en virtud de la Ley 144 de 22 de diciembre de 1994, según enmendada conocida como "Ley para la Atención Rápida a Llamadas de Emergencias de Seguridad Pública" o "Ley de Llamadas 9-1-1.
86. **SUSCRIPCION ESPECIAL:** Instancia en que el empleado y sus dependientes elegibles pueden suscribirse al plan de salud en cualquier momento como resultado de un evento cualificado específico como matrimonio, nacimientos y muertes, entre otros eventos.
87. **TARIFAS:** Significa la cantidad fija utilizada por Triple-S Salud para pagar a sus médicos o proveedores participantes por los servicios cubiertos prestados a los asegurados cuando éstos no se retribuyen mediante otro método de pago.
88. **TELECONSULTA:** Servicio de Triple-S Salud donde el asegurado, a su opción, puede recibir orientación sobre preguntas relacionadas con su salud. Esta línea telefónica es atendida por profesionales de enfermería los siete (7) días de la semana, las veinticuatro (24) horas del día. Si al llamar, el asegurado recibe una recomendación de acudir a la sala de emergencia, se le asignará un número de registro que debe presentar al recibir los servicios. En caso de enfermedad, al presentar dicho número en la sala de emergencia, el asegurado pagará un copago menor por el uso de las facilidades. El número de teléfono a llamar para comunicarse con Teleconsulta se encuentra al dorso de la tarjeta de identificación como asegurado de Triple-S Salud.
89. **TENEDOR DE LA POLIZA:** Se conoce como la persona que tiene el contrato o póliza de seguro con Triple-S Salud, que para propósitos de esta póliza es el patrono.
90. **TRASPLANTE:** Un procedimiento o una serie de procedimientos por el cual un órgano o tejido es:
 - removido del cuerpo de una persona llamada donante e implantada en el cuerpo de otra persona llamada recipiente; o
 - removido e implantado en el cuerpo de la misma persona.
91. **TRATAMIENTO RESIDENCIAL:** Servicios de un nivel de cuidado de alta intensidad y restrictivo para pacientes con condiciones de salud mental incluyendo drogadicción y alcoholismo y condiciones comórbidas de difícil manejo en sus hogares y comunidades que no han respondido a otros niveles de tratamiento menos restrictivos e integra servicios clínicos y terapéuticos organizados y supervisados por un equipo interdisciplinario en un ambiente estructurado las 24 horas, los 7 días.
92. **UNIDAD DE CUIDADO DE ENFERMERÍA DIESTRO:**
 - Es una Institución de Enfermería Especializada, según se define el término en *Medicare*, que esté calificada para participar y sea elegible para recibir pagos bajo y en conformidad con las disposiciones de *Medicare*; o
 - Es una institución que satisface las siguientes condiciones:

- 1) Está dirigida en conformidad con las leyes aplicables a la jurisdicción donde está ubicada.
 - 2) Está bajo la supervisión de un médico licenciado o un enfermero graduado registrado (RN) que dedica un horario completo a tal supervisión.
 - 3) Se ocupa regularmente de proveer habitación y comidas y presta un servicio continuo de enfermería experta las 24 horas del día a personas enfermas y lesionadas, durante la etapa de convalecencia de una lesión o enfermedad.
 - 4) Mantiene un expediente médico de cada paciente que esté bajo la asistencia de un médico debidamente calificado.
 - 5) Está autorizada a administrar medicinas y tratamiento a pacientes siguiendo las instrucciones de un médico debidamente calificado.
 - 6) No es, a no ser incidentalmente, un sitio para ancianos, ciegos o sordos, un hotel, una casa de asistencia domiciliaria, una casa de maternidad, o una institución para alcohólicos o adictos a drogas o enfermos mentales.
 - 7) No es un hospital.
93. **UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO:** Área de servicio separada y claramente designada, la cual es reservada para pacientes en estado crítico y seriamente enfermos, que requieren constante observación audiovisual, según prescrita por el médico de cabecera. Además, provee cuarto y consejo de cuidado de enfermería por enfermeras cuyas responsabilidades están concentradas al cuidado de pacientes en acomodo de cuidado intensivo, y equipo especial o suministros disponibles inmediatamente en cualquier momento para el paciente recluido en esta área.
94. **VISITAS COLATERALES:** Entrevistas en la oficina de un psiquiatra o psicólogo (maestría o doctorado y licencia vigente emitida por la

Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico) con familiares inmediatos del paciente asegurado bajo esta póliza.

CUBIERTA DE GASTOS **MÉDICOS MAYORES**

1. **APARATOS ORTOPÉDICOS:** Aquellos que se utilizan después de una corrección quirúrgica o mecánica de las desviaciones, deformidades y fracturas en general.
2. **APARATOS ORTÓTICOS:** Aditamentos externos que restringen, eliminan o redirigen el movimiento de una parte débil o enferma del cuerpo, como por ejemplo: abrazaderas, *bracer*, *corset*, férula, yesos para ligamentos lastimados, etc.
3. **ASISTENCIA QUIRÚRGICA:** Cuando un médico licenciado asiste activamente al cirujano principal en la realización de un procedimiento quirúrgico cubierto, que por su complejidad garantiza la necesidad de asistencia.
4. **ESCALA DE BENEFICIOS MÉDICOS:** Escala a base de la cual se pagarán los servicios cubiertos y recibidos por la persona asegurada cuando dichos servicios no puedan pagarse bajo el concepto de cargo usual, acostumbrado y razonable. La Escala de Beneficios Médicos aplicará en Puerto Rico.
5. **IMPLANTE:** Objeto, material o artefacto que se coloca dentro del cuerpo con el propósito de preservar configuración o proveer estabilidad o estímulo temporal o permanente a una parte del cuerpo. Son cubiertos de acuerdo a lo establecido en la póliza.
6. **MATERIALES O SUMINISTROS MÉDICOS:** Aquellos que, por sus características diagnósticas o terapéuticas, son esenciales para la efectividad del plan de cuidado ordenado por el médico para el tratamiento o diagnóstico de la enfermedad o lesión del paciente.
7. **PRÓTESIS:** Reemplazo artificial para una parte disfuncional del cuerpo, que se fabrica y se adapta a las medidas y necesidades individuales de la persona que será su

recipiente con el propósito de proveer funcionalidad y/o movilidad. Puede sustituir una parte del cuerpo que no funciona o está ausente. Son cubiertos de acuerdo a lo establecido en la póliza.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

1. **CONDICIONES PREEXISTENTES:** Condiciones físicas o mentales padecidas por un asegurado las cuales se manifestaron inicialmente antes de la emisión de la póliza; o que existían antes de la emisión y por las cuales el asegurado recibió tratamiento.
2. **OBTENCIÓN:** Se refiere a los gastos incurridos para localización, remoción, conservación y transportación de un órgano o tejido. Además, incluye la evaluación previo a la cirugía y la cirugía necesaria para remover el órgano o tejido del donante. Los beneficios serán provistos solamente para obtener un órgano o tejido cubierto por esta póliza, sujeto a que el proceso del trasplante no sea cancelado por motivo de la muerte o condición de salud del asegurado, y que el órgano o tejido no pueda trasplantarse a otra persona. Estos gastos están cubiertos siempre que el recipiente esté asegurado con Triple-S Salud. Para los trasplantes de médula ósea, se utiliza el término donación en vez de obtención.
3. **PRE-TRASPLANTE:** Evaluación y preparación de un asegurado para recibir trasplante de órgano o tejido.
4. **SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA:** Requerimiento que Triple-S Salud o su representante autorizado hace de la opinión de un médico distinto al médico encargado del caso y seleccionado por Triple-S Salud, en los casos en que Triple-S Salud determine que fuera necesaria dicha opinión, antes que la persona asegurada reciba el servicio. Triple-S Salud podrá requerir una segunda opinión médica, por médicos designados por ésta, para aquellos procedimientos en que a juicio de Triple-S Salud o su representante autorizado sea necesario obtener dicha opinión.

5. **SEGURO DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS:** Es un seguro independiente al Plan de Salud que posea el asegurado elegible con Triple-S Salud. El mismo provee cubierta para el beneficio de Trasplante de Órganos solamente, según se define en la Sección de Beneficios de esta póliza. Los beneficios cubiertos serán pagaderos por indemnización o asignación de beneficios. Para ser elegible a este seguro, deberá estar suscrito a la cubierta básica.
6. **TRASPLANTE:** Un procedimiento o una serie de procedimientos por el cual un órgano o tejido es:
 - a. Removido del cuerpo de una persona llamada donante e implantada en el cuerpo de otra persona llamada recipiente; o
 - b. Removido e implantado en el cuerpo de la misma persona.

CUBIERTA DE FARMACIA

1. **CLASIFICACION TERAPÉUTICA:** Son categorías que se utilizan para clasificar y agrupar los medicamentos en la Lista de Medicamentos por las condiciones que éstas tratan o por el efecto que producen en el cuerpo humano.
2. **COASEGURO:** El por ciento de la tarifa que tiene que pagar el asegurado al momento de recibir el servicio cubierto, como su aportación al costo de los servicios que recibe, según se establece en la póliza y como se ha notificado a la farmacia participante. Esta cantidad no es reembolsable por Triple-S Salud.
3. **COPAGO:** La cantidad fija predeterminada que le corresponde pagar al asegurado al momento de recibir el servicio cubierto, como su aportación al costo de los servicios que recibe, según se establece en la póliza y como se ha notificado a la farmacia participante. Esta cantidad no es reembolsable por Triple-S Salud.
4. **FARMACIA:** Cualquier establecimiento legalmente autorizado para efectuar el despacho de medicamentos.

5. **FARMACIA NO PARTICIPANTE:** Cualquier farmacia que no haya firmado contrato con Triple-S Salud para brindar servicios a los asegurados.
6. **FARMACIA PARTICIPANTE:** Cualquier farmacia que haya firmado contrato con Triple-S Salud para brindar servicios a los asegurados.
7. **LISTA DE MEDICAMENTOS O FORMULARIO:** Guía de los medicamentos seleccionados por el Comité de Farmacia y Terapéutica de Triple-S Salud, la cual contiene las terapias necesarias para un tratamiento de alta calidad. De acuerdo a los medicamentos que se incluyen en la lista de medicamentos o formulario se determinan los beneficios de la cubierta de farmacia. Esta selección se hace a base de la seguridad, efectividad y costo de los medicamentos que aseguran la calidad de la terapia, minimizando la utilización inadecuada que puede ir en perjuicio de la salud del paciente.
8. **MEDICAMENTO DE RECETA:** Significa un medicamento aprobado o regulado que la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) permite que se mercadee, y que las leyes de Puerto Rico o de Estados Unidos exigen que sea suministrado mediante receta.
9. **MEDICAMENTOS CON REPETICIONES (REFILLS):** Receta que contiene indicaciones escritas del médico para autorizar que la farmacia despache un medicamento en más de una ocasión.
10. **MEDICAMENTOS DE MANTENIMIENTO:** Son aquellos medicamentos que requieren el uso de una terapia prolongada y tienen poca probabilidad de cambios en dosis o terapia debido a efectos secundarios. También se consideran medicamentos de mantenimiento aquellos cuyo uso más común es tratar una enfermedad crónica cuando no puede ser determinado un final terapéutico.
11. **MEDICAMENTOS DE MARCA:** Medicamentos que se ofrecen al público bajo un nombre comercial o marca de fábrica.
12. **MEDICAMENTOS DE MARCA PREFERIDOS:** Hay ciertos medicamentos de marca que han sido seleccionados por el Comité de Farmacia y Terapéutica como agentes preferidos luego de su evaluación de seguridad, eficacia y costo. En aquellas clases terapéuticas donde no hay genéricos disponibles, les exhortamos que utilice como primera alternativa aquellos medicamentos identificados como preferidos.
13. **MEDICAMENTOS DE MARCA NO PREFERIDOS:** Un medicamento es clasificado como “no preferido” porque existen alternativas en los niveles anteriores que son más costo-efectivos o con menos efectos secundarios. Si usted obtiene un medicamento de marca no preferido, tendrá que pagar un costo mayor por el medicamento.
14. **MEDICAMENTOS GENÉRICOS:** Un medicamento genérico tiene el mismo ingrediente activo en la fórmula que un medicamento de marca. Los medicamentos genéricos usualmente cuestan menos que un medicamento de marca y están aprobados por la Administración Federal de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés).
15. **MEDICAMENTOS NO PREFERIDOS:** Este nivel incluye medicamentos genéricos y medicamentos de marca no preferidos de mayor costo. Están clasificados como no preferidos porque existen alternativas en los niveles anteriores con menos efectos secundarios o que son más costo-efectivos. Si el asegurado obtiene un medicamento genérico o de marca no preferido, tendrá que pagar un costo mayor por el medicamento.
16. **MEDICAMENTOS NUEVOS:** Son los medicamentos de recién incursión al mercado. Estos son evaluados por el Comité de Farmacia y Terapéutica en un término no mayor de noventa (90) días luego de su aprobación por la *Food and Drug Administration (FDA)*.
17. **MEDICAMENTOS OVER-THE-COUNTER (OTC):** son medicamentos sin leyenda federal que se pueden vender a un cliente sin la receta del médico.
18. **MEDICAMENTOS PREFERIDOS:** Incluye medicamentos genéricos y de marca que han sido seleccionados por el Comité de

Farmacia y Terapéutica como agentes preferidos luego de su evaluación de seguridad, eficacia y costo. En aquellas clases terapéuticas donde no hay genéricos disponibles, le exhortamos a los asegurados a que utilicen como primera alternativa aquellos medicamentos identificados como preferidos.

19. **PREAUTORIZACION:** Los medicamentos que requieren preautorización usualmente son aquellos que deben cumplir con los criterios clínicos ya que pueden presentar un potencial de toxicidad, son candidatos al uso inapropiado o están relacionados con un costo elevado.
20. **PRODUCTOS ESPECIALIZADOS PREFERIDOS:** Identifica los medicamentos o productos en la Lista de Medicamentos o Formulario que se ofrecen bajo el Programa de Medicamentos para Condiciones Especiales. Los medicamentos en este nivel incluyen medicamentos genéricos, biosimilares (genéricos de productos biológicos) y de marca a un costo menor y un arreglo especial para su despacho. Estos se utilizan para el tratamiento de condiciones crónicas y de alto riesgo que requieren una administración y manejo especial.
21. **PRODUCTOS ESPECIALIZADOS NO PREFERIDOS:** Identifica los medicamentos o productos en la Lista de Medicamentos o Formulario que se ofrecen bajo el Programa de Medicamentos para Condiciones Especiales. Los medicamentos en este nivel tienen un costo mayor que los especializados preferidos. Estos se utilizan para el tratamiento de condiciones crónicas y de alto riesgo que requieren una administración y manejo especial.
22. **PROGRAMA DE DESPACHO DE MEDICAMENTOS A 90 DÍAS EN FARMACIAS:** Es un programa voluntario que le permite al asegurado obtener un suministro de noventa (90) días de algunos de sus medicamentos de mantenimiento, a través de las farmacias participantes de dicho programa.
23. **PROGRAMA DE ENVÍO DE MEDICAMENTOS POR CORREO:** Es un programa voluntario que le permite al asegurado recibir algunos de sus

medicamentos de mantenimiento a través del Servicio Postal de los Estados Unidos.

24. **RECETA:** Significa una orden expedida por una persona licenciada, certificada o legalmente autorizada a expedir recetas de medicamentos, dirigida a un farmacéutico para el despacho de un medicamento de receta.

CUBIERTA DENTAL

1. **BENEFICIO MÁXIMO:** Cantidad máxima de beneficios a pagarse por vida o por año póliza.
2. **DENTISTA:** Odontólogo legalmente autorizado a practicar la profesión de dentista.
3. **DENTISTA NO PARTICIPANTE:** Dentista que no haya firmado contrato con Triple-S Salud para prestar servicios dentales.
4. **DENTISTA PARTICIPANTE:** Dentista con licencia expedida por la entidad gubernamental designada para estos propósitos y miembro *bona fide* del Colegio de Cirujanos Dentistas de Puerto Rico, que haya firmado contrato con Triple-S Salud para prestar servicios dentales.
5. **COASEGURO:** Por ciento establecido de acuerdo a las tarifas que pagará la persona asegurada directamente al dentista al momento de recibir los servicios.
6. **LÍMITE MÁXIMO:** Cantidad máxima de beneficios a pagarse por año póliza.
7. **ORTODONCIA:** Rama de la odontología relacionada con el diagnóstico y tratamiento necesario para prevenir y corregir la mala oclusión.
8. **PERIODONCIA:** Rama de la odontología relacionada con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de las encías y otros tejidos que forman parte del soporte de los dientes.
9. **PLAN DE TRATAMIENTO:** Significa un informe detallado de los procedimientos recomendados por el médico o cirujano-dentista para el tratamiento de las

necesidades médicas o dentales del paciente, encontradas en el examen físico hecho por el mismo médico o cirujano-dentista.

10. **PREDETERMINACIÓN DE BENEFICIOS:** Evaluación del plan de tratamiento sugerido por el cirujano-dentista antes de la prestación de los servicios, para determinar los gastos que Triple-S Salud cubrirá.
11. **SERVICIO DE EMERGENCIA:** Servicios prestados debido a la presentación súbita e imprevista de una condición que requiera asistencia dental. Dicha asistencia debe ser recibida inmediatamente después de presentarse la condición, o lo más pronto que sea posible.
12. **TARIFAS:** Significa la cantidad fija utilizada por Triple-S Salud para pagar a sus médicos o proveedores participantes por los servicios cubiertos prestados a los asegurados cuando éstos no se retribuyen mediante otro método de pago.