TRIPLE-S SALUD, INC.
1441 Ave. Roosevelt, San Juan, Puerto Rico
Concesionario Independiente de la *Blue Cross Blue Shield Association*

Póliza Triple-S Óptimo Reserve
Planes Grupales

Patrono
Tenedor de la Póliza: ODP International LLC
Número de Sponsor: SP0001833 (ORV1)
Fecha de Efectividad: 1 de enero de 2024

Triple-S Salud, Inc., (que en adelante se denomina 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, las políticas médicas y políticas de pago establecidas 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 no está sujeta a evaluación de riesgo y 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 puede continuarse por periodos iguales, consecutivos y adicionales, mediante el pago de las primas correspondientes, del cual es responsable el patrono en primer lugar, como tenedor de la póliza y el empleado como persona asegurada y usuario del plan médico, según se dispone más adelante. Todos los términos de cubierta comienzan y terminan a las 12:01 a.m., Hora Oficial de Puerto Rico.

Triple-S Salud no deniega, excluye ni limita los beneficios de una persona asegurada por motivo de una condición preexistente, independientemente de la edad de la persona asegurada. 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 Presidente.

Justice Thurman
Presidente de Triple-S Salud

Conserve este documento en un lugar seguro; el mismo incluye los beneficios a los que tiene derecho como persona asegurada con 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	
Nuestro Departamento de Servicio al Cliente está disponible siempre que tenga una pregunta o preocupación sobre beneficios o servicios que Triple-S Salud ofrece a las personas aseguradas suscritas en esta póliza. Además, le puede responder sus preguntas, ayudar a entender sus beneficios y proporcionar información sobre nuestras políticas y procedimientos.	
Teléfono de Servicio al Cliente	**787-774-6060 o 1-800-981-3241 (libre de cargos)** **Usuarios TTY llamen al TTY 787-792-1370 ó** **1-866-215-1999 (libre de cargos)**
Horario de Operaciones del Centro de Llamadas:	• Lunes a viernes: 7:30 a.m. - 8:00 p.m. (AST) • Sábado: 9:00 a.m. - 6:00 p.m. (AST) • Domingo: 11:00 a.m. - 5:00 p.m. (AST)
Fax- Servicio al Cliente	**787-706-2833**
Teleconsulta	**1-800-255-4375 (24/7)**
BlueCard	**1-800-810-2583** www.bcbs.com
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:	servicioalcliente@ssspr.com
Precertificaciones	**Triple-S Salud, Inc.** **Departamento de Precertificaciones** PO Box 363628 San Juan, PR 00936-3628 **Fax: 787-774-4824**
Programa de Manejo de Casos **Programas de Manejo Clínico (asma, diabetes, fallo cardiaco, hipertensión y COPD (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), prenatal y Cesación de Fumar**	**787-706-2552** **Usuarios TTY llamen al 787-792-1370 o 1-866-215-1999** Lunes a Sábados de 8:00am-4:30pm (AST) Fax: 787-774-4824 commercialclinicalmanagement@ssspr.com

Centros de Servicio	
Plaza Las Américas (Segundo nivel entrada por Estacionamiento Norte) Lunes a sábado: 9:00 a.m. - 6:00 p.m. (AST)	**Plaza Carolina** (Segundo nivel al lado del Correo) Lunes a sábado: 9:00 a.m. – 6:00 p.m. (AST) Domingo: 11:00 a.m. – 5:00 p.m. (AST)
Caguas Edificio Angora Ave. Luis Muñoz Marín Esq. Troche Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m. (AST)	**Arecibo** Edificio Caribbean Cinemas, Suite 101 Carretera #2 Km. 81.0 Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m. (AST)
Ponce 2760 Ave. Maruca Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m. (AST)	**Mayagüez** Carretera 114 Km. 1.1 Barrio Guanajibo Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m. (AST)
Persons who may need assistance due to: • ***Spanish is not the primary language*** • ***Special Needs***	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. 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. Written materials may be available in other formats, including evidence of coverage and ID Card in Braille. For telephone services for hearing-impaired (TTY), call 787-792-1370 or 1-866-215-1999 (toll free) in the following business hours: • Monday thru Friday 7:30 a.m. - 8:00 p.m. (AST) • Saturday 9:00 a.m. - 6:00 p.m. (AST) • Sunday 11:00 a.m. - 5:00 p.m. (AST)
Personas con Necesidades Especiales	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. Los materiales impresos pueden estar disponibles en otros formatos, incluyendo la evidencia de cubierta y tarjeta del plan en Braille. Usuarios TTY pueden llamar a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al TTY 787-792-1370 o 1-866-215-1999 (libre de cargos) durante el siguiente horario: • Lunes a viernes: 7:30 a.m. - 8:00 p.m. (AST) • Sábado: 9:00 a.m. - 6:00 p.m. (AST) • Domingo: 11:00 a.m. - 5:00 p.m. (AST)

Portal de internet	www.ssspr.com Las personas aseguradas cuentan con la opción de registrarse a nuestro portal. En este pueden realizar transacciones, tales como: • Obtener información sobre sus beneficios • Información educativa de salud • Obtener una Certificación de Cubierta • Solicitar duplicados de la tarjeta de identificación • Revisar estatus de reembolsos • Obtener una carta de certificación de estudiante • Revisar su historial de servicios
Aplicación Móvil, Triple-S Salud	Descargue nuestra aplicación móvil y obtén acceso a información importante sobre su cubierta del plan médico. Con la aplicación de Triple-S Salud podrá: • Ver y enviar a través de email la tarjeta del plan a doctores de manera que pueda recibir servicios en caso de que no tenga la tarjeta física. • Ver la cubierta y beneficios del plan médico. • Ver los servicios de salud que ha obtenido. De esta manera podrá mantener un registro de los servicios médicos que usted y su familia han recibido. • Hallar el proveedor de servicios de salud más cercano para sus necesidades. • Tener a la mano información de contacto de Triple-S Salud como teléfonos, oficinas y correo electrónico. Accede la dirección web: https://salud.grupotriples.com/mi-triple-s/ IMPORTANTE: La aplicación Mi Triple-S solo está disponible para asegurados y dependientes mayores de 18 años en los planes de salud de Triple-S Salud.
Telexpreso	Línea automatizada para resolver asuntos relacionados con el plan médico a cualquier hora. Al llamar al (787) 774-6060 o 1-800-981-3241 (libre de cargos) puede: • Verificar su elegibilidad y la de sus dependientes • Verificar estatus de un reembolso • Recibir orientación sobre algunos procesos tales como someter un reembolso, solicitar duplicados de tarjeta, certificaciones, entre otros

AST- Tiempo Estándar del Atlántico

AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS CON MEDICARE
ESTE SEGURO NO ES UN SEGURO COMPLEMENTARIO DE MEDICARE

Algunos de los servicios de cuidado de la salud pagados por Medicare podrían resultar en que se paguen beneficios de esta póliza.

Este seguro provee beneficios limitados si usted cumple con las condiciones enumeradas en la póliza. No paga sus deducibles o coaseguros de Medicare y no es un sustituto para seguro Complementario de Medicare.

Medicare paga generalmente por la mayor parte de todos estos gastos.

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

- hospitalización
- servicios médicos
- hospicio
- medicamentos recetados para pacientes ambulatorios si está inscrito en Medicare Parte D
- otras partidas y servicios aprobados

Esta póliza tiene que pagar beneficios independientemente de alguna otra cubierta de beneficios de salud al que usted pudiera tener derecho bajo Medicare u otro seguro.

Antes De Comprar 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 de 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 el programa de seguros de salud de Puerto Rico (SHIP).

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 personas aseguradas 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 deniega 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.

TABLA DE CONTENIDO

DEFINICIONES 9
ELEGIBILIDAD 25
FECHA DE EFECTIVIDAD 25
CAMBIOS EN SUSCRIPCIÓN 26
SUSCRIPCIÓN ESPECIAL 27
CÓMO FUNCIONA SU PLAN 30
DISPOSICIONES GENERALES 52
SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO PACIENTE 64
APELACIONES DE DETERMINACIONES ADVERSAS DE BENEFICIOS 68
PROCEDIMIENTO DE TRÁMITE PARA REEMBOLSOS 99
PRECERTIFICACIONES 101
PROCEDIMIENTO DE TRÁMITE DE PRECERTIFICACIONES 102
CUBIERTA MÉDICA 104
CUBIERTA DE SERVICIOS PREVENTIVOS 105
SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y DE DIAGNÓSTICO EN FORMA AMBULATORIA 117
SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DURANTE PERIODOS DE HOSPITALIZACIÓN 121
SERVICIOS PROVISTOS POR UN HOSPITAL U OTRA FACILIDAD Y SERVICIOS DE AMBULANCIA 122
SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS 127
INDEMNIZACIÓN A LA PERSONA ASEGURADA 128
EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA BÁSICA 129
TABLA DE COPAGOS Y COASEGUROS 139
CUBIERTA DE SEGURO DE VIDA 143
CUBIERTA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES 147
EXCLUSIONES PARA LA CUBIERTA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES 150
TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS 151
EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS 155

DEFINICIONES

1. **ADMISIÓN:** Si una persona asegurada de este plan es dada de alta y requiere hospitalización dentro de los próximo tres (3) días de la fecha de alta, por el mismo diagnóstico que estuvo hospitalizada, se considerará como una readmisión y el plan la unirá a la hospitalización anterior.

2. **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.

3. **AÑO PÓLIZA:** Periodo de doce (12) meses consecutivos por el cual el patrono adquiere o renueva el seguro con Triple-S Salud.

4. **APARATOS ORTOPÉDICOS**: Aquellos que se utilizan después de una corrección quirúrgica o mecánica de las desviaciones, deformidades y fracturas en general.

5. **APARATOS ORTÓTICOS**: Aditamentos externos que restringen, eliminan o redirigen el movimiento de una parte débil o enferma del cuerpo, como, por ejemplo: abrazaderas, *corsets*, férula, yesos para ligamentos lastimados, etc.

6. **ÁREA DE SERVICIO**: 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.

7. **ASEGURADO(A) 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.

8. **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:** Proceso mediante el cual los médicos, hospitales y facilidades no participantes aceptan brindar los servicios cubiertos necesarios (en Puerto Rico y Estados Unidos) a la persona asegurada, facturando a Triple-S Salud por dichos servicios a base de la tarifa de un proveedor participante.

9. **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.

10. **BENEFICIARIO:** Es la persona designada por el asegurado a recibir el monto de seguro a la muerte del asegurado

11. **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.

12. **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.

13. **CARGO SOMETIDO:** Cantidad monetaria facturada por un médico o proveedor por un servicio cubierto ofrecido a la persona asegurada.

14. **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.

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

16. **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 anestesiólogo 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(a) o más enfermeros(as) graduados(as) registrados(as) (*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 post-operatoria.

        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.

17. **CIRUGIA 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, requiere precertificación. La banda ajustable, el balón intragástrico y la gastrectomía en manga no estarán cubiertas.

18. **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.

19. **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.

20. **COASEGURO**: El por ciento de la tarifa que tiene que pagar la persona asegurada 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 o proveedor participante. Esta cantidad no es reembolsable por Triple-S Salud.

21. **CONDICIÓN CRÓNICA:** Una condición de larga o permanente duración.

22. **CONDICIÓN DE ALTO RIESGO**: Una condición de larga o corta duración que conlleve o que tenga la probabilidad de conllevar un pronóstico pobre.

23. **CONDICIÓN PREEXISTENTE:** 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 las personas aseguradas por condiciones preexistentes, independientemente de la edad de la persona asegurada.

24. **CONDICIONES ESPECIALES:** Una condición de prevalencia baja o de rara ocurrencia.

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

26. **CONSEJERÍA GENÉTICA**: Proceso de orientación, ofrecido por un profesional de la salud especializado en genética, sobre los trastornos genéticos que padecen o pueden afectar a una persona o familia. La misma considera el historial familiar, historial médico, incluyendo el diagnóstico, la evolución probable del trastorno y el tratamiento disponible.

27. **CONTRATO FAMILIAR:**

    a. El seguro que provee beneficios para cualquier empleado asegurado, su cónyuge y sus dependientes directos, según lo define el inciso 40 de esta sección. En estos casos, aplica la prima correspondiente según la composición familiar.

    b. De no existir el cónyuge elegible según lo define el inciso 40, el contrato del empleado asegurado con uno (1) o más dependientes directos elegibles puede, 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 40 de esta sección.

    c. El empleado asegurado podrá incluir, además, en su contrato Familiar a cualquier dependiente opcional, si aplica, según lo define el inciso 41 de esta sección, si paga la prima adicional correspondiente.

La inclusión de los dependientes solo puede 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.

28. **CONTRATO INDIVIDUAL**: El seguro que provee beneficios a cualquier empleado elegible soltero o casado sin incluir al cónyuge, según lo define el inciso 40, Dependiente Directo, como persona asegurada. Dicho empleado tiene la opción de incluir en su seguro a cualquier dependiente directo elegible, según lo define el inciso 40 de esta sección, mediante el pago de la prima adicional correspondiente. Además, podrá incluir en su contrato cualquier dependiente opcional, si aplica, según lo define el inciso 41 de esta sección, si paga 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.

29. **CÓNYUGE**: Persona del mismo género o de género diferente con la cual el asegurado(a) principal del plan ha contraído matrimonio legalmente.

30. **COPAGO**: La cantidad fija predeterminada que tiene que pagar la persona asegurada 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.

31. **CRITERIOS DE REVISIÓN CLÍNICA:** Significa los procedimientos escritos para el cernimiento, los resúmenes de las decisiones, los protocolos clínicos y las guías de práctica que usa la organización de seguros de salud o asegurador para determinar la necesidad médica e idoneidad del servicio de cuidado de la salud.

32. **CUBIERTA ACREDITABLE:** Cubierta de salud que el asegurado(a) 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 provee:

    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.

33. **CUBIERTA COSTEABLE**: 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.

34. **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:

   - El patrono optó por un plan médico que participa en la Asociación de Aseguradores de Planes Médicos; y

   - 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.

35. **CUIDADO A DOMICILIO:** Atención o cuidado proporcionado a un individuo en el hogar por un profesional de la salud con licencia o cuidador profesional para ayudarle 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 los medicamentos.

36. **CUIDADO CUSTODIAL**: 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 medicamentos. Cuidado custodial no requiere la atención continua de personal médico.

37. **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. Cuidado de urgencia suele estar disponible en horario extendido, incluyendo fines de semana y noches.

38. **DEDUCIBLE**: Aquella cantidad anual que debe acumularse antes de tener derecho a los beneficios bajo esta póliza.

39. **DENTISTA:** Odontólogo legalmente autorizado a practicar la profesión de dentista.

40. **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 40a arriba, hasta que alcancen la edad de veintiséis (26) años. No son elegibles bajo este plan el cónyuge del hijo del empleado asegurado, los hijos del hijo del empleado asegurado, excepto los incluidos en el inciso 40d abajo, o los hijos del cónyuge del hijo del empleado asegurado.

    c. Menores de edad colocados en el hogar del asegurado(a) principal en vías de ser adoptados por éste. El asegurado(a) principal debe acreditar la colocación para adopción con los documentos que le solicite Triple-S Salud.

    d. Es elegible como dependiente directo un menor de edad no emancipado que sea nieto(a) o familiar consanguíneo del asegurado(a) principal, mientras ostente la custodia permanente de dicho menor

adjudicada por un tribunal mediante sentencia final y firme; dicho dependiente directo puede permanecer en el plan hasta que alcance la edad de veintiséis (26) años. Es también elegible como dependiente directo un nieto(a) o familiar consanguíneo del asegurado(a) principal de cualquier 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(a) principal. En ambos casos, el asegurado(a) principal que interese suscribir como dependiente directo a un nieto o familiar consanguíneo bajo esta cláusula, debe 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. Son elegibles como dependientes directos los "hijos de crianza" del asegurado(a) principal hasta que alcancen la edad de veintiséis (26) años. El asegurado(a) principal puede 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, certificación de escuela, o la certificación de planilla de contribución sobre ingresos de los últimos dos años, entre otras evidencias. Se entiende como hijos de crianza aquellos menores de edad que, sin ser hijos biológicos ni adoptivos del asegurado(a) 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.

41. **DEPENDIENTES OPCIONALES**: Familiares inmediatos del empleado asegurado o su cónyuge, que no cualifiquen como dependientes directos y que dependan sustancialmente de dicho empleado para su sustento y que no hayan alcanzado la edad de sesenta y cinco (65) años, si aplica. Es responsabilidad del empleado asegurado demostrar la elegibilidad de estos dependientes. De aceptar la suscripción de estos dependientes, también cualifica 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.

42. **DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL**: 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 paga los deducibles, copagos o coaseguros por los cuidados médico-hospitalarios esenciales, medicamentos y servicios dentales esenciales, de tener suscrita estas cubiertas, según descritos en la Tabla de Copagos y Coaseguros, 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 paga 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, servicios de terapia alternativa (Triple-S Natural), espejuelos o lentes de contacto, de tener el beneficio, y la prima mensual pagada a Triple-S Salud por el plan no se consideran gastos elegibles para la acumulación del desembolso máximo.

43. **DESMEMBRAMIENTO:** Pérdida de una extremidad corporal o vista debido a un accidente.

44. **EMERGENCIA MÉDICA:** Una condición médica o del comportamiento que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad, incluido el dolor intenso, de manera que una persona lega, prudente, con un conocimiento promedio de medicina y salud, puede 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 resultaría en una sería disfunción de cualquier miembro u órgano del cuerpo 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:

    a. Dolor severo en el pecho

b. Lesiones graves o múltiples
c. Dificultad respiratoria severa
d. Un cambio repentino en el estado mental (por ejemplo, desorientación)
e. Sangrado severo
f. Dolor o condiciones que requieren atención inmediata, tales como ataque al corazón o sospecha de apendicitis aguda
g. Intoxicaciones
h. Convulsiones

Servicios de emergencia son aquellos que se ofrecen única y exclusivamente en la sala de emergencia.

45. **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.

46. **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.

47. **ENFERMEDAD**:

    a. Cualquier enfermedad no ocupacional contraída por la persona asegurada.

    b. La maternidad y las condiciones secundarias y relacionadas al embarazo se consideran 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.

48. **ENFERMERAS ESPECIALES:** Enfermeras dedicadas al cuido especializado de cierta población de pacientes (Ej.: enfermeras anestesistas).

49. **EQUIPO MÉDICO DURADERO**: Equipo donde su uso principal es servir un propósito médico y su necesidad médica debe ser certificada. Estos equipos médicos incluyen, pero no están limitados a, camas tipo hospital, sillas de ruedas, equipos de oxígeno y andadores, entre otros.

50. **EQUIPO, TRATAMIENTO Y FACILIDADES NO DISPONIBLES EN PUERTO RICO**: Tratamiento en facilidades o con equipo médico-hospitalario no disponibles en Puerto Rico, en el caso de una persona asegurada que por su condición de salud requiera estos servicios.

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

52. **EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**: Una entrevista inicial para obtener el historial personal y clínico de la persona asegurada, así como la descripción de síntomas y problemas de éste. La evaluación psicológica debe 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.

53. **EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD:** Prueba de condición de salud u ocupación de la persona elegible para esta póliza.

54. **FECHA DE EFECTIVIDAD:** El primer día de cubierta del plan.

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

56. ***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. Esta ley es aplicable en nuestra jurisdicción y prevalece al código de Seguros de Puerto Rico.

57. **HOSPICIO:** Cuidado especial a personas que tienen enfermedades terminales con expectativa de vida de 6 meses o menos.

58. **HOSPITALIZACIÓN PARCIAL**: 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

59. ***HOST BLUE:*** Plan *Blue Cross Blue Shield* del área dónde se recibe el servicio bajo el Programa *Blue Card.* Los *Host Blues* determinan un precio negociado, el cual es señalado en las condiciones de cada uno de los contratos con los *Host Blue*. El precio negociado hecho disponible a Triple-S Salud por el *Host Blue* puede ser representado por uno de los siguientes:

    a. El precio real. El precio real es la tasa de pago vigente en el momento que la reclamación es tramitada sin cualquier otro aumento o reducción, o

    b. Tarifa estimada o precio aproximado. El precio aproximado es una tasa de pago negociado, vigente en el momento que una reclamación es tramitada, reducida o aumentada mediante un porcentaje para tener en cuenta ciertos pagos negociados con el proveedor y otras transacciones que están relacionadas y no relacionadas con las reclamaciones. Tales transacciones pueden incluir, pero no se limitan a, recuperación de fraude y abuso, reembolsos para proveedores no aplicados a una reclamación específica, arreglos retrospectivos y pagos relacionados al desempeño o incentivos, o

    c. Tarifa promedio o precio promedio. El precio promedio es un porcentaje de los cargos facturados por servicios cubiertos vigentes en el momento que una reclamación es tramitada representando los pagos totales negociados por el *Host Blue* con todos sus proveedores de cuidado de salud o una clasificación similar con sus proveedores y otras transacciones que sean relacionadas y no relacionadas con reclamaciones. Tales transacciones pueden incluir las mismas que son indicadas anteriormente para un precio aproximado.

60. **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.

61. **INCAPACIDAD:** Significa una lesión o enfermedad que impide que un empleado realice sus funciones regulares.

62. **INDEMNIZACIÓN:** Cantidad de dinero que recibe una persona asegurada por una reclamación sometida al plan de salud de un servicio cubierto recibido.

63. **INFORMACIÓN DE SALUD**: Información o datos, verbales o registrados en la manera y el medio que:

    a. sea creada o recibida por el asegurador o la organización de servicios de salud, y

    b. se relacione con la salud física, mental, 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.

    c. El pago por los servicios de cuidado de la salud prestados a una persona.

    d. La información de salud incluye además información demográfica, genética e información sobre explotación financiera o maltrato.

64. **INFORMACIÓN GENÉTICA:** Información de genes, productos de genes, y características heredadas que pueden 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.

65. **INTERRUPCIÓN SUSTANCIAL DE CUBIERTA**: Periodo de sesenta y tres (63) días consecutivos durante los cuales la persona no ha tenido cubierta acreditable alguna. Para el cómputo de este término no se toma en cuenta el periodo de espera ni el periodo de suscripción.

66. **IRO**: La Organización de Revisión Externa (*Independent Review Organization* o IRO, por sus siglas en inglés) es una organización que está acreditada para llevar a cabo revisiones médicas independientes. Estas revisiones las lleva a cabo un médico independiente.

67. **LESIONES**: 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.

68. **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.

69. **MALTRATO**: Significa la comisión de uno o más de los siguientes actos, bien fueren ejecutados por un miembro o ex miembro de la familia de la víctima, algún residente de su casa, compañero o compañera sentimental o cualquier persona a cargo de su cuidado:

    a. Intentar causar o causar, de manera intencional o negligente, daño corporal, daño físico, angustia mental grave, trauma psicológico, ultraje, agresión sexual o relaciones sexuales involuntarias;

    b. Llevar a cabo, a sabiendas, una conducta de persecución en contra de la víctima, o lo que incluye perseguirla, sin la debida autorización, en circunstancias que la víctima pudiera entender razonablemente que su integridad física peligra;

    c. Restringir la libertad de la víctima; o

d. Causar, a sabiendas o de manera negligente, daños a la propiedad con el objetivo de intimidar o controlar el comportamiento de la víctima.

70. ***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.

71. **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.

72. **MÉDICO DE CABECERA:** Médico que cumple con los requisitos estatales para ejercer la medicina y está preparado para proveer cuidados rutinarios, preventivos y servicios médicos básicos para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Provee cuidado médico a la persona asegurada. El médico de cabecera puede ser un generalista, médico de familia, pediatra, internista o ginecólogo. Conforme a la ley 79-2020, en pacientes de cáncer, el oncólogo puede ser el médico de cabecera siempre y cuando el mismo esté de acuerdo. Esta póliza no requiere que la persona asegurada seleccione un médico de cabecera.

73. **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.

74. **MÉDICO O PROVEEDOR NO PARTICIPANTE**: Médico, hospital, grupo médico o proveedor que no tiene un contrato vigente con Triple-S Salud.

75. **MÉDICO O PROVEEDOR PARTICIPANTE**: Todo médico, hospital, centro de servicios primarios, centro de diagnóstico y tratamiento, dentista, laboratorio, farmacia, servicios médicos de emergencia prehospitalarios 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 personas aseguradas de Triple-S Salud.

76. **MONTO DEL SEGURO:** Cantidad de dinero por la cual la persona asegurada está cubierta.

77. **NECESIDAD MÉDICA:** Significa todo aquello que un médico licenciado prudente y razonable entienda que es médicamente necesario sobre todo aquel servicio o procedimiento de salud que se brinde a un paciente con el propósito de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, padecimiento, dolencia o sus síntomas en una forma que:

    a. Sea conforme con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica, a la luz de los medios modernos de comunicación y enseñanza

    b. Sea clínicamente apropiado en cuanto a tipo, frecuencia, grado, lugar y duración de los servicios o procedimientos de salud;

    c. La determinación de necesidad médica no sea hecha meramente para la conveniencia del paciente o del médico o para el beneficio económico de la aseguradora, organización de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud, del tratamiento médico en sí mismo o de otro proveedor de atención médica;

    d. Sea dentro del ámbito de la práctica y/o especialidad médica de la o del profesional médico licenciado quien determinó la necesidad médica;

    e. Que dicha determinación de necesidad médica esté basada en evidencia clínica que sostenga la determinación y esté debidamente documentada por el facultativo que trató al paciente.

78. **NUEVA TECNOLOGÍA MÉDICA:** Nuevos procedimientos, para diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades aprobados por la FDA y que estén ampliamente reconocidos por la comunidad médica y disponible en el área de servicio.

79. **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.

80. **ORGANIZACIÓN DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN**: Entidad contratada por una organización de seguros de salud o asegurador para llevar a cabo la revisión de utilización, cuando no sea la organización de seguros de salud o asegurador quien hace la revisión de su propio plan médico. No se interpretará que es requisito para la organización de seguros de salud o asegurador, subcontratar una entidad independiente para llevar a cabo los procesos de revisión de utilización.

81. **OXIGENACIÓN HIPERBÁRICA O CÁMARA HIPERBÁRICA**: Se refiere al método o tratamiento en el que un paciente es sometido a un ambiente con oxígeno superior al de la atmósfera o del 100% del oxígeno puro o de aumento en la oxigenación. Es el proceso de compresión, alta presión o sobrepresión que se logra aumentando la presión del aire que se respira a presiones mayores que la presión normal.

82. **PERIODO DE ESPERA DE ELEGIBILIDAD:** Periodo que debe transcurrir con respecto a la persona asegurada 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.

83. **PERIODO DE HOSPITALIZACIÓN:** 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.

84. **PERIODO DE SUSCRIPCIÓN:** Periodo de tiempo establecido para que el empleado elegible se suscriba a un plan médico de patronos.

85. **PERSONA ASEGURADA:** Persona elegible y suscrita, sea asegurado principal o dependiente (directos u opcionales) la cual tiene derecho a recibir los servicios y beneficios cubiertos bajo esta póliza.

86. **PERSONAS CON TRASTORNO DE ESPECTRO DE AUTISMO:** Una persona que representa todos o algunos de los síntomas asociados a dicho desorden y que haya sido diagnosticado por el mismo por un facultativo médico o profesional de la salud.

87. **PLAN *BLUE CROSS BLUE SHIELD***: Asegurador independiente que mediante contrato con la Asociación de Planes Azules (*Blue Cross Blue Shield Asociation*) adquiere la licencia para pertenecer a la asociación de planes independientes y le permite el uso de sus marcas.

88. **PLAN DE TRATAMIENTO**: 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.

89. **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.

90. **PREAUTORIZACIÓN:** Proceso para obtener aprobación previa de la organización de seguros de salud o asegurador que se requiera bajo los términos de la cubierta del plan de salud para el despacho de un medicamento de receta.

91. **PRECERTIFICACIÓN**: La autorización previa expedida por Triple-S Salud para el pago de cualquiera de los beneficios y cubierta bajo esta póliza y sus endosos. Algunos de los objetivos de la precertificación son: evaluar si el servicio es médicamente necesario, evaluar la adecuacidad del lugar de servicio, verificar la elegibilidad de la persona asegurada para el servicio que se está solicitando y si el mismo está disponible en Puerto Rico. Las precertificaciones se evalúan a base de las políticas de precertificaciones que Triple-S Salud establezca de tiempo en tiempo.

    Triple-S Salud no es responsable por el pago de dichos servicios si los mismos han sido prestados o recibidos sin dicha autorización por parte de Triple-S Salud.

92. **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.

93. **PROFESIONAL DE LA SALUD:** 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. Éstos son, pero no se limitan a, médicos, cirujanos, podiatras, doctores en naturopatía, quiroprácticos, optómetras, audiólogos, sicólogos, dentistas, farmacéuticos, enfermeras y tecnólogos médicos.

94. **PROGRAMA *BLUECARD*®**: El programa que permite el procesamiento de reclamaciones por servicios cubiertos fuera del área geográfica de Puerto Rico y que se pagan a base de las tarifas negociadas por el Plan *Blue Cross Blue Shield* del área.

95. **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.

96. **PRUEBAS PSICOLÓGICAS**: 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 están 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.

97. **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.

98. **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.

99. **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 auto identidad que favorezca el desarrollo individual para lograr una existencia pura y llena de significado.

100. **QUERELLA**: 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 la persona asegurada y el asegurador.

101. **REPRESENTANTE PERSONAL:** Significa**:**

a. Una persona a quien la persona cubierta o asegurado ha dado consentimiento expreso por escrito para que le represente;

b. una persona autorizada por ley a dar el consentimiento en sustitución de la persona asegurada;

c. un miembro de la familia inmediata de la persona cubierta, o el profesional de la salud que atiende a la persona asegurada, cuando ésta no tenga la capacidad de dar su consentimiento;

d. el profesional de la salud cuando el plan médico de la persona asegurada requiere que un profesional de la salud solicite el beneficio; o

e. en el caso de una solicitud de cuidado urgente, un profesional de la salud que tenga conocimiento sobre la condición médica de la persona asegurada.

102. **RESCISIÓN DE CUBIERTA:** Triple-S Salud puede tomar la decisión de terminar su contrato con efecto retroactivo por motivo de fraude o intencional de un hecho material según prohibido por este plan. La rescisión se notifica por escrito con treinta (30) días de anticipación y la persona asegurada tiene derecho a solicitar revisión de esta determinación.

103. **REVISIÓN CONCURRENTE:** Revisión de utilización realizada durante la estadía de la persona asegurada en una facilidad o durante el tratamiento de la persona asegurada en la oficina de un profesional de la salud u otro lugar donde se prestan servicios de cuidado de salud a personas aseguradas admitidas o de forma ambulatoria.

104. **REVISIÓN PROSPECTIVA**: 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.

105. **REVISIÓN RETROSPECTIVA**: Revisión de una solicitud de un beneficio que se lleve a cabo luego de que el servicio de cuidado de la salud fue prestado. La misma 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.

106. **SERVICIOS AMBULATORIOS**: Aquellos servicios cubiertos por esta póliza que reciba la persona asegurada mientras no se encuentre recluida como paciente hospitalizado.

107. **SERVICIOS DE AMBULANCIA**: 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.

108. **SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN**: Servicios cubiertos por esta póliza que reciba la persona asegurada mientras se encuentra recluida como paciente hospitalizado.

109. **SERVICIOS EXPERIMENTALES O INVESTIGATIVOS**: Tratamientos médicos que:

a. son considerados como experimentales o investigativos bajo los criterios del *Technology Evaluation Center (TEC)* de la *Blue Cross Blue Shield Association* para las indicaciones y métodos específicos que se ordenan; o

b. 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

c. 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

d. sus resultados positivos reportados son insuficientes para contrapesar de manera aceptable los resultados negativos del tratamiento; o

e. el tratamiento no es más beneficioso que otros tratamientos alternos ya reconocidos; o

f. la mejoría del tratamiento no puede obtenerse fuera de la fase de investigación.

110. **SERVICIOS MÉDICAMENTE NECESARIOS**: Aquellos servicios que son provistos por un médico participante, un grupo de médicos o proveedor para mantener o restablecer la salud de la persona asegurada y que son determinados y provistos según el estándar de la buena práctica de la medicina.

111. **SERVICIOS NO CUBIERTOS**: Aquellos servicios que:

a. están expresamente excluidos en la póliza de la persona asegurada;

b. son parte integral de un servicio cubierto;

c. son prestados por una especialidad médica no reconocida para pago;

d. son considerados experimentales o investigativos por las entidades correspondientes, según se indican en la póliza;

e. son provistos para la conveniencia o comodidad de la persona asegurada, del médico participante o de la instalación.

112. **SESIONES**: Dos o más modalidades de tratamientos de terapia física o respiratoria.

113. **SÍNDROME METABÓLICO:** 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), colesterol y triglicéridos e hiperglucemia (nivel alto de azúcar en sangre).

114. **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.

115. **SITUACIÓN DE VÍCTIMA DE MALTRATO:** Significa el hecho o la percepción de que la persona es o ha sido víctima de maltrato, independientemente de si la persona ha sufrido alguna condición de salud relacionada con el maltrato.

116. **SOLICITUD DE CUIDADO URGENTE:**

1. Una solicitud de servicio de cuidado de la salud o tratamiento con respecto al cual el tiempo establecido para hacer una determinación de cuidado no urgente:

    a. Podría poner en peligro la vida o la salud de la persona asegurada o su recuperación plena; o

    b. En la opinión de un médico con conocimiento de la condición de salud de la persona asegurada, expondría a la persona asegurada a dolor que no se puede manejar adecuadamente sin el servicio de cuidado de la salud o tratamiento solicitado.

2. Al determinar si se tratará la solicitud como una solicitud de cuidado urgente, la persona que representa a la organización de seguros de salud o asegurador ejercerá el juicio de un lego prudente que tiene un conocimiento promedio de la salud y la medicina. Si un médico con conocimiento de la condición de salud de la persona asegurada determina presentar una solicitud de cuidado urgente, dentro del significado del inciso (1), la organización de seguros de salud o asegurador tratará dicha solicitud como una de cuidado urgente.

117. **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 especifico como pérdida de elegibilidad bajo otro plan grupal, matrimonio y nacimientos, entre otros.

118. **TARIFAS**: Cantidad fija utilizada por Triple-S Salud para pagar a sus médicos o proveedores participantes por los servicios cubiertos prestados a las personas aseguradas cuando éstos no se retribuyen mediante otro método de pago.

119. **TELECONSULTA**: Servicio de Triple-S Salud donde la persona asegurada, 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, la persona asegurada recibe una recomendación de acudir a la sala de emergencia, se le asigna un número de registro que debe presentar al recibir los servicios. En caso de enfermedad, al presentar dicho número en la sala de emergencia, puede aplicar 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 persona asegurada de Triple-S Salud.

120. **TELEMEDICINA:** Es la práctica de la medicina a distancia incorporando tanto el diagnóstico, el tratamiento y la educación médica mediante el uso de recursos tecnológicos para optimizar los servicios de atención en salud. Los mismos incluyen, pero sin limitarse a, servicios complementarios e instantáneos a la atención de un generalista o especialista; diagnósticos inmediatos por parte de un médico especialista en un área o región determinada; servicios de archivo digital de exámenes radiológicos, ecografías, emergencias médicas y otros; conforme a la Ley Núm. 168 de 2018 y la Ley Núm. 68 de 16 de julio de 2020.

121. **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.

122. **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.

123. **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. La facilidad debe ser una institución hospitalaria acreditada por Medicare, Joint Commission y el Departamento de

Educación y los maestros clínicos deben estar acreditados bajo la Ley 30. También debe tener licencia de farmacia por ASSMCA para la administración y el almacenaje de medicamentos, así como un equipo interdisciplinario (clínico, psiquiatra, psicólogo y enfermeros graduados).

124. **UNIDAD DE CUIDADO DE ENFERMERÍA DIESTRA**:

a. 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

b. 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(a) enfermero(a) graduado(a) registrado(a) (*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.

125. **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.

126. **URGENCIA:** Significa una condición médica suscitada, que no expone a riesgo de muerte inminente o la integridad de la persona, y que puede ser tratada en oficinas médicas u oficinas de horario extendido, no necesariamente en salas de emergencia, pero la cual, de no ser tratada en el momento adecuado y de la manera correcta, se podría convertir en una emergencia.

127. **VICTIMA DE MALTRATO:** Significa una persona en contra de la cual se ha cometido un acto de maltrato; que tiene o ha sufrido lesiones, enfermedades o trastornos resultantes del maltrato o que solicita o ha solicitado, o podría tener motivo para solicitar, tratamiento médico o sicológico debido al maltrato; o protección legal o refugio para protegerse del maltrato.

128. **VISITAS COLATERALES:** Entrevistas en la oficina de un psiquiatra o sicólogo (psicólogo con maestría o doctorado y licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico) con familiares inmediatos de la persona asegurada bajo esta póliza.

ELEGIBILIDAD

¿QUIÉN ES ELEGIBILE?

Cada empleado activo del patrono y sus dependientes son elegibles para el seguro ofrecido por esta póliza. Triple-S Salud puede 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, pueden asegurarse bajo los beneficios de esta póliza.

FECHA DE EFECTIVIDAD

El empleado y sus dependientes elegibles quedan 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 son 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 puede 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, tiene un periodo de espera de elegibilidad que no excederá de 90 días contados desde la fecha en que comenzó a trabajar con el patrono. La solicitud para el seguro debe acompañarse con el documento correspondiente que acredite tal fecha de elegibilidad del empleado. El seguro en estos casos es efectivo inmediatamente al siguiente día pasado el periodo de espera. De no solicitarse el seguro, el empleado puede 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 puede darse de baja en ningún momento durante el periodo de la póliza a menos que cese en su empleo, excepto en casos 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 puede hacer cambios en su seguro, ni el patrono puede solicitarlos, a menos que dichos cambios sean necesarios por razón de cualquiera de los siguientes motivos:

1. Muerte de cualesquiera de las personas aseguradas en el plan: Cuando una persona asegurada muere durante la vigencia de esta póliza, la solicitud de cambio para el cese del seguro debe realizarse dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que ocurrió la muerte; la cual debe acreditarse con el Acta de Defunción. El cambio es efectivo el día en que ocurrió el evento.

2. Divorcio del empleado asegurado: Cuando el empleado asegurado se divorcia 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 debe acreditarse con la Sentencia de Divorcio y su correspondiente Notificación. El cambio es efectivo el primer día del mes que sigue a aquél en que se haya notificado la sentencia de divorcio por el tribunal.

3. Que un hijo(a), nieto(a), familiar consanguíneo o hijo(a) de crianza, según la definición de dependiente directo de esta póliza, deje de ser elegible como dependiente directo del empleado asegurado:
    a. Cuando los dependientes directos mencionados en este inciso alcancen la edad de veintiséis (26) años, la fecha de cumpleaños se toma como la fecha de cambio para la cancelación de la cubierta, excepto en los casos de los dependientes incapacitados, según dispone la definición de dependiente directo. El cambio es 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.

4. Cuando un dependiente opcional deje de ser elegible según se especifica en la definición de dependiente opcional de esta póliza, si aplica:
    a. Cuando un dependiente opcional asegurado, alcance la edad de sesenta y cinco (65) años, la fecha de cumpleaños se toma como la fecha para el cese del seguro. El cambio es efectivo el primer día del mes que sigue al mes en que ocurrió el evento.

    b. Cuando cualquier dependiente opcional ingrese en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, la fecha de ingreso se toma como la fecha para el cese del seguro. El cambio es efectivo el primer día del mes que sigue al mes en que ocurrió el evento.

Todo empleado asegurado tiene que completar la solicitud de ingreso en todas sus partes y enviarla a través del funcionario a cargo del personal o Administrador de Beneficios del patrono. Igual norma aplica con respecto a cualquier petición de cambio en el seguro, excepto cambios por edad que se pueden hacer automáticamente por Triple-S Salud. Es 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 del plan de las personas aseguradas que terminen el seguro y un resumen certificado de todas las solicitudes nuevas y cambios a efectuarse. Triple-S Salud puede 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 pueden suscribirse a esta póliza en cualquier momento, cuando se den cualquiera de las siguientes condiciones, términos y limitaciones:

1. Matrimonio del empleado asegurado: Cuando el empleado asegurado contraiga matrimonio durante la vigencia de esta póliza, puede incluir a su cónyuge bajo su seguro y a aquellos dependientes que se hagan elegibles en virtud del matrimonio, si la solicitud de cambio se radica en Triple-S Salud dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del matrimonio, y se acredite el mismo con el Certificado de Matrimonio y evidencia que acredite a los nuevos dependientes como elegibles, según sea el caso. En este caso, el seguro es efectivo el día primero del mes siguiente a aquel en que se recibe la solicitud en Triple-S Salud.

2. Nacimiento, adopción, colocación para adopción o adjudicación de custodia:

    a. Cuando el empleado asegurado procree un hijo(a) biológico(a), 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 puede incluirlo bajo esta póliza. El evento tiene 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(as) biológicos(as) del empleado asegurado, el plan cubre al recién nacido a partir del nacimiento. De no recibirse la solicitud de ingreso como dependiente en estos casos, Triple-S Salud cubre al recién nacido bajo el plan de salud del asegurado(a) 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 (30) 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, 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 proveyendo 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:

        1. incluye servicios de cuidado de salud para lesiones o enfermedades, lo que incluye el cuidado y tratamiento de defectos y anormalidades congénitas que se hayan diagnosticado por un médico; y

        2. no está sujeta a ninguna exclusión por condición preexistente.

e. En los casos de los recién nacidos:

1. Si para proveer cubierta a un recién nacido, se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, el plan puede exigir que el empleado asegurado notifique del nacimiento del menor, con la solicitud de inclusión como dependiente y la presentación del Acta Original de Nacimiento, 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.

2. Si el empleado asegurado no proporciona la notificación ni el pago de prima, el plan puede optar por no continuar brindando cubierta al menor dependiente más allá del periodo de treinta (30) días. No obstante, 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 reinstala la cubierta del menor.

3. Si, por el contrario, el plan no requiere pago de una prima, puede solicitar una notificación del nacimiento, pero no puede denegar o rehusar continuar proveyendo la cubierta, si el empleado asegurado no proporciona dicha notificación.

f. En los casos de menores recién adoptados o menores colocados para adopción, la organización de seguros de salud o asegurador está 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 puede 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 puede 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.

g. 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 cubre 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 pueden 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 patrono anterior.

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 puede 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 de la persona asegurada.

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 tienen 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 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(a) principal (no custodio) de menores que figuran como dependientes bajo la póliza, o cuando personas aseguradas 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 puede remitir el pago directamente a dicho padre no custodio o persona asegurada.

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 aquellas personas aseguradas que residen permanentemente en el Área de Servicio. Triple-S Salud es responsable por el pago de los servicios ofrecidos a una persona asegurada 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(a) principal y todos sus dependientes directos tienen beneficios similares.

Plan de Libre Selección

Usted, como persona asegurada 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 ayuda a identificar el cuidado médico que necesite coordinar con otros médicos especialistas y proveedores de la red de Participantes y Proveedores de Triple-S Salud que son parte del Directorio.

Existen 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 de la Lista de Medicamentos, si aplica, entre otras reglas.

Servicios Médicamente Necesarios

Triple-S Salud cubre los beneficios descritos en esta póliza, siempre y cuando sean médicamente necesarios. Servicios médicamente necesarios son servicios provistos por un médico participante, un grupo de médicos o proveedor para mantener o restablecer la salud de la persona asegurada y que son determinados y provistos según el estándar de la buena práctica de la medicina.

Favor referirse a la Sección Apelaciones de Determinaciones Adversas de Beneficios 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 a la persona asegurada durante periodos de hospitalización. Solo están 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, está 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 efectúa directamente Triple-S Salud a los médicos participantes a base de las tarifas establecidas para tales propósitos.

Servicios de Hospitalización

Si su plan tiene la red preferida de hospitales, los hospitales participantes de la red de Triple-S Salud se agruparon en dos clasificaciones de acuerdo al nivel de calidad de las facilidades hospitalarias. La primera clasificación es la red de **Hospitales Preferidos** donde usted paga un copago de admisión más bajo. La segunda clasificación es la red de **Hospitales no Preferidos** que incluye el resto de los hospitales contratados y usted paga un copago de admisión más alto. Para identificar los hospitales preferidos y no preferidos, refiérase a la sección Redes Preferidas del Directorio de Proveedores y Participantes de Triple-S Salud. Para conocer si su plan tiene la red de hospitales preferidos, refiérase a la Tabla de Copagos y Coaseguros.

Si una persona asegurada de este plan requiere una hospitalización por motivo de una lesión o enfermedad, es requisito que al momento de su ingreso pague al hospital el copago o coaseguro establecido por la admisión. Además, es responsable por el pago de cualquier otro servicio, provisto durante la hospitalización, que requiera copago o coaseguro, según definido en esta póliza. Los copagos y coaseguros no son reembolsables.

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 es 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. Tampoco es responsable por cualquier día o días de pase que le sean concedidos al paciente para ausentarse del hospital durante el mismo periodo de hospitalización.

Proveedores participantes de nuestra red

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

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

- Verifique en el Directorio de Proveedores y Participantes 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 al Departamento de Servicio al Cliente al número que aparece en la parte posterior de la tarjeta de identificación de la persona asegurada para preguntas de un proveedor específico.

Redes Preferidas en Facilidades Ambulatorias

Su póliza puede contar con Redes Preferidas para visitas médicas, laboratorios clínicos, rayos-X, radiología e imágenes que se prestan de forma ambulatoria. Esto significa que si usted visita los proveedores participantes de estas Redes Preferidas identificadas como:

- Clínicas SALUS: La red de Clínicas SALUS ofrece copagos y/o coaseguros más bajos que el resto de los proveedores contratados. Algunos de los servicios que usted puede acceder a un costo menor son: visitas médicas y rayos-X. Usted tiene derecho a visitar otros médicos de la red de proveedores participantes de Triple-S Salud a los cuales les aplica un copago mayor.

- Redes Selective: Redes de laboratorios clínicos, radiología e imágenes.

Es importante que revise el Directorio de Proveedores y Participantes de Triple-S Salud antes de recibir los mismos para que conozca los proveedores participantes de estas redes. Favor referirse a la Tabla de Copagos y Coaseguros para validar que el plan al cual usted está suscrito tiene estas Redes Preferidas como parte de su cubierta.

Contrataciones Especiales por Manejo

Triple-S Salud puede 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 interpreta como una eliminación o reducción de los beneficios cubiertos bajo esta póliza.

Compensación a los Proveedores Participantes

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, la persona asegurada está obligada 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 al Departamento de Servicio al Cliente al número que aparece en la parte posterior de la tarjeta de identificación de la persona asegurada.

Administradores de Beneficios Contratados

Triple-S Salud contrata con otras organizaciones (proveedores o entidades) para realizar ciertos servicios de salud tales como: Administrador de Beneficios de Farmacia para medicamentos recetados, desarrollar y mantener el Formulario de Medicamentos, contratar con farmacias, procesar y pagar reclamaciones de medicamentos recetados, Administrador de Beneficios de Salud Mental para utilización, manejo de casos, Administrador de Beneficios de Visión y Teleconsulta (Línea de Orientación de Salud Telefónica), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año en el que cada consulta médica es atendida por profesionales de enfermería altamente capacitados, respaldados por la más avanzada tecnología donde le contestarán sus preguntas sobre temas de salud que le preocupen o interesen. Para obtener más información sobre estas organizaciones y conocer cómo le impactan, puede comunicarse con Servicio al Cliente.

Debe consultar esta póliza para verificar la cubierta de su plan médico y si hay algún límite de beneficios. De tener alguna duda sobre sus beneficios, puede comunicarse con Servicio al Cliente a través de cualquiera de los canales de servicio disponibles en la Sección Contactos.

Servicios fuera de la Red de Proveedores Contratados en Puerto Rico

Los servicios cubiertos por esta póliza que sean prestados por médicos o proveedores no participantes de Triple-S Salud en Puerto Rico se rembolsarán a base del 100% de los honorarios contratados con los proveedores participantes, menos el copago o coaseguro correspondiente. Si la persona asegurada determina visitar u obtener servicios de un proveedor no participante, pueden aplicar cargos adicionales según lo establezca el proveedor. La persona asegurada será responsable de pagar la diferencia entre la cantidad facturada por el no participante y la tarifa establecida por Triple-S Salud para sus proveedores participantes.

Aviso y consentimiento para ser tratado por un proveedor no participante en una instalación participante

En cumplimiento con el *Consolidated Appropriations Act*, 2021, cuando la persona asegurada sea atendida o reciba servicios de un proveedor no participante dentro de una facilidad participante, la facilidad participante es responsable de notificar a la persona asegurada, por escrito en documento oficial, en papel o formulario electrónico (incluyendo notificación electrónica), según lo seleccione la persona asegurada, que el proveedor que va a ofrecer el servicio no es participante. La notificación debe incluir los costos de proveer el servicio, lista de proveedores participantes que ofrecen el servicio en la facilidad participante y que la persona asegurada puede decidir si buscar atención de un proveedor participante en la instalación o en otra instalación participante con proveedor participante, con respecto al servicio. La persona asegurada debe dar el consentimiento por escrito y recibir copia firmada de dicho consentimiento. En el caso de que la persona asegurada dé su consentimiento para proceder con el servicio, será responsable del costo total de los servicios que ha recibido del proveedor no participante. Si la persona asegurada no fue notificada por escrito, la facilidad será responsable del costo total de los servicios que ha recibido la persona asegurada del proveedor no participante, menos el copago o coaseguro por el servicio si se hubiese realizado por un proveedor participante.

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, la persona asegurada es notificada de dicha cancelación con por lo menos 30 días antes de la fecha de efectividad de la cancelación. Si autorizamos a un proveedor a ofrecer un servicio cubierto y su estatus cambia a no participante antes que la persona asegurada se realice el mismo, y ésta no recibió una notificación con al menos 30 días previos a realizarse el servicio autorizado, la responsabilidad económica se limitará a la que hubiese incurrido si el proveedor fuera participante.

En caso de cancelación, sujeto al pago de la prima, la persona asegurada tiene 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 extiende 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 extiende 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 extiende durante el tiempo restante de la vida del paciente.

Nuevas personas aseguradas con un tratamiento en curso

Si la persona asegurada está en un tratamiento en curso con un proveedor no participante cuando la cubierta de esta póliza se haga efectiva, la persona asegurada 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. Las personas aseguradas pueden continuar con los cuidados de un proveedor no participante si se encuentra en el segundo o tercer trimestre del embarazo, cuando la cubierta de esta póliza entre en vigor. Las personas aseguradas pueden 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 debe estar de acuerdo con proporcionar la información médica necesaria relacionada al cuidado médico de las personas aseguradas 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, las personas aseguradas reciben los servicios cubiertos como si fueran provistos por un proveedor participante. La persona asegurada es responsable únicamente de los copagos y coaseguros aplicables a su cubierta.

Luego del periodo de tiempo establecido, los servicios recibidos de proveedores no participantes se rembolsarán a base del 100% de los honorarios contratados con los proveedores participantes, menos el copago o coaseguro correspondiente.

Servicios de Emergencia

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

La cubierta de servicios de emergencia para el tratamiento de una condición de emergencia se proporciona a la persona asegurada independientemente de si el proveedor es participante o no. El plan cubre solo aquellos servicios de emergencia y suministros que son médicamente necesarios y se realizan para tratar o estabilizar la condición de emergencia de una persona asegurada en un hospital.

Cuidado de Urgencias

El Plan cubre cuidado de urgencias. Nuestra red de proveedores cuenta con salas de urgencia donde puede aplicar un copago menor que en una sala de emergencia. Los centros de urgencia incluyen las Clínicas de Urgencia Sanitas contratadas en el estado de Florida.

Las Clínicas de Urgencia Sanitas son parte de nuestra Red Preferida de Proveedores y proveen atención de urgencia avanzada que incluye: enfermedades, infecciones, fiebre, catarro o gripe, cortaduras y heridas, torceduras o desgarres leves y fracturas. Además, estas clínicas están equipadas para monitorear y tratar condiciones como asma, dolor abdominal, migraña y deshidratación. Los servicios de las Clínicas de Urgencia Sanitas en el estado de Florida se ofrecen como un servicio ampliado en los Estados Unidos. Aplica $50 de copago.

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, visitar una Clínica SALUS o una sala de urgencia**	**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 103ºF 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 103ºF / 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 de este servicio voluntario le ofrecen asesoramiento para que decida si debe:

- hacer una cita médica,
- visitar una sala de emergencia,
- o le dan 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 generalista, médico de familia, pediatra, internista o ginecólogo. Conforme a la ley 79-2020, pacientes de cáncer pueden seleccionar un oncólogo como su médico de cabecera siempre y cuando el mismo esté de acuerdo. Éste coordina 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 conoce todo sobre su salud y mantiene 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, de tener suscrita la cubierta.
    - 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. 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).

- Los medicamentos genéricos pueden significar ahorros para su bolsillo, ya que cuestan mucho menos que los de marca. 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, de tener suscrita la cubierta. 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 nuestra Lista de Medicamentos, de tener suscrita la cubierta y aplicar lista de medicamentos. Use los 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 tiene desembolsos mayores cuando utiliza los medicamentos que no son preferidos. Verifique su descripción de cubierta y Tabla de Copagos y Coaseguros 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 de su bolsillo para servicios como exámenes físicos anuales y las citas ginecológicas preventivas, mamografías preventivas y otros exámenes, vacunas y mucho más. Estos son pasos importantes para mantenerse saludable, por lo que debe aprovechar 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.
- Si tiene un seguro de salud adicional, informe a Triple-S Salud y a su otro plan para que coordine beneficios entre ambos planes. Favor referirse a la Sección, Coordinación de Beneficios para mayor información sobre las reglas para determinar qué plan será primario.

Teleconsulta[1]

Teleconsulta es un servicio voluntario el cual ofrece orientación de salud telefónica, disponible las **24** horas, los **7** días, los **365** días del año.

Las personas aseguradas tienen acceso telefónico a información médica 24 horas, los 7 días. Este programa es atendido por personal clínico calificado, el cual le ofrece ayuda y orientación sobre su condición. Estos profesionales evalúan los síntomas de la persona asegurada con el propósito de determinar el tratamiento más apropiado.

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

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

[1] Teleconsulta es un servicio exclusivo de Triple-S Salud para las personas aseguradas.

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 puede exonerar o reducir el copago/coaseguro de la Sala de Emergencia (disponible solo en Puerto Rico. Esto no aplica a casos de accidentes). Para más detalles, revise la tabla de Copagos y Coaseguros. 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, la persona asegurada 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**. Busque el número de teléfono en la parte de atrás de su tarjeta de Seguro de Salud de Triple-S Salud. Recuerde, cuando llame a ***Teleconsulta***, tener a la mano su tarjeta de Seguro de Salud.

Precertificación de Servicios

Hay ciertos servicios que requieren la aprobación previa de Triple-S Salud antes que la persona asegurada pueda recibirlos. La persona asegurada o el proveedor son responsables de solicitar una precertificación del servicio. Favor referirse a las Secciones de Precertificaciones y Procedimiento de Trámite de Precertificaciones para obtener una lista de los servicios que requieren una precertificación de servicios y el proceso que la persona asegurada o proveedor deben seguir para obtener la precertificación del plan.

Manejo Clínico

Los beneficios que ofrece esta póliza 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 presta 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 las personas aseguradas con necesidades de atención médica debido a condiciones graves, complejas y/o crónicas de salud tales como:

Programas de Manejo de Enfermedades:

- Diabetes
- Hipertensión y Fallo Congestivo
- Asma
- Enfermedad Obstructiva Pulmonar
- Prenatal-embarazos alto riesgo
- Enfermedad Crónica del Riñón

Manejo de casos complejos:

- Desordenes inmunológicos (Ejemplo VIH o SIDA)
- Enfermedades cerebrovasculares
- Fibrosis Cística
- Enfermedades degenerativas (Ejemplo esclerosis múltiple, ALS)
- Altos utilizadores
- Trasplante de órganos y tejidos, incluyendo médula ósea, hígado, riñón, corazón, pulmón y páncreas
- Lesiones de piel (úlceras III y IV)
- Enfermedad mental y abuso de sustancias
- Accidentes cerebrovasculares
- Fibrosis Cística

- Hipertensión Pulmonar
- Cáncer en tratamiento de quimioterapia continua (cabeza/cuello, gastrointestinal, pulmón, ovario/útero, cerebro, metástasis o fase terminal

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

La persona asegurada puede ser referida 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 de la persona asegurada. Estos pueden incluir: servicios de salud en el hogar, equipo médico duradero o admisión en un centro de atención especializada y otros servicios.

Si la persona asegurada 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 de la persona asegurada y determinarán las alternativas disponibles de cuidado. La coordinación se basa en las recomendaciones del médico de cabecera o médico de la persona asegurada. Cuando la persona asegurada es aceptada en el programa, el manejador de casos coordinará los servicios y dará seguimiento a través de llamadas telefónicas y visitas personales.

De necesitar información adicional, favor de comunicarse con nosotros a los números de teléfono o por correo electrónico (*e-mail*) que aparecen en la sección Contactos al principio de esta póliza.

Programa de Manejo Clínico

El Programa de Manejo Clínico está diseñado para impactar a toda la población con un enfoque basado en las necesidades identificadas según la prevalencia de las condiciones de salud que existen en nuestra población. Se realizan intervenciones adecuadas para los individuos dentro de una población determinada reduciendo los riesgos para la salud y mejorando la calidad de los servicios brindados.

Este está diseñado para proporcionar un programa de atención integrado para maximizar la coordinación y que satisfaga las necesidades de salud de los asegurados (adulto o pediátrico) y de la familia y a su vez proveer la educación preventiva y la coordinación de servicios.

El asegurado puede beneficiarse de los Programas mediante referido de su proveedor, auto referido, patrono o mediante la identificación a través del de registro de las condiciones crónicas basado en reclamaciones.

El programa funciona como unidad de apoyo especializado cuyo personal se dedica a trabajar en colaboración con los proveedores para asegurar un cuidado óptimo de salud.

El Programa se compone de tres niveles de intervenciones a la población que incluye: Enfermeras, nutricionista, educadores de salud, oficinistas clínicos y trabajadores sociales. Cada asegurado participante de los programas clínicos tendrá un plan de cuidado personalizado y se le estará brindando seguimiento hasta completar las metas de cuidado.

- **Programa de Diabetes:** Ofrece al asegurado una guía personalizada, a través de un profesional de la salud (enfermera) que identificará el factor de riesgo específico y las necesidades del asegurado al realizar una evaluación de riesgo relacionada con la condición integral. Educará al asegurado sobre el uso y manejo de los medicamentos, la prevención de futuras complicaciones reforzará los hábitos de nutrición (si es necesario, referirá al especialista en nutrición) la actividad física y el uso del glucómetro, entre otros. También se lleva a cabo la coordinación de servicios, que depende de las necesidades del afiliado.

- **Programa de Asma:** Está diseñado para ofrecer una guía a nuestros asegurados, motivándolos a desarrollar las habilidades necesarias para identificar los riesgos y auto cuidado de su condición de Asma. El asegurado recibirá información y orientación sobre su condición, a través de una enfermera especializada en afecciones respiratorias. Con la ayuda de personal de manejo clínico, educadores y terapistas, las personas aseguradas, 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. Se le ofrece orientación sobre el uso correcto de los inhaladores tanto de mantenimiento como de rescate. Se le asiste en la coordinación de cita.

- **Programa de Hipertensión:** Diseñado para aquellos 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 la presión arterial. Se le coordina la máquina de medición de presión arterial según aplique el beneficio y se le educa sobre posibles modificaciones en los estilos de vida que pueden afectar la condición de hipertensión. Se le asiste en la coordinación de cita.

- **Programa de Fallo Cardíaco:** Personas aseguradas que padecen de fallo cardíaco (enfermedad del corazón que provoca que el bombeo de sangre al cuerpo no sea normal). Cuando la condición es severa, reciben material educativo en su hogar y orientación de parte de nuestros profesionales de enfermería del Programa de Manejo de Fallo Cardíaco, sobre cómo cuidarse y así lograr sentirse mejor. Las personas aseguradas cuya condición no es severa son citados por los educadores en salud para actividades educativas. Todo esto les ayuda 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 (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) recibirán una guía y un plan de cuidados personalizados sobre su condición, revisión de medicamentos y orientación sobre el uso correcto de los mismos, identificar signos y síntomas de complicaciones, el profesional de la salud (enfermera) reforzará la importancia del seguimiento médico. Se le asistirá con las solicitudes de equipos necesarios para manejo de su condición. Nuestros profesionales ayudarán a los participantes a conocer su enfermedad y a adoptar estilos de vida saludables para evitar futuras complicaciones y disfrutar de una mejor calidad de vida.

- **Programa Contigo Mamá:** Este programa 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 estado de embarazo reciben folletos educativos sobre el cuidado del embarazo y del bebé. Además, 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.

- **Programa Cesación de Fumar:** Es un programa educativo que ofrece orientación y educación general sobre los efectos de fumar en la salud y los beneficios de modificar o eliminar esta adicción. El mismo está dirigido a personas que padecen condiciones crónicas y aquellos que desean dejar esta adicción. El Programa es libre de costo para las personas aseguradas y se ofrece vía teléfono. El asegurado en coordinación con la especialista en educación que ofrece el programa indicará el día y horario de su predilección. Este programa apoya a las personas aseguradas participantes en el proceso de cesar o disminuir, contribuyendo a reducir los riesgos a la salud. Para más información, puede comunicarse por email a servpreven@ssspr.com.

- **Programa Contigo Mujer:** Programa educativo dirigido a la salud integral de la mujer mediante actividades que promuevan la prevención y promoción de la salud. Trimestralmente se ofrecerán campañas con diferentes iniciativas. Los temas de las campañas serán: Mujer y Salud, Hermosa y saludable, Finanzas y la salud y Saludable en las fiestas.

De necesitar información adicional o para participar del programa, favor de comunicarse con nosotros a los números de teléfono o por correo electrónico (*e-mail*) que aparecen en la sección Contactos al principio de esta póliza.

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 de la persona asegurada
- Artículos o servicios sin costos para la persona asegurada que comúnmente ofrece el auspiciador de la investigación.

Programa de Centros Preventivos

Para ampliar el acceso a los servicios preventivos, Triple S Salud cuenta con Centros de Cuidado Preventivo los cuales están disponibles para toda la población de asegurados bajo la línea comercial. El Programa de Cuidado Preventivo brinda servicios a adultos mayores de 21 años de edad. Incorporan una evaluación médica comprensiva y la realización de pruebas preventivas siguiendo las guías clínicas del *US Preventive Services Task Force*. Estos centros le ofrecen la ventaja de realizar su evaluación anual preventiva en un mismo lugar, además de recibir las recomendaciones médicas, resultados de pruebas de laboratorio y estudios, en su visita de seguimiento. La evaluación médica y pruebas preventivas ordenadas según la guía de reforma federal realizadas en los Centros de Cuidado Preventivo son cero copago para los asegurados. Para una lista de los Centros de Cuidado Preventivo participantes, refiérase al Directorio de Proveedores y Participantes de Triple-S Salud.

De necesitar información adicional puede comunicarse a nuestras oficinas en la Unidad de Servicios Preventivos, Departamento de Calidad Clínica, al 787-277-6571 o a través del correo electrónico servpreven@ssspr.com.

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 Estados Unidos y organismos reconocidos a nivel internacional. La persona asegurada es responsable de pagar el copago establecido por el servicio que se presenta en la Tabla de Copagos y Coaseguros al final de la póliza.

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 terapista le provee energía al paciente con el propósito principal de mejorar el estado general del enfermo.

- **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, láser, electricidad, calor (moxibustión), masajes (acupresión), magnetos, técnicas de sangrado, inyecciones, auriculoterapia, cráneo acupuntura, hierbas chinas, nutrición y alimentación oriental, masaje oriental y los ejercicios (Qi gong, Tai-chi).

- **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.

- **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 teces, 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 aroma-terapéuticos y cataplasmas de barro (en zonas específicas) para alcanzar el balance entre el cuerpo, la mente, el espíritu y lograr la salud.

- **Musicoterapia:** 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.

- **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.

El programa está disponible solo a través de las facilidades participantes del Programa. Para una lista de los proveedores participantes, refiérase al Directorio de Proveedores y Participantes de Triple-S Salud, visite nuestro portal de Internet en www.ssspr.com, nuestra aplicación móvil o llame a Servicio al Cliente.

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

El HRA (HRA, por sus siglas en inglés) es una herramienta que evalúa estilos de vida, factores de riesgo y condiciones existentes. El HRA ayuda a tener un perfil claro de la población asegurada y a determinar hacia dónde dirigir los esfuerzos de educación en salud y estrategias de prevención. También ayuda a las personas aseguradas a hacer una autoevaluación para conocer dónde se encuentran en términos de cumplimiento con los exámenes preventivos, los cambios que necesitan hacer y les invita a consultarlos con su médico de cabecera y así tener una 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!**

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 personas aseguradas.

Encuestas de Satisfacción

La opinión de nuestras personas aseguradas cuenta.
Triple-S Salud periódicamente realiza encuestas a las personas aseguradas para medir la satisfacción 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 de la persona asegurada con el plan de salud, incluyendo la experiencia de servicio y calidad del cuidado.

Para obtener información y los resultados de la más reciente encuesta de satisfacción del cliente, llame al Departamento de Servicio al Cliente.

Beneficios no cubiertos por el plan

Su médico puede 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 es responsable del pago en su totalidad por los servicios prestados o los medicamentos despachados.

Le recomendamos que verifique las Secciones de Exclusiones en esta póliza antes de recibir el servicio médico, tratamiento o medicamento, así como cualquier endoso que se adhiera para comprobar si está cubierto o no. 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. Este documento le 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 le pueden negar 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 toma otra persona y no siempre conforme a lo que usted hubiera deseado.

Conforme a las leyes en Puerto Rico se considera 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 tome unos momentos para redactar sus directrices anticipadas.

Para mayor información sobre 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 de la persona asegurada.

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 de su salud y 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 empieza mi tratamiento y cuánto tiempo dura?
- ¿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 el plan de tratamiento?

- ¿Qué medicamentos voy a tomar antes, durante y después del tratamiento?

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

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

Cubierta de Servicios por Ley Local o Federal

Esta póliza le provee a la persona asegurada, incluyendo aquella con diagnóstico de VIH o SIDA, con incapacidad física o mental, todos los beneficios ofrecidos en esta póliza incluyendo los servicios requeridos por ley local y federal.

Los servicios preventivos de cernimiento, de acuerdo a la edad preescolar del menor, requeridos por la Ley Núm. 296 de 1 de septiembre de 2000 están cubiertos por esta póliza. De acuerdo a la carta normativa Núm. N-AV-7-8-2001, el Departamento de Educación tiene la responsabilidad de asegurar que al inicio de cada año escolar cada niño haya recibido su evaluación médica anual. Dicha evaluación médica deberá incluir evaluación física, mental, salud oral, cernimiento de visión y audición, además de todos los cernimientos periódicos recomendados por la Academia Americana de Pediatría.

En cumplimiento con la ley 97 de 15 de mayo de 2018 (Carta de Derechos de las Personas que tienen el Síndrome de Down), esta póliza cubre los servicios requeridos para asegurados con Síndrome de Down, incluyendo pruebas genéticas, neurología, inmunología, gastroenterología y nutrición, visitas médicas y las pruebas referidas médicamente y los servicios terapéuticos con enfoque remediativo para vida independiente o vivienda asistida para adultos mayores de 21 años de edad; sujeto a los límites, copagos y coaseguros establecidos en la póliza.

Vacunas. Esta póliza cubre las vacunas establecidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), 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. Para información específica de la cubierta, favor referirse a la sección Cubierta Estándar de Vacunación para Menores de Edad, Adolescentes y Adultos.

Para cumplir con la ley Núm. 43 de 16 de abril de 2020 (Ley para combatir el COVID-19) Triple-S Salud no requerirá copago, coaseguro, deducible, precertificación o referido a la persona asegurada por cuidado médico, estudios, análisis, diagnóstico y tratamiento de COVID-19, incluyendo hospitalización, siempre y cuando estos servicios sean brindados en Puerto Rico.

Protecciones para el asegurado bajo la ley 134 de 1 de septiembre de 2020

En cumplimiento con la ley 134 de 1 de septiembre de 2020, los derechos establecidos por esta ley para la persona asegurada, así como los beneficios que se cubren bajo esta póliza cuando son prestados por proveedores no participantes son los siguientes:

Los servicios cubiertos prestados por médicos y proveedores no participantes en Puerto Rico se reembolsan a base del 100% de los honorarios contratados con el participante, menos el copago o coaseguro correspondiente. La persona asegurada será responsable de pagar la diferencia entre la cantidad facturada por el no participante y la tarifa establecida por Triple-S Salud para sus proveedores participantes. El beneficio de Triple-S Natural y el examen ejecutivo (de tener el beneficio), sólo se ofrecen a través de proveedores participantes.

Los servicios de emergencia prestados por proveedores no participantes en Puerto Rico son pagados directamente al proveedor, luego de descontar el copago y/o coaseguro aplicable. La facilidad no le facturará en exceso de cualquier deducible, copago o coaseguro aplicable a los servicios que se reciben dentro de la red de proveedores participantes. Revise Servicios de Sala de Emergencia y Urgencia en la sección Servicios Médico-Quirúrgicos y de Diagnóstico en Forma Ambulatoria y la sección Cómo Funciona su Plan para detalles del manejo de los servicios a través de proveedores no participantes en casos de emergencia.

Triple-S Salud tiene una variedad de relaciones con otros planes Blue Cross Blue Shield (BCBS) en Estados Unidos. Siempre que usted acceda servicios de salud fuera del área geográfica que Triple-S Salud sirve, usted recibirá el servicio de dos tipos de proveedores: los participantes que tienen contrato con el otro plan BCBS en esa área geográfica y los que no tienen contrato. Los proveedores no participantes de BCBS pueden sólo cubrirse en casos de emergencia y usted puede ser responsable por la diferencia entre la cantidad que el proveedor no participante facture y el pago que Triple-S Salud realizará por los servicios. Revise la Sección Cubierta Ampliada en los Estados Unidos o, de tenerla suscrita, la cubierta de gastos médicos mayores, para que conozca los detalles de cómo se cubren estos servicios.

Favor de referirse a la sección Tabla de Copagos y Coaseguros para que conozca su responsabilidad de pago al obtener los servicios cubiertos bajo esta póliza.

Es importante que antes de obtener un servicio, revise el Directorio de Proveedores y Participantes de Triple-S Salud visitando www.ssspr.com, registrándose en nuestra aplicación móvil para su Smartphone o comunicándose al 787-774-6060 (libre de cargos:1-800-981-3241) de lunes a domingo de 6:00am a 10:00pm AST (Tiempo Estándar del Atlántico) para asegurarse que el proveedor es uno participante. Para saber si un proveedor es participante de BlueCross BlueShield, visite www.bcbs.com o llame al 1-800-810-2583. Reduzca sus desembolsos significativamente utilizando siempre proveedores dentro de la red.

Usted tiene derecho a:

- Obtener una descripción clara de los beneficios de salud fuera de la red de proveedores contratados, incluyendo la metodología utilizada por Triple-S Salud para determinar el monto permitido para los servicios fuera de la red. Favor de referirse a Servicios fuera de la Red de Proveedores Contratados en Puerto Rico en la Sección Cómo Funciona su Plan.

- Obtener información sobre la cantidad permitida que Triple-S Salud reembolsará e información sobre la responsabilidad de la persona asegurada de pagar la diferencia entre el monto permitido y los cargos facturados por un proveedor fuera de la red de proveedores contratados. Favor de referirse a Servicios fuera de la Red de Proveedores Contratados en Puerto Rico en la Sección Cómo Funciona su Plan.

- Obtener ejemplos de los costos anticipados para servicios fuera de la red de proveedores contratados facturados con frecuencia. Por ejemplo, pueden cobrarle sobre $140 por una interpretación de una tomografía computadorizada realizada por un radiólogo o recibir una factura de sobre $2,500 por una cirugía asistida por un robot (*robotic assisted surgery*). Estos ejemplos son para propósitos ilustrativos y la cantidad cobrada puede ser diferente a lo presentado ya que el proveedor no participante es el que determina el costo del servicio.

- Obtener información sobre si un proveedor de servicios médicos o de salud es miembro de la red de proveedores contratados.

- Acceder a una línea telefónica directa que operará al menos (16) horas diarias, (7) días a la semana para informarse sobre el estatus de la red de proveedores participantes y los costos.

- Sólo pagar el deducible, copago o coaseguro establecido en su póliza para los servicios prestados por proveedores participantes de Triple-S Salud.

Si recibe una autorización para realizarse un servicio cubierto con un proveedor participante y el estatus del proveedor cambia a no participante antes de obtener el servicio, recibirá una notificación tan pronto sea posible. Si no recibe el aviso al menos 30 días antes de que se realice el servicio autorizado, su responsabilidad económica será la misma como si hubiese continuado el proveedor siendo uno participante.

Los cargos inadvertidos e involuntarios por proveedores no participantes que se encuentran en una facilidad contratada no están sujetos a cobro o factura más allá de la responsabilidad económica incurrida bajo los términos del contrato de servicio dentro de la red (no aplica si usted fue notificado del costo y a sabiendas y voluntariamente determinó obtener el servicio). Cualquier intento por parte del proveedor de cobrar o facturar deberá ser informado inmediatamente al Departamento de Servicio al Cliente al 787-774-6060. Usted tiene derecho a comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros para informar o impugnar un cargo de un servicio provisto por un proveedor no participante:

Oficina del Comisionado de Seguros
División de Investigaciones
361 Calle Calaf
World Plaza Building
268 Ave. Muñoz Rivera
San Juan PR 00918
Teléfono: 787-304-8686
www.ocs.pr.gov

Si usted determina visitar u obtener un servicio de un proveedor no participante, pueden aplicar cargos adicionales según lo establezca el proveedor. Usted será responsable de la diferencia entre la cantidad facturada por el proveedor no participante y la tarifa establecida por Triple-S Salud para sus proveedores participantes, así como de cualquier copago o coaseguro aplicable al servicio prestado.

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, de tener suscrita la cubierta
- Las políticas sobre la cubierta, tratamiento o medicamento específico, de tener suscrita la cubierta
- Las razones por las cuales un medicamento no fue aprobado en la Lista de Medicamentos, de tener suscrita la cubierta
- 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

Actos de Discrimen Indebido

Constituye discrimen indebido:

- Denegar, rehusar a emitir, renovar o reemitir, cancelar o terminar la cubierta del plan o aumentar la prima o cargo adicional, basado en que la persona asegurada ha sido víctima de maltrato; o

- Excluir, limitar la cubierta o denegar una reclamación basado en la situación de víctima de maltrato de la persona asegurada.

Constituye un acto discriminatorio solicitar información acerca de actos de maltrato o la situación de maltrato de la persona asegurada, actual o potencial, o usar dicha información, independientemente de cómo se obtenga, salvo para los fines limitados de cumplir con las obligaciones legales o verificar el reclamo que haga la persona a los efectos de que es una víctima de maltrato.

Constituye un acto discriminatorio terminar la cubierta grupal de una víctima de maltrato por motivo de que la cubierta se hubiere emitido originalmente a nombre del maltratante y éste se haya divorciado o separado de la víctima de maltrato o haya perdido la custodia de la víctima, o porque la cubierta del maltratante haya terminado de cualquier otra manera voluntaria o involuntaria. Lo aquí dispuesto no impide que Triple-S Salud requiera que la víctima de maltrato pague la prima completa de la cubierta del plan médico o que requiera, como condición de cubierta, que la víctima de maltrato resida o trabaje dentro del área de servicio del plan médico, si los requisitos se aplican igualmente a todas las personas cubiertas o asegurados, actuales o potenciales. Triple-S Salud podrá dar por terminada la cubierta grupal después de que la cubierta continuada que aquí se requiere haya estado vigente durante dieciocho (18) meses, si ofrece una conversión equivalente a un plan individual. La cubierta continuada que aquí se requiere se podrá satisfacer con la cubierta que dispone la ley “Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985” (COBRA) y no será adicional a la cubierta provista al amparo de dicha ley COBRA.

Cómo funciona su Cubierta

Este plan le ayuda a pagar por algunos de sus costos cuando se encuentre enfermo o herido. Le paga por cierto cuidado para ayudarle a permanecer en óptimas condiciones de salud y poder detectar alguna condición con los servicios preventivos.

Además del pago mensual que realiza por su plan - llamado "prima", usted paga una parte de los costos cuando recibe el cuidado que el plan cubre. Hay diferentes tipos de costos que debe pagar de su propio bolsillo: deducible, copago o coaseguro, hasta alcanzar el desembolso máximo de la cubierta. Para detalles de los copagos, coaseguros y deducibles de su plan, favor referirse a la Tabla de Copagos y Coaseguros al final de esta póliza.

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 son de la siguiente manera:

a. 1) El plan primario paga 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 paga 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 aplica solamente al plan como un todo y la coordinación entre los contratos componentes se rige 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 es 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 aplican también al orden en el cual los planes secundarios pagan sus beneficios entre uno y otro. Cada plan secundario toma 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 determina 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, persona asegurada, 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 es 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 pagan 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 es 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 es 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 es 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 es 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 es el plan primario. Esta disposición no aplica con respecto a cualquier año en el cual se pagaron o proveyeron servicios antes que dicho plan tenga 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 determinan 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 es responsable de los gastos médicos del hijo dependiente o por proveer un plan médico, las reglas establecidas en el subpárrafo (a) de este párrafo determinan 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 determina 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 determina 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 determina 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 Exempleado

a) El plan que cubre a una persona como empleado activo, esto es un empleado que no es un exempleado o retirado, o como dependiente de un empleado activo es el plan primario. El plan que cubra a una persona como empleado retirado o exempleado, o como dependiente de un empleado retirado o un exempleado es 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 es ignorada.

c) Esta regla no aplica 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 y también tiene cubierta bajo otro plan, el plan que cubra a dicha persona como empleado, persona asegurada, retirado, o que cubra a dicha persona como dependiente de un empleado, persona asegurada, suscriptor o retirado es el plan primario. El plan que cubra a esa persona bajo la Ley COBRA o bajo una extensión de cubierta bajo otra ley federal o estatal similar es 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 es ignorada.

c) Esta regla no aplica 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 es el plan primario y el plan que haya cubierto a la persona por el periodo de tiempo más corto es 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 tratan como uno solo 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 puede determinar tal fecha en el caso de un plan grupal, la fecha en que la persona se convirtió en empleado asegurado del grupo por primera vez se utiliza para determinar el periodo de tiempo en que la persona ha estado cubierta bajo dicho plan grupal.

6) Si ninguna de las reglas anteriores determina el orden de los beneficios, los gastos son 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.

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 o cualquiera de sus dependientes sufre alguna enfermedad o lesión, cubierta bajo la póliza, Triple-S Salud tiene 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. Triple-S Salud sólo reclamará los gastos médicos que pagó relacionados con el accidente ocasionado por el tercero.

   La subrogación es un proceso legal mediante el cual un asegurador asume los derechos de la persona asegurada ante un tercero que le ha ocasionado daños. Si la persona asegurada tiene un accidente ocasionado por la culpa o negligencia de un tercero (por ejemplo: escuela, supermercado u otro establecimiento público o privado) debe llenar el Reporte de Incidente del lugar en que tuvo el accidente. La persona asegurada debe proveer copia a Triple-S Salud de este informe lo más pronto posible, con su nombre y número de contrato. Esta información puede enviarse a través del correo electrónico subrogation@ssspr.com o entregar al administrador del plan el cual puede remitir estos documentos a Triple-S Salud.

   Esto no aplica a casos de accidentes de automóvil los cuales son atendidos por la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA) ni en accidentes laborales donde el asegurador es el Fondo del Seguro del Estado.

   La persona asegurada reconoce el derecho de subrogación de Triple-S Salud, y tiene la responsabilidad de notificar 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 es responsable de pagar por dichos gastos a Triple-S Salud.

3. **AVISO DE RECLAMACIÓN:** Debe darse aviso por escrito de la reclamación a Triple-S Salud dentro de los veinte (20) días después de haber ocurrido el servicio o después de dicho término, tan pronto como sea razonablemente posible por la persona asegurada o el patrono. 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 considera como aviso dado a Triple-S Salud.

4. **CANCELACIÓN INDIVIDUAL**: Triple-S Salud puede 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 presente patrones de fraude en la utilización de los beneficios provistos por la póliza. La cancelación se notifica a la persona asegurada mediante un aviso por escrito que le es entregado, o se envía por correo a su última dirección según demuestren los archivos de Triple-S Salud, indicando cuándo dicha cancelación es efectiva, que no es menos de treinta (30) días después del aviso.

   Triple-S Salud emite al empleado asegurado una certificación de cubierta según requerida por HIPAA. De no recibir dicha certificación de cubierta, la persona asegurada puede 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 requiere a las personas aseguradas, 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.

6. **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 disponibles en el mercado, 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, la persona asegurada 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 la persona asegurada. 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. Cualquier dependiente opcional del empleado asegurado, si aplica, que esté cubierto a la fecha de terminación del seguro será elegible para una póliza individual.

      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, madre 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.

3) dependientes opcionales, si aplica

c. En caso de que una persona asegurada 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 persona asegurada 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 tiene 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 habérsele avisado al individuo, pero en ningún caso se extenderá 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.

7. **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 debe 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 la persona asegurada en el plan de salud grupal tiene derecho a una cubierta extendida de 18 meses. Esta cubierta también estará disponible para sus dependientes directos. Si la persona asegurada 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 la persona asegurada bajo *COBRA* tiene 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) tiene 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 tienen 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. La persona asegurada se suscribe a Medicare;
e. La persona asegurada se suscribe a otro plan de salud en el cual no tiene periodo de espera;
f. La persona asegurada 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 son incluidos como casos *COBRA* para propósitos de la experiencia del grupo.

8. **CONCESIONARIO INDEPENDIENTE DE LA *BLUE CROSS BLUE SHIELD ASSOCIATION*:** La persona asegurada y sus dependientes, por este medio expresamente reconocen y conocen que esta póliza constituye un contrato únicamente entre la persona asegurada y Triple-S Salud, Inc. que es una corporación independiente y opera bajo una licencia de la *Blue Cross Blue Shield Association*, una asociación de planes independientes afiliados a la *Blue Cross Blue Shield* (La Asociación), permitiendo a Triple-S Salud usar la marca de servicio *Blue Cross Blue Shield* en Puerto Rico e Islas Vírgenes y que Triple-S Salud no está contratada como Agente de la Asociación.

   La persona asegurada y sus dependientes acuerdan y acceden que no ha adquirido esta póliza basado en representaciones de cualquier persona otra que Triple-S Salud y que ninguna persona, entidad u organización otra que Triple-S Salud pueden ser responsables por cualquier obligación de Triple-S Salud para con la persona asegurada creado bajo esta póliza.

   Lo antes expresado no crea ninguna obligación adicional por parte de Triple-S Salud, a no ser las obligaciones creadas bajo las disposiciones de este acuerdo.

9. **CONFIDENCIALIDAD**: Triple-S Salud mantiene 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.

10. **CONTRATO ÚNICO-CAMBIOS**: Esta póliza, incluyendo los endosos y documentos anexos, si los hubiere, constituye el texto íntegro del contrato de seguro. Ningún cambio en esta póliza es 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.

11. **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.

12. **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:

    a. Por falta de pago de la prima, considerando el período de gracia;

b. Cuando el patrono, el empleado elegible o cualquiera de sus dependientes haya cometido un acto que constituye fraude. En tal caso, Triple-S Salud puede 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;

c. 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 puede 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;

d. Por incumplimiento con los requisitos de participación mínima establecidos por Triple-S Salud.

e. Por incumplimiento con los requisitos de aportación patronal;

f. En caso de que Triple-S Salud determine descontinuar el ofrecimiento de todos sus planes médicos formalizados con patronos en Puerto Rico: En estos casos, Triple-S Salud notifica 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.

g. 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 afecta la capacidad del asegurador de cumplir sus obligaciones contractuales.

h. 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 que viva, trabaje o resida dentro del área geográfica establecida del asegurador.

13. **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 por el asegurado(a) principal y sus dependientes, 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.

14. **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 limitan 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 pueden, 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 provee para una visita de seguimiento dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes. Los servicios incluyen, pero no se limitan, a la asistencia y cuidado físico para beneficio del menor, educación sobre cuido 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 para ambos.

d. Las aseguradoras ni los planes grupales diseñan beneficios o incluyen copagos o coaseguros que impliquen un trato desfavorable a alguna porción de la estadía hospitalaria.

15. ***DERECHOS BAJO THE HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT:*** Cualquier persona asegurada 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:

    a. Pérdida de elegibilidad (por ejemplo, por renuncia o despido),
    b. Pérdida de aportación patronal, o
    c. Terminación de la cubierta *COBRA*

16. **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 español.

    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.

17. **DERECHOS PERSONALES**: Los derechos y beneficios de esta póliza no son transferibles y ninguna persona asegurada puede ceder, traspasar o enajenar, ninguno de los derechos o beneficios que pueda reclamar en virtud de la póliza en favor de terceras personas. 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 identificación del plan expedida a su favor por Triple-S Salud. Disponiéndose, además, que el recobro de tales gastos no impide que Triple-S Salud pueda cancelar el contrato de seguros en el momento en que descubra el uso ilegal de la tarjeta, ni impide la radicación de querella para que se enjuicie criminalmente a la persona asegurada o a la persona que utilice ilegalmente dicha tarjeta.

18. **EXÁMENES FÍSICOS**: Triple-S Salud tiene 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.

19. **EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA LA PERSONA ASEGURADA**: La persona asegurada no es responsable de pagar por aquellos servicios para los cuales el proveedor participante incumplió con los procedimientos de elegibilidad, políticas médicas y políticas de pago o protocolos de servicios establecidos por Triple-S Salud.

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

21. **MODELO PARA RECLAMACIONES:** Al recibir aviso de reclamación, Triple-S Salud suministra al reclamante los modelos que suministra regularmente para la presentación de pruebas de servicios.

Si dichos modelos no se suplen dentro de quince días después de dado dicho aviso, se considera que el reclamante ha cumplido con los requisitos de esta póliza en cuanto a la prueba de servicio, si somete, dentro del tiempo fijado en esta póliza para la presentación de pruebas de servicios, prueba por escrito cubriendo lo acaecido y la naturaleza y extensión de los servicios por los cuales se hace la reclamación.

22. **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 cubre toda prima adeudada hasta la fecha de terminación de la póliza, conforme con la cláusula de Terminación.

    Triple-S Salud tiene derecho a cobrar al empleado asegurado la prima adeudada o, a su opción, puede recobrar los costos incurridos en el pago de reclamaciones por servicios prestados a la persona asegurada luego de la cancelación del plan de salud de dicha persona; disponiéndose que el empleado asegurado es responsable de cualesquiera de las dos cantidades reclamadas por Triple-S Salud. Triple-S Salud puede 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 obligue a pagar las costas, gastos y honorarios de abogado, así como cualquier otra cantidad o gasto adicional, 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 del empleado asegurado.

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

    En el caso de que la persona asegurada haya recibido servicios posteriores a los servicios de emergencia, o de post-estabilización, que están cubiertos bajo el plan de cuidado de salud, excepto por el hecho de que se trata de un proveedor no participante, Triple-S Salud reembolsa 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 esta póliza. Además, esta póliza también contiene beneficios que se pagan a base de indemnización o reembolso a la persona asegurada aun cuando el proveedor sea participante.

    Para que Triple-S Salud pueda indemnizar o emitir un reembolso a la persona asegurada en estos casos, la persona asegurada debe dar aviso por escrito de la reclamación a Triple-S Salud dentro de los veinte (20) días después de haber recibido el servicio o 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, a menos que se presente evidencia que fue imposible someter la reclamación en el periodo de tiempo establecido.

24. **PAGO SERVICIO CUBIERTO TOTAL SI NO HUBIERE PROVEEDOR:** En los casos que una persona asegurada 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 es provisto mediante rembolso a la persona asegurada, Triple-S Salud coordinará y establecerá un acuerdo especial con un proveedor no participante para la prestación de dichos servicios a la persona asegurada. Esto está sujeto a los términos y condiciones de la póliza de la persona asegurada y al pago al proveedor a base de la tarifa establecida por Triple-S Salud para los servicios a prestarse.

25. **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.

26. **PÓLIZA/CERTIFICADO DE BENEFICIOS:** Documento que Triple-S Salud expide al tenedor de la póliza/certificado de beneficios.

27. **PROGRAMA BLUECARD® Y SERVICIOS FUERA DEL ÁREA:** Triple-S Salud tiene una variedad de relaciones con otros licenciatarios de Blue Cross y/o Blue Shield. Generalmente, estas relaciones se llaman "*Inter-Plan Arrangements*." Estos *Inter-Plan Arrangements* funcionan a base de normas y procedimientos emitidos por la Blue Cross Blue Shield Association ("*Association*"). Siempre que usted acceda servicios de salud fuera del área geográfica que Triple-S Salud sirve, la reclamación por esos servicios puede tramitarse por uno de esos *Inter-Plan Arrangements*. Los *Inter-Plan Arrangements* se describen en forma general a continuación.

Siempre que reciba atención fuera del área de servicio que Triple-S Salud sirve, usted la recibirá de dos tipos de proveedores. La mayoría de los proveedores participantes tienen contrato con el licenciatario de Blue Cross y/o Blue Shield en esa otra área geográfica ("*Host Blue*"). Algunos proveedores ("Proveedores no participantes") no tienen contrato con el *Host Blue*. A continuación le explicamos cómo Triple-S Salud paga a ambos tipos de proveedores.

Tipos de reclamaciones

Todos los tipos de reclamaciones cumplen con los requisitos para ser procesadas por medio de los *Inter-Plan Arrangements*, según lo descrito anteriormente, excepto para todos los beneficios de cuidado dental, beneficios de medicamentos recetados o beneficios de cuidado de la vista que puedan ser administrados por Triple-S Salud para proveer servicios.

A. **Programa BlueCard®**

Bajo el Programa BlueCard®, cuando reciba servicios cubiertos dentro del área de servicio de un *Host Blue*, Triple-S Salud continuará siendo responsable por cumplir con lo que acordamos en el contrato. Sin embargo, el *Host Blue* es responsable por contratar y tratar generalmente todas las interacciones con sus proveedores de salud participantes.

Siempre que accede a servicios cubiertos fuera de nuestra área de servicio y la reclamación sea tramitada por medio del Programa BlueCard, la cantidad que usted paga por los servicios cubiertos se calcula sobre la base del valor más bajo entre:

- Los cargos facturados cubiertos por sus servicios cubiertos o
- el precio negociado que el Host Blue pone a disposición de Triple-S Salud.

A menudo, este "precio negociado" consistirá de un descuento simple el cual señala un precio verdadero que el Host Blue le paga a su proveedor de atención de salud. A veces, es un precio estimado que toma en consideración arreglos especiales con su proveedor o grupo específico de proveedores el cual puede incluir tipos de arreglos, pago de incentivos y otros créditos o cargos. Ocasionalmente, puede ser un precio promedio, basado en un descuento que se traduce en ahorros promedios anticipados para proveedores de servicios de salud después de tomar en cuenta el mismo tipo de transacciones que ocurren con un precio estimado.

El precio estimado y el precio promedio también toman en cuenta ajustes para corregir sobre estimación o subestimación de modificaciones de precios anteriores para corregir los precios de reclamaciones pasadas que se señalaron anteriormente. Sin embargo, tales ajustes no afectarán el precio que nosotros hemos utilizado para su reclamación porque ellos no serán aplicados de manera retroactiva a reclamaciones que han sido pagadas.

Los *Host Blues* deciden si utilizarán un precio real, aproximado o promedio. Los *Host Blues* que utilicen cualquiera de los dos, el precio aproximado o el precio promedio pueden, aumentar o reducir prospectivamente tales precios para corregir por sobreestimación o subestimación de precios anteriores (es decir, ajustes prospectivos pueden significar que el precio corriente refleja cantidades

o créditos adicionales por las reclamaciones que hayan sido pagadas o que se anticipen ser pagadas o recibidas de proveedores). Sin embargo, el Programa *BlueCard* requiere que la cantidad pagada por el asegurado sea el precio final; ningún ajuste de precios futuros resultará en aumentos o reducciones en la determinación de los precios por las reclamaciones anteriores. El método de pago de reclamaciones por un *Host Blue* es tomado en cuenta por Triple-S Salud para determinar sus primas.

B. Impuestos Federales/Estatales/Recargos /Tarifas

En algunos casos las leyes federales o estatales o las regulaciones podrían imponer un recargo, impuesto u otra tarifa que aplique a las cuentas aseguradas. Si aplica, Triple-S Salud incluirá cualquiera de dichos recargos, impuestos u otra tarifa para determinar la prima.

C. Proveedores No Participantes Fuera del Área de Servicio de Triple-S Salud

Cuando los servicios cubiertos sean provistos fuera del área de servicio de Triple-S Salud por proveedores que no participan en la red, la cantidad que la persona asegurada paga por tales servicios generalmente estará basada en cualquiera de los dos: el pago local al proveedor que no participa con el *Host Blue* o los acuerdos de pago requeridos por la ley aplicable del Estado. En estas situaciones, el asegurado puede ser responsable por la diferencia entre la cantidad que el proveedor no participante facture y el pago que Triple-S Salud realizará por los servicios cubiertos según lo establecido en este párrafo. Los pagos por servicios de emergencia fuera de la red son gobernados por leyes federales y estatales aplicables.

D. Programa Blue Cross Blue Shield Global Core®

Información general

Si usted está fuera de los Estados Unidos, el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos (“Area de Servicio BlueCard”) posiblemente pueda beneficiarse del Programa Blue Cross Blue Shield Global Core cuando acceda servicios cubiertos. El Programa Blue Cross Bue Shield Global Core es en cierta manera diferente al Programa BlueCard disponible en el área de servicio de BlueCard. Por ejemplo, a pesar de que el Programa Blue Cross Blue Shield Global Core ayuda a los asegurados a acceder una red de proveedores profesionales para pacientes internados y ambulatorios, el programa no está en el área de servicio de un Host Blue. Por tal razón, cuando los asegurados reciban atención de proveedores localizados fuera del área de servicio de BlueCard, usted típicamente tendrá que pagar a los proveedores y presentar las reclamaciones para obtener reembolso por estos servicios.

Si necesita servicios de asistencia médica (incluyendo localizar a un médico u hospital) fuera del área de servicio de BlueCard, usted debe llamar a Blue Cross Blue Shield Global Core Service Center al 1-800-810-BLUE (2583) o hacer una llamada por cobrar al 1-804-673-1177, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Un coordinador de asistencia, trabajando conjuntamente con un profesional médico, puede programar una cita con un médico u hospitalización, si fuera necesario.

Servicio para pacientes internados

En la mayoría de los casos, si usted se comunica con el Blue Cross Blue Shield Global Core Service Center para recibir ayuda, los hospitales no le requerirán pagar por los servicios cubiertos de paciente internado, excepto por su copago/deducible/coaseguro. En tales casos, el hospital presentará sus reclamaciones al Blue Cross Blue Shield Global Core Service Center para iniciar el proceso de reclamación. Sin embargo, si usted realiza el pago total al momento de recibir el servicio, usted tiene que presentar una reclamación para poder recibir un reembolso por los servicios cubiertos. Usted debe comunicarse con Triple-S Salud para obtener precertificación de servicios de paciente internado que no sean de emergencia.

Servicios para pacientes ambulatorios

Los médicos, centros de urgencia y otros proveedores para pacientes ambulatorios ubicados fuera del área de servicio de BlueCard, típicamente requieren que usted pague el monto total cuando reciba el servicio. Usted debe presentar una reclamación para obtener un reembolso por los servicios cubiertos.

Cómo presentar una reclamación a Blue Cross Blue Shield Global Core

Cuando usted paga por los servicios cubiertos fuera del área de servicio de BlueCard, usted debe presentar una reclamación para recibir reembolso. Para las reclamaciones institucionales y profesionales, usted debe completar un formulario de reclamación de Blue Cross Blue Shield Global Core y enviar el formulario de reclamación con el estado de cuenta detallado del proveedor a la dirección de Blue Cross Blue Shield Global Core Service Center (la dirección se encuentra en el formulario) para iniciar el proceso de reclamación. Seguir las instrucciones en el formulario de reclamación asegurará un procesamiento oportuno de su reclamación. Usted puede obtener el formulario de reclamación llamando a Triple-S Salud, del Blue Cross Blue Shield Global Core Service Center o en línea en www.bcbsglobalcore.com. Si necesita ayuda para presentar su reclamación, debe llamar a Blue Cross Blue Shield Global Core Service Center al 1-800-810-BLUE (2583) o llamar a cobro revertido al 1-804-673-1177, las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Los servicios que no son de emergencia se cubren a base de la tarifa del proveedor participante en Puerto Rico, según establecido en la sección Indemnización a la Persona Asegurada.

28. ***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.

29. **RECUPERACIÓN O RECOBRO DE PAGOS EN EXCESO O POR ERROR:** Triple-S Salud tiene derecho a recuperar pagos en exceso o por error emitidos a favor de una persona asegurada hasta un periodo de dos (2) años retroactivos, contando a partir de la fecha en que Triple-S Salud emitió el pago. Triple-S Salud se comunica con la persona asegurada cuando se percate que ha efectuado un pago equivocado o en exceso. La persona asegurada tiene la obligación de notificar a Triple-S Salud cuando se percate de que ha recibió un pago equivocado o en exceso.

30. **REINSTALACIÓN**: Si una prima vencida no es pagada antes de que finalice el periodo de gracia concedido al grupo para su pago, la subsiguiente aceptación de pago de prima por parte de Triple-S Salud o un representante autorizado, sin requerir una solicitud de reinstalación, hace que se reinstale la póliza. Si Triple-S Salud o el representante autorizado pide una solicitud, se le da un recibo condicional por la prima. Si la solicitud se aprueba, esta póliza es reinstalada a partir de la fecha de aprobación. En ausencia de dicha aprobación, la póliza queda reinstalada al cuadragésimo quinto día después de la fecha del recibo condicional, a menos que se le haya notificado por escrito la desaprobación.

    La póliza reinstalada cubre únicamente pérdidas que resulten de una lesión que ocurra después de la fecha de reinstalación o de una enfermedad que comience después de transcurridos diez (10) días después de dicha fecha.

    Por todo lo demás, sus derechos y los de Triple-S Salud se mantienen iguales, sujeto a cualesquiera de las disposiciones estipuladas o adheridas a la póliza reinstalada. Cualquier prima que se acepte para reinstalación es aplicada a un periodo por el cual las primas no se hayan pagado; disponiéndose

que, no se aplique ninguna prima a periodo alguno mayor de sesenta (60) días antes de la fecha de reinstalación.

31. **SALUD DE LA MUJER Y LA LEY DE DERECHOS DE CÁNCER (WHCRA, POR SUS SIGLAS EN INGLES):** Esta póliza provee cubierta a la persona asegurada para la reconstrucción del seno en el cual se llevó a cabo una mastectomía, 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 son provistos en consulta entre la persona asegurada y su médico y están sujetos a los coaseguros y copagos establecidos en esta póliza.

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. La terminación no afecta a cualquier reclamación por servicios prestados con anterioridad a la fecha de la terminación.

    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. Si el patrono decide cancelar esta póliza para continuar el beneficio del plan de salud a sus empleados con otra organización, el patrono puede 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 decide no continuar el plan de salud para sus empleados como uno de sus beneficios marginales, debe 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 será efectiva al último día del mes siguiente a aquel en que se haga la oportuna notificación. La terminación no afecta a cualquier reclamación por servicios prestados con anterioridad a la fecha de la terminación.

    En caso en que se termine un plan de cuidado de salud o se cancele el mismo, o de la terminación o cancelación de un proveedor, Triple-S Salud le notifica 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 plan de salud, el empleado asegurado puede continuar recibiendo los beneficios del mismo durante un periodo de transición de noventa (90) días contados a partir de la fecha de la terminación del plan o del contrato con el proveedor.

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

    a. Si la persona asegurada 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 extiende 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 extiende 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 que el paciente sea diagnosticado con una condición terminal, antes de la fecha de terminación de la póliza y el proveedor haya estado ofreciendo tratamiento médico relacionado con dicha condición antes de dicha fecha, el periodo de transición se extiende durante el tiempo restante de la vida del paciente.

El periodo de cuidado de transición está sujeto al pago de la prima correspondiente y puede ser denegado o terminado si la persona asegurada y/o el proveedor incurre en fraude contra el seguro. La persona asegurada 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**: Es deber del empleado asegurado que cese o se retire de su empleo devolver las tarjetas de identificación del plan a Triple-S Salud. Triple-S Salud no cubrirá los servicios utilizados después de la terminación del seguro. El empleado es 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 Blue Shield Association* y si la persona asegurada lo solicita, Triple-S Salud tramita la transferencia al plan que da servicio en la nueva dirección de la persona asegurada.

    El nuevo plan debe 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 las personas aseguradas 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 acredita el tiempo que estuvo asegurada en Triple-S Salud contra cualquier periodo de espera. Cualquier condición física o mental cubierta por Triple-S Salud es 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 pueden variar significativamente de aquellos que ofrece Triple-S Salud. El nuevo plan puede 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 pueden no aplicarle el tiempo asegurado en Triple-S Salud a los periodos de espera.

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

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO PACIENTE

La Ley Núm. 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, oportuna y suficiente, sencilla y adecuada a sus necesidades, en inglés o español, sobre su plan de salud tal como:

- Servicios cubiertos, limitaciones y exclusiones
- Primas, deducibles, coaseguros y copagos a pagar
- Directorio de proveedores
- Acceso a especialistas y servicios de emergencia
- Proceso de precertificaciones y querellas
- Educación, licenciamiento, certificación de los profesionales de la salud

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 están 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 debe 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 garantiza 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, la persona asegurada tiene que ser notificada de dicha cancelación con por lo menos 30 días de anticipación. En caso de cancelación y sujeto al pago de la prima, la persona asegurada tiene 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 extiende 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 extiende 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 extiende durante el tiempo restante de la vida del paciente.

Los proveedores que continúen el tratamiento de la persona asegurada durante dicho periodo deberán aceptar los pagos y tarifas fijados por el plan como pago total por sus servicios.

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 sin precertificación ni periodos de espera, independientemente de la condición socioeconómica y capacidad de pago. Ningún plan de salud podrá negar el pago o cubierta por servicios de salud médico-hospitalarios de emergencia independientemente el mismo sea provisto por un proveedor no contratado.

- Información confiable y detallada sobre la disponibilidad, localización y uso apropiado de facilidades y servicios de emergencia en sus respectivas localidades, así como las disposiciones relativas al pago de primas y recobro de costos con relación a tales servicios.

- Si los servicios de emergencia son provistos por un proveedor no participante, la persona asegurada sólo paga el copago o coaseguro aplicable.

- Si la persona asegurada recibe cuidado de salud posteriores a los servicios de emergencia, o de post estabilización, por parte de un proveedor no contratado, se le compensará por los costos que se hubiesen pagado como si el proveedor fuera uno contratado, siempre que exista una razón médica de peso por la cual el paciente no pueda ser transferido a un proveedor contratado.

Derecho a participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento

- Derecho a participar o que su padre, madre, tutor, custodio, encargado, cónyuge, pariente, representante legal, apoderado o cualquier persona designada por los tribunales para tal fin 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.

- Uso de directrices o guías adelantadas en relación a su tratamiento, o designar a una persona que actúe como su tutor en caso de ser necesario para la toma de decisiones. Su proveedor de servicios de salud debe respetar y acatar sus decisiones y preferencias de tratamiento.

- Derecho al pago de los gastos médicos rutinarios, en el caso de personas cubiertas que padezcan de una condición que amenace su vida, para la cual no exista un tratamiento efectivo y sea elegible para participar en un estudio de tratamiento clínico autorizado, siempre que la participación le ofrezca un beneficio potencial y se cumpla con la condición de que el médico que refiera a la persona cubierta a participar en el estudio entienda que es apropiada su participación, o que la propia persona cubierta presente evidencia de que es apropiada su participación en el estudio. No se consideran "gastos médicos rutinarios del paciente" los gastos relacionados con el estudio, o los exámenes administrados para ser utilizados como parte del estudio, ni los gastos que razonablemente deben ser pagados por la entidad que lleve a cabo el estudio.

- Todo profesional de la salud debe proveerle la orden médica para pruebas de laboratorio, rayos X o medicamentos para que pueda escoger la instalación en que reciba 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 y en estricta confidencialidad con sus proveedores de servicios médicos.
- Tener la confianza de que sus récords médicos son mantenidos en estricta confidencialidad y no son 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 de la persona asegurada, 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 persona asegurada 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 tiene disponible un procedimiento para resolver de manera rápida y justa cualquier queja que una persona asegurada presente y tiene mecanismos de apelación para la reconsideración de las determinaciones. Favor hacer referencia en la sección de Apelaciones de Determinaciones Adversas de Beneficios.
- 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 y cumplir con los procesos administrativos del plan de salud.
- 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 debe 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, tal como los procedimientos internos para resolver diferencias, límites y exclusiones.
- 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.

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 asegurada 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

La persona asegurada puede solicitar una revisión de la determinación según se explica a continuación.

DERECHO A APELAR UNA DETERMINACIÓN ADVERSA

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

PROCEDIMIENTO DE APELACIONES

1. <u>Revisión de Primer Nivel de las Querellas Relacionadas con una Determinación Adversa</u>

Usted o su representante autorizado, debe presentar su apelación por escrito dentro de **180 días calendario** 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. Triple-S Salud proveerá a la persona asegurada el nombre, la dirección y el número telefónico de la persona u organización designada para coordinar la revisión de primer nivel a nombre de Triple-S Salud. Si la querella surge por una determinación adversa relacionada con una revisión de utilización, se designará uno o varios homólogos clínicos de la misma especialidad o especialidad similar a los profesionales de la salud que normalmente manejan el caso para el cual se realizó la determinación adversa. Estos homólogos clínicos no deben haber participado en la determinación adversa inicial. Si se designa a más de un homólogo clínico, éste tendrá la pericia adecuada para evaluar su caso.

Los revisores al evaluar el caso tomarán en cuenta todos los comentarios, documentos y registros, así como cualquier información relacionada a la solicitud de revisión presentada, independientemente que la información se hubiese presentado o considerado al hacer la determinación adversa inicial.

La persona asegurada o si fuera aplicable su representante personal tiene derecho a recibir de Triple-S Salud gratuitamente, acceso y obtener copias de todos los documentos y registros. Así como información pertinente a la querella. Tiene el derecho de:

- Presentar comentarios por escrito, documentos, registros y otros materiales relacionados a la querella objeto de revisión; y
- Recibir de Triple-S Salud, a solicitud y gratuitamente, acceso a todos los documentos y registros, y a obtener copias de los mismos, así como información pertinente a la querella.

Se considerará que los documentos, registros o cualquier información será pertinente para la radicación de la querella de la persona asegurada si los mismos:

- 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 aseguradas 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 asegurada, independientemente de si se tomaron o no en consideración al momento de hacer la determinación adversa inicial.

En la presentación de su apelación, usted puede 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
Dirección Postal OCS
PO Box 195415
San Juan, PR 00919

361 Calle Calaf
World Plaza Building
268 Ave. Muñoz Rivera
San Juan PR 00918
Teléfono: 787-304-8686
www.ocs.pr.gov

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 informará a la persona asegurada o, si fuera aplicable, a su representante personal, de los derechos que le asisten, a más tardar tres (3) días laborables del recibo de la querella.

Los plazos para la determinación y notificación comenzarán cuando Triple-S Salud reciba la querella independientemente de si se acompaña la misma con toda la información necesaria para hacer la determinación. Si Triple-S Salud entiende que la querella no contiene toda la información necesaria para hacer una determinación, le indicará claramente a la persona asegurada o si fuera aplicable a su representante personal las razones por las cuales considera que no puede tramitar la querella indicando los documentos o información adicional que deberá someter.

Triple-S Salud notifica su decisión por escrito a la persona asegurada o si fuera aplicable 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 asegurada, 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 incluye:

- Los títulos y credenciales de las personas que participaron en el proceso de revisión de primer nivel (los revisores);

- La declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la querella;

- 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 que la determinación, luego de realizar una revisión de primer nivel, resulte adversa, debe 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.

- Si para formular la determinación adversa Triple-S Salud se fundamentó en una regla, guía o protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá una copia de dicha regla, guía o protocolo en específico u otro criterio similar en que se fundamentó la determinación adversa, de manera gratuita a solicitud de la persona asegurada o, si fuera aplicable, de su representante personal;

- 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 provee una explicación a la persona asegurada o si fuera aplicable a su representante personal, de manera gratuita a su solicitud.

- De aplicar, debe 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.

- Debe incluir una declaración en la que indique una descripción del proceso para obtener una revisión voluntaria adicional, así como los plazos para la revisión, en caso de que la persona asegurada interese solicitarla. De igual forma, debe incluir una descripción de cómo obtener una revisión externa independiente, si la persona asegurada decidiera que no va a solicitar una revisión voluntaria y el derecho de la persona asegurada a establecer una demanda ante un tribunal competente.

- De aplicar también, debe incluir una declaración que indique que Triple-S Salud y usted pueden tener 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, opciones disponibles y solicitar ayuda, así como la información de los números a llamar en estos casos.

2. 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 informa los derechos que le asisten dentro de tres (3) días laborables del recibo de la querella, y designa a una o más personas que no hayan manejado anteriormente el asunto objeto de la querella. Además, Triple-S Salud le proveerá a usted o persona asegurada o a su representante personal, si fuera aplicable, el nombre, dirección y número de teléfono de las personas designadas para realizar la revisión ordinaria de la querella.
Triple-S Salud le notifica 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, la determinación incluirá los nombres y títulos de los oficiales o peritos que intervinieron en la evaluación de su querella, así como a una declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la querella.

Debe 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
  - El procedimiento a seguir y los plazos requeridos para la revisión
  - Una descripción de los procedimientos para obtener una revisión externa independiente, si la persona asegurada decidiera que no solicitará una revisión voluntaria.
  - El derecho de la persona asegurada incoar una demanda ante un tribunal competente.
  - Triple-S Salud y usted podrían tener otras opciones de resolución voluntaria de las controversias, tales como la mediación o el arbitraje. Para determinar las opciones disponibles, comuníquese con el Comisionado de Seguros
  - 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 el número telefónico y la dirección de la Oficina del Comisionado y de la Oficina del Procurador de la Salud. 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 de apelación antes descritos.

- La Oficina del Comisionado de Seguros está ubicada en 361 Calle Calaf World Plaza Building, 268 Ave. Muñoz Rivera, San Juan PR 00918 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:

- Nombre de la persona asegurada y número de contrato
- Nombre de la persona designada como representante autorizado, dirección, teléfono y relación con la persona asegurada
- Gestión específica para la cual se designa al representante
- Fecha y firma en que se otorga la designación
- Fecha de expiración de la designación

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

Es deber de la persona asegurada o su representante autorizado notificar a Triple-S Salud por escrito si revoca la designación antes de su fecha de expiración.

La persona asegurada tiene derecho a los beneficios que se determinen, según se determinen, como resultado del proceso de apelación.

3. Nivel Voluntario de Revisiones de Querellas

Si usted no queda satisfecho con la respuesta de Triple-S Salud, puede solicitar por escrito una revisión voluntaria a más tardar de quince (15) días laborables del recibo de 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 acusa recibo de la misma y notifica 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 Triple-S Salud
- Recibir de Triple-S Salud copias de todos los documentos, registros y otra información, 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 condiciona 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, puede 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.

Con respecto a una solicitud de revisión voluntaria adicional de una determinación emitida, Triple-S Salud nombra un panel de revisión compuesto de personas, empleados o representantes de Triple-S Salud, para considerar la solicitud al cual usted o su representante autorizado puede comparecer en persona o por vía telefónica para exponer su solicitud. Una persona que haya participado en la revisión de primer nivel podrá ser miembro del panel o comparecer ante el panel solo para proveer información o responder a las preguntas del panel. Triple-S Salud se asegurará de que las personas que realizan la revisión voluntaria adicional sean profesionales de la salud con la pericia adecuada y que el personal que realiza la revisión voluntaria adicional no sea un proveedor del plan médico de la persona cubierta ni tendrá ningún interés económico en el resultado de la revisión.

El panel tiene la autoridad legal para obligar a Triple-S Salud a cumplir con la determinación de dicho panel. Si transcurren veinte (20) días calendario sin que Triple-S Salud haya dado cumplimiento a la determinación del panel de revisión, este último tiene la obligación de notificar dicho hecho a la Oficina del Comisionado de Seguros.

Si Triple-S Salud es asistida por su representación legal, se le notifica con por lo menos 15 días calendario de anticipación a la fecha de la reunión de revisión y se le indica que puede ser asistido por su propia representación legal. Toda persona asegurada, o su representante personal que desee comparecer en persona ante el panel de revisión, presentará por escrito a Triple-S Salud una solicitud a más tardar de quince (15) días laborables del recibo de la notificación enviada.

Al realizar la revisión, el panel de revisión conduce su evaluación y toma 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 (primer nivel).

Cuando una persona asegurada o su representante persona solicite comparecer en persona ante el panel, los procedimientos para realizar la revisión voluntaria adicional se regirán por las siguientes disposiciones:

El panel de revisión programará y celebrará una reunión a más tardar los treinta (30) días calendario contados a partir del recibo de la solicitud de revisión voluntaria adicional.

Con por lo menos quince (15) días calendario de anticipación, se notificará por escrito a la persona asegurada, si fuera aplicable, a su representante personal, la fecha en que se llevará a cabo la reunión del panel de revisión.

Triple-S Salud no denegará de manera irrazonable una solicitud de la persona asegurada o su representante personal para aplazar la revisión.

La reunión de revisión se realizará durante horas laborables normales en un lugar accesible a la persona asegurada o, si fuera aplicable, a su representante personal.

Cuando una reunión en persona no sea factible por razones geográficas, Triple-S Salud ofrecerá a la persona asegurada o, si fuera aplicable, a su representante personal, la oportunidad de comunicarse con el panel de revisión, mediante llamada telefónica de tipo conferencia, videoconferencia u otra tecnología apropiada, por cuenta de Triple-S Salud.

Triple-S Salud tiene la intención de estar asistida por su representación legal, notificará este hecho a la persona asegurada o, si fuera aplicable, a su representante personal, con por lo menos quince (15) días calendario de anticipación a la fecha de la reunión de revisión, Además, le notificará a la persona asegurada que puede estar asistida por su propia representación legal.

El panel de revisión emitirá una determinación por escrito, y la notificará a la persona asegurada o, si fuera aplicable, a su representante personal, a más tardar diez (10) días calendario de finalizar la reunión de revisión.

Cuando la persona asegurada o, si fuera aplicable, su representante personal, no solicite la oportunidad de comparecer en persona ante el panel de revisión, dicho panel de revisión emitirá su determinación y notificará la misma, por escrito o electrónicamente (si se ha acordado recibir la notificación por esta vía), a más tardar los cuarenta y cinco (45) días calendario de la primera de las siguientes fechas:

- La fecha en que la persona asegurada su representante personal notifique a Triple-S Salud que no solicitará la comparecencia en persona ante el panel de revisión; o

- La fecha en que vence el plazo para que la persona asegurada o su representante personal solicite comparecer ante el panel de revisión.

Una vez notificado de la decisión de Triple-S Salud, la determinación escrita debe incluir:

- Los títulos y credenciales de los miembros del panel de revisión
- Una declaración de la interpretación que hizo el panel de revisión de su solicitud y todos los hechos pertinentes.
- La justificación de la determinación del panel de revisión
- Referencia de la evidencia o documentación que el panel de revisión consideró al tomar la determinación usada como base de la determinación

Si la solicitud de revisión voluntaria adicional se relaciona con una determinación adversa, debe incluir:

- Las instrucciones para solicitar una declaración escrita de la justificación médica, incluidos los criterios de revisión clínica usados al tomar la decisión.
- Si fuera aplicable, una declaración en la que se describen los procedimientos para obtener una revisión externa independiente de la determinación adversa a tenor con el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.

También incluirá, una notificación del derecho de la persona asegurada a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador de la Salud para solicitar ayuda en todo momento, con el número telefónico y la dirección de la Oficina del Comisionado y de la Oficina del Procurador de la Salud. La información para comunicarse con estas Oficinas aparece en esta Sección bajo Derecho a ser Asistido.

4. Revisiones Aceleradas de Querellas Relacionadas con una Determinación Adversa

Triple-S Salud establecerá por escrito procedimientos para la revisión acelerada de solicitudes de cuidado urgente, relacionadas con una determinación adversa.

Los procedimientos permitirán que la persona asegurada, o su representante personal, solicite a Triple-S Salud una revisión acelerada verbalmente o por escrito.

Triple-S Salud designará para la revisión acelerada homólogos clínicos de la misma especialidad o especialidad similar a la de la persona que normalmente manejaría el caso que se revisa. Dichos homólogos no deben haber participado en la determinación adversa inicial.

En una revisión acelerada, toda la información necesaria, incluida la determinación de Triple-S Salud se transmitirá entre Triple-S Salud y la persona asegurada o, si fuera aplicable, su representante personal, por teléfono, fax, o la manera más expedita disponible.

Si su caso se evalúa de forma acelerada, Triple-S Salud notificará la decisión a usted, o si fuera aplicable, a su representante autorizado, por teléfono, fax o de la manera más expedita disponible, con la premura que requiera su condición médica pero no más tarde de 48 horas, a partir de la fecha en que se radique la solicitud de revisión acelerada en Triple-S Salud, independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para tomar la determinación. Se entiende 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 de la persona asegurada o su recuperación plena; o (b), en la opinión de un médico con pleno conocimiento de la condición médica de la persona asegurada, puede someter a la persona asegurada a dolores severos que no pueden manejarse adecuadamente sin el cuidado o tratamiento médico que es sujeto de la apelación.
Dicha determinación incluye:

- Los títulos y credenciales de los revisores que participaron en la evaluación;
- La explicación clara de la determinación que hicieron los revisores de la revisión acelerada;
- 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, debe 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 provee una explicación a la persona asegurada o si fuera aplicable a su representante personal, de manera gratuita a su solicitud.
- De aplicar, debe 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, debe incluir una descripción de cómo obtener una revisión externa independiente, si la persona asegurada decidiera que no va a solicitar una revisión voluntaria.
- Una declaración en la que se indica el derecho de la persona asegurada a establecer una demanda ante un tribunal competente.
- De aplicar también, debe incluir una declaración que indique que Triple-S Salud y usted pueden tener otras opciones de resolución voluntaria de las controversias disponibles, tales como la mediación o el arbitraje.
- Una notificación de derecho de comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros o la Oficina del Procurador de la Salud para orientación, opciones disponibles y solicitar ayuda, así como la información de los números a llamar en estos casos.

- Usted tiene derecho a comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros o con la Oficina del Procurador de la Salud para solicitarle ayuda.

- Triple-S Salud podrá proveer la notificación verbalmente, por escrito o electrónicamente.

- Si se provee la notificación de la determinación adversa verbalmente, Triples-S Salud proveerá una notificación por escrito o por medio electrónico a más tardar a los tres (3) días de la notificación verbal.

- Nada de lo aquí dispuesto se entenderá que limita la facultad de Triple-S Salud para dejar sin efecto una determinación adversa sin observar el procedimiento aquí prescrito.

Para solicitar asistencia, puede comunicarse o escribir a:

Oficina del Comisionado de Seguros
División de Investigaciones
Dirección Postal OCS
PO Box 195415
San Juan, PR 00919

361 Calle Calaf
World Plaza Building
268 Ave. Muñoz Rivera
San Juan PR 00918
Teléfono: 787-304-8686
www.ocs.pr.gov

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.

5. Procedimientos para la Revisión de Utilización y Determinación de Beneficios Ordinaria

Triple-S Salud mantendrá, por escrito, procedimientos para llevar a cabo la revisión de utilización y determinación de beneficios ordinaria, con respecto a las solicitudes de beneficios hechas por la persona asegurada, y para la notificación de sus determinaciones.

- En el caso de las determinaciones de revisiones prospectivas, Triple-S Salud hará su determinación y la notificará a la persona asegurada, independientemente de si se certifica el

beneficio o no, dentro del plazo adecuado según la condición de salud de la persona asegurada, pero en ningún caso en un plazo mayor de quince (15) días, contados a partir de la fecha en que se recibe la solicitud.

- En caso de que se emita una determinación adversa, Triple-S Salud, notificarán dicha determinación como se dispone en este artículo.

El plazo de quince (15) días para hacer la determinación y notificar a la persona asegurada se podrá extender o prorrogar una vez por parte de Triple-S Salud, por un periodo adicional de quince (15) días, siempre y cuando Triple-S Salud satisfaga los siguientes requisitos:

- Determine que la prórroga es necesaria debido a circunstancias fuera del control de Triple-S Salud; y

- Notifique a la persona asegurada, antes del vencimiento del plazo inicial de quince (15) días, las circunstancias que justifican la prórroga y la fecha en que espera hacer la determinación.

Si la prórroga se debe a que la persona asegurada no ha presentado información necesaria para que Triple-S Salud pueda hacer su determinación, la notificación de la prórroga cumplirá con los siguientes requisitos:

- Describirá exactamente cuál es la información adicional que se requiere para completar la solicitud; y

- Dispondrá un plazo de por lo menos cuarenta y cinco (45) días, contados a partir de la fecha del recibo de la notificación de prórroga, para que la persona asegurada provea la información adicional especificada.

Cuando Triple-S Salud reciba una solicitud de revisión prospectiva que no cumpla con los requisitos para la radicación de solicitudes de beneficios de Triple-S Salud, le notificará a la persona asegurada de esta deficiencia y proveerá en la notificación información sobre los procedimientos que se deben seguir para radicar la solicitud correctamente.

- La notificación sobre deficiencia en la radicación de la solicitud se proveerá a la brevedad posible, pero en ningún caso en un plazo mayor de cinco (5) días, contados a partir de la fecha de la presentación deficiente.

- Triple-S Salud podrá hacer la notificación sobre deficiencia, verbalmente o por escrito, si así lo solicita la persona asegurada.

En el caso de las determinaciones de revisiones concurrentes, Triple-S Salud ha certificado previamente el tratamiento en curso por un plazo de tiempo determinado o por determinada cantidad de tratamientos, las siguientes normas serán de aplicación:

- Se considerará como una determinación adversa toda reducción o terminación del tratamiento que haga Triple-S Salud antes de finalizar el plazo o la cantidad de tratamientos previamente certificados, salvo que la reducción o terminación se deba a una enmienda en los beneficios del plan médico o a la terminación del plan médico; y

- Triple-S Salud notificará la determinación adversa a la persona cubierta o asegurado, con antelación a la reducción o terminación, de modo que la persona asegurada pueda presentar una querella interna y obtener una determinación con respecto a dicha querella, antes de que se reduzca o termine el beneficio.

El servicio de cuidado de la salud o tratamiento objeto de la determinación adversa se continuará hasta tanto Triple-S Salud notifique a la persona asegurada la determinación relacionada con la querella interna.

- En el caso de las determinaciones de revisiones retrospectivas, Triple-S Salud hará su determinación en un plazo razonable, pero en ningún caso en un plazo mayor de treinta (30) días, contados a partir del recibo de la solicitud.

- En caso de que se emita una determinación adversa, Triple-S Salud notificará dicha determinación.

El plazo para hacer la determinación y notificar a la persona asegurada se podrá extender o prorrogar una vez por parte de Triple-S Salud, por un periodo adicional de quince (15) días, siempre y cuando Triple-S Salud satisfaga los siguientes requisitos:

- Determine que la prórroga es necesaria debido a circunstancias fuera del control de Triple-S Salud; y

- Notifique a la persona asegurada, antes del vencimiento del plazo inicial de treinta (30) días calendario, las circunstancias que justifican la prórroga y la fecha en que espera hacer la determinación.

Si la prórroga se debe a que la persona asegurada no ha presentado información necesaria que Triple-S Salud pueda hacer su determinación, la notificación de la prórroga cumplirá con los siguientes requisitos:

- Describirá exactamente cuál es la información adicional que se requiere para completar la solicitud; y

- Dispondrá un plazo de por lo menos cuarenta y cinco (45) días, contados a partir de la fecha del recibo de la notificación de prórroga, para que la persona asegurada provea la información adicional especificada.

El plazo para que Triple-S Salud tome su determinación, comenzará en la fecha en que Triple-S Salud reciba la solicitud, independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para tomar la determinación.

- Si se extiende el plazo debido a que la persona asegurada no presentó toda la información necesaria para hacer la determinación, el plazo aplicable se interrumpirá a partir de la fecha en que Triple-S Salud envíe la notificación de prórroga a la persona asegurada, hasta la que ocurra primero de entre las siguientes fechas:

    - La fecha en que la persona asegurada responda a la solicitud de información adicional especificada; o

    - La fecha para la cual se debiera haber presentado la información adicional especificada.

- Si la persona asegurada no presenta la información adicional especificada antes de vencer la prórroga, Triple-S Salud podrá denegar la certificación del beneficio solicitado.

Si a raíz de los procesos de revisión de utilización y determinación de Triple-S Salud emitiera una determinación adversa, la notificación de dicha determinación adversa expondrá, de manera comprensible a la persona asegurada, lo siguiente:

- Información suficiente que permita identificar el beneficio solicitado o la reclamación hecha, incluyendo los datos que sean aplicables entre los siguientes: la fecha del servicio; el proveedor; la cuantía de la reclamación; el código de diagnóstico y su significado; y el código de tratamiento y su significado;

- Las razones específicas de la determinación adversa, incluyendo el código de denegación y su significado, así como una descripción de los estándares, si alguno, utilizados en la denegación del beneficio o reclamación;

- Una referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;

- Una descripción de todo material o información adicional que se necesite para que la persona asegurada pueda completar la solicitud, incluida una explicación de por qué dicho material o información es necesario;

- Una descripción de los procedimientos internos de querellas de Triple-S Salud, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos;

- Si para formular la determinación adversa Triple-S Salud se fundamentó en una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá, libre de costo, a la persona asegurada una copia de dicha regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar;

- Si la determinación adversa se basó en el juicio sobre la necesidad médica del servicio o tratamiento, en la naturaleza experimental o investigativa del mismo o en una exclusión o límite similar, la notificación incluirá una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, y al aplicar los términos del plan médico a las circunstancias de la persona asegurada; y

- Una explicación del derecho de la persona asegurada a comunicarse, según corresponda, con la oficina del Comisionado o con la Oficina del Procurador del Paciente para pedir ayuda en cualquier momento y sobre el derecho a incoar una demanda ante un tribunal competente cuando termine el proceso interno de querellas de Triple-S Salud. Deberá incluirse la información de contacto de la Oficina del Comisionado y del Procurador de la Salud.

Triple-S Salud proveerá la notificación de una manera adecuada, tanto cultural como lingüísticamente, según lo requiera la ley federal.

6. Procedimiento para la Revisión Acelerada de Utilización y Determinación de Beneficios

Triple-S Salud establece, por escrito, procedimientos para la revisión acelerada de utilización y determinación de beneficios, y para notificar a las personas aseguradas sus determinaciones respecto a las solicitudes de cuidado urgente. Como parte de los procedimientos se dispone que, si la persona asegurada no sigue los procedimientos de radicación para una solicitud de cuidado urgente, Triple-S Salud debe notificarle dicha deficiencia y los procedimientos que se deben seguir para radicar la solicitud correctamente.

La notificación, verbal o escrita (si la persona asegurada la solicita por escrito), sobre deficiencia en la radicación de una solicitud de cuidado urgente se proveerá a la persona asegurada a la brevedad posible, pero en ningún caso en un término mayor de veinticuatro (24) horas, contadas a partir del recibo de la solicitud.

En el caso de una solicitud de cuidado urgente, Triple-S Salud notificará a la persona asegurada su determinación, sea o no una determinación adversa, a la brevedad posible, tomando en cuenta la condición de salud de la persona asegurada, pero en ningún caso en un término mayor de veinticuatro (24) horas contadas a partir del recibo de la solicitud, salvo que la persona asegurada no haya provisto suficiente información para que Triple-S Salud pueda determinar si los beneficios solicitados son beneficios cubiertos y pagaderos a tenor con esta póliza.

Si la persona asegurada no ha provisto suficiente información para que Triple-S Salud pueda tomar una determinación, Triple-S Salud notificará la deficiencia a la persona asegurada, ya sea verbalmente o, si la persona asegurada así lo solicita, por escrito, y le indicará la información específica que se necesita, a la brevedad posible, pero en ningún caso en un término mayor de veinticuatro (24) horas, contadas a partir del recibo de la solicitud.

Triple-S Salud proveerá a la persona asegurada un plazo razonable para presentar la información adicional especificada, pero en ningún caso dicho plazo será menor de cuarenta y ocho (48) horas, contadas a partir de la notificación de la deficiencia.

Triple-S Salud notificará a la persona asegurada su determinación respecto a la solicitud de cuidado urgente a la brevedad posible, pero en ningún caso en un término mayor de cuarenta y ocho (48) horas, contadas a partir de lo que ocurra primero entre lo siguiente: La fecha del recibo, por parte de Triple-S Salud, de la información adicional especificada o la fecha en que vence el plazo otorgado para que la persona asegurada presentara la información adicional especificada.

Si la persona asegurada no presenta la información adicional especificada en el término concedido, Triple-S Salud podrá denegar la certificación del beneficio solicitado. En caso de que se emita una determinación adversa, Triple-S Salud notificará dicha determinación como se explica en esta sección.

En el caso de solicitudes de revisión concurrente de cuidado urgente en las que la persona asegurada pide que se extienda el tratamiento más allá del plazo originalmente aprobado o de la cantidad de tratamientos previamente aprobados, si la solicitud se hace por lo menos veinticuatro (24) horas antes del vencimiento del plazo original o de cumplirse la cantidad de tratamientos previamente aprobados, Triple-S Salud hará su determinación respecto a la solicitud y la notificará a la persona asegurada a la brevedad posible, teniendo en consideración la condición de salud de la persona asegurada, pero en ningún caso en un término mayor de veinticuatro (24) horas, contadas a partir del recibo de la solicitud.

A los fines de calcular los plazos en que se requiere que Triple-S Salud tome sus determinaciones, el plazo comenzará en la fecha en que Triple-S Salud reciba la solicitud conforme a los procedimientos para la radicación de solicitudes que haya establecido, independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para tomar la determinación.

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

- Información suficiente que permita identificar el beneficio solicitado o la reclamación hecha, incluyendo los datos que sean aplicables entre los siguientes: la fecha del servicio; el proveedor; la cuantía de la reclamación; el Código de diagnóstico y su significado y el Código de tratamiento y su significado.

- Las razones específicas de la determinación adversa, el código de denegación y su significado, así como una descripción de los estándares, si alguno, utilizados en la denegación del beneficio o reclamación.

- Una referencia a las disposiciones específicas de la póliza en las que se basa la determinación.

- Una descripción de todo material o información adicional que se necesite para que la persona asegurada pueda completar la solicitud, incluyendo una explicación de por qué dicho material o información es necesaria.

- Una descripción de los procedimientos internos de querellas de Triple-S Salud, establecidos a tenor con el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos.

- Una descripción de los procedimientos internos de revisión acelerada de querellas de Triple-S Salud establecidos a tenor con el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos.

- Si para formular la determinación adversa Triple-S Salud se fundamentó en una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá libre de costo, a la persona asegurada, una copia de dicha regla, guía o protocolo interno u otro criterio similar.

- Si la determinación adversa se basa en el juicio sobre la necesidad médica del servicio o tratamiento, en la naturaleza experimental o investigativa del mismo o en una exclusión o límite similar, la modificación incluirá una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, y al aplicar los términos de la póliza a las circunstancias de la persona asegurada.

- Una explicación del derecho a la persona asegurada a comunicarse, según corresponda, con la oficina del Comisionado o con la oficina del Procurador de la Salud para pedir ayuda en cualquier momento y sobre el derecho a incoar una demanda ante un tribunal competente cuando termine el proceso interno de querella de Triple-S Salud, incluyendo la información de contacto de la Oficina del Comisionado y del Procurador de la Salud.

Triple-S Salud proveerá la notificación de una manera adecuada tanto cultural como lingüísticamente según lo requiera la ley federal.

7. Servicios de Emergencia

Al llevar a cabo revisiones de utilización o al hacer determinaciones de beneficios con respecto a servicios de emergencia Triple-S Salud seguirá las disposiciones de este Artículo.

Triple-S Salud cubrirá los servicios de emergencia necesarios para el cernimiento y estabilización de la persona cubierta o asegurado, de conformidad con las siguientes normas:

- Triple-S Salud no requerirá obtener autorización previa para los servicios de emergencia, aun cuando dichos servicios de emergencia hayan sido provistos por un proveedor que no forme parte de la red de proveedores de Triple-S Salud (proveedores no participantes);

- Si los servicios de emergencia fueron provistos por un proveedor no participante, no se impondrán requisitos administrativos ni limitaciones de cubierta que resulten más restrictivos que los requisitos o limitaciones aplicables a los proveedores participantes cuando prestan los mismos servicios de emergencia;

Si los servicios de emergencia son provistos por un proveedor participante, dichos servicios estarán sujetos a los copagos, coaseguros y deducibles aplicables.

Si los servicios de emergencia fueron provistos por un proveedor no participante, dichos servicios estarán sujetos a los mismos copagos, coaseguros y deducibles que aplicarían de haber sido provistos por un proveedor participante.

La persona asegurada no podrá ser requerida a pagar, cantidad alguna en exceso de los copagos, coaseguros y deducibles aplicables conforme el apartado anterior.

Triple-S Salud cumple con los requerimientos de pago mencionados, si paga por los servicios de emergencia provistos por un proveedor no participante, una tarifa no menor que la que resulte mayor de las siguientes cantidades:

- La tarifa negociada con los proveedores participantes para tales servicios de emergencia, excluyendo los copagos o coaseguros que debe pagar la persona asegurada;

- La tarifa atribuible al servicio de emergencia provisto, calculada según el método que Triple-S Salud utilice para determinar los pagos a los proveedores no participantes, utilizando los copagos, coaseguros y deducibles aplicables a los proveedores participantes por los mismos servicios.

- La tarifa que se pagaría bajo Medicare por el servicio de emergencia provisto, excluyendo cualquier requisito de copago o coaseguro aplicable a los proveedores participantes.

Notificación del Derecho a la Revisión Externa

Triple-S Salud notificará por escrito a la persona asegurada del derecho que tiene a solicitar que se realice una revisión externa. Dicha notificación se hará cuando Triple-S Salud envíe una notificación escrita de alguna de las siguientes:

- Una determinación adversa, al completarse el proceso de revisión de utilización.
- Una determinación adversa final.
- Casos de rescisión de cubierta.

El comisionado podrá disponer la forma y contenido de la notificación requerida.

Triple-S Salud incluirá, en la notificación, lo siguiente, según corresponda:

- En el caso de una notificación de determinación adversa, una declaración mediante la cual se informe a la persona asegurada lo siguiente, según aplique:

    - Si la persona asegurada padece de una condición de salud respecto a la cual el tiempo requerido para una revisión interna acelerada de su querella pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena, podrá solicitar que se realice una revisión externa acelerada, según corresponda. En estos casos, la organización de revisión independiente (IRO) asignada a realizar la revisión externa acelerada, determinará si se requerirá que la persona asegurada complete la revisión interna acelerada de su querella antes de realizar la revisión externa; y
    - La persona asegurada podrá presentar una querella conforme al proceso interno de querellas de Triple-S Salud. No obstante, si Triple-S Salud no ha emitido una determinación dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha en que se presentó la

querella interna, la persona asegurada podrá presentar una solicitud de revisión externa puesto que se considerará que ha agotado el proceso interno de querellas.

En el caso de una notificación de determinación adversa final, un aviso en que se informa a la persona asegurada lo siguiente, según aplique:

- Si la persona asegurada padece de una condición de salud respecto a la cual el tiempo requerido para una revisión externa ordinaria pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena, podrá solicitar una revisión externa acelerada; o
- Si la determinación adversa final se relaciona con:
  - Servicios de emergencia recibidos en una instalación de cuidado de la salud de la cual aún no se ha dado de alta a la persona asegurada, éste podrá solicitar una revisión externa acelerada; o
  - Una denegación de cubierta basada en la determinación de que el servicio o tratamiento recomendado o solicitado es de naturaleza experimental o investigativa, la persona asegurada podrá presentar una solicitud para que se realice una revisión externa ordinaria o, si el médico de la persona asegurada certifica por escrito que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado será significativamente menos eficaz si no se iniciara con premura, la persona asegurada podrá solicitar que se realice una revisión externa acelerada.

Además de la información que se debe proveer, Triple-S Salud incluirá una descripción de los procedimientos de revisión externa ordinaria y de revisión externa acelerada, destacando las disposiciones que le ofrecen a la persona asegurada la oportunidad de presentar información adicional. También se deberán incluir, si alguno, los formularios necesarios para procesar la solicitud de revisión externa.

Triple-S Salud incluirá un formulario de autorización u otro documento aprobado por el Comisionado, mediante el cual la persona asegurada autorice a Triple-S Salud a divulgar información de salud protegida, incluidos los expedientes médicos, que son pertinentes a la revisión externa.

Usted o su representante autorizado pueden solicitar una revisión independiente luego de agotar el proceso de Revisión Interna y luego de recibir una Notificación Adversa final. La Notificación Adversa final incluirá el formulario de Revisión Externa y el formulario de Autorización de Uso y Divulgación de Salud Protegida, los cuales deberán completarse y enviarlos por fax, correo regular o correo electrónico al Comisionado de Seguros como se indica a continuación:

- **Por facsímil:** 787-273-6082

- **Por correo regular:**

  Oficina del Comisionado de Seguros
  División de Investigaciones
  Dirección Postal OCS
  PO Box 195415 San Juan, PR 00919

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

Solicitud de Revisión Externa

Toda solicitud de revisión externa se hará al Comisionado. El Comisionado podrá disponer la forma y contenido de la solicitud de revisión externa.

La persona asegurada podrá solicitar una revisión externa de una determinación adversa o de una determinación adversa final.

Requisito de Agotar el Proceso Interno de Querellas

Ninguna solicitud de revisión externa procederá hasta que la persona asegurada haya agotado el proceso interno de querellas de Triple-S Salud.

Se considerará que se ha agotado el proceso interno de querellas de Triple-S Salud si la persona asegurada:

- Ha presentado una querella interna y
- No ha recibido una determinación por escrito de parte de Triple-S Salud dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha en que presentó la querella, a menos que se haya solicitado o acordado una prórroga.

No obstante, la persona asegurada no podrá solicitar una revisión externa de una determinación adversa relacionada con una revisión retrospectiva realizada hasta que haya agotado el proceso interno de querellas de Triple-S Salud.

Simultáneo a la presentación de una solicitud de revisión interna acelerada de una querella la persona asegurada podrá solicitar una revisión externa acelerada conforme alguna de las siguientes opciones:

- Si la persona asegurada padece de una condición de salud con respecto a la cual el tiempo requerido para una revisión interna acelerada de la querella pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena; o
- Si la determinación adversa conlleva una denegación de cubierta basada en una determinación de que el servicio o tratamiento recomendado o solicitado es de naturaleza experimental o investigativa y el médico de la persona asegurada certifica por escrito que dicho servicio o tratamiento sería significativamente menos eficaz si no se iniciara con premura.

Al recibir una solicitud de revisión externa acelerada, la organización de revisión independiente (IRO) designada para realizar la revisión externa, determinará si se requerirá que la persona asegurada complete primero el proceso de revisión interna acelerada.

Si la organización de revisión independiente (IRO) determina que la persona asegurada debe primero completar el proceso de revisión interna acelerada, lo notificará de inmediato a la persona asegurada y le advertirá que, en virtud de dicha decisión, no procederá a realizar la revisión externa acelerada hasta que se complete el proceso interno.

Se podrá solicitar la revisión externa de una determinación adversa antes de que la persona asegurada haya agotado los procedimientos internos de querella de Triple-S Salud, siempre y cuando Triple-S Salud acuerde renunciar al requisito de que se agoten dichos procedimientos.

Si Triple-S Salud renuncia al requisito de agotar los procedimientos internos de querellas, la persona asegurada podrá solicitar, por escrito, la revisión externa ordinaria.

Revisión Externa Ordinaria

A más tardar los ciento veinte (120) días siguientes al recibo de una notificación de determinación adversa o determinación adversa final, la persona asegurada podrá presentar una solicitud de revisión externa al Comisionado.

Al recibo de una solicitud de revisión externa, el Comisionado dispondrá de un (1) día laborable para enviar una copia de la solicitud de revisión externa a Triple- S Salud.

A más tardar los cinco (5) días laborables siguientes al recibo de copia de la solicitud de revisión externa, la Triple-S Salud completará una revisión preliminar de la solicitud para determinar lo siguiente:

- Si el solicitante era una persona asegurada al momento de solicitar el servicio de cuidado de la salud o, en el caso de una revisión retrospectiva, era una persona asegurada por Triple-S Salud al momento en que se prestó el servicio de cuidado de la salud;
- Si se pudiera entender, de manera razonable, que el servicio de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final es un servicio cubierto conforme a Triple-Salud, salvo cuando Triple-S Salud hubiese determinado que no está cubierto debido a que no cumple con los requisitos de necesidad médica, idoneidad, lugar donde se provee el servicio de cuidado de la salud, el nivel de cuidado o eficacia del servicio;
- Si la persona asegurada agotó el proceso interno de querellas de Triple-S Salud, salvo cuando no se requiera agotar dicho proceso interno de querellas; y
- Si la persona asegurada ha provisto toda la información y los formularios requeridos por el Comisionado para procesar las solicitudes de revisión externa, incluido el formulario de autorización para divulgar información de salud.

A más tardar el próximo día laborable a partir de completarse la revisión preliminar Triple-S Salud notificará por escrito al Comisionado y a la persona asegurada si:

- La solicitud de revisión externa está completa y
- La solicitud es elegible para la revisión externa.

Si la solicitud:

- No está completa, Triple-S Salud enviará, por escrito, una notificación de determinación inicial informando a la persona asegurada y al Comisionado, qué información o materiales hacen falta para completar la solicitud, o
- No es elegible para la revisión externa, Triple-S Salud, por escrito, una notificación de determinación inicial informando a la persona asegurada y al Comisionado, las razones de la inelegibilidad.

El Comisionado podrá especificar la forma y el contenido de la notificación de determinación inicial.

- Si Triple-S Salud determina, a raíz de la revisión preliminar realizada, que la solicitud no es elegible para revisión externa, la notificación que a tales efectos se le haga a la persona asegurada deberá advertirle que dicha determinación de inelegibilidad hecha por Triple-S Salud puede apelarse ante el Comisionado.

El Comisionado podrá determinar que una solicitud es elegible para revisión externa, aun cuando Triple-S Salud hubiese determinado inicialmente lo contrario.

- La determinación del Comisionado a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa, luego de la determinación inicial en contrario de Triple-S Salud, deberá hacerse en

concordancia con los términos de cubierta del plan médico y estará sujeta a todas las disposiciones aplicables.

A más tardar el próximo día laborable a partir de que el Comisionado reciba una notificación a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa:

- Asignará una organización de revisión independiente para llevar a cabo la revisión externa y notificará a Triple-S Salud cuál fue la organización de revisión independiente designada.
- Notificará por escrito a la persona asegurada que la solicitud es elegible y fue aceptada para revisión externa.

Al hacer su determinación, la organización de revisión independiente designada no estará obligada por ninguna de las decisiones o conclusiones resultantes del proceso de revisión de utilización o del proceso interno de querellas de Triple-S Salud.

El Comisionado deberá incluir, en la notificación que le envíe a la persona asegurada informándole la aceptación de su solicitud para propósitos de la revisión externa, un lenguaje a los efectos de que podrá someter por escrito a la organización de revisión independiente, en un término de cinco (5) días laborables contados a partir del recibo de la notificación de aceptación, cualquier información adicional que estime debiera ser considerada durante la revisión externa. La organización de revisión independiente no tiene, pero puede aceptar y considerar información adicional sometida pasado el término de cinco (5) días laborables aquí dispuesto.

A más tardar los cinco (5) días siguientes al recibo de la notificación sobre la organización de revisión independiente designada, Triple-S Salud proveerá los documentos y toda información que se hubiese tomado en consideración al formular la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión externa.

El hecho de que Triple-S Salud no provea los documentos y la información requerida en el plazo de cinco (5) días, no deberá retrasar la revisión externa.

Si Triple-S Salud no provee los documentos y la información requerida en el plazo de cinco (5) días, la organización de revisión independiente podrá dar por terminada la revisión externa y decidir revocar la determinación adversa o la determinación adversa final objeto de revisión externa.

No más tarde del próximo día laborable de haberse decidido revocar la determinación adversa o la determinación adversa final objeto de revisión, la organización de revisión independiente lo notificará a la persona asegurada, a Triple-S Salud y al Comisionado.

La organización de revisión independiente revisará toda la información y los documentos recibidos de parte de Triple-S Salud y toda otra información presentada por escrito por la persona o asegurada.
En caso de que la organización de revisión independiente reciba información de la persona asegurada, la organización de revisión independiente deberá remitir dicha información, a su vez, a Triple-S Salud implicado, a más tardar el próximo día laborable del recibo de la información.

Al recibo de la información, Triple-S Salud podrá reconsiderar su determinación adversa o determinación adversa final objeto de la revisión externa.

La reconsideración, por parte de Triple-S Salud, de su determinación adversa o determinación adversa final, no demorará ni dará por terminada la revisión externa.

Sólo se podrá dar por terminada la revisión externa si, al completar su reconsideración, Triple-S Salud decide que revocará su determinación adversa o determinación adversa final y proveerá cubierta o pago por el servicio de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final.

- Al cabo de un (1) día laborable de haberse tomado la decisión de revocar su determinación adversa o determinación adversa final, Triple-S Salud notificará por escrito dicha determinación a la persona asegurada, a la organización de revisión independiente y al Comisionado.
- La organización de revisión independiente dará por terminada la revisión externa al recibir, de Triple-S Salud, la notificación aludida.

Además de los documentos e información, la organización de revisión independiente, en tanto lo considere adecuado y la información o documentos estén disponibles, tomará en cuenta lo siguiente al hacer su determinación:

- Los expedientes de salud pertinentes de la persona asegurada;
- La recomendación del profesional de la salud que atiende a la persona asegurada;
- Los informes de consultas que hayan hecho profesionales de la salud y otros documentos presentados por Triple-S Salud, la persona asegurada, o el proveedor que ofrece el tratamiento a la persona asegurada;
- Los términos de cubierta del plan médico de la persona asegurada;
- Las directrices de práctica ("*practice guidelines*") más apropiadas, las cuales podrían incluir las guías de práctica, generalmente aceptadas, las guías de práctica basadas en evidencia u otras guías confeccionadas por el gobierno federal o por las asociaciones o juntas médicas y profesionales a nivel nacional;
- Todo criterio de revisión clínica creado y usado por Triple-S Salud, o la organización de revisión de utilización, al hacer la determinación adversa o determinación adversa final; y
- La opinión de los revisores clínicos de la organización de revisión independiente, después de examinar los documentos.

A más tardar los cuarenta y cinco (45) días siguientes al recibo de una solicitud de revisión externa, la organización de revisión independiente deberá notificar su determinación acerca de si confirma o revoca la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión. La notificación escrita se hará a las siguientes personas:

- A la persona asegurada;
- A Triple-S Salud;
- Al Comisionado.

La organización de revisión independiente incluirá en la notificación escrita de su determinación lo siguiente:

- Una descripción general de la razón de ser de la solicitud de revisión externa;
- La fecha en que la organización de revisión independiente recibió el referido del Comisionado para llevar a cabo la revisión externa;
- La fecha en que se llevó a cabo la revisión externa;
- La fecha de su determinación;
- La principal razón o razones de su determinación, incluyendo qué estándares, si alguno, dieron base a su determinación;
- El razonamiento ("*rationale*") de su determinación; y
- Referencias a la evidencia o documentación, incluidas las guías de práctica, que se tomaron en consideración para hacer la determinación.

Si la determinación de la organización de revisión independiente revoca la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión, Triple-S Salud implicado inmediatamente aprobará la cubierta o el pago para el servicio o beneficio que fue objeto de revisión.

La designación, por parte del Comisionado, de una organización de revisión independiente para llevar a cabo una revisión externa, se hará seleccionando al azar una de entre las organizaciones de revisión independiente autorizadas y cualificada para llevar a cabo la revisión externa particular de que se trate, tomando en consideración la naturaleza de los servicios de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final que se revisa, así como cualquier otra circunstancia pertinente, incluyendo potenciales conflictos de intereses.

Revisión Externa Acelerada

La persona asegurada podrá radicar ante el Comisionado una solicitud de revisión externa acelerada al recibir alguna de las siguientes:
Una determinación adversa, siempre y cuando:

- La determinación adversa se relacione con una condición de salud de la persona asegurada con respecto a la cual el tiempo dispuesto para una revisión interna acelerada, pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena; y
- La persona asegurada haya radicado una solicitud de revisión interna acelerada de una querella para la cual se hizo una determinación adversa; o

Una determinación adversa final, siempre y cuando:

- La persona asegurada padece una condición de salud con respecto a la cual el tiempo dispuesto para una revisión externa ordinaria, pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena; o
- La determinación adversa final se relaciona con la admisión a una instalación de cuidado de la salud, la disponibilidad de un servicio o la estadía continuada en una instalación donde la persona asegurada recibió servicios de emergencia y aún la persona asegurada no ha sido dado de alta de la instalación donde recibió dichos servicios de emergencia.

Al recibir una solicitud de revisión externa acelerada, el Comisionado deberá, de inmediato, enviar copia de dicha solicitud a Triple-S Salud.

Tras recibir copia de la solicitud de revisión externa acelerada, Triple-S Salud deberá, inmediatamente, determinar si la solicitud satisface los requisitos de revisión y notificar a la persona asegurada, y al Comisionado, su determinación sobre si la solicitud es elegible para revisión externa.

El Comisionado podrá especificar la forma y contenido de la notificación de determinación inicial.
Si Triple-S Salud, a raíz de la revisión preliminar realizada, que la solicitud no es elegible para revisión externa, la notificación que a tales efectos se le haga a la persona asegurada deberá advertirle que dicha determinación de inelegibilidad hecha por Triple-S Salud puede apelarse ante el Comisionado.

- El Comisionado podrá determinar que una solicitud es elegible para revisión externa aun cuando Triple-S Salud hubiese determinado inicialmente lo contrario.
- La determinación del Comisionado a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa, luego de la determinación inicial en contrario de Triple-S Salud, deberá hacerse en concordancia con los términos de cubierta del plan médico y estará sujeta a todas las disposiciones aplicables.

Al recibo de una notificación de Triple-S Salud indicando que una solicitud satisface los requisitos para revisión, el Comisionado inmediatamente asignará una organización de revisión independiente para llevar a cabo la revisión externa acelerada. Además, notificará a Triple-S Salud cual fue la organización de revisión independiente designada y notificará por escrito a la persona asegurada que la solicitud es elegible y fue aceptada para revisión externa acelerada.

Al hacer su determinación, la organización de revisión independiente designada no estará obligada por ninguna de las decisiones o conclusiones resultantes del proceso de revisión de utilización o del proceso interno de querellas de Triple-S Salud.

Al recibir la notificación del Comisionado sobre la organización de revisión independiente designada, Triple-S Salud proveerá a ésta, electrónicamente o por cualquier otro medio expedito, los documentos y toda información que se hubiese tomado en consideración al formular la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión externa acelerada.

Además de los documentos e información, la organización de revisión independiente, en tanto lo considere adecuado y la información o documentos estén disponibles, tomará en cuenta lo siguiente al hacer su determinación:

- Los expedientes médicos pertinentes de la persona asegurada;
- La recomendación del profesional de la salud que atiende a la persona asegurada;
- Los informes de consultas que hayan hecho profesionales de la salud y otros documentos presentados por Triple-S Salud, la persona asegurada, o el proveedor de la salud que ofrece el tratamiento a la persona asegurada;
- Los términos de cubierta del plan médico de la persona asegurada;
- Las directrices de práctica ("*practice guidelines*") más apropiadas, las cuales podrían incluir las guías de práctica generalmente aceptadas, las guías de práctica basadas en evidencia u otras guías confeccionadas por el Gobierno Federal o por las asociaciones o juntas médicas y profesionales a nivel nacional;
- Todo criterio de revisión clínica creado y usado por Triple-S Salud, o la organización de revisión de utilización, al hacer la determinación adversa o determinación adversa final; y
- La opinión de los revisores clínicos de la organización de revisión independiente, después de examinar los documentos.

La organización de revisión independiente hará su determinación con la premura que requiera la condición de salud o las circunstancias de la persona cubierta o asegurado, pero en ningún caso en un término mayor de setenta y dos (72) horas contadas a partir del recibo de la solicitud de revisión externa acelerada. En dicho término la organización de revisión independiente deberá:

- Hacer su determinación en cuanto a confirmar o revocar la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión; y
- Notificar su determinación a la persona asegurada, a Triple-S Salud y al Comisionado.

Si la notificación sobre la determinación de la organización de revisión independiente no se hace inicialmente por escrito, al cabo de cuarenta y ocho (48) horas de la determinación, la organización de revisión independiente deberá:

- Proveer confirmación escrita de la determinación a la persona asegurada, a Triple-S Salud y al Comisionado; e
- Incluir en la notificación escrita la información.

Si la determinación de la organización de revisión independiente revoca la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión, Triple-S Salud implicado inmediatamente aprobará la cubierta o el pago para el servicio o beneficio que fue objeto de revisión externa acelerada.

La revisión externa acelerada no estará disponible cuando la determinación adversa o determinación adversa final haya sido producto de una revisión retrospectiva.

La designación, por parte del Comisionado, de una organización de revisión independiente para llevar a cabo una revisión externa acelerada, se hará seleccionando al azar una de entre las organizaciones de revisión independiente autorizadas y cualificada para llevar a cabo la revisión externa particular de que se trate, tomando en consideración la naturaleza de los servicios de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final que se revisa, así como cualquier otra circunstancia pertinente, incluyendo potenciales conflictos de intereses.

Revisión Externa de Determinaciones Adversas Basadas en Tratamiento Experimental o Investigativo

A más tardar los ciento veinte (120) días siguientes al recibo de una notificación de determinación adversa o determinación adversa final, en la que se deniega un servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado por ser éste de naturaleza experimental o investigativa, la persona asegurada podrá radicar ante el Comisionado una solicitud de revisión externa.

La persona asegurada podrá solicitar oralmente una revisión externa acelerada de una determinación adversa o determinación adversa final en la que se deniega un servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado por ser éste de naturaleza experimental o investigativa, siempre y cuando su médico certifique por escrito que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento denegado sería significativamente menos eficaz si no se inicia con premura.

Al recibo de una solicitud de revisión externa acelerada conforme al apartado (a) anterior, el Comisionado inmediatamente notificará a Triple-S Salud implicado sobre la presentación de la referida solicitud.

Tras recibir copia de la solicitud, Triple-S Salud deberá, inmediatamente, determinar si la solicitud satisface los requisitos de revisión y notificar a la persona asegurada, y al Comisionado, su determinación sobre si la solicitud es elegible para revisión externa.

El Comisionado podrá especificar la forma y contenido de la notificación de determinación inicial.
Si Triple-S Salud determina, a raíz de la revisión preliminar realizada, que la solicitud no es elegible para revisión externa, la notificación que a tales efectos se le haga a la persona asegura deberá advertirle que dicha determinación de inelegibilidad hecha por Triple-S Salud puede apelarse ante el Comisionado.

El Comisionado podrá determinar que una solicitud es elegible para revisión externa aun cuando Triple-S Salud hubiese determinado inicialmente lo contrario.

La determinación del Comisionado a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa, luego de la determinación inicial en contrario de Triple-S Salud, deberá hacerse en concordancia con los términos de cubierta del plan médico y estará sujeta a todas las disposiciones aplicables.

Al recibo de una notificación de Triple-S Salud indicando que la solicitud satisface los requisitos para revisión, el Comisionado inmediatamente asignará una organización de revisión independiente para llevar

a cabo la revisión externa acelerada; notificará a Triple-S Salud cuál fue la organización de revisión independiente designada y notificará por escrito a la persona asegurada que la solicitud es elegible y fue aceptada para revisión externa acelerada.

Al recibir la notificación del Comisionado sobre la organización de revisión independiente designada, Triple-S Salud proveerá a ésta, electrónicamente o por cualquier otro medio expedito, los documentos y toda información que se hubiese tomado en consideración al formular la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión.

Excepto en el caso de una solicitud de revisión externa acelerada, a más tardar el próximo día laborable del recibo de una solicitud de revisión externa por haberse denegado un servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado por ser éste de naturaleza experimental o investigativa, el Comisionado notificará, con copia de la solicitud, a Triple-S Salud.

Tras recibir copia de la solicitud de revisión externa, Triple-S Salud tendrá cinco (5) días laborables para llevar a cabo una revisión preliminar de la solicitud para determinar si la misma satisface los siguientes requisitos:

- La persona es o había sido una persona asegurada por el plan médico cuando se recomendó o solicitó el servicio de cuidado de la salud o tratamiento denegado o, en el caso de una revisión retrospectiva, había sido una persona asegurada por un plan médico cuando se prestó el servicio de cuidado de la salud;

- El servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado, objeto de la determinación adversa o determinación adversa final:
    - Es un beneficio cubierto bajo el plan médico de la persona asegurada, pero Triple-S Salud ha determinado que el servicio o tratamiento es de naturaleza experimental o investigativa; y
    - No está explícitamente mencionado como un beneficio excluido conforme al plan médico de la persona asegurada;

El médico de la persona asegurada ha certificado por escrito que una de las siguientes situaciones es aplicable:

- Los servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales y acostumbrados no han sido efectivos en mejorar la condición de la persona asegurada;
- Los servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales y acostumbrados no son médicamente adecuados para la persona asegurada; o
- No hay ningún servicio de cuidado de la salud o tratamiento cubierto por el plan médico que sea más beneficioso que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado;

El médico que atiende a la persona asegurada:

- Ha recomendado un servicio de cuidado de la salud o tratamiento respecto al cual certifica, por escrito que, según su opinión, con toda probabilidad será de mayor beneficio para la persona asegurada que los otros servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales o acostumbrados disponibles; o
- El médico que atiende a la persona asegurada, el cual está cualificado para practicar la medicina en la rama indicada para el tratamiento de la condición de salud en cuestión, ha certificado por escrito que existen estudios con validez científica, realizados según los protocolos aceptados, que demuestran que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento solicitado por la persona

asegurada tiene una mayor probabilidad de ser de beneficio que ningún otro servicio de cuidado de la salud o tratamiento usual o acostumbrado disponible;

La persona asegurada ha agotado el proceso interno de querellas de Triple-S Salud, salvo cuando no se requiera haber agotado dicho remedio; y

La persona asegurada ha provisto toda la información y los formularios que se requieren para procesar la revisión externa, incluido el formulario de autorización.

A más tardar el próximo día laborable de completar la revisión preliminar, Triple-S Salud notificará por escrito al Comisionado y a la persona asegurada:

- Si la solicitud está completa y
- Si la solicitud es elegible para la revisión externa.

Si la solicitud:

- No está completa, Triple-S Salud notificará, por escrito, a la persona asegurada y al Comisionado, qué información o materiales hacen falta para completar la solicitud; o
- No es elegible para la revisión externa, Triple-S Salud enviará, por escrito, una notificación informando a la persona asegurada y al Comisionado, las razones de la inelegibilidad.
- El Comisionado podrá especificar la forma y el contenido de la notificación de determinación inicial.
- Si Triple-S Salud determina, a raíz de la revisión preliminar realizada, que la solicitud no es elegible para revisión externa, la notificación que a tales efectos se le haga a la persona asegurada deberá advertirle que dicha determinación de inelegibilidad hecha por Triple-S Salud puede apelarse ante el Comisionado.

El Comisionado podrá determinar que una solicitud es elegible para revisión externa aun cuando Triple-S Salud hubiese determinado inicialmente lo contrario.

La determinación del Comisionado a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa, luego de la determinación inicial en contrario de Triple-S Salud, deberá hacerse en concordancia con los términos de cubierta del plan médico y estará sujeta a todas las disposiciones aplicables.

Si Triple-S Salud determina que la solicitud de revisión externa es elegible para tales propósitos, así deberá notificarlo a la persona asegurada y al Comisionado.

A más tardar el próximo día laborable del recibo de la notificación de Triple-S Salud indicando que la solicitud es elegible para revisión externa, el Comisionado deberá:

- Asignar una organización de revisión independiente para llevar a cabo la revisión externa y notificar a Triple-S Salud cuál fue la organización de revisión independiente designada; y
- Notificar por escrito a la persona asegurada que la solicitud es elegible y fue aceptada para revisión externa.

El Comisionado deberá incluir, en la notificación que le envíe a la persona asegurada informándole la aceptación de su solicitud para propósitos de la revisión externa, un lenguaje a los efectos de que podrá someter por escrito a la organización de revisión independiente, en un término de cinco (5) días laborables contados a partir del recibo de la notificación de aceptación, cualquier información adicional que estime debiera ser considerada durante la revisión externa. La organización de revisión independiente no tiene, pero puede aceptar y considerar información adicional sometida pasado el término de cinco (5) días laborables aquí dispuesto.

A más tardar el próximo día laborable del recibo de la notificación asignándole la revisión externa, la organización de revisión independiente deberá:

- Seleccionar, según se entienda apropiado, uno o más revisores clínicos para llevar a cabo la revisión externa.

Al seleccionar los revisores clínicos, la organización de revisión independiente escogerá a médicos u otros profesionales de la salud que cumplan con los requisitos mínimos y que debido a su experiencia clínica durante los pasados tres (3) años sean expertos en el tratamiento de la condición de la persona asegurada y, además, que tengan amplio conocimiento acerca del servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado.

Ni la persona asegurada ni Triple-S Salud, escogerán ni controlarán la manera en que se seleccionarán a los médicos u otros profesionales de la salud que actuarán como revisores clínicos.
Cada revisor clínico proveerá a la organización de revisión independiente una opinión escrita respecto a si se debe cubrir el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado.

Al formular su opinión, los revisores clínicos no estarán obligados por ninguna de las decisiones o conclusiones resultantes del proceso de revisión de utilización o el proceso interno de querellas de Triple-S Salud.

A más tardar los cinco (5) días siguientes al recibo de la notificación sobre la organización de revisión independiente designada, Triple-S Salud proveerá los documentos y toda información que se hubiese tomado en consideración al formular la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión.

El hecho de que Triple-S Salud no provea los documentos y la información requerida en el plazo de cinco (5) días provisto, no deberá retrasar la revisión externa.

Si Triple-S Salud no provee los documentos y la información requerida en el plazo de cinco (5) días provisto en el apartado (E)(1) de este Artículo, la organización de revisión independiente podrá dar por terminada la revisión externa y decidir revocar la determinación adversa o la determinación adversa final objeto de revisión.

Si la organización de revisión independiente decidiera revocar la determinación adversa o la determinación adversa final por la razón, la organización de revisión independiente lo notificará de inmediato a la persona asegurada, a Triple-S Salud y al Comisionado.
Cada revisor clínico revisará toda la información y los documentos recibidos de parte de Triple-S Salud y toda otra información presentada por escrito por la persona asegurada.

En caso de que la organización de revisión independiente reciba información de la persona cubierta o asegurado, la organización de revisión independiente deberá remitir dicha información, a su vez, a Triple-S Salud implicado, a más tardar el próximo día laborable del recibo de la información.

Al recibo de la información, Triple-S Salud podrá reconsiderar su determinación adversa o determinación adversa final objeto de la revisión externa.

La reconsideración por parte de Triple-S Salud de su determinación adversa o determinación adversa final no demorará ni dará por terminada la revisión externa.

Sólo se podrá dar por terminada la revisión externa si, al completar su reconsideración, Triple-S Salud decide que revocará su determinación adversa o determinación adversa final y proveerá cubierta o pago por el servicio de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final.

Si Triple-S Salud toma la decisión de revocar su determinación adversa o determinación adversa final, lo notificará de inmediato por escrito a la persona asegurado, a la organización de revisión independiente y al Comisionado.

La organización de revisión independiente dará por terminada la revisión externa al recibir, de Triple-S Salud, la notificación.

A más tardar los veinte (20) días de haber sido seleccionados para realizar la revisión externa, el o los revisores clínicos entregarán, a la organización de revisión independiente, su opinión en cuanto a si se debe cubrir el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado.

La opinión de cada revisor clínico se entregará por escrito e incluirá la siguiente información:

- Una descripción de la condición de salud de la persona asegurada;
- Una descripción de los indicadores relevantes en el análisis y proceso de determinar si existe suficiente evidencia para demostrar que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado tiene una mayor probabilidad de ser beneficioso para la persona asegurada que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento usual o acostumbrado disponible y que los riesgos adversos del servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado no serían marcadamente mayores que los de los servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales y acostumbrados disponibles;
- Una descripción y análisis de la evidencia médica o científica que se tomó en consideración en la opinión expresada;
- Una descripción y análisis de cualquier estándar basado en evidencia ("*evidence-based standard*") que se haya tomado en consideración en la opinión expresada; e
- Información acerca de si el razonamiento tras la opinión del revisor
- En el caso de una revisión externa acelerada, cada revisor clínico expresará su opinión, de manera verbal o escrita, a la organización de revisión independiente, tan pronto como la condición o circunstancia de salud de la persona asegurada lo requiera, pero nunca más tarde de los cinco (5) días siguientes de haber sido seleccionado para realizar la revisión externa.
- Si la opinión del revisor clínico se hubiese expresado originalmente de manera verbal, a más tardar los dos (2) días de haber provisto la opinión, el revisor clínico suministrará una confirmación escrita a la organización de revisión independiente e incluirá en ésta la información que se requiere.

Cada revisor clínico, en tanto lo considere adecuado y la información o documentos estén disponibles, considerará lo siguiente al formular su opinión:

- Los expedientes médicos pertinentes de la persona asegurada;
- La recomendación del profesional de la salud que atiende a la persona asegurada;
- Los informes de consultas que hayan hecho profesionales de la salud y otros documentos presentados por Triple-S Salud, la persona asegurada, o el proveedor que ofrece el tratamiento a la persona asegurada;
- Los términos de cubierta del plan médico de la persona asegurada;

La alternativa que sea aplicable, si alguna, de entre las siguientes:

- El servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado ha sido aprobado por la Administración Federal de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés), para la condición de la persona asegurada; o
- Existe evidencia médica o científica o estándares basados en evidencia ("*evidence-based standards*") que demuestran que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado tiene una mayor probabilidad de beneficiar a la persona asegurada que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento usual y acostumbrado disponible y que los riesgos adversos del servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado no serían marcadamente mayores que los de los servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales y acostumbrados disponibles.

A más tardar los veinte (20) días siguientes al recibo de la opinión de los revisores clínicos, la organización de revisión independiente hará su determinación y la notificará por escrito a las siguientes personas:

- La persona asegurada;
- Triple-S Salud; y
- Al Comisionado

En el caso de una revisión externa acelerada, a más tardar las cuarenta y ocho (48) horas siguientes al recibo de la opinión de los revisores clínicos, la organización de revisión independiente hará su determinación y la notificará, ya sea verbalmente o por escrito, a la persona cubierta o asegurado, a Triple-S Salud y al Comisionado.

Si la determinación se hubiese notificado originalmente de manera verbal, a más tardar los dos (2) días de haber provisto dicha notificación verbal, la organización de revisión independiente suministrará una confirmación escrita a la persona cubierta o asegurado, a Triple-S Salud y al Comisionado, e incluirá la información que se requiere.

Si la mayoría de los revisores clínicos recomienda que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado se debe cubrir, la organización de revisión independiente determinará que se revoque la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión.

Si la mayoría de los revisores clínicos recomienda que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado no se debe cubrir, la organización de revisión independiente determinará que se confirme la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión.
Si hay un empate entre los revisores clínicos en cuanto a si se debe cubrir o no el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado, la organización de revisión independiente obtendrá la opinión de un revisor clínico adicional, de modo que pueda hacer una determinación en base a las opiniones de la mayoría.
De surgir la necesidad de seleccionar un revisor clínico adicional de conformidad con el apartado anterior, dicho revisor clínico adicional usará la misma información que tuvieron disponible los demás revisores clínicos al formular su opinión.

La selección de un revisor clínico adicional no prolongará el plazo que tiene la organización de revisión independiente para hacer su determinación en base a las opiniones de los revisores clínicos seleccionados.

La organización de revisión independiente incluirá, en la notificación escrita de su determinación, lo siguiente:

- Una descripción general del motivo de la solicitud de revisión externa;
- La opinión escrita de cada uno de los revisores clínicos, incluyendo la recomendación de cada uno respecto a si el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado se debe cubrir o no y la justificación de la recomendación del revisor;
- La fecha en que la organización de revisión independiente fue designada por el Comisionado para llevar a cabo la revisión externa;
- La fecha en que se llevó a cabo la revisión externa;
- La fecha de su determinación;
- La principal razón o razones de su determinación; y
- La justificación o razonamiento de su determinación.

Si la determinación de la organización de revisión independiente revoca la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión, Triple-S Salud implicado inmediatamente aprobará la cubierta o el pago para el servicio de cuidado de la salud o tratamiento que fue objeto de revisión.

La designación, por parte del Comisionado, de una organización de revisión independiente para llevar a cabo una revisión externa de conformidad con este Artículo, se hará seleccionando al azar una de entre las organizaciones de revisión independiente autorizadas y cualificada para llevar a cabo la revisión externa particular de que se trate, tomando en consideración la naturaleza de los servicios de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final que se revisa, así como cualquier otra circunstancia pertinente, incluyendo potenciales conflictos de intereses.

Obligatoriedad de la Determinación de la Revisión Externa

La determinación de la revisión externa obliga a Triple-S Salud, salvo en los casos en que Triple-S Salud tenga algún otro remedio conforme a las leyes aplicables de Puerto Rico.

La determinación de la revisión externa obliga a la persona asegurada, salvo en los casos en que la persona asegurada tenga algún otro remedio conforme a las leyes aplicables de Puerto Rico o a las leyes federales.

La persona asegurada no podrá presentar subsiguientes solicitudes de revisión externa relacionadas con una determinación adversa o determinación adversa final para la cual ya hubo una determinación tras una revisión externa conforme a este Capítulo.

Pago del Costo de la Revisión Externa

Si a Triple-S Salud le presentan una solicitud de revisión externa ordinaria o acelerada tendrá la obligación de pagar a la organización de revisión independiente por la revisión externa.

La Oficina del Comisionado de Seguros notificará a Triple-S Salud de servicios de salud los costos del proceso o cualquier modificación en los mismos con al menos 120 días de anticipación.

La persona asegurada pagará un costo nominal no mayor de $25.00 por cada revisión. Disponiéndose, que para una misma persona asegurada el costo no puede exceder de setenta y cinco dólares ($75.00) por año-póliza. La cantidad pagada por la persona asegurada le será reembolsada si éste obtiene opinión a su favor.

Los procesos de revisión externa en la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico para las determinaciones adversas finales serán llevadas por conducto del organismo revisor independiente “Federal Hearings & Appeals Services, Inc”. La organización de seguros de salud o asegurador, contra la que se presentó la solicitud de revisión externa, pagará las solicitudes de revisión externa, la cual tiene un costo de $625 por cada solicitud de revisión ordinaria y de $700 por cada solicitud de revisión expedita.

PROCEDIMIENTO DE TRÁMITE PARA REEMBOLSOS

1. Las solicitudes de reembolso deben ser enviadas:

   a. A través de nuestro portal de Internet www.ssspr.com. En la sección Herramientas para Ti que se encuentra en la parte inferior de la página principal están los Formularios para Asegurados donde se presenta la información para someter un reembolso en línea.

   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: reemdental@ssspr.com.

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

   d. Debe incluir lo siguiente:

      - Nombre completo (dos apellidos) y número de contrato de la persona asegurada que recibió el servicio
      - Fecha del servicio
      - Código de Diagnóstico *(ICD-10)* y/o descripción del diagnóstico
      - Código de procedimiento (vigente a la fecha de servicio) y/o descripción del servicio
      - *National Provider Identifier* (*NPI*)
      - Recibo de pago timbrado que incluya: nombre, dirección, especialidad y número de licencia del proveedor
      - Cantidad pagada por cada servicio
      - Firma del proveedor o participante que prestó los servicios
      - 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 y el reporte de incidente del traslado
      - 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 de la persona asegurada 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 y superficies restauradas (si aplica)

      - Cantidad pagada por cada servicio

      - Si la persona asegurada paga en un recibo más de una visita debe enviar las fechas de servicio exactas **(MES, DÍA, AÑO)** por las que pagó.

- Al solicitar reembolso por visita inicial y pronto de servicios de ortodoncia, de tener suscrita la cubierta dental con este beneficio, debe incluir el plan de tratamiento con el desglose de: visita de récord, pronto, mensualidades, costo y duración total del tratamiento.

- En caso de tener suscritos los servicios de prótesis dental y periodoncia, de tener suscrita la cubierta dental con este beneficio, deben traer radiografías.

Si solicita reembolso por Coordinación de Beneficios debe añadir:

- Número de contrato de su plan primario si el mismo es con Triple-S Salud

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

2. Debe dar aviso por escrito de la reclamación a Triple-S Salud dentro de los veinte (20) días después de haber recibido el servicio 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, a menos que se presente evidencia que fue imposible someter la reclamación en el periodo de tiempo establecido.

3. Triple-S Salud tiene hasta 15 días para entregar acuse de recibo luego de recibir por correo la notificación de reclamación. Las notificaciones realizadas a la persona designada por la persona asegurada se consideran notificaciones brindadas al mismo, siempre que la autorización esté vigente y no se haya revocado. Si la persona no está autorizada y recibe una notificación a nombre de la persona asegurada, debe informarlo dentro de los 7 días siguientes al reclamante y debe indicar nombre y dirección de la persona que debe recibir la notificación. Si la notificación de reclamación se realiza por medio electrónico, la persona asegurada recibe inmediatamente un acuse de recibo por sistema. Si realiza el trámite en un Centro de Servicio, se acusa recibo al momento de la entrega del documento.

4. Triple-S Salud hace la investigación, ajuste y resolución de cualquier reclamación en el periodo razonablemente más corto dentro de 30 días después de haber recibido la solicitud. De Triple-S Salud no poder resolver en el tiempo anteriormente indicado, mantiene 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 si entiende que se está retrasando el proceso indebida o injustificadamente.

PRECERTIFICACIONES

El proceso de precertificación le garantiza a usted y a su familia que recibe un nivel de cuidado adecuado para su condición de salud. El objetivo de una precertificación es establecer medidas de coordinación 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 de la persona asegurada para el servicio que se está solicitando.

Para que los servicios se consideren cubiertos por el plan, la persona asegurada 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 es 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 médico, hospital o facilidad están orientados sobre qué servicios deben ser precertificados. La precertificación puede ser hospitalaria o para sus servicios ambulatorios.

Las precertificaciones para estudios y procedimientos son 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 8:00 a.m. a 4:30 p.m. Los proveedores también pueden verificar la elegibilidad de estudios y procedimientos utilizando nuestro portal en la internet www.ssspr.com disponible las 24 horas, los 7 días.

La persona asegurada, médico y proveedor participante son orientados sobre las admisiones hospitalarias que requieran precertificación o notificación en 72 horas o tan pronto como sea razonablemente posible. Algunos estudios, procedimientos diagnósticos y quirúrgicos requieren una precertificación de Triple-S Salud. La persona asegurada, médico y proveedor participante son orientados sobre los procedimientos a precertificar**. Los servicios recibidos como consecuencia de una emergencia médica en una Sala de Emergencia no requieren precertificación de Triple-S Salud.**

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

- Cirugía bariátrica y cirugía post cirugía bariátrica (torso y abdomen)
- Cirugía ortognática
- 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 (hospitalización o centro de cirugía ambulatoria cuando puede realizarse en oficina)
- Inmunoprofilaxis para el virus sincitial respiratorio
- Medicamentos inyectables cubiertos en la parte médica no relacionados a cáncer
- Pruebas genéticas
- Equipo Médico Duradero
- Facilidad de enfermería diestra
- Servicios de salud en el hogar
- Tratamiento Residencial
- Hospicio
- Servicios en Estados Unidos, que no sean de 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.
- Bomba de infusión de insulina para personas aseguradas diagnosticadas con Diabetes Mellitus Tipo 1.

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

Puede someter la información requerida vía fax o por correo

Fax: 787-774-4824

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 precertificación, Triple-S Salud evalúa la petición y le notifica a la persona asegurada, independientemente de si se certifica el beneficio o no, su determinación en un periodo no mayor de 15 días luego de la fecha en que se recibe la solicitud.

Si por razones ajenas a la voluntad de Triple-S Salud la determinación no se puede hacer en ese período de tiempo, se podrá extender el mismo por quince (15) días adicionales. En estos casos, Triple-S Salud le notifica a la persona asegurada antes que termine el plazo inicial de los quince (15) días de haber recibido su solicitud de precertificación con una justificación y le indicará la fecha en que se espera se haga la determinación.

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

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 expone 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 debe indicar el carácter de la urgencia. Una vez indicado por el médico Triple-S Salud procede a trabajar la solicitud de forma urgente. La solicitud para estos casos se puede hacer de forma oral o escrita. Triple-S Salud debe 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, debe 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 tiene 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 debe 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 recibir la información adicional solicitada en el término antes señalado, Triple-S Salud puede denegar la certificación del servicio solicitado.

La notificación de la determinación adversa indica 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 con la Oficina 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 361 Calle Calaf World Plaza Building, 268 Ave. Muñoz Rivera, San Juan PR 00918 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 o puede comunicarse al (787) 977-0909 (Área Metro) o libre de cargos al 1-800-981-0031.

CUBIERTA MÉDICA

Algunos de los servicios en esta Sección están sujetos a copagos o coaseguros aplicables. Para detalles de los copagos y coaseguros, favor referirse a la Tabla de Copagos y Coaseguros al final de esta póliza.

DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL

El desembolso máximo anual para esta cubierta es de $6,350 en un contrato individual y $12,700 en contrato pareja o familiar. Una vez la persona asegurada alcance la cantidad que le aplica según su tipo de contrato, no tiene que hacer desembolsos adicionales por el resto del año póliza para los beneficios esenciales; Triple-S Salud paga el 100% del resto de los gastos médicos cubiertos bajo esta 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, servicios de terapia alternativa (Triple-S Natural), espejuelos o lentes de contacto (de tener el beneficio), servicios dentales no esenciales (de tener suscrita la cubierta) y la prima mensual pagada a Triple-S Salud por el plan, no se consideran gastos elegibles para la acumulación del desembolso máximo.

El desembolso máximo seleccionado está de acuerdo con la cantidad permitida por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

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).* Estos pueden ser modificados durante el año de acuerdo a las actualizaciones que realicen *HCERA* y el *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 en Puerto Rico. Para la lista actualizada, así como información adicional sobre estos servicios, visite el siguiente enlace en internet: https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.

PREVENTIVOS PARA ADULTOS

Servicio Preventivo	Indicación
Aneurisma aórtico abdominal (AAA)	Un (1) servicio por ultrasonografía para el cernimiento del aneurisma aórtico abdominal (AAA) en personas aseguradas de 65 a 75 años de edad que hayan sido fumadores en algún momento
Cáncer colorrectal	De acuerdo con la orden administrativa 334 del Departamento de Salud, se cubre un cernimiento anual de cáncer colorrectal mediante prueba de sangre oculta en adultos de 40 años en adelante. Si la persona tiene historial familiar de cáncer colorrectal, el cernimiento anual se realiza mediante la colonoscopia y no por la prueba de sangre oculta. El USPSTF recomienda cernimiento de cáncer colorrectal mediante prueba de sangre oculta, sigmoidoscopia, colonoscopia o prueba serológica en adultos de 45 a 75 años. Los riesgos y beneficios de estos métodos de cernimiento varían. También, USPSTF recomienda una colonoscopia de seguimiento luego de un resultado positivo de una prueba no invasiva. Esta prueba es un cernimiento y los pacientes no tendrán algún gasto de su bolsillo.
Cernimiento de Depresión para adultos	Cernimiento de depresión en adultos, incluyendo personas aseguradas durante su embarazo o postparto. El cernimiento debe realizarse en un sistema adecuado para garantizar un diagnóstico preciso, un tratamiento efectivo y un seguimiento apropiado.
Prevención de caídas en adultos mayores: ejercicio o terapia física	Ejercicios y terapia física para prevenir caídas en adultos de 65 años en adelante que están a riesgo de sufrir caídas.
Dieta saludable y actividad física como prevención de enfermedades cardiovasculares en adultos con riesgo cardiovascular	Ofrecer y referir a los adultos con sobrepeso u obesidad y con factores adicionales de riesgo de enfermedad cardiovascular a intervención de consejería conductual intensiva para promover una dieta saludable y actividad física como prevención de enfermedades cardiovasculares.
Cernimiento de infección del virus de Hepatitis B	La USPSTF recomienda el cernimiento de infección del virus de Hepatitis B para adultos con alto riesgo de infección.
Cernimiento de infección del virus de la Hepatitis C: adolescentes y adultos	Detección de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) en adultos de 18 a 79 años.
Cernimiento de hipertensión para personas aseguradas que	Cernimiento de hipertensión para adultos de 18 años en adelante. Se deben obtener las medidas fuera del entorno clínico para confirmar el

Servicio Preventivo	Indicación
no tienen un diagnóstico de la condición	diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.
Profilaxis previa a la exposición al VIH para la prevención de la infección por VIH	El USPSTF recomienda que los médicos ofrezcan profilaxis previa a la exposición (PrEP) con terapia antirretroviral efectiva a las personas con alto riesgo de contraer el VIH.
Prueba de cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH): adolescentes y adultos que no están en estado de embarazo	Cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) para adultos de 13 a 65 años, así como adolescentes menores y adultos mayores con alto riesgo. Según requerido por la ley 45-2016, incluye una prueba de VIH por año como parte de la evaluación médica de rutina, excepto para personas aseguradas durante su embarazo a las cuales les aplican los requisitos del USPSTF.
Inmunización (Vacunas)	Las dosis, edades y población recomendada varían: Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes Zoster, Virus de Papiloma Humano, Influenza, MMR, Meningococo, Neumococo, Tétano, Difteria, Tos Ferina y Varicela. Las vacunas de seguimiento (*catch up*) están cubiertas. Vacuna del COVID-19 desde los 6 meses de edad, de acuerdo con las recomendaciones del *Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC).*
Cernimiento de cáncer del pulmón	Cernimiento anual para cáncer del pulmón a través de tomografía computadorizada para adultos entre las edades de 50 a 80 años con historial de fumar veinte (20) paquetes al año, que fuma actualmente o haya dejado de fumar durante los últimos 15 años. El cernimiento se descontinuará una vez la persona haya dejado de fumar por 15 años consecutivos o desarrolle un problema de salud que sustancialmente limite la expectativa de vida o la habilidad o probabilidad de tener una cirugía pulmonar para curar la enfermedad.
Cernimiento y consejería de obesidad para adultos	Los médicos pueden ofrecer o referir pacientes que tengan un Índice de Masa Corporal, (BMI por sus siglas en inglés) de 30kg/m2 o más a intervenciones conductuales intensivas de múltiples componentes.
Detección de prediabetes y diabetes tipo 2 en adultos asintomáticos de 35 a 70 años con sobrepeso u obesidad	El USPSTF recomienda la detección de prediabetes y diabetes tipo 2 en adultos de 35 a 70 años que tienen sobrepeso u obesidad. Los médicos deben ofrecer o derivar a los pacientes con prediabetes a intervenciones preventivas efectivas.
Enfermedades de transmisión sexual	Consejería conductual intensiva para adolescentes y adultos sexualmente activos con un riesgo alto de contraer enfermedades de transmisión sexual.
Estatinas para prevenir accidentes cardiovasculares en adultos: Medicamentos Preventivos	La USPSTF recomienda prescribir una estatina para la prevención primaria de CVD para los adultos entre las edades de 40 a 75 años quienes tienen uno o más factores de riesgo de CVD (por ejemplo, dislipidemia, diabetes, hipertensión o fumar) y tienen un riesgo estimado de un evento cardiovascular de un 10% o más en 10 años.
Cernimiento de infección de sífilis en adolescentes y adultos que no estén en estado de	La USPSTF recomienda el cernimiento para la infección de sífilis en personas asintomáticas, que sean adultos o adolescentes que no estén en estado de embarazo y que están en un riesgo elevado de infección.

Servicio Preventivo	Indicación
embarazo	
Cesar el uso de tabaco y medicinas: adultos que no están en estado de embarazo	El USPSTF recomienda que los médicos deben preguntar a todos los adultos sobre el uso del tabaco, aconsejar dejar el tabaco, ofrecer intervenciones de conducta y los medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA). 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 FDA por noventa (90) días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año.
Cernimiento de Tuberculosis: adultos	Cernimiento de infección de tuberculosis en poblaciones de alto riesgo.
Consumo dañino de alcohol: adultos	Cernimiento sobre el consumo dañino de alcohol en lugares de atención primaria en adultos con 18 años o más, incluyendo personas aseguradas en estado de embarazo, proveyéndole breves intervenciones de asesoramiento conductual para reducir el consumo de alcohol dañino a las personas involucradas en el consumo riesgoso o peligroso.
Consumo dañino de Drogas	Cernimiento sobre el consumo dañino de drogas en adultos con 18 años o más proveyéndole breves intervenciones de asesoramiento conductual. El cernimiento debe realizarse cuando los servicios para un diagnóstico preciso, tratamiento efectivo y una atención adecuada pueden ser ofrecidos o referidos.

SERVICIOS PREVENTIVOS PARA ADULTOS, INCLUYENDO EMBARAZOS

Servicio Preventivo	Indicación
Cernimiento de bacterias en orina para personas embarazadas	El USPSTF recomienda la detección de bacteriuria asintomática utilizando cultivo de orina en personas embarazadas.
BRCA: Evaluación de Riesgo	Los proveedores de atención primaria deben realizar un cernimiento a personas que han tenido familiares con cáncer de seno, ovario, trompas o peritoneal, a través de herramientas diseñadas para identificar historial familiar que pudiera estar asociado con un aumento del riesgo de mutaciones potencialmente perjudiciales en los genes de susceptibilidad al cáncer de seno (BRCA1 o BRCA2). Las personas aseguradas que tengan un resultado positivo deben recibir consejería genética y, si es indicado luego de la consejería, la prueba BRCA.
Cáncer de seno: medicamentos preventivos	El USPSTF recomienda que los médicos involucren a sus pacientes de alto riesgo de cáncer de seno en la determinación de utilizar medicamentos para reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad. El médico debe ofrecer el recetar medicamentos para reducir el riesgo de desarrollar cáncer de seno, como *tamoxifen* o *r*aloxifene, para pacientes que se encuentran en alto riesgo de desarrollar la enfermedad (prevención primaria) de 35 años o más y que tienen un riesgo bajo de reacciones adversas a medicamentos.
Cernimiento de cáncer de seno (Diagnóstico y detección de	Conforme la Ley Núm. 10 de 3 de enero de 2020 “Ley del Derecho a la Detección Efectiva del Cáncer de Seno” establece que dentro de los

Servicio Preventivo	Indicación
cáncer de seno)	beneficios de cuidado preventivo se cubra: • Una mamografía, personas aseguradas entre treinta y cinco (35) y treinta y nueve (39) años. • Una mamografía anual personas aseguradas de cuarenta (40) años o más. • Una mamografía anual, tratamiento de seguimiento o pruebas de diagnóstico suplementarias (MRI/Sonomamografias) personas aseguradas de cuarenta (40) años o más, que tienen senos de tejido clasificado como heterogéneamente denso o extremadamente denso. • Una mamografía anual, tratamiento de seguimiento o pruebas de diagnóstico suplementarias, a las mujeres con alto riesgo de desarrollar cáncer de seno debido a su historial familiar, a su propio historial como paciente de cáncer, a la presencia de marcadores de alto riesgo en su perfil genético o a algún otro factor determinado por su médico.
Lactancia	Apoyo y consejería, a través de un proveedor adiestrado en lactancia, durante el embarazo y/o en el periodo post parto, así como acceso al equipo de lactancia y los suplidos, por embarazo.
Cernimiento de cáncer cervical	Cernimiento de cáncer cervical en personas aseguradas entre las edades de 21 y 29 años con la prueba de Papanicolaou cada tres (3) años. Para personas aseguradas entre las edades de 30 a 65 años una prueba cada 3 años con citología cervical, cada cinco (5) años con la prueba de alto riesgo para el virus del papiloma humano (hrHPV) o cada cinco (5) años con la prueba hrHPV en combinación con citología.
Cernimiento de clamidia	Cernimiento de clamidia para todas las personas aseguradas durante su embarazo y en personas aseguradas sexualmente activas de 24 años o menos, o mayores que tengan alto riesgo de infección.
Métodos Anticonceptivos	Los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA, procedimientos de esterilización, consejería y educación para todas las personas aseguradas con capacidad reproductiva según prescrito. Se cubre la inserción y remoción de cualquier dispositivo.
Manejo de peso en personas aseguradas embarazadas	Intervenciones de consejería conductual para adolescentes y adultos dirigidas a promover un aumento de peso saludable y prevenir el aumento excesivo durante el embarazo.
Cernimiento para la violencia doméstica: personas aseguradas en edad reproductiva	Cernimiento de violencia en la relación íntima de pareja a las personas aseguradas en edad reproductiva, tales como violencia doméstica y ofrecer y referir a las personas que den positivo al cernimiento a los servicios de intervención.
Ácido fólico	Para todas las mujeres aseguradas que estén planificando o puedan quedar embarazadas deben tomar un suplemento diario de ácido fólico de 0.4 a 0.8 mg (400 a 800ug).
Diabetes Mellitus gestacional	La Iniciativa de Servicios Preventivos en la Mujer (WPSI, por sus siglas en inglés), recomienda el cernimiento en mujeres embarazadas con diabetes melitus gestacional (GDM, por sus siglas en inglés) después de 24 semanas de embarazo (preferiblemente entre 24 y 28 semanas de gestación) para prevenir resultados adversos en el alumbramiento.

Servicio Preventivo	Indicación
	WPSI recomienda el cernimiento en mujeres embarazdas con factores de riesgo a diabetes tipo 2 o GDM antes de las 24 semanas de gestación – idealmente, en la primera visita prenatal.
Cernimiento de gonorrea	Cernimiento de gonorrea en personas aseguradas sexualmente activas de 24 años o menos, o mayores que tengan alto riesgo de infección.
Cernimiento de Hepatitis B: personas aseguradas embarazadas	Para personas aseguradas embarazadas, cernimiento de infección del virus de Hepatitis B en la primera visita prenatal.
Cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH): Personas aseguradas durante su embarazo	Los médicos deben realizar un cernimiento de HIV a todas las personas embarazadas, incluyendo aquellas que se presentan para el parto y no se han realizado la prueba y que se desconoce su estatus de VIH. Se cubre sin copago para las personas embarazadas las siguientes pruebas: a. Primera prueba de VIH durante el primer trimestre de gestación en la primera visita prenatal, y b. Segunda prueba durante el tercer trimestre de gestación (entre las 28 y 34 semanas de embarazo).
Cernimiento para la Infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	• Todas las mujeres adolescentes y adultas, mayores de 15 años, se someten a una prueba de detección del VIH al menos una vez durante su vida. • Las pruebas de detección más tempranas o adicionales deben basarse en el riesgo, y una nueva prueba de detección anual o más frecuente puede ser adecuada a partir de los 13 años para mujeres adolescentes y adultas con un mayor riesgo de infección por VIH. • Evaluación de riesgos y educación para la prevención de la infección por el VIH a partir de los 13 años y continuando según lo determine el riesgo. • Se recomienda una prueba de detección del VIH para todas las mujeres embarazadas al iniciar la atención prenatal con una nueva prueba durante el embarazo en función de los factores de riesgo. • Se recomienda la prueba rápida de VIH para las mujeres embarazadas que se presentan en trabajo de parto activo con un estado de VIH indocumentado. La detección durante el embarazo permite la prevención de la transmisión vertical.
Prevención de la obesidad en mujeres de mediana edad	Asesoramiento a mujeres de mediana edad de 40 a 60 años con índice de masa corporal (IMC) normal o con sobrepeso (18,5-29,9 kg/m2) para mantener el peso o limitar el aumento de peso para prevenir la obesidad. La consejería puede incluir una discusión individualizada sobre alimentación saludable y actividad física.
Asesoramiento y Cernimiento del virus de la inmunodeficiencia humana	Asesoramiento anual y cernimiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana para todas las mujeres sexualmente activas.
Cernimiento Osteoporosis: personas aseguradas postmenopáusicas menores de 65 años en mayor riesgo de osteoporosis	Cernimiento para osteoporosis con prueba de densidad de hueso para prevenir fracturas osteoporóticas en personas aseguradas postmenopáusicas menores de 65 años que están en mayor riesgo de osteoporosis, según sea determinado por alguna herramienta clínica formal de evaluación de riesgo.

Servicio Preventivo	Indicación
Cernimiento osteoporosis: personas aseguradas de 65 años o más	Cernimiento para osteoporosis con prueba de densidad de hueso para prevenir fracturas osteoporóticas en personas aseguradas de 65 años o más.
Depresión Perinatal: consejería e intervención	Se recomienda al personal clínico proveer consejería intervencional o referir personas aseguradas en estado de embarazo o personas aseguradas luego del parto en riesgo de depresión perinatal.
Prevención de preclamsia: aspirina	Uso de aspirina de dosis baja (81mg/d) como medicamento preventivo después de las 12 semanas de gestación en personas aseguradas con alto riesgo de preclamsia.
Cernimiento de preclamsia	Cernimiento de preclamsia para personas aseguradas durante su embarazo, con mediciones de presión arterial durante todo el embarazo.
Cernimiento incompatibilidad Rh(D)	Pruebas del tipo de sangre Rh(D) y de anticuerpos para todas las personas aseguradas durante su embarazo en la primera consulta prenatal. Incluye repetir la prueba de anticuerpos a personas aseguradas durante su embarazo con pruebas RH(D) negativo no sensibilizado entre las 24 a 28 semanas de gestación, a menos que el padre biológico sea Rh(D) negativo.
Exámenes de detección de ansiedad	La Iniciativa de Servicios Preventivos para La Mujer recomienda la detección de ansiedad en mujeres adolescentes y adultas, incluyendo las que están embarazadas o posparto. Se desconocen los intervalos óptimos de detección y se debe utilizar el juicio clínico para determinar la frecuencia de la evaluación. Dada la alta prevalencia de trastornos de ansiedad, la falta de reconocimiento en la práctica clínica y múltiples problemas asociados con la ansiedad no tratada, los médicos deben considerar la detección de mujeres que no han sido examinadas recientemente.
Cernimiento de diabetes mellitus después del embarazo	La Iniciativa de Servicios Preventivos para Mujeres (WPSI, por sus siglas en inglés) recomienda la detección del tipo 2 diabetes en mujeres con antecedentes de diabetes mellitus gestacional (DMG, por sus siglas en inglés) que actualmente no están embarazadas y que no hayan sido diagnosticadas previamente con diabetes tipo 2. Pruebas iniciales, idealmente, deben ocurrir dentro del primer año posparto y puede realizarse tan pronto como 4-6 semanas posparto. Mujeres que no fueron examinadas en el primer año posparto o aquellas con resultado inicial negativo, el resultado de la prueba de detección posparto debe evaluarse al menos cada 3 años durante un mínimo de 10 años después del embarazo. Para aquellas con un resultado positivo en la prueba de detección en el periodo temprano de posparto, la prueba debe repetirse al menos 6 meses después del parto para confirmar el diagnóstico de diabetes independientemente del tipo de prueba inicial (por ejemplo, glucosa plasmática en ayunas, hemoglobina A1C, prueba de tolerancia a la glucosa). La repetición de la prueba también está indicada para mujeres examinadas con hemoglobina A1C en los primeros 6 meses posparto, independientemente de si los resultados de la prueba son positivos o negativo porque la prueba de hemoglobina A1C es menos precisa

Servicio Preventivo	Indicación
	durante los primeros 6 meses posparto. Mujeres que no fueron examinadas en el primer año posparto o aquellas con resultado inicial negativo, el resultado de la prueba de detección posparto debe evaluarse al menos cada 3 años durante un mínimo de 10 años después del embarazo. Para aquellas con un resultado positivo en la prueba de detección en el periodo de posparto temprano, la prueba debe repetirse al menos 6 meses después del parto para confirmar el diagnóstico de diabetes independientemente del tipo de prueba inicial (p. ej., glucosa plasmática en ayunas, hemoglobina A1C, prueba de tolerancia a la glucosa). La repetición de la prueba también está indicada para mujeres examinadas con hemoglobina A1C en los primeros 6 meses posparto, independientemente de si los resultados de la prueba son positivos o negativos porque la prueba de hemoglobina A1C es menos precisa durante los primeros 6 meses posparto.
Cernimiento de infección de sífilis durante el embarazo	Cernimiento de infección de sífilis a todas las personas aseguradas durante su embarazo.
Exámenes de detección de incontinencia urinaria en mujeres	La Iniciativa de Servicios Preventivos para La Mujer recomienda examinar a las mujeres para detectar la incontinencia urinaria como un servicio preventivo. Los factores asociados con un mayor riesgo de incontinencia urinaria incluyen el aumento de la paridad, el avance de la edad y la obesidad; sin embargo, estos factores no deben utilizarse para limitar el cernimiento. Varias herramientas de detección demuestran una precisión moderada a alta en la identificación de la incontinencia urinaria en las mujeres. Aunque se desconocen los intervalos mínimos de detección, dada la prevalencia de la incontinencia urinaria, es recomendable realizar la prueba anualmente ya que muchas mujeres no presentan síntomas y los múltiples factores de riesgo asociados con la incontinencia cambian con frecuencia.
Uso de tabaco y cesación de fumar en personas aseguradas embarazadas	Los médicos deben preguntar a todas las personas aseguradas durante su embarazo sobre el uso del tabaco, aconsejar detener el uso del tabaco y proveer intervenciones conductuales para el cese del mismo a las personas aseguradas que usen tabaco.
Visitas preventivas para personas aseguradas	Visita anual preventiva (dependiendo de la salud, necesidades de salud y otros factores de riesgo de la persona asegurada) para que las personas aseguradas adultas obtengan sus servicios preventivos recomendados que sean apropiadamente desarrollados para su edad, incluyendo cuidado prenatal y servicios necesarios para el cuidado prenatal. Esta visita anual preventiva debe, cuando sea apropiado, incluir otros servicios preventivos enumerados. Si el médico determina que el paciente requiere visitas adicionales, las mismas se cubrirán sin copago.

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. El menor de edad tiene disponible los siguientes servicios de acuerdo con la edad y otras guías establecidas según se indican a continuación:

Servicio Preventivo	**Indicación**
Anemia/Hierro	Realizar evaluación de riesgos o pruebas de detección según corresponda, según las recomendaciones en la edición actual de la AAP Pediatric Nutrition: Policy of the American Academy of Pediatrics (capítulo de hierro). Suplemento de hierro para menores de 4 meses a 21 años que tengan riesgo de anemia.
Ansiedad en niños y adolescentes: Cernimiento: niños y adolescentes entre las edades de 8 a 18 años	La USPSTF recomienda el cernimiento para la ansiedad en niños y adolescentes entre las edades de 8 a 18 años.
Cernimiento de Autismo	Para menores de edad entre los 18 y 24 meses.
Cernimiento de comportamiento, social y emocional	La Academia Americana de Pediatría (AAP, por sus siglas en inglés), recomienda una evaluación anual desde recién nacido hasta los 21 años.
Cernimiento de bilirrubina	Cernimiento para recién nacidos.
Presión arterial	Cernimiento para menores: 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-17 años.
Análisis de sangre	Cernimiento para recién nacidos.
Desplazamiento cervical	Cernimiento para personas aseguradas sexualmente activas.
Cernimiento de depresión y riesgo de suicidio en niños y adolescentes	La Academia Americana de Pediatría (AAP, por sus siglas en inglés) y la USPSTF recomienda el cernimiento para el trastorno de depresión mayor (MDD, por sus siglas en inglés) en adolescentes entre las edades de 12 a 21 años.
Cernimiento de desarrollo y vigilancia	Cernimiento para menores de 3 años y vigilancia durante toda la niñez.
Dislipidemia	Cernimiento para menores, una vez entre 9 y 11 años y una vez entre 17 y 21 años. Cernimiento para menores de edad a riesgo de desórdenes de lípidos. Edades: 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-17 años.
Profilaxis ocular para gonorrea: medicamento preventivo	Medicamento tópico ocular para la prevención de Gonorrea en recién nacidos.
Audición	Cernimiento de audición para todos los recién nacidos y para menores una vez entre 11-14 años, una vez entre 15-17 años y una vez entre 18-21 años.
Crecimiento de estatura, peso e índice de masa corporal	Cernimiento para los menores. Edades 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-17 años.

Servicio Preventivo	Indicación
Cernimiento hematocrito o de hemoglobina	Cernimiento para todos los menores de edad cuando exista un factor de riesgo.
Enfermedad de célula falciforme (hemoglobinopatías)	Cernimiento de enfermedad de células falciformes en recién nacidos.
Cernimiento de infección del virus Hepatitis B	La USPSTF y la Academia Americana de Pediatría (AAP, por sus siglas en inglés), recomienda el cernimiento para el infección con el virus de hepatitis B (HBV, por sus siglas en inglés), en recién nacidos hasta la adultés temprana (21 años de edad) que están en alto riesgo de infección.
Hipotiroidismo	Cernimiento de hipotiroidismo congénito para recién nacidos.
Inmunización (Vacunas)	Vacunas recomendadas desde el nacimiento hasta los 21 años. Las dosis, edades y población recomendadas varían: Difteria, Tétano, Tos Ferina, Haemophilus Influenza B, Hepatitis A, Hepatitis B, Virus del Papiloma Humano (HPV), Poliovirus inactivo, Influenza, MMR, Meningococo, Neumococo, Rotavirus y Varicela. Las vacunas de seguimiento están cubiertas. HPV comienza desde los 9 años en menores y adolescentes con historial de abuso sexual o asalto quienes no han iniciado o completado las 3 dosis (recomendación *Advisory Committee on Immunization Practices* (ACIP)). Vacuna de COVID-19 desde los 6 meses de edad, de acuerdo con las recomendaciones del *Advisory Committee on Immunization Practices* (ACIP) *of the Centers for Disease Control and Prevention* (CDC).
Plomo	Cernimiento a menores de edad de 1 a 6 años con alta concentración de plomo en la sangre, quienes tienen un riesgo promedio o elevado y a personas aseguradas durante su embarazo que no tengan síntomas.
Depresión maternal	Cernimiento para madres de recién nacidos en las visitas de 1, 2, 4 y 6 meses.
Historial médico	Para todo menor de edad durante el desarrollo de 0 a 21 años.
Cernimiento de obesidad en menores y adolescentes	Para menores y adolescentes de 6 años en adelante, intervenciones intensas comprehensivas de comportamiento para promover un mejoramiento en el peso del menor.
Salud oral	Evaluación de riesgo para menores de 0 a 11 meses, 1 a 4 años y 5 a 10 años.
Cernimiento fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) en recién nacidos	Fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) en recién nacidos.
Prevención de caries dentales en niños menores de 5 años: Cernimiento e intervenciones: niños menores de 5 años	La USPSTF recomienda que los médicos de cuidado primario prescriban suplementos orales de fluoruro desde la edad de 6 meses para niños cuyo suplido de agua sea deficiente en fluoruro. De igual forma, la Academia Americana de Pediatría (AAP, por sus siglas en inglés), recomienda que si la fuente primaria de agua es deficiente en fluoruro, se debe considerar suplementar con fluoruro oral. La USPSTF recomienda que los médicos de cuidado primario apliquen barniz de fluoruro a los dientes primarios de todos los infantes y niños comenzando en la edad de erupción de dientes primarios. Una vez el diente está presente, aplicar el fluoruro de barniz a todos los niños de

Servicio Preventivo	Indicación
	entre 3 a 6 meses de edad en el cuidado primario o en la oficina dental basado en el riesgo a caries.
Cáncer de la piel: Consejería	Consejería a menores de edad, adolescentes y adultos jóvenes entre 6 meses a 24 años que tienen piel blanca para minimizar su exposición a la radiación ultravioleta y reducir el riesgo de cáncer de piel.
Arresto cardiaco repentino y Muerte cardiaca repentina	La Academia Americana de Pediatría (AAP), recomiendo el asesoramiento de sobre el riesgo de arresto cardiaco repentino y la muerta cardiaca repentina y ha sido añadido para los 11 a 21 años (para tomar en cuenta el rango en el que el asesoramiento de riesgo puede ocurrir) para ser consistente con la política de AAP ("Sudden Death in the Young: Information for the Primary Care Provider") Ejecutar un asesoramiento, según sea apropiado.
Uso de tabaco en menores y adolescentes	Intervenciones, incluyendo educación y consejería, para menores en edad escolar y adolescentes para prevenir el inicio del uso de tabaco.
Uso de tabaco, alcohol y drogas	Cernimiento para menores de 11 a 21 años de edad.
Tuberculosis	Prueba para menores de edad en alto riesgo de tuberculosis. Edades: 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-21 años.
Cernimiento de visión: menores	Cernimiento de visión, por lo menos una (1) vez, para todos los menores entre las edades de 3 y 5 años para detectar ambliopía o factores de riesgo.
Evaluación de salud conductual	Evaluación para menores de todas las edades: 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15 a 17 años.

CUBIERTA ESTÁNDAR DE VACUNACIÓN PARA MENORES DE EDAD, ADOLESCENTES Y ADULTOS

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

Las vacunas están cubiertas de acuerdo al itinerario de vacunación del *Advisory Committee on Immunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* y el Comité Asesor en Prácticas de Inmunización del Departamento de Salud de Puerto Rico, incluyendo las de seguimiento *(catch up),* así como lo establecido por el Comisionado de Seguros de Puerto Rico:

Vacunas cubiertas con $ 0 copago
• *Hib-HepB (90748)* • *ROTA- Rotavirus Vaccine (90680)* • *ROTA- Rotavirus Vaccine, human – Rotarix (90681)* • *IPV- Inactivated Poliovirus Vaccine – injectable (90713)* • *Hib- Haemophilus Influenza B Vaccine (90647, 90648)* • *Menomune- Meningococcal Polysaccharide Vaccine 90733)* • *MCV- Meningococcal Conjugate Vaccine – Menactra y Menveo (90734)* • *PPV- Pneumococcal Polysaccharide Vaccine (90732)* • *FLU- Influenza Virus Vaccine (90630, 90653, 90654, 90655, 90656, 90657, 90658, 90661, 90662, 90673, 90674, 90685, 90686, 90687, 90688)* • *PCV- Pneumococcal Conjugate Vaccine - Prevnar 13 (90670)* • *DTaP- Diphteria, Tetanus Toxoid and Acellular Pertussis Vaccine (90700)* • *DT- Diptheria, Tetanus Toxoid (90702)* • *HPV*- Human Papilloma Virus (Gardasil (90649), Cervarix (90650), 9vHPV (90651))* • *Tdap- Tetanus, Diphtheria and Acellular Pertussis (90715)* • *Zoster- Shingrix (90750)* • *MMR- Measles, Mumps and Rubella Vaccine (90707)* • *VAR- Varicella Virus Vaccine (90716)* • *HEP A Hepatitis A Vaccine (90632, 90633, 90634)* • *HEP A-HEP B Hepatitis A and Hepatitis B Vaccine (90636)* • *Td- Tetanus and Diphteria Toxoid Adsorbed (90714)* • *HEP B- Hepatitis B Vaccine (90740, 90743, 90744, 90746, 90747)* • *Meningococcal B (90620, 90621)* • *Pentacel (90698)* • *DtaP-IPV-HEP B (Pediarix, 90723)* • *Kinrix (90696)* • *Dengue*** • *Prevnar 20 (90677)* • *COVID*
Vacuna cubierta con coaseguro. La persona asegurada es responsable de pagar el coaseguro establecido en la Tabla de Copagos y Coaseguros al final de esta póliza.
Inmunoprofilaxis para el virus sincitial respiratorio (Synagis, Palivizumab 90378)- Requiere precertificación siguiendo el protocolo establecido por Triple-S Salud.

*Para personas aseguradas de 9 hasta los 27 años. También cubre desde los 9 años para menores y jóvenes con historial de abuso o asalto sexual que no hayan iniciado o completado la serie de tres (3) dosis.

**Para personas aseguradas de 9 a 16 años que viven en zonas endémicas de dengue y tienen laboratorio de una infección previa. Luego de seis meses de la confirmación de infección se administrará una serie de 3 dosis con intervalos de seis meses entre cada dosis según las recomendaciones del Advisory Committe on Immunization Practices (ACIP) y los Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

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.

SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y DE DIAGNÓSTICO EN FORMA AMBULATORIA

(Servicios disponibles cuando la persona asegurada no está admitida en el hospital)

La persona asegurada es responsable de pagar directamente al proveedor participante el copago o coaseguro de su plan. Favor de referirse a la sección Tabla de Copagos y Coaseguros.

Servicios de diagnóstico y tratamiento

- Visitas a la oficina del médico generalista
- Visitas a especialistas
- Visitas a subespecialistas
- Visitas a audiólogos
- Visitas a optómetras
- Visitas a podiatras, incluyendo cuidado rutinario del pie
- Visita anual preventiva
- Servicios médicos en el hogar de la persona asegurada por médicos que presten este servicio
- Inyecciones intraarticulares, hasta dos (2) inyecciones diarias y hasta un máximo de 12 inyecciones por persona asegurada, por año póliza
- Criocirugía del cuello uterino
- Vasectomía

Nota: Los suplidos utilizados en la oficina médica de un ginecólogo para las pruebas diagnósticas cubiertas están incluidos en el copago de la visita.

Cuidado de Alergias

- Pruebas de alergia, hasta 50 pruebas por persona asegurada, por año póliza

Laboratorios, rayos X, otras pruebas diagnósticas y pruebas especializadas

- Laboratorio clínico, pruebas genéticas r**equieren precertificación**
- Rayos X
- PET Scan y PET CT, **requiere precertificación**
- Pruebas cardiovasculares no invasivas
- Pruebas vasculares no invasivas
- Electrocardiogramas y ecocardiogramas
- Pruebas de medicina nuclear
- Tomografía computadorizada
- *Single Photon Emission Computerized Tomography* (SPECT)
- Sonogramas
- 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
- Estudio de angiografía por resonancia magnética (MRA)
- Estudio de resonancia magnética (MRI)
- Electromiogramas
- Color Doppler Flow
- Pruebas para examen de velocidad de conducción nerviosa
- Endoscopias gastrointestinales
- Electroencefalogramas
- Prueba diagnóstica de polisomnografía (estudio de desórdenes del sueño), 4 pruebas de por vida, por persona asegurada.
- 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
- Pruebas y procedimientos neurológicos
- Pruebas audiológicas, de función vestibular y procedimientos diagnósticos especiales
- Timpanometría, una (1) prueba por persona asegurada, por año póliza
- Monitoreo de la presión arterial hasta 4 servicios por persona asegurada, por año póliza

Cirugías

- Cirugías que se presten de forma ambulatoria. **Requiere precertificación** cuando es necesario por una razón médica cambiar de nivel de servicio (hospitalización o centro de cirugía ambulatoria)

Terapias de tratamiento

- Diálisis y 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:
  a. la fecha en que la persona asegurada es elegible por primera vez a esta póliza; o
  b. la fecha en que se hace la primera diálisis o hemodiálisis.

  Esto aplica si las diálisis o hemodiálisis subsiguientes están relacionadas a una misma condición clínica.

Terapia respiratoria (administrada en la oficina del médico)

- Terapia respiratoria provista por médicos especialistas en alergia, alergia pediátrica, anestesia, neumología y neumología pediátrica, hasta 2 sesiones de terapia por día y hasta un máximo de 20 sesiones por persona asegurada, por año póliza

Equipo médico duradero

- **Requiere precertificación**
- 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 y otros equipos para el tratamiento de parálisis respiratoria
- Los siguientes servicios se cubren para personas aseguradas diagnosticadas con Diabetes Mellitus Tipo 1 por un especialista en endocrinología pediátrica o endocrinología, según requerido por la ley Núm. 19 de 12 de enero de 2020, para enmendar el Título y los Artículos 1, 2, y 4, de la Ley Núm. 177 de 2016:

  - Glucómetros aprobados por la FDA, hasta uno por año póliza. Si el endocrinólogo ordena un glucómetro en específico, debido al tratamiento de la persona asegurada, el endocrinólogo someterá una justificación. En este caso se cubrirá la marca del glucómetro ordenada por el endocrinólogo con sus aditamentos en aquellos pacientes que presenten un cuadro clínico de predisposición o mayor cantidad de factores de riesgo de desarrollar la condición de Diabetes Mellitus Tipo 1.
  - Lancetas, hasta 150 por 30 días
  - Tirillas, hasta 150 por 30 días
  - Bomba de infusión de insulina y suplidos ordenados por un endocrinólogo para personas aseguradas diagnosticadas con Diabetes Mellitus Tipo 1. El endocrinólogo determinará la marca de la bomba de infusión de insulina considerando la edad, el nivel de actividad física y el conocimiento de la condición de la persona asegurada o cuidador. **Requiere precertificación.**
  - El suplido de la inyección de glucagón y reemplazo del mismo en caso de uso o expiración

Ventilador mecánico

- La cubierta comprende los servicios médicos necesarios, pruebas y equipos para personas aseguradas 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 o de técnicos (as) de emergencias médicas-paramédico(a) (TEM-P)/ debidamente licenciado con cursos/ certificaciones y adiestramientos aprobados y convalidados o los requerimientos de destrezas y conocimientos establecidos mediante reglamentación por su respectiva Junta Examinadora relacionados hacia el cuidado y manejo de dichos pacientes y sus equipos médicos según autorizado en la Ley 69 de 27 de diciembre de 2021. También, cubrir los suplidos que conllevan el manejo de los equipos tecnológicos, terapia física y ocupacional necesaria para el desarrollo motor de estos pacientes, así como medicamentos mediante prescripción médica, los cuales deben ser despachados en una farmacia participante, libremente seleccionada por la persona asegurada, y autorizada bajo las leyes de Puerto Rico (bajo el beneficio de farmacia). La cubierta dispone para que cada persona asegurada tenga a su alcance anualmente los exámenes de laboratorio e inmunización apropiados para su edad y condición física.

- Estos servicios están cubiertos, sujeto a que la persona asegurada, o su representante, presenten evidencia de justificación médica y de la suscripción de la persona asegurada 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 están cubiertos al 100%. Para los copagos y coaseguros de servicios médicos, tratamientos, pruebas diagnósticas y medicamentos refiérase a la Tabla de Copagos y Coaseguros al final de esta póliza.

Servicios de nutrición

Triple-S Salud paga por los servicios de nutrición, por médicos especialistas en nutrición o enfermedades metabólicas o nutricionistas licenciados. Las visitas están cubiertas hasta un máximo de 6 visitas, por persona asegurada, por año póliza.

Quiroprácticos

- Visitas al quiropráctico
- Manipulaciones de quiroprácticos hasta 15 por persona asegurada, por año póliza

Terapia física

- Terapias físicas, provistas por fisiatras (o bajo la supervisión de y facturadas por éste) o quiroprácticos, hasta una (1) sección diaria y hasta 15 terapias por persona asegurada, por año póliza

Cuidado visual

- Pruebas diagnósticas en oftalmología
- Examen de refracción, hasta un (1) examen por persona asegurada, por año póliza
- Espejuelos o lentes de contacto hasta $150 cada 12 meses por persona asegurada

Terapias Alternativas (Triple-S Natural)

El programa está disponible sólo a través de las facilidades participantes del Programa. Para una lista de las facilidades participantes, refiérase al Directorio de Proveedores y Participantes. Hasta 6 visitas por año póliza, por persona asegurada e incluye los siguientes tipos de terapia:

- Salud Integral y Complementaria
- Acupuntura Médica
- Masaje Terapéutico
- Medicina Naturopática

- Medicina Bioenergética
- Medicina tradicional china
- Reflexología
- Nutrición clínica
- Medicina Botánica
- Aromaterapia
- Musicoterapia

Otros servicios para el tratamiento de Desórdenes dentro del Continuo de Autismo

Esta póliza cubre los servicios dirigidos al diagnóstico y tratamiento de las personas con Desórdenes dentro del Continuo de Autismo, sin límites, tales como:

- Exámenes neurológicos
- Inmunología
- Servicios de gastroenterología
- Pruebas genéticas, requiere precertificación
- Pruebas de laboratorio para autismo
- Servicios de nutrición
- Terapia física, ocupacional y del habla/lenguaje
- Visitas al psiquiatra, psicólogo (con maestría o doctorado y licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico) o trabajador social.

En cumplimiento con la Ley para el Tratamiento de Oxigenación Hiperbárica para la Personas con Trastorno de Espectro de Autismo, se cubre el tratamiento de terapias de oxigenación hiperbárica para personas con autismo cuando este sea recomendado por un facultativo médico y el tratamiento sea permitido por las leyes y regulaciones federales; y otros fines relacionados.

Preparado de Aminoácidos Libre de Fenilalanina

Esta póliza cubre el preparado de aminoácidos libre de fenilalanina para pacientes diagnosticados con el trastorno genético denominado como fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) sin exclusiones de edad de la persona asegurada.

SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DURANTE PERIODOS DE HOSPITALIZACIÓN

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

Servicios médicos-quirúrgicos

- Cirugías
- Cirugía ortognática, requiere precertificación
- Trasplante de córnea, injerto de piel y hueso, incluye el cuidado antes y después del procedimiento
- Cirugía bariátrica: El primer tratamiento debe ser dietético y cambios en el estilo de vida. El médico debe documentar los intentos fallidos de reducción de peso supervisado. Esta póliza cubre sólo cirugía de bypass gástrico para el tratamiento de obesidad mórbida, hasta una cirugía de por vida, por persona asegurada, siempre y cuando los servicios estén disponibles en Puerto Rico. La facilidad donde se realizará la cirugía debe tener la acreditación del Joint Commission y de una de las siguientes dos entidades: *American College of Surgeons* o *American Society for Metabolic and Bariatric Surgery*. Las cirugías para la remoción de la piel excesiva están 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 diagnóstico
- Tratamientos
- Administración de anestesia
- Consulta de especialistas
- Endoscopias gastrointestinales
- Servicios de esterilización
- Evaluaciones audiológicas, incluye la Prueba de Cernimiento Auditivo Neonatal
- Pruebas cardiovasculares invasivas
- Litotricia (*ESWL*), r**equiere precertificación**

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.

Hospitalizaciones

- Habitación semiprivada o de aislamiento hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días para hospitalizaciones regulares
- Cuando una persona asegurada utilice una habitación privada en un hospital participante, Triple-S Salud cubre lo que hubiese pagado por una habitación semiprivada. El hospital puede 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 Copagos y Coaseguros para cualquier cantidad adicional por concepto de copagos o coaseguros adicionales al de la admisión hospitalaria.
- Comidas y dietas especiales
- Uso de servicio de telemetría
- Uso de Sala de Recuperación
- Uso de Unidad de Cuidado Intermedio para infantes (*Step-down Unit*)
- 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
- 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 la persona asegurada sea admitida 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
- Sangre para transfusiones

  Nota: Estos servicios están incluidos en el copago que usted paga por admisión hospitalaria

- Quimioterapia en todas sus modalidades de administración (intravenosa, oral, inyectable o intratecal) y radioterapia

- 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 cubren por los primeros 90 días a partir de:
  a. la fecha en que la persona asegurada es elegible por primera vez a esta póliza; o
  b. la fecha en que se hace la primera diálisis o hemodiálisis.

  Esto aplicará si las diálisis o hemodiálisis subsiguientes están relacionadas a una misma condición clínica.

- Litotricia (ESWL) R**equiere precertificación**

- Centro de Cirugía Ambulatoria

SERVICIOS POST-HOSPITALARIOS PROVISTOS A TRAVÉS DE UNA AGENCIA DE CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR

Triple-S Salud cubre 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.**

- **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/Lenguaje** – hasta un máximo de 40 visitas combinadas, por persona asegurada, por año póliza.

Nota: Estos servicios deben ser supervisados por un médico licenciado y su **necesidad médica debe ser certificada por escrito.**

SERVICIOS DE CUIDADO DE ENFERMERÍA DIESTRA

El Plan cubre 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 con relación a la condición por la cual fue hospitalizado. **Requiere precertificación.**

- Están cubiertos hasta un máximo de 120 días por persona asegurada, por año póliza.

Nota: Estos servicios deben 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. Requiere precertificación.**

SERVICIOS DE SALA DE EMERGENCIA Y URGENCIA

Servicios en sala de emergencia y urgencia: materiales y medicamentos incluidos en la bandeja de sutura contratada con Triple-S Salud. Cubre medicamentos y materiales adicionales a los incluidos en la bandeja de sutura, suministrados en salas de emergencia/urgencia debido a condiciones de accidente o enfermedad. Aplica copago o coaseguro por enfermedad y accidente, de acuerdo a la Tabla de Copagos y Coaseguros.

En el caso de que una persona asegurada requiera tratamiento para una condición de urgencia, Triple-S Salud le ofrece un copago más bajo si visita una sala de urgencia de nuestra red de proveedores en lugar de una sala de emergencia.

En caso de que la persona asegurada requiera tratamiento para una condición de emergencia, debe buscar atención inmediata en la sala de emergencia de un hospital o una facilidad de sala de emergencia más cercana o llamar al Sistema 9-1-1. Los servicios de emergencia no requieren precertificación ni están sujetos a periodos de espera. Sin embargo, sólo los servicios de emergencia para el tratamiento de una condición de emergencia están cubiertos en una sala de emergencia y se cubren independientemente sea un proveedor participante.

Si la persona asegurada recibe servicios en casos de emergencia de un proveedor no participante, estos servicios se pagarán 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. El proveedor no participante está obligado a aceptar el pago por una cantidad que no será menor a la contratada para los proveedores participantes para ofrecer los mismos servicios. La persona asegurada no será responsable de un pago por los servicios que exceda la cantidad aplicable, si hubiese recibido dichos servicios de un proveedor contratado por Triple-S Salud.

En 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 compensará 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.

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.

Las emergencias siquiátricas están cubiertas, conforme a la Ley Núm. 183 del 6 de agosto de 2008, 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.

Nota: 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.

Admisiones en hospitales: En el caso de que una persona asegurada fuera ingresada en el hospital de emergencia, 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 y urgencia en Estados Unidos

Las personas aseguradas tienen derecho a cubierta de servicios de emergencia/urgencia cuando se encuentran en los Estados Unidos.

Triple-S Salud cubre los servicios de emergencia/urgencia 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.*

La persona asegurada es responsable de pagar el coaseguro establecido para estos servicios.

SERVICIOS DE AMBULANCIA

En cumplimiento con la la Ley Núm. 129 de 1 de agosto de 2019, cuando el servicio sea utilizado a través del Sistema 9-1-1 en casos de emergencia, Triple-S Salud pagará directamente al proveedor a base de la tarifa establecida.

Este beneficio está cubierto si el paciente fue transportado:

- desde la residencia o lugar de la emergencia hacia el hospital o institución de cuidado de enfermería diestra (*Skilled Nursing Facilities*);
- entre hospital y hospital o *Skilled Nursing Facility* - en casos donde la institución que transfiere o autoriza el alta, no es la apropiada para el servicio cubierto
- desde el hospital hasta la residencia, si la condición del paciente dado de alta así lo requiere.
- 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.

En casos que no sean de emergencia, este beneficio se cubre por reembolso. La persona asegurada paga el costo total y debe enviar la reclamación a Triple-S Salud con el informe del médico que incluya el diagnóstico. Triple-S Salud le reembolsa hasta un máximo de $80 por caso.

- Servicio de ambulancia aérea en Puerto Rico, sujeto a la necesidad médica del mismo.

SERVICIOS DE CÁNCER

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.

Esta póliza cubre 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. También cubre servicios ambulatorios para el tratamiento de cáncer como radioterapia y cobalto.

En cumplimiento con la Ley Núm. 275 del 27 de septiembre de 2012, Triple-S Salud no rechaza o deniega 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 o sobreviviente de 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 post-mastectomía necesaria para la recuperación física y emocional del paciente.

En cumplimiento con la Ley Núm. 79 de 1 de agosto de 2020, Ley Especial para Asegurar el Acceso al Tratamiento y Diagnóstico de los Pacientes de Cáncer en Puerto Rico" conocida como "Ley Gabriela Nicole Correa", se establece lo siguiente:

- Triple-S Salud no rechaza o deniega 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 o sobreviviente de cáncer, cuando medie una recomendación médica a esos fines. Esto incluye los tratamientos, medicamentos y pruebas diagnósticas, incluidas en las guías de la Red Nacional Integral del Cáncer ("NCCN Guideliness") y/o aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA, por sus siglas en inglés), así como los necesarios para atender y minimizar sus efectos adversos, sujeto a las disposiciones de la presente Ley. También se utilizará el "Local Coverage Determinations-LCD from First Coast Service Options, INC", "Medicare Approved Compendia List", "National Coverage Determinations Alphabetical Index", "Milliman Care Guidelines" y las Guías Internas de ASES.

  Los derechos establecidos en esta Ley serán adicionales a los provistos por la Ley 275-2012, según enmendada, conocida como la "Carta de Derechos de los Pacientes y Sobrevivientes de Cáncer", y tendrán el alcance y se regirán de conformidad con los requisitos y procedimientos dispuestos por la Ley Pública 111-148, conocida como "Patient Protection and Affordable Care Act", la Ley Pública 111-152, conocida como "Health Care and Education Reconciliation Act" y la reglamentación federal y local adoptada al amparo de esta y cualquier otra ley o reglamento sucesor o aplicable en el ámbito federal o local.

  Toda persona asegurada tendrá derecho a recibir el tratamiento que su médico le recomiende de mayor efectividad y de vanguardia disponible en el mercado, de conformidad con la cubierta, así como con los protocolos establecidos en las guías indicadas en el inciso anterior y por la Junta Asesora sobre el Cuido y Tratamiento Del Paciente y Sobreviviente de Cáncer.

  Esta póliza no dispondrá que la interpretación final de los términos del contrato estará sujeta a discreción por parte de la aseguradora, ni contendrá normas de interpretación o revisión que contravengan lo dispuesto en esta Ley.

Si selecciona un médico de cabecera o primario, se podrá permitir que se designe, en pacientes de cáncer, un médico especializado en oncología como proveedor de cuidado primario; siempre y cuando éste profesional de la salud esté de acuerdo. Esta póliza no requiere que seleccione un médico de cabecera o primario.

Triple-S Salud remitirá su aprobación o denegación de medicamentos, tratamientos y pruebas diagnósticas enumeradas en las guías de la Red Nacional Integral del Cáncer ("NCCN Guideliness") o de las aprobadas por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA) , dentro de un término de 24 a 72 horas de recibida la solicitud o dentro del término de 24 horas, de tratarse de un caso marcado urgente o expedito. Si no se emite determinación dentro de dicho término, se entenderá que los medicamentos y tratamientos y/o pruebas diagnósticas fueron aprobados.

SERVICIOS DE MATERNIDAD

(Aplica a la persona asegurada, cónyuge y dependientes directos)

Cuidado Ambulatorio de Maternidad

- Visitas médicas
- Sonogramas obstétricos, según protocolo clínico
- Perfil Biofísico
- Visitas preventivas *well-baby care* de acuerdo a las edades y cubierta recomendada por el *United States Preventive Services Task Force (USPSTF)*

Cuidado Hospitalario de Maternidad

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. Si la madre y el recién nacido son dados de alta en un periodo menor al establecido, Triple-S Salud cubrirá una visita de seguimiento dentro de las 48 horas siguientes. Los servicios incluirán, pero no se limitarán, a la asistencia y cuidado físico para beneficio del menor, educación sobre cuido 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.

- Habitación semiprivada o de aislamiento, asistencia y cuidado físico para beneficio del menor, educación sobre cuido 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.
- Servicios de obstetricia
- Uso de sala de Partos
- Producción e interpretación de Monitoreo Fetal *(Fetal Monitoring)*
- Uso de Sala de Recién Nacidos *(Well Baby Nursery*)

Nota: Estos servicios están incluidos en el copago por admisión hospitalaria que usted paga.

HOSPICIO

Servicios prestados a través de un hospicio para personas aseguradas que hayan sido diagnosticadas 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.

SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS

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.

Si su plan tiene la red preferida de hospitales, los hospitales participantes de la Red de Triple-S Salud han sido agrupados en hospitales preferidos y no preferidos de acuerdo al costo de las facilidades hospitalarias. Usted se beneficia al utilizar como primera opción los hospitales preferidos ya que tienen un copago/coaseguro más bajo que los no preferidos.

Condiciones Mentales Generales

Hospitalizaciones por condiciones mentales

- Hospitalizaciones regulares
- Hospitalizaciones parciales
- Terapias electroconvulsivas por condiciones mentales, cubiertas de acuerdo a la necesidad médica justificada y a los estándares de la Asociación Americana de Psiquiatría (*APA, por sus siglas en inglés*)

Servicios ambulatorios

- 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)
- Visitas colaterales (familiares inmediatos), 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)
- Visitas para terapia de grupo

Otras evaluaciones psicológicas

- Evaluación psicológica
- Pruebas psicológicas: Las pruebas psicológicas requeridas por la Ley 296 del 1 de septiembre de 2000, conocida como la Ley de Conservación de la Salud de Niños y Adolescentes de Puerto Rico.

Abuso de sustancias (Drogadicción y Alcoholismo)

- Hospitalizaciones regulares, incluyendo los servicios de detoxificación
- Hospitalizaciones parciales
- Visitas a la oficina del psiquiatra o psicólogo (con maestría o doctorado y licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico)
- Visitas colaterales (familiares inmediatos), 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)
- Visitas para terapia de grupo

Tratamiento residencial

- Cubre tratamiento residencial siempre y cuando haya justificación médica y la facilidad tenga las acreditaciones requeridas y el personal para ofrecer el servicio. **Requiere precertificación**.

INDEMNIZACIÓN A LA PERSONA ASEGURADA

Si cualquier persona con derecho a beneficios con arreglo a esta póliza recibe los servicios cubiertos de profesionales o facilidades no participantes fuera de Puerto Rico, excepto que de otra forma se disponga en esta póliza, o servicios que se pagan a base de indemnización, Triple-S Salud paga directamente a la persona asegurada el gasto incurrido hasta la cantidad que hubiese pagado a un profesional o facilidad participante o hasta la cantidad correspondiente de acuerdo a lo especificado en el beneficio. Si el servicio se presta en los Estados Unidos y no es una emergencia o está disponible en Puerto Rico, Triple-S Salud paga la cantidad equivalente a la tarifa establecida en Puerto Rico menos el copago o coaseguro establecido para el beneficio. La persona asegurada debe suministrar a Triple-S Salud todos los informes y evidencias de pago reglamentarios que se requieren en tales casos.

EXCLUSIONES 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 están 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, pruebas, estudios, vacunas y cualquier otro procedimiento requerido por el patrono del empleado asegurado.
8. Reembolso 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 proveedores no participantes para Triple-S Natural.
10. Gastos por servicios recibidos cubiertos sin una precertificación de Triple-S Salud cuando la misma es requerida, 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 Blue Shield Association* para las indicaciones y métodos específicos que se ordenan.
12. Gastos o servicios por procedimientos médicos y equipos nuevos o medicamentos nuevos no considerados experimentales o investigativos, excepto que sean requeridos por ley estatal o federal. 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 costo para la persona asegurada que comúnmente ofrece el auspiciador de la investigación. Esto aplica aun cuando la persona asegurada 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 cubre 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 trial*s) y que normalmente están disponibles para las personas aseguradas 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, excepto cuidado y tratamiento de anormalidades y defectos congénitos para los recién nacidos, recién adoptados o colocados para adopción, mamoplastias 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 asociadas a éstas, independientemente si existe o no justificación médica para el procedimiento.

14. Gastos por métodos anticonceptivos para la persona asegurada; excepto los indicados como cubiertos en esta póliza.
15. Servicios de tratamientos para infertilidad, concepción por medios artificiales y restablecer la habilidad de procrear (por ejemplo, fertilización in vitro, inyecciones intracitoplásmicas 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. Estarán cubiertos los laboratorios ordenados para el tratamiento de la infertilidad, siempre y cuando sea un laboratorio cubierto bajo esta póliza.
16. Gastos por servicios de escalenotomía- división del músculo escaleno anterior *(anticus)* sin resección de la costilla cervical.
17. 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.
18. Gastos por servicios de medicina deportiva, psicoanálisis, rehabilitación cardiaca.
19. Servicios de analgesia intravenosa o por inhalación administrada en la oficina del cirujano oral o dentista.
20. 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.
21. 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.).
22. Gastos por los materiales relacionados a la cirugía ortognática (osteotomía mandibular o maxilar-Le Fort).
23. Gastos por inmunoterapia para alergia.
24. Servicios prestados por motivo de un aborto provocado.
25. Servicios de asistencia quirúrgica, independientemente de si existe o no justificación médica para la misma.
26. Gastos en exceso de los primeros 30 días para recién nacidos de los dependientes directos del asegurado (a) principal luego del parto excepto si cumple con la definición de dependiente directo según establecido en esta póliza.
27. Servicios prestados en Centros de Cirugía Ambulatoria para procedimientos que puedan hacerse en la oficina del médico.
28. Hospitalizaciones por motivo de servicios o procedimientos que puedan practicarse en forma ambulatoria.
29. 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 la persona asegurada 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. Estarán cubiertos los servicios de salud mental y abuso de sustancias una vez la persona asegurada finalice el Programa de Detección de Drogas del Patrono independientemente si la condición fue detectada en el mismo.

30. 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 recobra a la Administración de Veteranos.
31. Pruebas de laboratorio que no están codificadas en el Manual del Laboratorio, así como las consideradas experimentales o investigativas no se reconocen para pago por Triple-S Salud.
32. Inmunizaciones para propósitos de viajes o contra peligros y riesgos ocupacionales.
33. Gastos por servicios prestados por ambulancia marítima.
34. Gastos por servicios prestados por una ambulancia aérea, excepto cuando el traslado sea dentro de Puerto Rico.
35. Servicios prestados por facilidades de Tratamiento Residencial fuera de Puerto Rico, sin justificación médica y sin precertificación para el tratamiento.
36. Gastos ocasionados por motivo de trasplantes de órganos y tejidos (excepto córnea, injerto de piel y hueso) así como las hospitalizaciones, complicaciones, quimioterapias y medicamentos inmunosupresores relacionados al trasplante.
37. Gastos por reparación de ptosis e inyección en tendón/puntos de gatillo.
38. Gastos por pruebas de laboratorios de *heavy metals*; dopaje; *HLA Typing* y pruebas de paternidad.
39. Gastos por aparatos ortopédicos u ortóticos, prótesis o implantes (excepto la prótesis luego de una mastectomía) y otros dispositivos artificiales. Están cubiertos los servicios hospitalarios y médico-quirúrgicos necesarios para la implantación de los mismos.
40. Gastos por servicios dentales. Además, se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas a éstos. Sólo se cubren los servicios preventivos requeridos por ley.
41. Gastos de dependientes opcionales del empleado asegurado.
42. Servicios preventivos prestados por proveedores fuera de Puerto Rico.
43. Hormonas de crecimiento y todo tratamiento relacionado.
44. Nuevos servicios o procedimientos de diagnóstico o terapéutico que están aprobados por FDA y equipos y aparatos que aparecen disponibles luego de la fecha de efectividad de esta póliza, a menos que sean requeridos por una ley local o federal.
45. Pruebas genéticas realizadas con el propósito de ofrecer consejería genética (*offspring* o planificación familiar)
46. Gastos o servicios realizados con una nueva tecnología médica disponible en el mercado no cubierta por Triple-S Salud, excepto para casos de cáncer de acuerdo a la ley 79 de 1 de agosto de 2020 o cuando sean requeridos por una ley local o federal u ordenada por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico.
47. Complicaciones relacionadas a perforaciones en el cuerpo (*piercing*/tatuaje) y cualquier otro procedimiento relacionado.
48. Terapias ocupacionales y del habla/lenguaje, excepto las ofrecidas bajo los servicios post-hospitalarios, ventilador mecánico y autismo (Ley BIDA).
49. Cualquier y todos los servicios o tratamientos que no estén descritos específicamente como beneficios cubiertos, excepto por los servicios y beneficios incluidos en una ley que sean requeridos ofrecer en la cubierta de salud.
50. Nuevos beneficios requeridos por ley local legislados durante el año calendario de vigencia de la póliza o posterior a la aprobación de las tarifas de dicha cubierta, a no ser expresamente requeridos por la OCS o por la misma ley local.

51. Todo servicio relacionado a terapia antienvejecimiento (*anti-aging*) o estética.
52. Terapia de genes: Cualquier tratamiento, medicamento o dispositivo aprobado por la FDA cuyo propósito o condición para la cual fue aprobado sea la alteración de genes del cuerpo, la corrección genética o expresión de los genes.
53. Cargos por drogas o medicamentos suministrados en visitas médicas que no estén cubiertos en esta póliza.
54. Cargos por exceso de los límites establecidos en esta póliza.

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN DE SALUD PUEDE SER UTILIZADA 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, Inc. es requerida por ley de mantener la confidencialidad, privacidad y seguridad de su información de salud. De igual forma, es requerido por ley 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 vigente.

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.

RESUMEN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

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 (PHI, por sus siglas en inglés) 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. Usted puede enviarnos su solicitud al siguiente correo electrónico a hipaacompliance@sssadvantage.com o por escrito a la dirección incluida más adelante.

Nosotros no utilizamos 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) del 1996 implementa reglas relativas al uso, almacenamiento, transmisión y divulgación de la información protegida de salud perteneciente a los afiliados con el fin de estandarizar las comunicaciones y proteger la privacidad y seguridad de la información personal, financiera y de salud.

HITECH: Ley titulada como "Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act of 2009" (HITECH, por sus siglas en inglés). Esta ley promueve la adopción y el uso significativo de la tecnología de información de salud. También se ocupa de privacidad y seguridad asociada a las transmisiones electrónicas de información de salud, en parte, a través de varias disposiciones que fortalecen la ejecución civil y criminal de las Reglas de HIPAA.

Regla de Privacidad y Seguridad: Son los estándares de la privacidad de la información identificable de un individuo, así como las normas de seguridad para la protección electrónica de la información protegida que se guían a través de 45 C.F.R. Parte 160 y Parte 164.

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD

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

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

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 relacionada 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 seguridad del paciente, 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 aseguradora o a un proveedor de salud sujeto a las regulaciones federales o locales sobre confidencialidad mientras la aseguradora o proveedor mantengan una relación con usted.

Entidades Cubiertas Afiliadas: En las funciones como administrador del seguro o beneficio, podremos usar y divulgar PHI con la siguiente entidad: Triple-S Salud, Inc.

Socios de Negocios: Triple-S Salud comparte información con nuestros socios de negocio, los cuales proveen servicios a nombre de Triple-S Salud, Inc. y participan en las funciones de administración del seguro o la coordinación de sus beneficios.

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.

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 establecidas y requeridas por la Ley.

Procedimientos legales: Podemos utilizar o divulgar su PHI durante el transcurso de cualquier proceso judicial o administrativo en cumplimiento con alguna orden (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 de salud a una agencia reguladora como el Departamento de Salud Federal (DHHS, por sus siglas en inglés) para propósitos de auditorías, monitoreo de cumplimiento con la regulación, investigaciones, inspecciones o licencias. 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;
- Monitoreo de Agencias Reguladoras y Prevención de Fraude;
- 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 estadísticos;
- 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 las 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. Utilizaremos 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 dos 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 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 aplicables. 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.

USTED TIENE LOS SIGUIENTES DERECHOS SOBRE SU PHI

Acceso: Usted tiene el derecho de examinar y obtener copia electrónica o a papel 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 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.

Informe de Divulgaciones: Usted tiene derecho a recibir una lista de las instancias ocurridas en que nosotros o nuestros socios de negocio hayamos divulgado su información de salud para asuntos no relacionados a tratamientos médicos, pagos por 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 12 meses, podríamos cobrarle los costos de procesar la(s) solicitud(es) adicional(es). El informe sólo cubre los últimos seis 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 regiremos 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.

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 por escrito. Podríamos aceptar su solicitud si ésta es razonable, especifica el método o localizaciones alternas.

Enmienda: Usted tiene el derecho de solicitar correcciones a su información de salud. Su solicitud debe ser por escrito, y contener una explicación o evidencia que justifique la enmienda. Nosotros responderemos a su solicitud en un término de 60 días. De necesitar tiempo adicional, le notificaremos por escrito previo a la expiración del término 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.

Aviso en caso de violaciones de Privacidad y Seguridad en que su información esté en riesgo: Nosotros le notificaremos de manera oportuna si ocurre un incidente que comprometa la privacidad, seguridad y confidencialidad de su información protegida de salud.

Aviso por medios electrónicos: Si usted recibió este aviso por medio de nuestros portales www.ssspr.com para Triple-S y/o por correo electrónico (e-mail), usted tiene derecho a recibir una copia en 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.salud.grupotriples.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)-620-1919
Fax: (787) 993-3260
E-mail: hipaacompliance@sssadvantage.com
Dirección: P. O. Box 11320 San Juan, PR 00922

Usted también puede someter su queja por escrito a la Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud Federal (DHHS) a la siguiente dirección:

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

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

TABLA DE COPAGOS Y COASEGUROS

	Copagos / Coaseguros
Servicios Médico-Quirúrgicos y de Diagnóstico en forma Ambulatoria	
Descripción de beneficios	
Servicios de diagnóstico y tratamiento	
Servicios disponibles en las Clínicas SALUS incluyendo visitas, pruebas diagnósticas, laboratorios, radiología e imágenes	$0.00
Visitas a la oficina del médico generalista	$5.00
Visitas a especialistas	$10.00
Visitas a subespecialistas	$10.00
Visitas a audiólogos	$10.00
Visitas a optómetras	$10.00
Visitas a podiatras, incluyendo cuidado rutinario	$10.00
Servicios preventivos cubiertos por ley local o federal, incluyendo visita anual preventiva, densitometría ósea, mamografías, mamografías digitales y sonomamografías. Usted puede acceder estos servicios a través de los Centros Preventivos participantes o los proveedores participantes incluidos en el Directorio.	$0.00
Servicios médicos en el hogar de la persona asegurada por médicos que presten este servicio	$15.00
Inyecciones intraarticulares	$0.00
Sala de emergencias • Enfermedad • Accidente • Teleconsulta	 $50.00 $50.00 $25.00
Sala de urgencia • Enfermedad • Accidente	 $25.00 $25.00
Clínicas de Urgencia Sanitas en el estado de Florida	$50.00
Criocirugía del cuello uterino Vasectomía	$0.00
Pruebas de alergia	$0.00
Laboratorios	25%
Rayos X	25%
Pruebas diagnósticas	25%
Pruebas diagnósticas especializadas	25%
Color doppler flow	25%
Monitoreo de presión arterial	25%
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	$0.00
Cirugías que se presenten de forma ambulatoria	$0.00

	Copagos / Coaseguros
Quimioterapia en sus métodos de administración (intravenosa, oral, inyectable o intratecal), radioterapia y cobalto	0%
Diálisis y Hemodiálisis	$0.00
Perfil biofísico	50%
Visitas preventivas *well-baby care*	$0.00
Terapia respiratoria (administrada en la oficina del médico)	$5.00
Equipo Médico Duradero	25% 20% para bomba de infusión de insulina, tirillas y lancetas 0% para suplidos para la bomba de insulina
Ventilador mecánico, suplidos y terapias (respiratorias, físicas y ocupacionales)	$0.00
Servicios post-hospitalarios provistos a través de una Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar	25%
Hospicio	$0.00
Servicios de nutrición	$0.00
Visitas al quiropráctico	$7.00
Manipulaciones de quiroprácticos	$7.00
Terapia física	$7.00
Cuidado visual	
• Pruebas diagnósticas en oftalmología	25%
• Examen de refracción	25%
Terapias Alternativas (Triple-S Natural)	$15.00
Cernimiento médico y pruebas de cernimiento para la detección de la condición de autismo como parte de los servicios preventivos	$0.00
Otros servicios para el tratamiento de Desórdenes dentro del Continuo de Autismo a) Exámenes neurológicos b) Inmunología c) Pruebas genéticas d) Pruebas de laboratorio para autismo e) Servicios de gastroenterología f) Servicios de nutrición g) Terapia física, ocupacional y del habla/lenguaje h) Visitas al psiquiatra i) Visitas al trabajador social (por reembolso) j) Visitas al psicólogo	a) 25% de coaseguro b) 25% de coaseguro c) 25% de coaseguro d) 25% de coaseguro e) 25% de coaseguro f) $0.00 copago g) $7.00 de copago h) $10.00 de copago i) $10.00 de copago j) $10.00 de copago
Vacunas Preventivas	$0.00
Palivizumab (Synagis)	20%

SERVICIOS MEDICO-QUIRURGICOS DURANTE PERIODOS DE HOSPITALIZACIÓN	
Servicios médicos-quirúrgicos	
• Cirugías, incluyendo cirugía ortognática • Trasplante de córnea, injerto de piel y hueso • Cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía • Cirugía bariátrica	$0.00
• Servicios de diagnóstico • Tratamientos • Administración de anestesia • Consulta de especialistas • Endoscopias gastrointestinales • Evaluaciones audiológicas, incluye la Prueba de Cernimiento Auditivo Neonatal	$0.00
Quimioterapia en todas sus modalidades de administración (intravenosa, oral, inyectable o intratecal) y radioterapia	0%
Pruebas cardiovasculares invasivas	25%
Litotricia (ESWL)	0%
SERVICIOS PROVISTOS POR UN HOSPITAL U OTRA FACILIDAD Y SERVICIOS DE AMBULANCIA	
Hospitalizaciones	
Habitación semiprivada o de aislamiento para hospitalizaciones regulares y maternidad	$25.00 / hospital preferido $50.00 / hospital no preferido
• Comidas y dietas especiales • Uso de servicio de telemetría • Uso de Sala de Recuperación • Uso de Unidad de Cuidado Intermedio para infantes (*Step-down Unit*) • 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 • 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 la persona asegurada sea admitida al hospital • Uso de otras facilidades, servicios, equipos y materiales • Sangre para transfusiones	$0.00
Diálisis y Hemodiálisis	$0.00
Quimioterapia en todas sus modalidades de administración (intravenosa, oral, inyectable o intratecal) y radioterapia	0%
Litotricia (ESWL)	0%

Centro de Cirugía Ambulatoria	$25.00
Servicios post-hospitalarios a través de una Unidad de Cuidado de Enfermería Diestra	$0.00
Ambulancia	
Servicio de ambulancia terrestre	$0 en casos de emergencia En casos que no sean emergencia, la persona asegurada paga el costo total y Triple-S Salud le reembolsará hasta un máximo de $80 por caso.
Servicio de ambulancia aérea en Puerto Rico	$0.00
SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS	
Condiciones Mentales Generales	
Hospitalizaciones por condiciones mentales Hospitalizaciones regulares	$25.00 / hospital preferido $50.00 / hospital no preferido
Hospitalizaciones parciales	$25.00 / hospital preferido $50.00 / hospital no preferido
Terapias electroconvulsivas por condiciones mentales	$0.00
Servicios ambulatorios	
Visitas a la oficina del psiquiatra	$10.00
Visitas a la oficina del psicólogo	$10.00
Visitas de familiares inmediatos (colaterales)	$10.00
Visitas para terapia de grupo	$10.00
Otras evaluaciones psicológicas	
Evaluación psicológica	$10.00
Pruebas psicológicas	$10.00
Abuso de sustancias (Drogadicción y Alcoholismo)	
Hospitalizaciones regulares, incluyendo los servicios de detoxificación	$25.00 / hospital preferido $50.00 / hospital no preferido
Hospitalizaciones parciales	$25.00 / hospital preferido $50.00 / hospital no preferido
Visitas a la oficina del psiquiatra	$10.00
Visitas a la oficina del psicólogo	$10.00
Visitas de familiares inmediatos (colaterales)	$10.00
Visitas para terapia de grupo	$10.00
Tratamiento residencial	$0.00

Triple-S Salud, Inc. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina a base de raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Triple-S Salud, Inc. complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 787-774-6060, (TTY/TDD), 787-792-1370 or 1-866-215-1919. Free of charge 1-800-981-3241. If you are a federal employee or retiree call 787-774-6081, Toll free 1-800-716-6081; (TTY/TDD) 787-792-1370; Toll free 1-866-215-1999. ATENCIÓN: si hablas español, tienes a tu disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llama al 787-774-6060, Libre de costo 1-800-981-3241. (TTY/TDD) al 787-792-1370 o 1-866-215-1919. Si es empleado o retirado federal llame al 787-774-6081, libre de costo 1-800-716-6081; (TTY/TDD) 787-792-1370; libre de costo 1-866-215-1999. Concesionario independiente de BlueCross BlueShield Association.

CUBIERTA DE SEGURO DE VIDA

Esta cubierta de seguro de vida de término es hasta la edad de 95 años, renovable anualmente y será efectiva el mismo día que se hace efectiva la póliza de seguro de salud, siguiendo los mismos criterios o reglas de suscripción. La cubierta de seguro de vida solo aplica al empleado.

Monto del Seguro

El monto del beneficio por muerte natural es de $10,000. Si es una muerte accidental, el beneficio es de $10,000. Por desmembramiento el beneficio es de hasta $10,000.

Beneficiario

El beneficiario es la persona o personas designadas por el empleado asegurado para recibir el beneficio cuando ocurre la muerte del empleado. Si dos o más beneficiarios sobreviven al empleado asegurado, Triple-S Salud pagará el beneficio en partes iguales a menos que el empleado haya seleccionado de otro modo. Si ningún beneficiario sobrevive al empleado asegurado, se pagará a sus herederos. Si al fallecimiento del empleado asegurado no se ha designado a ningún beneficiario, Triple-S Salud pagará los beneficios en una suma global a uno de los siguientes grupos de personas, y por orden establecido: 1. cónyuge 2. hijos sobrevivientes 3. padres sobrevivientes 4. hermanos/as sobrevivientes 5. ejecutores o administradores.

Cambios

Para cambiar el beneficiario, el empleado asegurado debe enviar una petición escrita mientras está vivo. El cambo no tendrá efecto hasta que se registre en nuestra oficina. Una vez registrado, entrará en vigor en la fecha en que el empleado asegurado la firmó. Este cambio no aplicará a ningún pago hecho por Triple-S Salud antes del registro de la petición. Si el empleado asegurado había nombrado un beneficio irrevocable, debe conseguir el consentimiento de ese beneficiario para que el cambio sea efectivo.

Elegibilidad

Un empleado se convierte en elegible para el seguro:

1. En la fecha de efectividad de esta póliza; o

2. Transcurrido el período de tiempo estipulado en la solicitud de seguro grupal, con respecto a los empleados contratados después de la fecha de vigencia de esta póliza.

Beneficio

Si el empleado asegurado muere mientras esta póliza se encuentra en vigor y antes de la fecha de expiración, nosotros le pagaremos el beneficio al beneficiario. El beneficio es la suma de:
(a). el Monto del Seguro: MAS
(b). cualquier seguro sobre la vida del empleado asegurado que se provea mediante endosos adicionales
(c). aquella porción de cualquier prima pagada que aplica a un período posterior al mes en el que ocurre la muerte del empleado asegurado, MENOS
(d). cualquier prima al descubierto si la muerte ocurre durante el período de gracia.

Nosotros pagaremos el beneficio al beneficiario después de que nosotros recibamos la prueba fehaciente de la muerte y la debida reclamación por escrito.

Período de Gracia

Si el empleado asegurado muere durante el período de gracia (31 días desde la fecha de pago de la prima para pagar las primas después de la primera) pagaremos el beneficio por muerte, pero deduciremos la prima necesaria para cubrir el período desde el comienzo del período de gracia hasta el final del mes de la póliza en que ocurrió la muerte del empleado asegurado.

Limitaciones

Los beneficios no serán pagaderos si la muerte del empleado asegurado es el resultado de un suicidio o una lesión autoinfligida mientras esté cuerdo o loco, ya sea que se pretenda o no, dentro de un período de 2 años desde la fecha de vigencia de la cobertura. En su lugar, el beneficiario recibirá una suma igual a las primas pagadas.

DISPOSICIÓN PARA LA CONVERSIÓN

Usted puede convertir el monto del seguro de vida de término que se provee en esta póliza a una nueva póliza con un plan de seguro diferente. La fecha de la conversión será el primer día de cualquier mes de la póliza cuando:

a) esta póliza sea efectiva;
b) todas las primas vencidas antes de esa fecha han sido pagadas; y
c) la edad del empleado asegurado es de 75 años o menor.

Para convertir esta póliza, usted debe someter una solicitud escrita y pagar la primera prima vencida bajo la nueva póliza. Nosotros no le requerimos evidencia de asegurabilidad para convertir el seguro de término que se provee bajo esta póliza.

La Nueva Póliza

El monto de seguro provisto bajo la nueva póliza será igual que el monto del seguro de vida de término bajo esta póliza. La fecha de la póliza será la fecha de la conversión. La edad de emisión será la edad del empleado asegurado en la fecha de conversión. La clasificación tarifaría será la de la nueva póliza individual. El plan de seguro individual será, cualquier plan de seguro de vida, designado por la Compañía, siempre que:

a) el plan esté disponible para personas con la edad del empleado asegurado en esa fecha;
b) el monto de seguro que se provea esté disponible bajo el plan en esa fecha; y
c) nuestro riesgo, excluyendo cualesquiera aditamentos, no aumenta como resultado de la conversión.

Siempre estará disponible por lo menos una póliza para su emisión bajo esta sección.

Las tarifas que aplican a la prima para la nueva póliza serán las que estén en vigor en la fecha de efectividad de la nueva póliza, basado en la edad de emisión para la nueva póliza.

Las disposiciones de Incontestabilidad y de Suicidio serán efectivas desde la fecha de efectividad de esta póliza.

Muerte o Desmembramiento Accidental

Triple-S Salud pagará los beneficios aquí provistos en cuanto se reciba prueba satisfactoria del suceso de una pérdida sufrida por un empleado cubierto, que haya sido causada directa e independientemente de

cualquier otra causa, por daños físicos externos y violentos ocurridos por accidente, y en conformidad con lo siguiente:

LISTADO DE BENEFICIOS

Cuando un empleado cubierto sufre lesiones que resultan en una de las siguientes pérdidas dentro de noventa (90) días a partir del accidente, pagaremos la cantidad especificada a continuación, según aplique a la pérdida.

El beneficio de esta cubierta es de hasta $10,000.

Pérdida	**Cantidad**
Vida	Suma Principal
Ambas manos, ambos pies o pérdida de visión en ambos ojos	Suma Principal
Una mano y un pie, una mano y un ojo o un pie y un ojo	Suma Principal
Una mano, un pie o un ojo	La mitad de la Suma Principal

Pérdida de mano o manos, o de pie o pies, significa pérdida por separación en o más arriba de la coyuntura de la muñeca o del tobillo, respectivamente. Pérdida de uno o ambos ojos significa pérdida total e irreversible de la visión. En caso de que un empleado asegurado cubierto sufra más de una de las pérdidas mencionadas como resultado de un mismo accidente, solo se pagará una de las cantidades especificadas (la de mayor cantidad aplicable) por todas las pérdidas. La cantidad especificada por la pérdida de: a) dos extremidades; b) ambos ojos; y c) una extremidad y un ojo es pagadera solo si dicha pérdida doble ocurre como resultado del mismo accidente. De lo contrario, pagaremos los beneficios correspondientes a la pérdida real, provisto que en cualquier caso pagaremos beneficios en exceso de la cantidad principal que se muestra en la definición de monto del seguro en esta póliza.

Limitaciones

Los beneficios aquí provistos no serán pagaderos si las pérdidas surgen como resultado de o son causadas por cualquiera de los siguientes eventos:

1. Suicidio o lesiones autoinfligidas, ya sea estando en su sano juicio o no;

2. guerra o cualquier acto de guerra, sea declarada o no;

3. lesiones sufridas mientras forma parte de las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional;

4. lesiones sufridas mientras conduce en cualquier carrera de motor organizada o participa en cualquier torneo de aviación o velocidad;

5. lesiones sufridas al servir como piloto o como miembro de la tripulación de una aeronave;

6. envenenamiento o inhalación de gases o humo, a menos que se provea prueba satisfactoria de que tal suceso ocurrió sin intención y por medios accidentales;

7. lesiones sufridas bajo el efecto del alcohol o bebidas embriagantes, uso o abuso de drogas, narcóticos o alucinógenos, excepto aquellos tomados por receta médica (aun así, el consumo voluntario de medicamentos recetados por un médico, y no tomarlos intencionalmente según recetados, no está cubierto bajo los términos de esta póliza);

8. enfermedad mental o física o tratamiento de una enfermedad mental o física; y

9. lesiones sufridas al cometer o intentar cometer una agresión o participar en un acto criminal, o como consecuencia de ello.

Terminación

Esta cubierta terminará en la misma fecha de terminación de la póliza. Esta cubierta entrará en vigor en la fecha de la póliza y puede renovarse bajo los términos y condiciones de la póliza.

Seguro de vida de término hasta la edad de 95 años

El beneficio se pagará si la muerte del empleado asegurado ocurre mientras la póliza está en vigor. Las primas se pagarán mientras el empleado asegurado esté vivo hasta la fecha de expiración. Esta póliza es convertible hasta la edad de 75 años. Esta póliza no participa en el sobrante de la compañía.

CUBIERTA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

Esta cubierta de Gastos Médicos Mayores provee beneficios para algunos servicios limitados o excluidos en la cubierta básica según especificado en la sección de Beneficios siempre y cuando cumplan con las condiciones establecidas en esta cubierta para los mismos.

Los gastos médicos cubiertos bajo esta cubierta se pagan directamente a la persona asegurada por reembolso o mediante asignación de beneficios, de acuerdo a las tarifas establecidas para tales propósitos y a las cantidades aplicables al asegurado(a) principal y cada uno de sus dependientes elegibles asegurados.

Para tener derecho al rembolso 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/parto o condición médica de la siguiente manera:

- Si el servicio se presta en Puerto Rico, el rembolso 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 Blue Shield Association (BCBSA)*, al utilizar los proveedores participantes de la BCBSA, excepto en que se especifique lo contrario en esta cubierta.

- 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 el porciento de la tarifa para proveedores no participantes establecida por el plan local de la Blue Cross Blue Shield Association 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.

La persona asegurada será responsable de pagar el deducible y/o coaseguro establecido en esta cubierta así como cualquier diferencia cobrada por el proveedor no participante.

Precertificación

Todos los servicios prestados fuera de Puerto Rico se pagan exclusivamente a través de esta cubierta sujeto a una precertificación de Triple-S Salud, excepto en casos de emergencia.

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 requieren precertificación, pero están 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.

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.

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

Reembolso

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

- El 80% de los gastos médicos cubiertos durante un año póliza, incurridos por el asegurado(a) principal o su dependiente asegurado, luego de cubierto el deducible, si aplica.
- Cada persona o familia asegurada es responsable de la diferencia entre el gasto incurrido y las tarifas establecidas por Triple-S Salud para el reembolso de los gastos médicos cubiertos

BENEFICIOS

GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS: Están 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 estuvieran limitados o excluidos. Esta cubierta de Gastos Médicos Mayores no cubre 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. **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 reembolsan a base de las disposiciones establecidas para cualquier otra enfermedad.

3. **Equipo Médico Duradero (Estos beneficios están cubiertos cuando sean prestados fuera de Puerto Rico solamente y requieren 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.

4. **Materiales o Suministros Médicos:**

   a. Medicinas cubiertas ordenadas por escrito por un médico durante periodos de hospitalización.
   b. Materiales o suministros quirúrgicos como vendajes y gasas.

5. **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.

6. **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.
7. **Servicios de Hospital:** Habitación semiprivada y comidas además de otros servicios y suministros del hospital para hospitalizaciones regulares, condiciones mentales, drogadicción y alcoholismo.

8. **Servicios de Laboratorio y Rayos X:** Para propósitos de diagnóstico y tratamiento.

9. **Servicios de Médicos**

10. **Servicios de Terapia Física y Rehabilitación (Estos beneficios están 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 fisiatría. 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.

11. **Servicios en Centros de Cirugía Ambulatoria**

12. **Otros Servicios:** Los siguientes servicios están cubiertos, siempre y cuando 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, hasta $250 por año póliza, por persona asegurada

    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 remplazo.

    c. Aparatos ortóticos

    d. Aparatos ortopédicos

    e. Asistencia quirúrgica

    f. Mamoplastías, sujeto a una precertificación de Triple-S Salud

    g. Medicina Deportiva, hasta un máximo de 20 terapias por persona asegurada, por año póliza.

    h. Servicios de Rehabilitación Cardiaca están cubiertos cuando sean prestados por un fisiatra con conocimientos en rehabilitación y fisiología del ejercicio. Su propósito es el minimizar la incapacidad física y sicológica 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.

    i. Servicios de analgesia intravenosa o por inhalación administrada en la oficina del cirujano oral o dentista, siempre y cuando el asegurado tenga una cubierta dental con Triple-S.

    j. Servicios pre y postnatales

    k. Tuboplastías

    l. Vasovasostomías

    m. Inmunoterapia de alergias

    n. Servicios cubiertos prestados por profesionales y facilidades no participantes en PR a base de la tarifa del proveedor participante.

EXCLUSIONES PARA 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.

Esta cubierta excluye los siguientes gastos:

1. Servicios en exceso de los límites establecidos en la cubierta básica, excepto aquellos servicios expresamente indicados en esta cubierta de gastos médicos mayores
2. Ocasionados por guerra o conflicto internacional armado.
3. Servicios dentales para el cuidado y tratamiento de los dientes y encías.
4. Espejuelos y/o lentes de contacto
5. 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.
6. Servicios de un trabajador social incluyendo un trabajador social psicólogo o psiquiátrico; excepto en casos de autismo.
7. Servicios prestados por una ambulancia aérea o marítima.
8. 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, independientemente de la condición de salud que las hiciere necesarias.
9. Gastos por copagos o coaseguros aplicables a la póliza básica de servicios de hospitalización, médico-quirúrgicos y ambulatorios y sus endosos.
10. 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.
11. Gastos por inmunizaciones (excepto por alergias), tratamiento radioactivo y timpanometría.
12. Manipulaciones de quiroprácticos
13. Gastos relacionados a trasplante de órganos y tejidos.
14. Servicios prestados por profesionales y facilidades no participantes fuera de Puerto Rico, excepto en casos de emergencia.
15. Gastos por servicios prestados a dependientes opcionales, independientemente estén suscritos a la Cubierta Básica de servicios de hospitalización, médico-quirúrgicos y ambulatorios.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

DEFINICIONES

Los siguientes términos tendrán las definiciones que se indican a continuación:

1. **BENEFICIO MÁXIMO**: Cantidad máxima de beneficios a pagarse por vida o por año póliza.

2. **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.

3. **OBTENCIÓN:** Se refiere a los gastos incurridos para localización, remoción, conservación y transportación de un órgano o tejido. Además, incluye la evaluación previa 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, 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.

4. **PRECERTIFICACIÓN**: Es la autorización previa expedida por Triple-S Salud para el pago de cualquiera de los beneficios y cubierta, 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 adecuacidad 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.

5. **PRE-TRASPLANTE**: Evaluación y preparación de un asegurado para recibir trasplante de órgano o tejido.

6. **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.

7. **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 cubierta. Los beneficios cubiertos serán pagaderos por indemnización o asignación de beneficios. Para ser elegible a este seguro, deberá estar suscrito a la cubierta básica.

8. **SERVICIOS NO CUBIERTOS**: Aquellos servicios que:

   a. están expresamente excluidos en esta cubierta;
   b. son parte integral de un servicio cubierto;
   c. son prestados por una especialidad médica a la cual no le han sido reconocidos para pago;
   d. son considerados experimentales o investigativos por las entidades correspondientes, según se indican en la póliza;
   e. son provistos para la conveniencia o comodidad de la persona asegurada, del médico participante o de la instalación.

9. **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.

BENEFICIOS DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Los beneficios que provee esta cubierta 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 cubierta 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 (rembolso) 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.

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 DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS	
Beneficio Máximo	$2,000,000 de por vida
Asegurado paga	0%
Trasplante de Órganos Cubiertos	Corazón, corazón-pulmón, pulmón (unilateral o bilateral), hígado, páncreas-riñón, riñón, intestino delgado
Gastos Médicos Cubiertos	Recipiente - cubre los gastos directamente relacionados con el procedimiento; incluye evaluación, cuidado previo a la cirugía, trasplante, cuidado post-cirugía y drogas inmunosupresoras. 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. 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. • 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). **Retrasplante** **Inmunosupresores:** cubre medicamentos inmunosupresores debidamente aprobados por la *Food and Drug Administration* (*FDA*) y medicamentos usados en terapias inmunosupresoras. El beneficio estará cubierto hasta el beneficio máximo establecido. **Gastos Pre-Trasplantes:** Esta cubierta 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. 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 regirá por el protocolo aprobado por Triple-S Salud.
Trasplante de Médula Ósea	Cubre los trasplantes alogénicos, autólogos, singenéicos 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 aplástica, 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:

	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. a. 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 persona que tiene la custodia legal del paciente). 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). 6. Retrasplante
Precertificaciones	Procedimiento para casos de Trasplante de Órganos y Tejidos: 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 *Blue Cross Blue Shield Association.* 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. Las reclamaciones de los servicios de trasplante rendidos por la institución seleccionada, serán coordinadas entre ésta y Triple-S Salud.

EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Esta cubierta 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 cubierta.
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 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 esta cubierta.
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.
14. Gastos por servicios prestados por facilidades o proveedores que no sean parte de la Red de Trasplante de Órganos establecida.

TRIPLE-S SALUD, INC.

(que en adelante se denominará como Triple-S Salud)

1441 Ave. Roosevelt, San Juan, Puerto Rico

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

Endoso de Farmacia

Nombre del Grupo: ODP International LLC

Núm. de Grupo: SP0001833 (ORV1) **Fecha de Efectividad: 1 de enero de 2024**

Este endoso forma parte de la póliza a la cual se adhiere y se emite en consideración al pago de una prima adicional correspondiente y por adelantado.

Todos los términos utilizados en este Endoso tienen el mismo significado que se les otorga en la póliza, a menos que se especifique lo contrario en este Endoso. Aplican todos los demás términos, disposiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza que no estén en conflicto con los beneficios y condiciones descritos en este Endoso y en tal caso, prevalece lo establecido en las provisiones de la cubierta de farmacia.

Cualquier gasto incurrido por usted en virtud de las disposiciones de este Endoso se aplicará al desembolso máximo anual de la Póliza a la cual se aneja este Endoso.

Este documento le ayuda a conocer los beneficios de su cubierta farmacia que le provee este endoso para usted y sus dependientes elegibles.

Le exhortamos a que se familiarice con este documento y lo mantenga a su alcance para referencia.

Firmada a nombre de Triple-S Salud por su Presidente.

Justice Thurman
Presidente de Triple-S Salud

Conserve este documento en un lugar seguro para que pueda referirse a los beneficios descritos en este endoso que son parte de su Plan de Salud.

DEFINICIONES

1. **CLASIFICACIÓN TERAPÉUTICA**: Categorías que se utilizan para clasificar y agrupar los medicamentos en la Lista de Medicamentos por las condiciones que éstas tratando por el efecto que producen en el cuerpo humano.

2. **COASEGURO**: El por ciento de la tarifa que tiene que pagar la persona asegurada 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 este endoso y como se ha notificado al médico o proveedor participante. Esta cantidad no es reembolsable por Triple-S Salud.

3. **COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA:** Un comité o cuerpo equivalente, compuesto por empleados o consultores externos contratados por una organización de seguros de salud o asegurador, el cual está compuesto por un número impar de miembros. Los miembros del comité de farmacia y terapéutica son profesionales de la salud, tales como médicos y farmacéuticos, los cuales tienen conocimiento y pericia respecto a:
   - La forma adecuada, desde la perspectiva clínica, de recetar, suministrar y supervisar los medicamentos de receta para pacientes ambulatorios; y

   - La revisión y evaluación del uso de los medicamentos, así como la intervención con dicho uso.

   Si entre los miembros del comité de farmacia y terapéutica se encuentran representantes del administrador de beneficios de farmacia o de la organización de seguros de salud o asegurador, éstos solo pueden aportar consideraciones operacionales o de logística, pero no tienen voto en determinaciones relativas a la inclusión o exclusión de medicamentos de receta en la Lista de Medicamentos.

4. **COMPENDIOS DE REFERENCIA ESTÁNDAR ("STANDARD REFERENCE COMPENDIA"):** SIGNIFICA:
   - "The American Hospital Formulary Service-Drug Information";
   - "Drug Facts and Comparisons®";
   - "The American Dental Association Accepted Dental Therapeutics"
   - "The United States Pharmacopoeia-Drug Information";

5. **COPAGO**: La cantidad fija predeterminada que tiene que pagar la persona asegurada 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 este endoso y como se ha notificado al médico o proveedor participante. Esta cantidad no es reembolsable por Triple-S Salud.

6. **DEDUCIBLE ANUAL DE FARMACIA**: Aquella cantidad anual en efectivo que debe acumularse antes de tener derecho a los beneficios bajo este endoso. Cada persona asegurada bajo un contrato individual o familiar es responsable de pagar por los servicios cubiertos hasta acumular el deducible anual de su cubierta para luego pagar los copagos y/o coaseguros del plan, según se establece en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros de este endoso.

7. **EVIDENCIA MÉDICA O CIENTÍFICA:** Significa evidencia producida por alguna de las siguientes fuentes:

   - Estudios revisados por homólogos expertos, publicados o aceptados para publicación en las revistas médicas especializadas que cumplen con los requisitos reconocidos a nivel nacional para los textos científicos;

- Publicaciones médicas revisadas por homólogos expertos, las cuales incluyen publicaciones relacionadas con terapias que han sido evaluadas y aprobadas por juntas de revisión institucional, los compendios biomédicos y otras publicaciones médicas que cumplen con los criterios de indización de la Biblioteca Médica de los Institutos Nacionales de Salud en el Index Medicus (Medline) y los de Elsevier Science Ltd. En Excerpta Medicus (EMBASE);
- Las revistas médicas reconocidas por el Secretario de Salud y Servicios Humanos del Gobierno de Estados Unidos, conforme a la Ley Federal de Seguro Social;
- Los siguientes normativos en inglés:
    - "The American Hospital Formulary Service-Drug Information";
    - "Drug Facts and Comparisons®";
    - "The American Dental Association Accepted Dental Therapeutics" y
    - "The United States Pharmacopoeia-Drug Information";

- Los hallazgos, estudios o investigaciones realizadas por las agencias de gobierno federal, o con el auspicio de éstas, y por los institutos federales de investigación, reconocidos en Estados Unidos de América, los cuales incluyen:
    - La agencia federal "Agency for Health Care Research and Quality";
    - Los Institutos Nacionales de Salud;
    - El Instituto Nacional de Cáncer;
    - La "National Academy of Sciences";
    - Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS); y
    - Toda junta nacional reconocida por los Institutos Nacionales de la Salud cuyo propósito es avaluar la eficacia de los servicios de cuidado de salud;
- Toda evidencia médica o científica adicional que sea comparable con lo detallado en los incisos (A) a (E) precedentes.
- Exclusión categórica – significa la disposición expresa que establece Triple-S para la no cobertura de un medicamento de receta, identificando el mismo por su nombre científico o comercial.

8. **FARMACEUTICO:** persona que tiene licencia para preparar, mezclar y verificar medicamentos y que practica dentro del alcance de su licencia.

9. **FARMACIA:** Cualquier establecimiento legalmente autorizado para efectuar el despacho de medicamentos.

10. **FARMACIA ESPECIALIZADA** Farmacia que provee servicios para condiciones crónicas y de alto riesgo que requieren la administración de medicamentos especializados a las personas aseguradas en el plan.

11. **FARMACIA NO PARTICIPANTE:** Cualquier farmacia que no haya firmado contrato con Triple-S Salud para brindar servicios a las personas aseguradas.

12. **FARMACIA PARTICIPANTE:** Cualquier farmacia que haya firmado contrato con Triple-S Salud para brindar servicios a las personas aseguradas.

13. **FDA**: Significa la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos.

14. **FECHA DE EFECTIVIDAD:** El primer día de cubierta del plan.

15. **LISTA DE MEDICAMENTOS:** 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 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 prejuicio de la salud del paciente.

16. **MEDICAMENTO DE RECETA:** Medicamento aprobado o regulado que la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) que permite que se mercadee, y que las leyes de Puerto Rico o de Estados Unidos exigen que sea suministrado mediante receta.

17. **MEDICAMENTOS AGUDOS:** Medicinas que son recetadas para el tratamiento de una enfermedad que no es recurrente, por ejemplo, antibióticos. Estos medicamentos no tienen repeticiones.

18. **MEDICAMENTOS CON REPETICIONES (*REFILLS*)**: Receta que contiene indicaciones escritas del médico para autorizar que la farmacia despache un medicamento en más de una ocasión.

19. **MEDICAMENTOS DE MANTENIMIENTO:** 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 aquellos cuyo uso más común es tratar una enfermedad crónica cuando no puede ser determinado un final terapéutico.

20. **MEDICAMENTOS DE MARCA NO PREFERIDOS (Nivel 3):** 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 la persona asegurada obtiene un medicamento de marca no preferido, tiene que pagar un costo mayor por el medicamento.

21. **MEDICAMENTOS DE MARCA PREFERIDOS (Nivel 2):** 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.

22. **MEDICAMENTOS GENÉRICOS (Nivel 1):** Este nivel incluye medicamentos genéricos que han sido seleccionados por el Comité de Farmacia y Terapéutica como agentes preferidos luego de su evaluación de seguridad, eficacia y costo.

23. **MEDICAMENTOS NUEVOS:** Medicamentos de recién incursión al mercado. Éstos 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*).

24. **MEDICAMENTOS *OVER-THE-COUNTER* (*OTC*):** Medicamentos sin leyenda federal que se pueden vender a un cliente sin la receta del médico.

25. **MÉDICO O PROVEEDOR PARTICIPANTE**: 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 personas aseguradas de Triple-S Salud.

26. **PERIODO DE ESPERA:** Significa el periodo que debe transcurrir con respecto a la persona asegurada 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. No obstante, los servicios de sala de emergencia no tendrán periodo de espera y el periodo de espera para los servicios preventivos no podrá exceder los treinta (30) días.

27. **PERSONA ASEGURADA:** Toda persona elegible y suscrita, sea asegurado principal o dependiente (directo) la cual tiene derecho a recibir los servicios y beneficios cubiertos bajo este endoso.

28. **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.

29. **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 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.

30. **PRODUCTOS ESPECIALIZADOS NO PREFERIDOS (Nivel 5):** Identifica los medicamentos o productos en la Lista de Medicamentos que se ofrecen bajo el Programa de Medicamentos para Condiciones Especiales. Los medicamentos en este nivel tienen un costo mayor que los especializados preferidos de Nivel 5. Estos se utilizan para el tratamiento de condiciones crónicas y de alto riesgo que requieren una administración y manejo especial.

31. **PRODUCTOS ESPECIALIZADOS PREFERIDOS (Nivel 4):** Identifica los medicamentos o productos en la Lista de Medicamentos 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. Estos se utilizan para el tratamiento de condiciones crónicas y de alto riesgo que requieren una administración y manejo especial.

32. **PROGRAMA DE DESPACHO DE MEDICAMENTOS A 90 DÍAS:** Programa voluntario que le permite a la persona asegurada obtener un suministro de noventa (90) días de algunos de sus medicamentos de mantenimiento, a través de las farmacias participantes de dicho programa.

33. **PROGRAMA DE ENVIO DE MEDICAMENTOS POR CORREO (MAIL ORDER):** Programa voluntario que le permite a la persona asegurada recibir algunos de sus medicamentos de mantenimiento a través del Servicio Postal de los Estados Unidos.

34. **RECETA:** 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.

35. **TERAPIA ESCALONADA (*ST,* por sus siglas en inglés):** Protocolo que especifica la secuencia en que se deben suministrar los medicamentos de receta para determinada condición médica. En algunos casos, requerimos que la persona asegurada utilice primero un medicamento como terapia para su condición antes de que cubramos otro medicamento para esa condición (medicamentos de primer paso). Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se usan ambos para tratar su condición médica, nosotros requerimos que la persona asegurada utilice primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona para la persona asegurada, entonces cubriremos el Medicamento B (medicamentos de segundo paso).

BENEFICIO DE FARMACIA (FO-06)

- La cubierta de farmacia está sujeta a los términos y condiciones de la cubierta para servicios de hospitalización, médico-quirúrgicos y ambulatorios que no estén en conflicto con los beneficios y condiciones descritos en esta sección y en tal caso, prevalece lo establecido en las provisiones de la cubierta de farmacia.

- El despacho de medicamentos genéricos es la primera opción, excepto para aquellos medicamentos de marca, incluidos en la Lista de Medicamentos Supreme, para el cual no exista el genérico. Si la persona asegurada elige, o su médico le receta, un medicamento de marca cuando existe su genérico en el mercado, la persona asegurada paga el copago del medicamento de marca y la diferencia en costo entre el medicamento de marca y el genérico.

- Este beneficio se rige por las guías de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) *ANDA (Abbreviated New Drug Application), NDA (New Drug Application) y BLA (Biologics License Application).* Éstas incluyen dosificación, equivalencia de medicamentos y clasificación terapéutica, entre otros.

- Este plan provee para el despacho de los medicamentos 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 que se utilice 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.

- Es requisito presentar la tarjeta del plan de Triple-S Salud a cualquier farmacia participante al momento de solicitar los beneficios para que los mismos estén cubiertos. La farmacia participante provee, a la presentación de la tarjeta del plan y de una receta, los medicamentos cubiertos incluidos en la Lista de Medicamentos Supreme-que especifique dicha receta; y no efectúa cargo ni cobra cantidad alguna a la persona asegurada que resulte en exceso de lo establecido en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros que aparece en este endoso. Al recibir los medicamentos, la persona asegurada tiene que firmar por los servicios recibidos y presentar una segunda identificación con fotografía.

- Si su médico le recetó un medicamento no incluido por su beneficio de farmacia, el mismo puede hacer una receta nueva con un medicamento que esté cubierto; o puede solicitar una excepción conforme a la Sección: “Proceso de Excepción a la Lista de Medicamentos Supreme”, de este endoso. Esto aplica cuando la clasificación terapéutica (categoría) esté cubierta y existan otras alternativas de tratamiento.

- 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 pueden 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 pueden ser provistos antes de transcurrir el 75% del abastecimiento a partir de la fecha del último despacho, ni luego de transcurrir un año desde la fecha de haber sido expedida la receta, excepto que de otra forma lo disponga la ley que controla el despacho de sustancias controladas.

Esta cubierta de farmacia tiene las siguientes características:

- Este beneficio de farmacia utiliza una Lista de Medicamentos Supreme 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, siguiendo un proceso riguroso de evaluación clínica.

  El Comité de Farmacia y Terapéutica evalúa la Lista de Medicamentos Supreme y aprueba cambios donde:

  a) se incluyen medicamentos nuevos, los cuales son evaluados en un término no mayor de 90 días luego de su aprobación por la FDA
  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 o si el cambio implica la inclusión de nuevos medicamentos de receta en la Lista de Medicamentos Supreme.

- Notificaremos los cambios a más tardar a la fecha de efectividad del cambio a:

  a) Todas las personas aseguradas
  b) Las farmacias participantes para la inclusión de medicamentos nuevos con 30 días de antelación a la fecha de efectividad

Descripción del Beneficio de Farmacia

- Se requiere una receta médica para el despacho de medicamentos.

- Están cubiertos los medicamentos genéricos (preferidos y no preferidos), marca preferidos, marca no preferidos, productos especializados preferidos y productos especializados no preferidos incluidos en la Lista de Medicamentos Supreme que en su etiqueta contengan la frase «*Caution: Federal law prohibits dispensing without prescription*» (Precaución: La ley Federal prohíbe su despacho sin receta médica), insulina y algunos medicamentos *Over-the-Counter (OTC).*

- Se cubren los servicios preventivos conforme a 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)*. Solo se cubrirán los medicamentos preventivos incluidos en la lista de medicamentos Supreme. Los medicamentos clasificados como preventivos, según se detallan a continuación, se cubren con $0 copago con receta médica si los mismos son recibidos de farmacias participantes de la red contratada por Triple-S Salud:

  - Métodos anticonceptivos – Solo se cubrirán los medicamentos incluidos en la lista de Anticonceptivos en la Lista de Medicamentos Supreme, que incluye al menos un medicamento de cada una de las categorías definidas en *Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No.* 111-148 (PPACA). El genérico se cubrirá como única opción excepto en las categorías donde no exista en el mercado la versión genérica.

- Suplementos de ácido fólico (400 mcg y 800 mcg) para personas aseguradas que estén planificando o sean capaces de quedar embarazadas.
- Suplementos orales de Flúor para pre-escolares de seis (6) meses hasta los cinco (5) años de edad cuyas fuentes de obtención de agua no tiene flúor.
- Para aquellos que utilizan los productos para cesar el uso de tabaco, este plan cubre el despacho de *nicotine nasal spray, nicotine inhaler* y *bupropion hcl* (*smoking deterrent*), por noventa (90) días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año. El genérico se cubrirá como única opción excepto cuando no exista en el mercado la versión genérica. No aplica a productos OTC (*Over the Counter*).
- Medicamentos preventivos a pacientes de alto riesgo de desarrollar cáncer de seno, el genérico de *tamoxifen* o *raloxifene* en tabletas, para pacientes que se encuentran en alto riesgo de desarrollar la enfermedad y que tienen un riesgo bajo de reacciones adversas a medicamentos.
- Algunos suplementos de hierro orales para menores de 4 meses hasta los 21 años que tengan riesgo de anemia.
- Estatinas para prevenir accidentes cardiovasculares: dosis baja o moderada de estatinas para adultos entre las edades de 40 a 75 años sin historial de enfermedad cardiovascular que tengan uno o más factores de riesgo (dislipidemia, diabetes, hipertensión o fumar) y un riesgo calculado de 10 años de tener un evento cardiovascular de 10% o más. Se cubren los genéricos de Simvastatin 5, 10, 20 y 40 mg; Atorvastatin 10 y 20 mg, Pravastatin 10, 20, 40 y 80 mg, Rosuvastatin 5 y 10 mg; Lovastatin 10, 20 y 40 mg y Fluvastatin 20 y 40 mg.
- Prevención de cáncer colorrectal: recetas de gastroenterólogos de preparaciones intestinales para procedimiento de colonoscopia en adultos de 50 años o más solo se cubrirán los siguientes medicamentos con leyenda - Suprep y PEG (polyethylene Glycol).
- Medicamentos para Profilaxis Pre-Exposición para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV PrEP) Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil Fumarate 200mg/300mg, éste requiere preautorización para validación de diagnóstico. Solo estará cubierto la tableta genérica bioequivalente.

  Para más información sobre los medicamentos preventivos a los que aplican estas disposiciones de ley, puede acceder el siguiente enlace: http://www.healthcare.gov/center/regulations/prevention.html.

- Este plan cubre los medicamentos con leyenda federal para cumplir con la Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las Personas con Autismo (conocida como Ley BIDA), sujeto a los copagos y coaseguros establecidos en este endoso.

- Buprenorfina

- La cantidad de medicamentos provistos conforme a una receta original está limitada a un abastecimiento de quince (15) días para medicamentos agudos y treinta (30) días para los medicamentos de mantenimiento.

- La cantidad de medicamento de mantenimiento es provista conforme a la receta original y hasta cinco (5) repeticiones, todas con abastecimiento de 30 días en un periodo de un año desde la fecha original de la receta. El médico tiene que indicar en la receta la cantidad de repeticiones.

- El abastecimiento de noventa (90) días aplica a algunos medicamentos de mantenimiento, como medicamentos para Hipertensión, Diabetes (insulina y tabletas orales), Tiroides, Colesterol, Epilepsia (Anticonvulsivos), Estrógeno, Alzheimer (no aplican los parchos), Parkinson,

Osteoporosis, Próstata, Inhibidores de aromatasa, Anti-Estrógenos, Asma (tabletas y líquido, excluye inhaladores y nebulizador) y Anticoagulantes (excluye warfarina); despachados a través de los programas de Envío de Medicamentos por Correo o Despacho de Medicamentos para 90 días en Farmacias (excepto insulinas que no pueden ser enviadas por correo). No aplica a los Productos Especializados en los Niveles 4 y 5.

- Este beneficio de farmacia puede estar sujeto a un deducible anual (Ej. $75 individual). Favor refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros en este endoso. **El "deducible anual"** es la cantidad que la persona asegurada debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte. Cuando la persona asegurada recibe el despacho de su primer medicamento en el año póliza, paga el costo total de sus medicamentos hasta que alcance la cantidad establecida (Ej. $75 individual). Las cubiertas de farmacia pueden tener un primer nivel de cubierta (Ej. $800 por contrato individual y $2,100 familiar). Esto significa que:

  a. Si la cubierta de farmacia tiene un deducible anual, el primer nivel de cubierta comienza cuando la persona asegurada haya alcanzado el deducible y hasta que el plan pague la cantidad establecida (Ej. $800 por contrato individual y $2,100 familiar).

  b. Si la cubierta de farmacia no tiene deducible anual, el primer nivel de cubierta comienza desde que la persona asegurada recibe el despacho de su primer medicamento en el año póliza hasta que el plan pague la cantidad establecida (Ej. $800 por contrato individual y $2,100 familiar).

  c. En ambos casos, toda vez que la persona asegurada empieza el primer nivel de cubierta, es responsable por los copagos y coaseguros según el nivel de los medicamentos hasta que el plan pague la cantidad establecida (Ej. $800 por contrato individual y $2,100 familiar).

  d. Una vez acumulada la cantidad establecida en el primer nivel de cubierta (Ej. $800 por contrato individual y $2,100 familiar), la persona asegurada debe pagar un coaseguro para todos los medicamentos cubiertos por el resto del año póliza, según se establece en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros de este endoso.

  e. Estos deducibles, copagos y coaseguros no aplican a los Servicios Preventivos con $0 copago, según requerido por las leyes federales *Patient Protection and Affordable Care Act* y la *Healthcare and Education Act*, y según establecido por el *United States Preventive Services Task Force*. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros de este endoso.

DESEMBOLSO MÁXIMO

- Toda organización de seguros de salud o asegurador que provee beneficios de medicamentos de receta, manejador o administrador de beneficios de farmacia o cualquier entidad a la que se le haya delegado la administración o manejo de los servicios o beneficios de farmacia, incluirán en el cálculo o en el requisito de la contribución o costo compartido ("cost sharing, out-of-pocket maximum"), cualquier pago, descuento o partida que forme parte de un programa de asistencia financiera, plan de descuentos, cupones, o cualquier aportación ofrecida al asegurado por el manufacturero. Estas partidas se considerarán en beneficio exclusivo del paciente en el cálculo de su aportación, gastos de bolsillo, copagos, co-aseguros, deducible o en el cumplimiento con requisitos de aportación compartida. Estas aportaciones, descuentos y cupones del manufacturero estarán disponibles y podrán ser utilizados en todos los proveedores de salud, conforme a los requisitos del programa, sin importar el lugar de adquisición del descuento o cupón. Se prohíbe el uso del acumulador de beneficios, maximizador o cualquier otro programa similar que tenga el efecto de implementar una restricción a la responsabilidad establecida en este inciso.

PROCEDIMIENTOS DE MANEJO

- Algunos medicamentos de receta están sujetos a un procedimiento de manejo. Triple-S Salud provee a las personas aseguradas, y como parte de la información provista en este endoso, la Lista de Medicamentos Supreme 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 la persona asegurada trate primero un medicamento de primer paso como terapia para su condición antes de que cubramos otro medicamento de segundo paso para esa condición. Este programa requiere la utilización de medicamentos sin leyenda federal (OTC, por sus siglas en inglés) u otros medicamentos genéricos o de marca como primer paso antes de utilizar otros medicamentos de segundo paso para ciertas condiciones médicas; esto se conoce como medicamentos de primer paso en el programa de terapia escalonada. 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, pero no se limitan a, las estatinas para el colesterol, 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 Supreme de Triple-S Salud.

   Este programa aplica a las personas aseguradas que utilizan el medicamento por primera vez, o si ha transcurrido un periodo mayor de seis (6) meses de haber utilizado alguno de los medicamentos. El programa tiene el propósito de establecer cuándo se cubren medicamentos de segundo paso, y no de intervenir con las recomendaciones de tratamiento del médico que atiende a la persona asegurada. Los medicamentos de segundo paso son aquellos que se utilizan una vez la persona asegurada haya utilizado los medicamentos de primer paso los cuales no le proveyeron el beneficio terapéutico requerido. La persona asegurada tiene 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 es procesada y aprobada. En el caso de los medicamentos de segundo paso, si la persona asegurada ha utilizado medicamentos de primer paso en los últimos seis (6) meses, éstos son procesados y aprobados. Si no ha utilizado medicamentos de primer paso, la farmacia le informará a la persona asegurada que debe utilizar medicamentos de primer paso. El médico, luego de evaluar el caso de la persona asegurada, 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 una persona asegurada con o sin cubierta previa bajo otro Plan de Salud que incluía cubierta de medicamentos se suscribe a Triple-S Salud y utilizaba un medicamento de segundo paso, debe evidenciar que ha estado utilizando el medicamento de segundo paso. La farmacia o la persona asegurada 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 (PA)**: Ciertos medicamentos necesitan una preautorización para ser obtenidos por el paciente. Los mismos se identifican en la Lista de Medicamentos Supreme con PA (requiere preautorización), en cuyo caso, la farmacia gestiona la preautorización antes del despacho del medicamento a la persona asegurada. La farmacia también nos contacta para obtener autorización por cambios en dosis y cuando los cargos exceden los $750 por receta despachada para evitar errores de facturación.

   Los medicamentos que requieren preautorización usualmente son aquellos que presentan efectos adversos, 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 con 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 con 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 debe ser un gastroenterólogo o infectólogo quien recete el medicamento. Estos límites de especialidad se establecen de acuerdo con la literatura médica actual.

e. **Límites de edad (AL, por sus siglas en inglés)**: En la Lista de Medicamentos Supreme hay incluidos medicamentos asociados a las iniciales AL. AL significa que estos medicamentos tienen un límite de edad.

f. **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 de Farmacias Especializadas de Triple-S Salud. El propósito de este programa es ayudar a las personas aseguradas 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 siguientes:

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

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 con 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 de Farmacias Especializadas, favor referirse al Directorio de Proveedores de Triple-S Salud, visite nuestro portal de internet en www.ssspr.com o llame a Servicio al Cliente.

  Pueden existir otros requisitos del plan que pueden afectar la cubierta de determinados medicamentos de receta en específico. Favor referirse a la sección de Exclusiones del Beneficio de Farmacia o a la Lista de Medicamentos Supreme para más información.

g. **Programa de Triple-S en Casa:** Triple-S en casa es un servicio de entrega de medicamentos recetados no especializados que se ofrece exclusivamente a los asegurados de Triple-S Salud con beneficio de farmacia. Este servicio está diseñado para mejorar la experiencia del paciente mientras simplifica la dispensación de tus recetas y manejo de medicamentos. Tendrás acceso al Programa registrándote al servicio, a través de la aplicación móvil Triple-S en Casa. Aceptamos recetas electrónicas enviadas por tu médico o recetas impresas enviadas a través de la aplicación móvil Triple-S en casa. Puedes optar por recibir los medicamentos directamente en tu hogar, oficina o alguna otra dirección de tu elección. Se hacen entregas en todos los municipios de Puerto Rico excepto Vieques y Culebra. El Programa Triple-S en Casa no tiene un costo adicional; tu copago y coaseguro de los medicamentos será el correspondiente a tu beneficio de farmacia.

Estructura del Beneficio de Farmacia y Despacho de Medicamentos

Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros en este endoso para los copagos y coaseguros correspondientes.

Abastecimiento para 30 días

- Nivel 1 - Medicamentos Genéricos
- Nivel 2 - Medicamentos de Marca Preferidos
- Nivel 3 - Medicamentos de Marca No Preferidos
- Nivel 4 - Productos Especializados Preferidos
- Nivel 5 - Productos Especializados No Preferidos
- Quimioterapia oral
- Programa de medicamentos *Over-The-Counter.*
- Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico limitados a los que se encuentran en la lista.

TABLA DE DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS

Usted es responsable de lo siguiente:

Estructuras de Niveles Aplicables al Beneficio de Farmacia	
Abastecimiento para 30 días	**Copagos/ Coaseguros**
Nivel 1 - Medicamentos Genéricos	$5.00
Nivel 2 - Medicamentos de Marca Preferidos	$10.00
Nivel 3- Medicamentos de Marca No Preferidos	20% mínimo $20.00
Nivel 4 - Productos Especializados Preferidos	20% máximo $100.00
Nivel 5 - Productos Especializados No Preferido	20% máximo $100.00
Quimioterapia oral	0%
Programa de medicamentos Over-The-Counter	$0.00
Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo los anticonceptivos con receta del médico según la Lista de Medicamentos Preventivos.	$0.00

Nota: En algunos casos, puede aplicar el copago o coaseguro hasta un máximo establecido por medicamento o luego de haber consumido una cantidad monetaria fija por persona asegurada, aplica un coaseguro.

Programas para el Suplido Extendido de Medicamentos de Mantenimiento a 90 días

Triple-S Salud ofrece programas para el despacho de 90 días en algunos medicamentos de mantenimiento. Los medicamentos de mantenimiento aplican para las siguientes condiciones: Hipertensión, Diabetes (insulina y tabletas orales), Tiroides, Colesterol, Epilepsia (Anticonvulsivos), Estrógeno, Alzheimer (no aplican los parchos), Parkinson, Osteoporosis, Próstata, Inhibidores de aromatasa, Anti-Estrógenos, Asma (tabletas y líquido, excluye inhaladores y nebulizador) y Anticoagulantes (excluye warfarina). No aplica a los productos especializados. Las personas aseguradas de Triple-S Salud tienen la flexibilidad de seleccionar la opción de preferencia para el recibo de algunos medicamentos de mantenimiento a través de: las farmacias participantes o en la comodidad de su hogar registrándose en el Programa de Farmacia de Triple-S Salud por correo *Mail Order* (excepto insulinas que no pueden ser enviadas por correo) o por Triple-S en Casa.

Programa de despacho de medicamentos a 90 días: Este programa de suplido extendido le permite a la persona asegurada obtener un suministro de 90 días para algunos medicamentos de mantenimiento a través de sus farmacias participantes. El Programa cuenta con una red de farmacias alrededor de toda la Isla las cuales incluyen farmacias de cadenas y farmacias independientes de la comunidad.

Estructuras de Niveles Aplicables al Beneficio de Farmacia	
Abastecimiento para 90 días	**Copagos/ Coaseguros**
Nivel 1 - Medicamentos Genéricos	$10.00
Nivel 2 - Medicamentos de Marca Preferidos	$20.00
Nivel 3- Medicamentos de Marca No Preferidos	20% mínimo $60.00
Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo los anticonceptivos con receta del médico según la Lista de Medicamentos Preventivos.	$0.00

Programa de envío de medicamentos por correo (*Mail Order*): Bajo este programa la persona asegurada recibe 90 días de sus medicamentos de mantenimiento en su hogar u otro lugar de preferencia y puede ordenar las repeticiones de sus medicamentos por correo o por teléfono. El envío de los medicamentos es libre de costo y la persona asegurada obtiene ahorros en sus copagos. No aplica a insulinas debido a que no pueden ser enviadas por correo.

Triple-S en Casa: Bajo este programa la persona a través de una aplicación en su celular inteligente puede gestionar 90 días de suplido de sus medicamentos de mantenimiento en su hogar u otro lugar de preferencia, con entrega al siguiente día. P**ara recibir información llame al 1-888-525.4842.**

Abastecimiento para 90 días

- Nivel 1 - Medicamentos Genéricos
- Nivel 2 - Medicamentos de Marca Preferidos
- Nivel 3 - Medicamentos de Marca No Preferidos
- Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo los anticonceptivos orales aprobados por la FDA con receta del médico.

Farmacia Para Pedidos Por Correo	
Abastecimiento para 90 días	**Copagos/ Coaseguros**
Nivel 1 - Medicamentos Genéricos	$10.00
Nivel 2 - Medicamentos de Marca Preferidos	$20.00
Nivel 3- Medicamentos de Marca No Preferidos	20% mínimo $60.00
Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo los anticonceptivos con receta del médico según la Lista de Medicamentos Preventivos.	$0.00

*Favor referirse a la Lista de Medicamentos

PREAUTORIZACIONES PARA MEDICAMENTOS

Ciertos medicamentos necesitan una preautorización para ser adquiridos por la persona asegurada. Los medicamentos que requieren preautorizar 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. Los medicamentos que requieren una preautorización están identificados en la Lista de Medicamentos Supreme 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 la persona asegurada tiene alguna duda sobre si se debe o no tramitar una preautorización, o si necesita información adicional, debe llamar al Departamento de Servicio al Cliente al (787) 774-6060.

PROCEDIMIENTO DE TRÁMITE DE PREAUTORIZACIONES PARA MEDICAMENTOS

Triple-S Salud tiene no más de 72 horas (3 días) luego de haber recibido toda la documentación requerida de medicamentos para lo siguiente:

1) Evaluar la documentación recibida
2) De ser necesario se solicitará información adicional al médico, persona asegurada o farmacia
3) Notificarle su determinación

De no recibir la documentación solicitada en 72 horas para la evaluación del medicamento, Triple-S Salud envía una notificación la cual indica que tiene 5 días calendario para proveer la información a la persona asegurada, farmacia y médico.

Si Triple-S Salud recibe toda la documentación requerida y no toma una determinación respecto a la solicitud de preautorización, ni notifica dentro del tiempo establecido (72 horas; 36 horas para medicamentos controlados), la persona asegurada tiene 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 toma 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 mantiene la cubierta con los mismos términos y continuadamente. Esto, mientras se le siga recetando el medicamento, se considere un tratamiento seguro y hasta que se hayan agotado los límites de los beneficios aplicables.

PROCESO DE EXCEPCIÓN A LA LISTA DE MEDICAMENTOS SUPREME

La persona asegurada puede solicitar a Triple-S Salud que haga una excepción a las reglas de cubierta siempre y cuando el medicamento no sea una exclusión. 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 la persona asegurada puede solicitar:

- Cubrir su medicamento aun cuando éste no esté en nuestra Lista de Medicamentos Supreme y no sea una exclusión.
- Cubrir su medicamento que ha sido o será descontinuado de la Lista de Medicamentos Supreme por motivos que no sean de salud o porque el manufacturero no puede suplirlo o lo haya retirado del mercado.
- Una excepción de manejo que implica que el medicamento recetado no está cubierto hasta que se cumpla con el requisito de terapia escalonada o que tenga un límite en la cantidad permitida.
- Una excepción de terapia duplicada si existe un cambio de dosis o le recetan otro de la misma categoría terapéutica.
- Medicamentos cuyos usos no tienen aprobación del FDA *(Food and 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?

La persona asegurada, su representante autorizado o su médico pueden solicitar una petición de excepción a través de:

- **Llamadas telefónicas al 787-749-4949**: Se le ofrece orientación sobre el proceso a seguir para solicitar una excepción.
- **Fax 787-774-4832** del Departamento de Farmacia: Debe enviar toda la documentación para evaluar la solicitud e incluir número de contrato.
- **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 debe proveer la siguiente información:

- Nombre del paciente
- Número de contrato
- Diagnóstico primario
- Razón por la cual no puede utilizar ningún medicamento de receta en la Lista de Medicamentos Supreme que sea una alternativa clínicamente aceptable para tratar la enfermedad o condición médica de la persona asegurada.

- El medicamento de receta alternativo que figura en la Lista de Medicamentos Supreme o que se requiere conforme a la terapia escalonada:

  - Ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o, a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen de la persona asegurada 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 de la persona asegurada

  - Ha causado o, según la evidencia clínica, médica y científica, es muy probable que cause una reacción adversa u otro daño a la persona asegurada.

  - La persona asegurada ya se encontraba en un nivel más avanzado en la terapia escalonada de otro plan médico, por lo cual es irrazonable requerirle comenzar de nuevo en un nivel menor de terapia escalonada.

  - La dosis disponible según la limitación de dosis del medicamento de receta ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona asegurada o, a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen de la persona asegurada y las características conocidas del régimen del medicamento de receta, es muy probable que sea ineficaz, o se afecta la eficacia del medicamento de receta o el cumplimiento por parte de la persona asegurada.

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

1. Al recibir una solicitud de excepción médica, Triple-S Salud se asegurará de que sea revisada por profesionales de la salud adecuados, quienes, al hacer su determinación de la solicitud, considerarán los hechos y las circunstancias específicas aplicables a la persona asegurada para la cual se presentó la solicitud, usando criterios documentados de revisión clínica que:

   - Se basan en evidencia clínica, médica y científica sólida; y las guías de práctica pertinentes a tenor con las leyes estatales, federales y reglamentos correspondientes; y siempre y cuando el servicio provisto sea reconocido por las normas generalmente aceptadas de la práctica médica y de la salud, a la luz de los medios modernos de comunicación y enseñanza.

2. Los profesionales de la salud designados por Triple-S Salud para revisar las solicitudes de excepción médica, se asegurarán de que las determinaciones tomadas correspondan a los beneficios y exclusiones que se disponen en el plan médico de la persona asegurada. Estos profesionales deberán poseer experiencia en el manejo de medicamentos. Las referidas determinaciones deberán constar en un informe en el cual se hará constar las cualificaciones de los profesionales de la salud que hicieron la determinación.

3. Triple-S Salud tomará la determinación de la solicitud presentada y notificará a la persona asegurada o su representante personal con la premura que requiere la condición médica pero no más tarde de 48 horas de haber recibido toda la información requerida desde la fecha del recibo de la solicitud o comunicación del médico que emite la receta, la fecha que sea posterior. En el caso de los medicamentos controlados no excederá de 24 horas.

   - Triple-S Salud solicita al médico o farmacia la información clínica requerida para evaluar su solicitud mediante teléfono, facsímile o algún otro medio electrónico.

- En caso de que la persona asegurada sea la que sometió la petición, y sea necesario obtener información adicional para completar la evaluación del medicamento, se contacta a la persona asegurada mediante llamada telefónica, se le indica la información adicional que debe ser suplida por el médico para evaluar el caso, el tiempo que tiene para enviarla y el número de fax al cual debe referirla.

- Si la información clínica requerida no es recibida en un periodo de 48 horas, procedemos a cerrar la solicitud y se le notifica inmediatamente a la persona asegurada y si fuera aplicable, a su representante personal y al médico que expide la receta. La notificación incluye el detalle de la información que falta. El cierre de la solicitud no significa que la persona asegurada no pueda presentar nuevamente la reclamación.

- La forma de solicitud de excepción está disponible libre de costo en **www.ssspr.com**. En la sección Herramientas para Ti que se encuentra en la parte inferior de la página principal están los Formularios para Personas Aseguradas donde está la forma de solicitud médica, así como en la Lista de Medicamentos.

- Triple-S tendrá la obligación de ofrecer cubierta **inmediata temporera para una receta inicial del medicamento recetado durante el proceso de solicitud de excepciones médicas** y hasta que notifique por escrito su determinación final, cuando el médico o profesional de la salud que expidió la receta haga constar por escrito que el medicamento de receta solicitado es médicamente necesario para el tratamiento de la enfermedad o condición de la persona cubierta o asegurado; aun cuando dicho medicamento de receta sea de los cuales se excluya del formulario de medicamentos del plan médico de la persona cubierta o asegurado o esté sujeto a un procedimiento de manejo de medicamentos de receta.

4. Si Triple-S Salud no toma una determinación respecto a la solicitud de excepción médica, ni la notifica dentro del periodo antes mencionado:

   - La persona asegurada tendrá por un término de 30 días, derecho al suministro del medicamento de receta objeto de la solicitud, y según el suministro sea solicitado o recetado, o en caso de terapia escalonada, por los términos que disponga la cubierta.

   - Triple-S Salud tomará una determinación con respecto a la solicitud de excepción médica antes de que la persona asegurada termine de consumir el medicamento suministrado.

5. Si Triple-S Salud no toma una determinación con respecto a la solicitud de excepción médica, ni notifica la determinación antes de que la persona asegurada termine de consumir el medicamento suministrado, deberá mantener la cubierta en los mismos términos y continuadamente, mientras se siga recetando el medicamento a la persona asegurada y se considere que el mismo sea seguro para el tratamiento de su enfermedad o condición médica, a menos que se hayan agotado los límites de los beneficios aplicables.

6. Si Triple-S Salud aprueba una solicitud de excepción médica, proveerá cubierta para el medicamento y no requerirá que la persona asegurada 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 por el año póliza.

7. Triple-S Salud no establece un nivel de copago o coaseguro que sea aplicable solamente a los medicamentos de receta aprobados mediante solicitud de excepción.

8. Toda denegación de una solicitud de excepción:

   - Se notificará a la persona asegurada o, si fuera aplicable, a su representante personal, por escrito, o por medios electrónicos, si la persona asegurada ha acordado recibir la información por esa vía.

   - Se notificará al prescribiente por medio electrónico o a su solicitud, por escrito.

   - Se podrá apelar. En la notificación de denegación se le informa a la persona asegurada su derecho a presentar una solicitud de apelación para la denegación según establecido en la póliza, a la cual se aneja este endoso, en la sección Apelaciones de Determinaciones Adversas de Beneficios.

9. Proceso de notificación de la determinación de cubierta

   El proceso de notificación de denegación de casos que no cumplen con los criterios establecidos por cubierta fuera de la Lista de Medicamentos, preautorización, terapia escalonada, límite de cantidad, terapia duplicada, uso no aprobado por la FDA, incluye:

   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, así como la evidencia clínica, médica y científica 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 y procedimientos para presentar una solicitud de apelación para la denegación.

10. El Departamento de Farmacia de Triple-S Salud tiene registros escritos o electrónicos que documentan el proceso de solicitud de excepción.

EXCLUSIONES DEL BENEFICIO DE FARMACIA SUPREME 2023

Las exclusiones de la póliza, a la cual se aneja este endoso, 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 es responsable por los gastos correspondientes a los siguientes beneficios:

1. Medicamentos que no contengan la leyenda, excepto los incluidos en el Programa de OTC de Triple-S Salud.

2. Cargos por instrumentos artificiales, agujas hipodérmicas, jeringuillas, tirillas, lancetas, 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:

   a. Medicamentos con fines cosméticos o cualquier producto relacionado con el mismo fin (hydroquinone, efformitine, monobenzone, dihydroxyacetone, Onabotulinumtoxin A, Botulinum A toxin y bimatropost).

   b. Productos de fluoruro para uso dental (excepto para menores entre las edades de 6 meses y 5 años)

   c. Condiciones dermatológicas como pediculosis y escabicidas (lindane, permetrine, crotamiton, malathion, ivermectin y spinosad), productos para el tratamiento de la caspa que incluyan champú (phyrithione zinc 1%, glycolic acid, seleniusulfide, sulfacetamine sodium), lociones y jabones, tratamientos de alopecia (calvicie) como Rogaine® (minoxidil topical soln), finasteride, Olumiant.

   d. Medicamentos para el dolor Nubain® y Stadol®.

   e. Productos para el control de la obesidad y otros medicamentos utilizados en este tratamiento (benzphetamine, diethylpropion, lorcaserin, orlistat, liraglutide phendimetrazine, phentermine, sibutramine, naltrexone-bupropiony mazindol).

   f. Productos dietéticos (Foltx®, Metans®, Folbalin Plus® y Cerefolin®)

   g. Medicamentos para el tratamiento de infertilidad (follitropin, clomiphene, menotropins, urofollitropin, ganirelix,cetrorelix acetate progesterone vaginal insert, leuprolide acetate inj kit 5 mg/ml (1mg/0.2ml)), y fertilidad

   h. Impotencia (tadalafil, vardefanil, sildefanil, avanafil).

   i. Implantes (goserelin, mometasone furoate nasal implant, buprenorphine hcl subdermal implant, dexamethasone intravitreal implant, fluocinolone acetonide intravitreal implant, autologous cultured chondrocytes for implantation, testosterone, estradiol, fluocinolone acetonide intravitreal, etonogestrel subdermal implant). En adición, cualquier otro que sea aprobado por la FDA.

   j. Implante intracaneal carmustina (se utiliza para tratar glioma maligno o glioblastoma multiforme, un tipo de tumor cerebral (su versión inyectable se cubre bajo la cubierta básica)

   k. Implantes intratecales (nusinersen, poractant alfa, baclofen, pentetate indium, ziconotide y calfactant)

   l. Dispositivos (sodium hyaluronate, hyaluronan e hylan)

m. Medicamentos utilizados en pruebas con fines diagnósticos (thyrotropin, dipyridamole IV 5mg/ml, gonadorelin HCl, cosyntropin, glucagón Diagnostic Injection Kit 1 MG (esto no aplica para pacientes diagnosticados con diabetes Mellitus tipo 1),, barium sulfate, diatrizoate, iohexol, iopoamidol, iopromide, lidodixanol, othalamate, loversol, manitol, technetium gadoterate, gadopentetate, gadodiamide, tricophyton,tropicamide, tuberculin,y antigenos, leuprolide acetate inj kit 5 mg/ml (1mg/0.2ml)).

n. Medicamentos para inmunización (hepatitis A & B, influenza, encephalitis, measels, mumps, poliovirus, papillomavirus, rabies, rotavirus, rubella, varicela, yellow fever, zoster, cholera, haemophilus b, lyme disease, meningococcal, plague, pneumococcal, typhoid, tetanous toxoid, diphteria, immune globulin, respiratory syncytial virus, palivizumab, pagademase bovine, stephage lyphates, Rho D immune Globuline) y sus combinaciones, así como las utilizadas para pruebas de alergia. Refiérase a la Sección Cubierta Estándar de Vacunación para Menores de Edad, Adolescentes y Adultos para conocer las inmunizaciones que se cubren por la cubierta médica en la póliza, a la cual se aneja este endoso.

o. Productos utilizados como vitaminas y suplementos nutricionales para uso oral (Dextrose, Lyposyn, Fructose, Alanicem, L-Carnitine, Trytophan, Cardiovid Plus, Glutamine), excepto algunas dosis de ácido fólico para las personas aseguradas 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.

p. Vitaminas orales: (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, flavonoides bioflavonoides) excepto las vitaminas prenatales, ácido fólico y las inyectables que están cubiertas.

q. Hormonas de Crecimiento (*somatropin, somatrem,tesamorelin acetate*)

r. Productos para el cuidado de heridas (collagen, dressing, silver pad, balsam, bismuth tribromophenate, wound cleansers or dressings,dimethicone-allatoin)

s. Las mezclas de dos (2) o más medicamentos que existen por separado o las formulaciones extemporáneas.

t. Agentes esclerosantes (talco intrapleural, ethanolamine, polidocanol, sodium tetradecyl)

u. Medicamentos clasificados como tratamiento para medicina alternativa (raíz de valeriana, muérdago europeo, glucosamina-condroitina-PABA-vit E y ácido alfa lipoico, coenzyme).

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 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 la persona asegurada que comúnmente ofrece el auspiciador de la investigación. Esto aplica aun cuando la persona asegurada 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 cubre los gastos médicos rutinarios del paciente según los términos y condiciones establecidos en este endoso. Gastos médicos rutinarios son aquellos gastos médicamente necesarios que se requieren para el estudio (ensayos clínicos) y que normalmente están disponibles para las personas aseguradas 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 con la cubierta establecida en este endoso.

5. Servicios prestados por farmacias no participantes en Puerto Rico.

6. Servicios prestados por farmacias fuera de Puerto Rico y Estados Unidos.

7. Repeticiones ordenadas por un dentista o podiatra.

8. Gastos por agentes antineoplásicos inyectables; están cubiertos bajo la Cubierta Básica de servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y ambulatorios.

9. Triple-S Salud se reserva el derecho a seleccionar aquellos medicamentos nuevos que estén disponibles en el mercado para incluirlos en su Lista de Medicamentos Supreme. Cualquier gasto por medicamentos nuevos no está cubierto hasta tanto el medicamento sea evaluado por el Comité de Farmacia y Terapéutica de Triple-S Salud siguiendo las reglas establecidas en el Capítulo 4 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. Este Capítulo requiere que el Comité de Farmacia y Terapéutica realice la evaluación de nuevos medicamentos de receta aprobados por la FDA en un término no mayor de 90 días, contados a partir de la fecha de aprobación emitida por la FDA. En ese término, Triple-S Salud emite su determinación en torno a si incluye o no en la Lista de Medicamentos Supreme el medicamento nuevo. Incluso, cualquier medicamento nuevo de las clasificaciones terapéuticas (categoría) excluidas se considerará también una exclusión.

10. Se excluyen la solución azul tripán (colorante azoico que se utiliza en tinciones histológicas permitiendo diferenciar entre células vivas de células muertas), lacosamida intravenosa Vimpat® (medicamento para tratar convulsiones), degarelix acetate iny, sodium tetradecyl, polidocanol, morrhuate sodium, (solución para diálisis peritoneal), 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), murruato 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). Se excluyen los medicamentos (su marca y genérico): Xuriden (tratamiento de aciduria orotic hereditaria y antídoto de fluorouracil y capecitabine), Signifor (tratamiento de acromegalia y enfermedad de Cushing), Cuprimine (tratamiento de artritis reumatoidea, enfermedad de Wilson y cystinuria), Austedo (tratamiento de enfermedad de Chorea-Huntington's), Lucentis intravitreal (tratamiento de enfermedades del ojo) Orkambi (tratamiento de fibrosis quística) Keveyis (tratamiento de glaucoma y paralisis periódica), Uptravi (tratamiento de hipertensión pulmonar), Impavido (tratamiento parásito de leishmaniasis), Darzalex (tratamiento de mieloma múltiple), Emflaza (tratamiento de distrofia muscular), HP-Acthar (tratamiento para espasmo infantil, esclerosis múltiple, gota, sarcoidosis y esclerosis lateral amiotrófica), Imyligic (tratamiento para melanoma), Tepezza (tratamiento para enfermedad ocular tiroidea), Givlaari (tratamiento para porfiria hepática aguda), Zokinvy (tratamiento para el síndrome Hutchinson-Gilford), Oxlumo (tratamiento para hiperoxaluria primaria, tipo I), Danyelza (tratamiento para neuroblastoma), Evkeeza (Hipercolesterolemia familiar), Nulibry (Deficiencia combinada de enzima molibdeno flavoproteína, Tipo A), Rebif (tratamiento para esclerosis multiple), Ilaris (artritis idiopática juvenil sistémica), Isturisa (tratamiento para enfermedad de Cushing), Elaprase (tratamiento para mucopolisacaridosis tipo II), Xyrem (tratamiento para narcolepsia), Ponvory (tratamiento para esclerosis multiple), Lupkynis (tratamiento para lupus nefritis), Aduhelm (tratamiento para enfermedad de Alzheimer), Bylvay (tratamiento para pruritos con colestasis intrahepática familia progresiva), Nexviazyme (para tratamiento de enfermedad Pompe), Leqvio (Hipercolesterolemia de baja densidad (LDL-C)), sabatolimab HR-MDS (síndrome mielodisplásico). Los medicamentos para cáncer: Ligelizumab (urticaria crónica), Pegunigalsidasa (tratamiento de la enfermedad de Fabry), Roxadustat (anemia en pacientes con CKD no dependiente (NDD-CKD) y

pacientes en diálisis), Cibinqo (dermatitis atópica), Opzelura (versión tópica para el tratamiento de dermatitis atópica), Saphnelo (Anifrolumab) (lupus eritematoso sistémico), Gefapixant (tos crónica), Korsuva (pruritos moderado a grave asociado con enfermedad renal crónica en determinadas poblaciones), Skytrofa (baja estatura debido a la secreción inadecuada de la hormona del crecimiento endógena), Tezspire (asma grave no controlada), Qulipta (migraña), Livmarli (prurito colestásico asociado con el síndrome de Alagille), Sotatercept (hipertensión pulmonar), Rezurock (Enfermedad de injerto contra huésped), Recarbio (tratamiento de infecciones), Scenesse (Protoporfiria eritropoyética, Krystexxa (Gota), Rukobia (HIV, artesunate (malaria), Uplizna Enspryng, (neuromielitis óptica), Oxbryta (Sickle cell anemia), Bamlanivimab, Imdevimab, Regen-COV, Cosentyx (tratamiento para psoriasis de placa/artritis), Vuity (tratamiento para presbicia), Rethymic (tratamiento para atimia congénita), Livmarli (tratamiento para prurito colestásico), Ryplazim (tratamiento para deficiencia de plasminógeno), Vyvgart (tratamiento para miastenia gravis generalizada), Cortrophin Gel (tratamiento para espasmo infantil, esclerosis múltiple, gota, sarcoidosis, polimiositis, síndrome nefrótico, artritis, espondilitis esquilosante, desordenes visuales y esclerosis lateral amiotrófica), Addyi (tratamiento de mujeres premenopáusicas con enfermedades adquiridas trastorno generalizado del deseo sexual hipoactivo), Vyleesi (tratamiento de mujeres premenopáusicas con enfermedades adquiridas trastorno generalizado del deseo sexual hipoactivo), Entereg (tratamiento post operatorio de ileus), Zynrelef (tratamiento para dolor somático post operatorio), Pyrukind (tratamiento para anemia hemolítica), Vabysmo (tratamiento para macular edema y degeneración macular), Enjaymo (tratamiento para anemia hemolítica autoinmune), Mozobil (movilizador de células madre hematopoyéticas), Somryst (tratamiento digital para insomnio crónico), Remicade (tratamiento para crohn's y colitis ulcerosa, solo aplica al medicamento de marca), Simponi (tratamiento para artritis reumatoide, psoriasis artrítica y colitis ulcerosas), Tremfya (tratamiento para psoriasis y psoriasis artrítica), Yohimbine, Alprostadil (tratamiento para disfunción eréctil).

11. Productos utilizados para tratamiento de trombocitopenia púrpura idiopática (Promacta, Nplate, Tavalisse)

12. Productos utilizados para tratamiento para amiloidosis (Vyndamax).

13. Productos utilizados para tratamiento para esclerosis lateral amiotrófica (Radicava).

14. Productos utilizados para tratamiento para fibrosis pulmonar idiopática (Ofev, Esbriet).

15. Productos utilizados para tratamiento de hemoglobinuria noctuna paroxismal (Soliris, Ultomiris, Empaveli).

16. Productos utilizados para tratamiento para colangitis biliar primaria (Ocaliva).

17. Productos utilizados para tratamiento de atrofia muscular espinal (Spinraza, Zolgensma, Evrysdi).

18. Productos utilizados para tratamiento de Distrofia muscular de Duchenne (Exondys 51, Vyondys 53, Viltepso, Amondys 45).

19. Productos utilizados para tratamiento de Angioedema Hereditario (Takhzyro, Cynryze, Firazyr, Orladeyo, Kalbitor, Ruconest, Berinert, Haegarda).

20. Antihemofílicos no se cubrirá para tratamiento de profilaxis.

21. Productos utilizados para tratamiento de enfermedad Gaucher (Vpriv, Zavesca/Miglustat, Cerezyme, Elelyso, Ceredase, Cerdelga).

22. Medicamentos utilizados para trasplante de órganos y tejidos (cyclosporine modified, tacrolimus, sirolimus, cyclosporine, mycophenolate sodium, everolimus, azathioprin, belatacept y basiliximab).

23. Productos utilizados para el tratamiento de abstención del hábito de fumar (varenicicline). Es una exclusión categórica excepto los 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).

24. Sangre y sus componentes (hetastarch 6%/nacl IV, rehomacrodex IV, albúmina humana y fracciones de proteínas Plasmáticas).

25. Un medicamento cuando la FDA ha determinado que su uso es contraindicado para el tratamiento de la indicación para la cual se prescribe.

26. Tratamiento para los síntomas de ataques repentinos de porfiria relacionados con el ciclo menstrual (*Hemin, Panhematin*).

27. Terapia de genes: Cualquier tratamiento, medicamento o dispositivo que altere los genes del cuerpo, la corrección genética o expresión de los genes (Abecma, Breyanzi, Imlygic, Luxturna, Tecartus, Yescarta, Zolgensma, Carvykti (ciltacabtagene autoleucel))

28. Terapia de células: cualquier tratamiento donde ocurra la transferencia de células vivas intactas a un paciente para ayudar a aliviar o curar una enfermedad. Las células pueden provenir del paciente (células autólogas) o de un donante (células alogénicas) (Allocord, Clevecord, Ducord, Gintuit, Hemacord, Kymriah, Laviv, Maci, Provenge, Ryplazim, StrataGraft).

29. Terapia de células T con receptor de antígeno quimérico (CAR-T por sus siglas en inglés): cualquier tratamiento o terapia donde se modifique las propias células inmunitarias del paciente (células T) para expresar un receptor en su superficie que reconoce estructuras (antígenos) en la superficie de las células malignas (Carvykti (ciltacabtagene autoleucel)).

TRIPLE-S SALUD, INC.

(que en adelante se denominará como Triple-S Salud)

1441 Ave. Roosevelt, San Juan, Puerto Rico

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

Endoso Cubierta Dental

Nombre del Grupo: ODP International LLC

Núm. de Grupo: SP0001833 (ORV1) **Fecha de Efectividad: 1 de enero de 2024**

Este endoso forma parte de la póliza a la cual se adhiere y se emite en consideración al pago de una prima adicional correspondiente y por adelantado. El mismo está sujeto a los términos y condiciones de la póliza que no estén en conflicto con los términos y condiciones de este endoso y se emite de conformidad con las políticas de pago establecidas por Triple-S Salud.

Este documento le ayuda a conocer los beneficios que le provee este endoso dental para usted y sus dependientes elegibles.

Le exhortamos a que se familiarice con este documento y lo mantenga a su alcance para referencia y a que consulte con su dentista las políticas establecidas por Triple-S Salud para los servicios cubiertos.

Firmado a nombre de Triple-S Salud, por su Presidente.

Justice Thurman
Presidente de Triple-S Salud

DEFINICIONES

1. **BENEFICIO MÁXIMO**: Cantidad máxima de beneficios a pagarse de por vida, o por año póliza.

2. **DENTISTA:** Odontólogo legalmente autorizado a practicar la profesión de dentista.

3. **DENTISTA NO PARTICIPANTE:** Dentista con licencia regular que no haya firmado contrato con Triple-S Salud para prestar servicios dentales.

4. **DENTISTA PARTICIPANTE:** Dentista con licencia regular expedida por la entidad gubernamental designada para estos propósitos y miembro *bonafide* del Colegio de Cirujanos Dentistas de Puerto Rico, que haya firmado contrato con Triple-S Salud para prestar servicios dentales.

5. **COASEGURO:** Por ciento de los honorarios establecidos que paga la persona asegurada directamente al dentista al momento de recibir los servicios, de acuerdo al Resumen de Coaseguros que se presenta al final de este endoso.

6. **ESCALA DE HONORARIOS**: Aquellos honorarios establecidos por Triple-S Salud para los servicios cubiertos por este endoso. Tanto el dentista participante como la persona asegurada se comprometen a aceptar estos honorarios como pago total por cada servicio cubierto en el endoso dental. Estos honorarios están sujetos a los términos y condiciones especificadas en este endoso.

7. **ORTODONCIA:** Rama de la odontología relacionada con el diagnóstico y tratamiento necesario para 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:** Informe detallado de los procedimientos recomendados por el dentista para el tratamiento de las necesidades dentales de la persona asegurada, encontradas en el examen realizado por el mismo dentista.

10. **PREDETERMINACIÓN O PREDETERMINACIÓN DE SERVICIOS:** Evaluación del plan de tratamiento sugerido por el dentista antes de la prestación de los servicios, para determinar los gastos que Triple-S Salud cubre.

SERVICIOS DENTALES CUBIERTOS

Refiérase a las secciones de limitaciones y exclusiones que prevalecen sobre los beneficios descritos en esta sección. Los beneficios que se cubren están sujetos a las políticas de pago establecidas por Triple-S Salud. Le exhortamos a que antes de recibir un servicio se oriente con su dentista para las reglas y limitaciones que aplican, según el Manual del Dentista Participante.

La ley Núm. 352 de 22 de diciembre de 1999 requiere a las aseguradoras que provean cubierta para servicios de anestesia general, servicios de hospitalización y servicios dentales que honren la cubierta de anestesia general y servicios de hospitalización en determinados casos de procedimientos dentales cubiertos para menores de edad, adolescentes o personas con impedimentos físicos o mentales. Se cubrirán estos servicios en los siguientes casos, según establecidos en la ley:

- Cuando un dentista pediátrico, un cirujano oral o maxilofacial miembro de la facultad médica de un hospital, licenciado por el Gobierno de Puerto Rico, conforme a la Ley Núm. 75 de 8 de agosto de 1925, según enmendada, determine que la condición o padecimiento del paciente es significativamente compleja conforme a los criterios establecidos por la Academia Americana de Odontología Pediátrica;

- Cuando el paciente por razón de edad, impedimento o incapacidad está imposibilitado de resistir o tolerar dolor, o cooperar con el tratamiento indicado en los procedimientos dentales;

- Cuando el infante, menor de edad, adolescente o persona asegurada con impedimento físico o mental tenga una condición médica en que sea indispensable llevar a cabo el tratamiento dental bajo anestesia general en un centro quirúrgico ambulatorio o en el hospital, que de otra forma podría representar un riesgo significativo a la salud del paciente;

- Cuando la anestesia local sea inefectiva o contraindicada por motivo de una infección aguda, variación anatómica o condición alérgica;

- Cuando el paciente sea un infante, menor de edad, adolescente, persona con impedimento físico o mental, y se encuentre en estado de temor o ansiedad que impida llevar a cabo el tratamiento dental bajo los procedimientos de uso tradicional de tratamientos dentales y su condición sea de tal magnitud, que el posponer o diferir el tratamiento resultaría en dolor, infección, pérdida de dientes o morbilidad dental;

- Cuando un paciente haya recibido un trauma dental extenso o severo donde el uso de anestesia local comprometería la calidad de los servicios o sería inefectiva para manejar el dolor y aprehensión.

Este servicio requiere predeterminación y aplican los coaseguros correspondientes según establecido en el Resumen de Coaseguros al final de este endoso.

Los siguientes documentos deben ser enviados a Triple-S Salud para la evaluación correspondiente:

- Diagnóstico de la persona asegurada
- Condición médica de la persona asegurada
- Razones que justifican que el asegurado reciba anestesia general para realizar el tratamiento dental de acuerdo a los criterios establecidos previamente.

Triple-S Salud tiene hasta dos (2) días laborables a partir de la fecha en que se reciban los documentos para aprobar o denegar la solicitud.

A. SERVICIOS DIAGNÓSTICOS

1. Evaluación comprensiva inicial
2. Evaluación periódica
3. Evaluación oral limitada (emergencia)
4. Imágenes radiográficas periapicales individuales y de mordida (*bitewings*)
5. Imagen radiográfica panorámica o serie completa de radiografías *(fullmouth)*
6. Imágenes radiográficas oclusales
7. Radiografía cefalométrica
8. Prueba de vitalidad

B. SERVICIOS PREVENTIVOS Y RESTAURATIVOS

1. Profilaxis dental (limpiezas)
2. Aplicación tópica de fluoruro a menores de 19 años de edad y adultos con condiciones especiales
3. Aplicación tópica de barniz de fluoruro a menores de 5 años de edad
4. Mantenedores de espacio fijos
5. Recementación mantenedores de espacio, *inlays,* coronas, poste y muñón
6. Construcción de poste y muñón
7. Restauraciones en amalgama (platificaciones) y resina compuesta en dientes anteriores y posteriores
8. Sellantes de fisura en dientes posteriores permanentes
9. Corona de acero inoxidable en dientes deciduos
10. Corona provisional
11. Restauración protectora (sedativa)
12. Reparación de coronas

C. SERVICIOS DE ENDODONCIA

1. Recubrimiento pulpar directo e indirecto
2. Apicoectomía anterior, bicúspide y molar
3. Apexificación
4. Tratamiento de canal y retratamiento a dientes anteriores, bicúspides y molares
5. Pulpotomía

D. SERVICIOS DE PERIODONCIA

1. Examen periodontal
2. Mantenimiento periodontal
3. Alisado radicular
4. Gingivectomía
5. Cirugía ósea

6. Injerto de hueso
7. Férula provisional extracoronal (*provisional splinting*)
8. Detartraje, presencia de inflamación de moderada a severa

Los gastos por servicios de periodoncia están cubiertos en conformidad con las tarifas establecidas para tales propósitos, hasta completar el beneficio máximo establecido y requieren predeterminación.

E. SERVICIOS DE PRÓTESIS

1. Dentaduras completas y parciales
2. Coronas individuales para dientes permanentes
3. Puentes fijos
4. Recementación de coronas y puentes fijos
5. Ajustes y reparaciones de coronas, puentes fijos, dentaduras completas y parciales removibles incluyendo rebasado/reline

F. SERVICIOS DE CIRUGÍA ORAL

1. Extracciones sencillas y quirúrgicas
2. Excisión gingiva pericoronal
3. Alveoloplastia
4. Remoción de exostosis
5. Frenulectomía

G. SERVICIOS GENERALES ADJUNTOS

1. Servicios dentales ofrecidos en un hospital o centro de cirugía ambulatoria (*hospital call*)
2. Aplicación de medicamento desensibilizante
3. Ajuste oclusal

H. SERVICIOS DE ORTODONCIA

1. Servicios diagnósticos (radiografías y modelos de estudio)
2. Tratamiento activo, incluye los aparatos necesarios
3. Tratamiento de retención posterior al tratamiento activo

REEMBOLSO

Los servicios de ortodoncia son reembolsados a la persona asegurada a razón del 100% del cargo sometido hasta completar el beneficio máximo establecido.

LIMITACIONES

A. SERVICIOS DIAGNÓSTICOS, PREVENTIVOS Y RESTAURATIVOS

1. La evaluación comprensiva inicial está cubierta una (1) cada tres (3) años. Puede repetirse por el mismo dentista/oficina luego de haber transcurrido tres (3) años de su última evaluación (inicial o periódica).

2. Evaluación de seguimiento o periódica y de emergencia están cubiertas hasta dos (2) por año póliza cada una, por persona asegurada y a intervalos de no menos de seis (6) meses desde la última fecha de servicio.

3. Las radiografías periapicales individuales se cubren hasta seis (6) por año póliza, por persona asegurada.

4. La serie completa de radiografías o la panorámica se cubren no más de una cada tres (3) años póliza, por persona asegurada, y estas son mutuamente excluyentes una de la otra.

5. Las radiografías de mordida están cubiertas hasta un (1) par por año póliza, por persona asegurada.

6. La profilaxis dental (limpieza) está cubierta hasta dos (2) por año póliza, por persona asegurada a intervalos de no menos de seis (6) meses desde la última fecha de servicio.

7. El tratamiento de fluoruro tópico o de barniz se cubre hasta dos (2) por año póliza a un intervalo no menos de seis (6) meses, y son mutuamente excluyentes.

8. Los sellantes de fisura se cubren para menores de 14 años uno de por vida, por diente, en dientes posteriores permanentes y no obturados en el oclusal.

9. Las restauraciones en amalgama (platificaciones) y de resina compuesta están cubiertas una (1) cada dos (2) años por diente y superficie.

10. Mantenedores de espacio fijos, se cubren para menores de 14 años, uno por cuadrante o arco, de por vida.

B. SERVICIOS DE ENDODONCIA

Las apicoectomías, tratamientos y retratamientos se cubren una de por vida, por diente.

C. SERVICIOS DE PERIODONCIA

1. Los servicios de periodoncia cubiertos están sujetos a un beneficio máximo de $1,000.00 por año póliza, por persona asegurada y requieren predeterminación.

2. La cantidad no utilizada en un año póliza no es transferible para el próximo año póliza.

3. El examen periodontal se considerará para pago uno (1) por persona asegurada por Periodoncista/Oficina de la misma especialidad. Puede repetirse luego de haber transcurrido 3 años desde la última evaluación periodontal comprensiva o periódica.

4. El mantenimiento periodontal se cubre uno cada seis (6) meses después de haber concluido la terapia activa.

5. El alisado radicular se cubre un servicio por cuadrante cada dos (2) años.

6. El detartraje se cubre una vez al año siempre que haya transcurrido por lo menos 12 meses desde el último mantenimiento periodontal o profilaxis dental (D1110).

7. La ferulización provisional extracoronal está cubierta hasta uno (1) por cuadrante cada tres (3) años.

8. Gingivoplastia y gingivectomía, hasta uno (1) de los dos servicios por cuadrante cada 3 años.

9. El *flap gingival* incluye el alisado radicular y está cubierto hasta uno (1) por cuadrante, cada 3 años mientras que el *flap posicional apical* se cubre uno por cuadrante, por vida.

10. Cirugía ósea, uno (1) por cuadrante cada 3 años.

11. Injerto de hueso, uno (1) por diente por vida y la membrana de tejido, uno (1) por cuadrante cada 3 años

12. Injerto de tejido libre, uno (1) por diente por vida

D. SERVICIOS DE PRÓTESIS

1. Los servicios de prótesis están cubiertos hasta un beneficio máximo de $1,000.00 por año póliza, por persona asegurada.

2. La cantidad no utilizada en un año póliza no es transferible para el próximo año póliza.

3. Coronas y puentes fijos están cubiertos uno (1) cada 5 años, por diente o área, sujetos a la predeterminación de servicios de Triple-S Salud. Para cubrir un puente fijo se requiere que estén presentes dientes naturales a ambos extremos del área desdentada.

4. Las dentaduras completas y removibles están limitadas a una (1) cada 5 años.

E. CIRUGÍA ORAL

1. La remoción del toro palatino se cubre uno (1) por arco maxilar cada 5 años

2. La remoción de exostosis lateral y la remoción de toro mandibular se cubren uno (1) por cuadrante cada 5 años.

F. SERVICIOS GENERALES ADJUNTOS

El servicio de *hospital call* está cubierto uno cada 6 meses para menores o personas aseguradas que no puedan recibir el servicio en una oficina dental por su condición de salud.

G. SERVICIOS DE ORTODONCIA

1. Los beneficios están disponibles únicamente para el empleado elegible y sus dependientes directos y están cubiertos sin límite de edad.

2. Los servicios de ortodoncia están sujetos a un beneficio máximo de por vida de $1,000.00 por persona asegurada.

PREDETERMINACIÓN DE SERVICIOS

Cuando la persona asegurada utilice los servicios de dentistas participantes, éstos se encargarán de solicitar la predeterminación a Triple-S Salud para aquellos servicios que la requieran antes de prestar los mismos.

INDEMNIZACIÓN A LA PERSONA ASEGURADA

Si la persona asegurada recibe servicios cubiertos de un cirujano-dentista no participante en Puerto Rico o servicios fuera de Puerto Rico, Triple-S Salud reembolsará a la persona asegurada la cantidad que resulte menor entre el gasto incurrido y lo que se hubiese pagado a un proveedor participante en Puerto Rico por el mismo servicio, de acuerdo a las tarifas establecidas por Triple-S Salud, luego de descontar los coaseguros aplicables. Estos servicios están sujetos a los límites establecidos en este endoso.

EXCLUSIONES

Triple-S Salud no paga 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. Tratamientos de endodoncia en dientes primarios (deciduos)
3. Retratamiento de canal en casos de endodoncias contaminadas como consecuencia de que la persona asegurada no asistió a restaurarse debidamente el diente.
4. Remplazo o reparación de aparatos de ortodoncia
5. Implantes dentales y todos los servicios relacionados, excepto las coronas sobre implantes cuando estén presentes dientes naturales a ambos extremos del área desdentada haciendo viable un puente fijo convencional.
6. Coronas permanentes en dientes primarios (deciduos)
7. Servicios con fines estéticos o cosméticos

ELEGIBILIDAD INDIVIDUAL

Los empleados no retirados y sus dependientes directos asegurados en la póliza grupal, mayores de sesenta y cinco (65) años, pueden suscribirse a los beneficios de esta cubierta dental. La elegibilidad de los dependientes opcionales, si aplica, cesa al cumplir sesenta y cinco (65) años de edad.

RESUMEN DE COASEGUROS

BENEFICIO	COASEGURO
SERVICIOS DIAGNÓSTICOS, PREVENTIVOS Y RESTAURATIVOS	0%
SERVICIOS DE ENDODONCIA	20%
SERVICIOS DE PERIODONCIA – Beneficio máximo de $1,000.00 por año póliza	20%
SERVICIOS DE PRÓTESIS – Beneficio máximo de $1,000.00 por año póliza	50%
SERVICIOS DE CIRUGÍA ORAL	20%
SERVICIOS GENERALES ADJUNTOS	0%
SERVICIOS DE ORTODONCIA – Beneficio máximo de $1,000.00 de por vida – Reembolso al 100% del cargo sometido o por asignación de beneficios para aquellos proveedores que acepten facturar directamente a Triple-S Salud	0%