

2021

# Póliza Care Plus Medigap



*[Handwritten signature]*



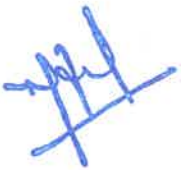
TRIPLE-S SALUD, INC.  
1441 Ave. Roosevelt, San Juan, Puerto Rico

---

Concesionario Independiente de la Blue Cross and Blue Shield Association

---

**CARE PLUS TRIPLE-S SALUD (Medigap)  
(Modelo C y D)**



## CUBIERTA CARE PLUS MEDIGAP (MODELO C y D) DE TRIPLE-S SALUD

Para los Pensionados del Gobierno de Puerto Rico, Triple-S Salud ofrecerá los Modelo C y D de las cubiertas complementarias del Programa Medicare, según lo establece el Reglamento L del Código de Seguros de Puerto Rico.

Los deducibles y coaseguros cubiertos por esta póliza están sujetos a la aprobación previa del Programa *Medicare* y se acumularán de acuerdo a los cargos aceptados bajo dicho Programa. Los beneficios médicos cubiertos incluirán cualquier cambio en las cantidades correspondientes a deducibles y coaseguros cubiertos por esta póliza que surja por legislación federal. Usted será elegible a la Cubierta Care Plus Medigap siempre y cuando usted tenga las Partes A y B de *Medicare*; según se establece en la Ley Federal de Seguro Social.

Triple-S Salud se compromete a pagar al Programa *Medicare* los beneficios que correspondan a una póliza complementaria, según tales cubiertas se establecen en el Reglamento L del Código de Seguros de Puerto Rico.

Triple-S Salud no cancelará o renovará este beneficio a base del estado de salud del individuo, o por cualquier otra razón que no sea la falta de pago de la prima, fraude, terminación del plan, movimiento fuera del área de servicio o falsa representación material.

**Triple-S Salud se reserva el derecho de cambiar la prima y cualquier aumento de prima de renovación automática.**

Esta póliza se emite a residentes *bona fide* de Puerto Rico, cuya residencia principal esté ubicada dentro del área de Servicio; considerando las declaraciones en su solicitud de afiliación y al pago por adelantado de las primas correspondientes. La póliza se emitirá por un año, a partir de la fecha que aparece en la póliza y las primas estipuladas vencerán mensual, trimestral, semestral o anualmente. Toda prima vencida será pagadera por adelantado al comenzar el periodo al cual habrá de aplicarse. Esta póliza podrá continuarse, a opción de Triple-S Salud, por periodos iguales consecutivos siempre y cuando la persona asegurada pague las primas correspondientes. Todos los términos de esta póliza empezarán y terminarán a las 12:01 a.m., Hora Oficial de Puerto Rico.

**Esta póliza provee treinta (30) días para examinar su contenido y decidir si desea mantenerla. Si usted decide devolver la póliza dentro de ese periodo de treinta (30) días, se le devolverá la prima pagada. Cualquier reclamación al respecto, estará sujeta a que usted haya devuelto firmado el formulario de Acuse de Recibo que recibirá con esta póliza.**

Aviso al comprador: Es posible que esta póliza no cubra todos sus gastos médicos.

Firmada a nombre de Triple-S Salud, por la presidenta:



  
\_\_\_\_\_  
Madeline Hernández Urquiza, CP  
Presidenta

Empleados Gubernamentales 2021 (Care Plus Medigap Modelo C y D)



## Tabla de Contenido

<b>CONTACTOS DE CARE PLUS MEDIGAP (MODELO C y D)</b> .....	<b>3</b>
<b>DEFINICIONES</b> .....	<b>7</b>
<b>BENEFICIOS DE MEDICARE ORIGINAL</b> .....	<b>14</b>
<b>PLANES MEDIGAP</b> .....	<b>18</b>
<b>COORDINACIÓN DE BENEFICIOS</b> .....	<b>26</b>
<b>EXCLUSIONES</b> .....	<b>27</b>
<b>LIMITACIONES POR CONDICIONES PREEXISTENTES</b> .....	<b>28</b>
<b>DERECHO DE EMISIÓN GARANTIZADA</b> .....	<b>29</b>
<b>GARANTÍA DE PÓLIZA RENOVABLE</b> .....	<b>31</b>
<b>INDEMNIZACIÓN A LA PERSONA ASEGURADA</b> .....	<b>31</b>
<b>DISPOSICIONES GENERALES</b> .....	<b>33</b>
<b>CARTA DE DERECHOS DE LAS PERSONAS PORTADORES DEL VIRUS VIH/ SIDA EN PUERTO RICO (1 L.P.R.A. § 523)</b> .....	<b>38</b>
<b>CARTA DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE</b> .....	<b>39</b>
<b>DISCRIMEN INDEBIDO CONTRA VÍCTIMAS DE MALTRATO</b> .....	<b>43</b>
<b>APELACIONES DE DETERMINACIONES ADVERSAS DE BENEFICIOS</b> .....	<b>44</b>
<b>PROCEDIMIENTO DE TRÁMITE PARA REEMBOLSOS</b> .....	<b>50</b>
<b>NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD</b> .....	<b>52</b>



## CONTACTOS DE CARE PLUS MEDIGAP (MODELO C y D)

### Cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con el Servicio al Cliente

Para asistencia con reclamaciones, facturas o preguntas sobre la tarjeta de afiliado, por favor, llame o escriba a Servicios al Cliente de Care Plus Medigap. Con gusto le ayudaremos.

Método	Servicios al Cliente - Información de Contacto
<b>LLAME</b>	787-774-6070 / 787-774-6060 1-800-981-3241 Las llamadas a este número son libres de costos. Lunes a viernes de 7:30 a.m. a 8:00 p.m. Sábados de 9:00 a.m. a 6:00 p.m. Domingo de 11:00 a.m. a 5:00 p.m. Servicios al Cliente también tiene servicio de intérpretes libre de costos disponible para personas que no hablan español. 787-774-6060
<b>TTY</b>	787-792-1370 Este número requiere equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o del habla. 1-866-215-1999 Las llamadas a este número son libres de costos. Lunes a viernes de 7:30 a.m. a 8:00 p.m. Sábados de 9:00 a.m. a 6:00 p.m. Domingo de 11:00 a.m. a 5:00 p.m.
<b>FAX</b>	787-706-2833
<b>ESCRIBA</b>	Triple-S Salud, Inc. Departamento de Servicio al Cliente PO Box 363628 San Juan, Puerto Rico 00936-3628
<b>EMAIL</b>	<a href="mailto:customerservice@ssspr.com">customerservice@ssspr.com</a>
<b>BLUE CARD</b>	1-800-810-2583 <a href="http://www.bcbsa.com">www.bcbsa.com</a>



Método	Servicios al Cliente - Información de Contacto
<b>TELECONSULTA</b>	1-800-255-4375
<b>PÁGINA DE INTERNET</b>	<p><a href="http://www.ssspr.com">www.ssspr.com</a></p> <p>Nuestros asegurados cuentan con la opción de registrarse a nuestro portal. En este podrán realizar transacciones, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Obtener información sobre sus beneficios</li> <li>- Información educativa de salud</li> <li>- Obtener una Certificación de Cubierta</li> <li>- Solicitar duplicados de la tarjeta de identificación</li> <li>- Cambios de dirección</li> <li>- Revisar estatus de reembolsos</li> <li>- Revisar su historial de servicios</li> </ul>

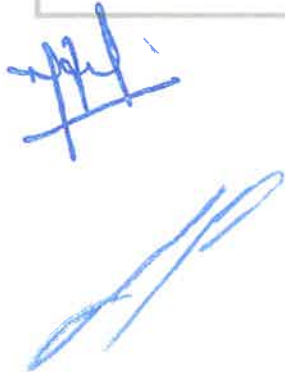
Centros de Servicios – Ubicación	
<b>Plaza Las Américas</b>	<p>Segundo nivel (Entrada del Estacionamiento Norte)</p> <p>Lunes a Viernes: 8:00 a.m.-7:00 p.m.</p> <p>Sábado: 9:00 a.m. – 6:00 p.m.</p> <p>Domingo: 11:00 a.m. – 5:00 p.m.</p>
<b>Caguas</b>	<p>Edificio Angora</p> <p>Ave. Luis Muñoz Marín Esq. Troche</p> <p>Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m.</p>
<b>Ponce</b>	<p>2760 Ave. Maruca</p> <p>Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m.</p>
<b>Plaza Carolina</b>	<p>Segundo nivel (Al lado del Correo)</p> <p>Lunes a Viernes: 9:00 a.m. – 7:00 p.m.</p> <p>Sábado: 9:00 a.m. – 6:00 p.m.</p> <p>Domingo: 11:00 a.m. – 5:00 p.m.</p>
<b>Arecibo</b>	<p>Edificio Caribbean Cinemas, Suite 101</p> <p>Carretera #2 km. 81.0, Suite 101</p> <p>Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m.</p>
<b>Mayagüez</b>	<p>Carretera 114 Km. 1.1</p> <p>Barrio Guanajibo</p> <p>Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m.</p>



**Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cubierta relacionada de su cuidado médico**

Una decisión de cubierta es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cubierta o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos.

Método	Decisiones de Cubierta sobre Cuidado Médico – Información de Contacto
LLAME	787-277-6544 787-273-1110 Ext. 4312,4265 y 4355 1-800-981-4860 Las llamadas a este número son libres de costos.
FAX	787-744-4820
ESCRIBA	Triple-S Salud, Inc. PO Box 363628 San Juan, Puerto Rico 00936-3628
PÁGINA DE INTERNET	<a href="http://www.ssspr.com">www.ssspr.com</a>



## Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su cuidado médico

Usted puede presentar una queja o apelación formal de pedirnos que analicemos y cambiemos una decisión de cubierta o sobre nosotros o algunos de los proveedores de nuestra red, incluyendo quejas sobre la calidad de su cuidado.

Método	Querellas y Apelaciones sobre Cuidado Médico – Información de Contacto
LLAME	787-774-6060 1-800-981-3241  Las llamadas a este número son libres de costos. Lunes a domingo, de 7:30 a.m. a 8:00 p.m. Sábados de 9:00 a.m. a 6:00 p.m.
TTY	787-792-1370  Este número requiere equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o del habla.  1-866-215-1999  Las llamadas a este número son libres de costos. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	Querellas 787-706-2859 Apelaciones 787-706-4557 Servicio al Cliente 787-706-2933
ESCRIBA	<b>Triple-S Salud, Inc.</b> Departamento de Querellas y Apelaciones PO Box 11320 San Juan, PR 00922-9905.
CORREO ELECTRÓNICO	<a href="mailto:qacomercial@ssspr.com">qacomercial@ssspr.com</a>





---

## DEFINICIONES

---

**ACCIDENTE:** Significa la lesión o las lesiones físicas que sufra la persona asegurada como resultado directo de un accidente, independientemente de una enfermedad, debilidad física o cualquier otra causa que ocurra mientras el seguro esté vigente, así como los defectos físicos u otros resultados de la lesión.

**ACTIVIDADES DEL DIARIO VIVIR:** Significa actividades tales como bañarse, vestirse, higiene personal, transferirse, comer, caminar y cambio de vendajes y otros aditamentos.

**AFILIADO/ASEGURADO/PERSONA ASEGURADA:** Cualquier persona que esté acogida a la Partes A y B del Programa *Medicare* (Título XVIII de la Ley de Seguro Social, según enmendada) y que mantiene un contrato de seguro con Triple-S Salud en un plan individual, que le da derecho a los beneficios establecidos en la póliza expedida a su nombre y asume las responsabilidades establecidas en la póliza. Ha pagado una prima para sí misma y que es responsable por el pago continuado de las primas según los términos del plan médico individual.

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

- a. Esté certificada como Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar bajo *Medicare*,  
b. Esté establecida y funcione de acuerdo con las leyes que apliquen en la jurisdicción donde esté ubicada y, donde se requiera licencia para operar, que dicha licencia le haya sido emitida por la autoridad reguladora que tenga la responsabilidad de conceder tal licencia dentro de la ley, o  
c. Cumpla todos los requisitos siguientes:

- Sea una agencia que se presente al público con el objetivo primordial de proveer un sistema que preste asistencia médica en el hogar.
- Tenga un administrador de horario completo.
- Mantenga expedientes de los servicios que se proveen a los pacientes.
- Su personal incluya por lo menos un(a) enfermero(a) graduado(a) registrado(a) (R.N.).
- Sus empleados estén afianzados y provea seguro de conducta profesional impropia y de responsabilidad por negligencia profesional.

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

**ASIGNACIÓN:** Es un acuerdo por el cual su médico, suplidor, abastecedor o proveedor acepta directamente el pago de Medicare por la cantidad aprobada por Medicare para los servicios, y acepta no cobrarle al paciente más que la cantidad del deducible y el coaseguro de Medicare.



**BENEFICIOS CUBIERTOS O BENEFICIOS:** significa los servicios de cuidado de la salud a los que las personas cubiertas o asegurados tienen derecho conforme al plan médico.

**CARGOS ACEPTADOS:** Significa los gastos aceptados por el Programa *Medicare* para los servicios de salud cubiertos bajo dicho programa.

**CARGO EN EXCESO:** Significa la diferencia entre el cargo facturado por el médico o proveedor de servicios de salud a la Parte B de *Medicare* (que no exceda los límites establecidos por el Programa *Medicare* legislación estatal) y el cargo aprobado por la Parte B de Medicare.

**CARGO LIMITE:** En Medicare Original, la mayor cantidad de dinero que puede cobrarse por un servicio cubierto por parte de médicos y otros proveedores de salud que no aceptan la asignación. El cargo limite es del 15% sobre el monto que se paga a los proveedores no participantes. El cargo limite solo se aplica a determinados servicios y no se aplica a suministros ni equipos.

**CASA DE CONVALECENCIA:** Significa una institución legalmente autorizada a operar, que preste servicios fuera del hospital, que tenga contrato para el traslado de personas lesionadas o enfermas con uno o más hospitales y que provea cuidado de enfermeras graduadas veinticuatro (24) horas diarias y facilidades para tratamiento y rehabilitación de personas lesionadas, enfermas o incapacitadas bajo la supervisión de médicos-cirujanos.

**CONDICIÓN DE SALUD RELACIONADA CON EL MALTRATO:** Significa una condición de salud sufrida por la víctima de maltrato surgida, en parte o en su totalidad, como producto de un acto o patrón de maltrato.

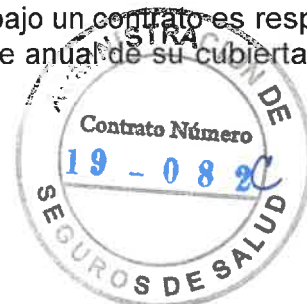
**CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR:** Significa servicios prestados en el hogar que sirven de ayuda en las actividades del diario vivir a personas aseguradas que tienen alguna condición por la cual *Medicare* ha aprobado un plan de tratamiento en el hogar. El médico de cabecera del afiliado certificará la necesidad médica de los servicios, así como el tipo y duración de dichos servicios.

**COASEGURO:** El por ciento de los gastos médicos que el afiliado es responsable luego de completar su deducible y que corresponde a su parte del costo por el cuidado médico. El coaseguro se estipula de acuerdo a las normas establecidas por el Programa Medicare.

**CONDICIONES PREEXISTENTES:** Significa una condición por la que se haya dado consejo médico o se haya recomendado o recibido tratamiento de un médico dentro de seis (6) meses antes de la fecha de efectividad de la cubierta.

**COPAGO:** La cantidad fija que un afiliado paga por un servicio médico.

**DEDUCIBLE:** Aquella cantidad anual en efectivo que debe acumularse antes de tener derecho a los beneficios bajo esta póliza. Cada persona asegurada bajo un contrato 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 DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS MODELO C y D.

**DÍAS DE RESERVA VITALICIOS:** En el Medicare Original son días adicionales que Medicare pagará cuando ha estado hospitalizado por más de 90 días. Estos 60 días pueden ser usados una sola vez durante su vida. Por cada día de reserva de por vida, Medicare paga todos los costos excepto el coaseguro diario.

**DIVULGAR:** Significa dar a conocer, transferir o difundir de alguna manera, información de salud protegida a una persona que no sea la persona objeto de dicha información.

**EMERGENCIA:** Una condición médica o del comportamiento que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad, incluido el dolor intenso, de manera que una persona leal, 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 seria 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:

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

**ENFERMEDAD:** Significa afección o dolencia de una persona cubierta que se manifieste por primera vez después de la fecha de efectividad del seguro o contrato y mientras el seguro o contrato esté en vigor.

**ENFERMERO(A):** Significa el cuerpo de enfermeros(as), tales como enfermeros(as) profesionales y enfermeros(as) prácticos(as) autorizados(as) por ley para ejercer dicha profesión.

**FACILIDAD DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SKILLED NURSING FACILITY):** Un centro de enfermería con personal y equipo para proporcionar cuidado de salud de enfermería



especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializada y otro tipo de servicios médicos relacionados.

**FAMILIAR:** Significa con respecto a una persona, toda persona de parentesco de primer, segundo, tercer o cuarto grado con dicha persona.

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

**GASTOS ELEGIBLES DE MEDICARE:** Significa los diferentes gastos cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare que son considerados razonables y médicamente necesarios.

**GASTOS INCURRIDOS:** Significa los diferentes gastos realizados por concepto de copago y/o coaseguros de beneficios y servicios establecidos en su póliza.

**HOGAR:** Significa cualquier lugar que sirva al afiliado como residencia, que cualifique, de acuerdo a los criterios de Medicare, como lugar de residencia para recibir los beneficios de cuidado de salud en el hogar. Un hospital o un Centro de Enfermería Especializada no se considerará como el lugar de residencia del asegurado.

**HOMÓLOGO CLÍNICO:** Significa un médico u otro profesional de la salud que tiene una licencia sin restricciones en un estado de los Estados Unidos o en Puerto Rico, y en la misma especialidad, o especialidad similar, que los médicos o profesionales de la salud que por costumbre atienden la condición, procedimiento o tratamiento que se revisa.

**HOSPITAL:** Es una institución:

- a. pública o privada legalmente autorizada a operar como lugar de tratamiento, cuidado y curación para personas enfermas o lesionadas. Se dedica principalmente a proporcionar, por o bajo la supervisión de médicos, a pacientes hospitalizados:
  - servicios de diagnóstico y servicios terapéuticos para el diagnóstico médico, el tratamiento y el cuidado de personas lesionadas, discapacitadas o enfermas, o servicios de rehabilitación para la rehabilitación de personas lesionadas, discapacitadas o enfermas
- b. Tenga instalaciones para cirugía, ya sea dentro de sus instalaciones o en instalaciones disponibles para la institución mediante contrato. Estas instalaciones deben estar supervisadas por médicos con licencia del estado para ejercer su profesión.
- c. Mantiene expedientes clínicos de sus pacientes.
- d. Tiene reglamentos vigentes con respecto a su personal de médicos.
- e. Cuento con los servicios de personal de enfermería o con la supervisión por parte de este personal veinticuatro horas al día.
- f. Opere de acuerdo a las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Para propósitos de esta póliza, el término hospital no incluye lo siguiente:

Empleados Gubernamentales 2021 (Care Plus Medigap Modelo C y D)



- Hogares de convalecencia, instalaciones de descanso o de cuidado de salud ambulatorio;
- Hogares para ancianos o centros de rehabilitación por abuso de sustancias o alcoholismo;
- Hospitales militares que proveen servicios a soldados en servicio activo o veteranos o cualquier hospital que esté manejado por o tenga contrato con, el gobierno federal o cualquiera de sus agencias para prestarle servicios a los soldados en servicio activo o veteranos, excepto servicios de emergencia que se presten y por los cuales hay responsabilidad legal por los cargos que se le hacen al individuo por recibir estos servicios.

**INFORMACIÓN GENÉTICA:** Significa, con respecto a una persona, información acerca de las pruebas genéticas de dicha persona, las pruebas genéticas de sus familiares o la manifestación de alguna enfermedad o trastorno en los familiares de dicha persona. El término incluye, con respecto a una persona, toda solicitud o recibo de servicios genéticos, o participación en la investigación clínica que incluye servicios genéticos, por parte de dicha persona o alguno de sus familiares. Toda referencia a la información genética relacionada con una persona o familiar de ésta que sea una mujer embarazada incluye la información genética del feto que lleva dicha embarazada o con respecto a una persona o familiar que utiliza tecnología reproductiva, incluye información genética de todo embrión que esté en posesión legal de la persona o familiar. El término "información genética" no incluye información sobre el sexo o la edad de la persona.

**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:

- (1) 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;
- (2) Llevar a cabo, a sabiendas, una conducta de persecución en contra de la víctima, lo que incluye perseguirla, sin la debida autorización, en circunstancias que la víctima pudiera entender razonablemente que su integridad física peligrará;
- (3) Restringir la libertad de la víctima; o
- (4) Causar, a sabiendas o de manera negligente, daños a la propiedad con el objetivo de intimidar o controlar el comportamiento de la víctima.

**MEDICAMENTO NECESARIO:** Significa que los servicios, suplidos, o los medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico, o tratamiento para su condición médica y cumplen con los criterios aceptados por la práctica médica.

**MÉDICO:** Significa una 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.

**MODELO C:** aplica a los afiliados que cumplan 65 años en o antes del 31 de diciembre de 2019, quedan discapacitados o tienen Medicare antes de esa fecha.



**MODELO D:** aplica a los afiliados que cumplan 65 años a partir del del 1 de enero de 2020 o quedan discapacitados después de esa fecha. Cubre todos los beneficios del Modelo C excepto el deducible anual de la Parte B de Medicare.

**PERIODO DE BENEFICIO:** Significa la manera en que Medicare original mide su uso de los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día que ingresa como paciente en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido ningún tipo de cuidado de salud hospitalario (o cuidado de salud especializado en un SNF) por 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o un SNF después de que un período de beneficios ha finalizado, comenzará un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible para pacientes hospitalizados para cada período de beneficios. No existe un límite para la cantidad de períodos de beneficios.

**PERIODO DE ESPERA:** Significa el periodo que debe transcurrir con respecto a la persona cubierta o afiliado 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 más de 6 meses.

**PLAN MÉDICO O PLAN:** Significa una póliza, un contrato, un certificado o un acuerdo ofrecido por Triple-S Salud, Inc. o profesional de seguros para proveer, prestar, tramitar, pagar o reembolsar los costos de servicios de cuidado de la salud. Los planes médicos incluyen, para propósitos del discrimen indebido contra víctimas de maltrato, planes que cubren únicamente accidentes, protección de deuda crediticia, servicios dentales, cuidado de los ojos, seguros suplementarios de Medicare o seguros de cuidado prolongado, cubierta emitida como suplemento de una póliza de responsabilidad pública, pólizas de cuidado a corto plazo, seguros catastróficos y pólizas a base de gastos incurridos. El término "plan médico" no incluye a los seguros por accidentes o enfermedades ocupacionales o seguros similares.

**PÓLIZA COMPLEMENTARIA A MEDICARE (PÓLIZA MEDIGAP):** Una póliza complementaria a Medicare o póliza Medigap es un seguro vendido por una empresa privada para cubrir las brechas del Plan Original de Medicare. Las compañías que ofrecen estas pólizas deben seguir las leyes federales y estatales que protegen a las personas con Medicare. Las pólizas Medigap le ayudan a pagar su parte (coaseguros, copagos o deducibles) de los costos de los servicios cubiertos por Medicare.

**PROFESIONAL DE SALUD:** Cualquier profesional debidamente autorizado a ejercer en Puerto Rico, de acuerdo con el acto y las regulaciones aplicables, cualquiera de las profesiones sanitarias de salud y atención médica, incluyendo no limitado a, médicos, cirujanos, dentistas, farmacéuticos, enfermeros y tecnólogos médicos, como autorizado por el acto correspondiente de Puerto Rico.

**PROFESIONAL DE SEGUROS:** Significa un productor de seguros, representante autorizado o ajustador, según se definen dichos términos en el Capítulo 9 del Código de Seguros de Puerto Rico.

**PROGRAMA FEDERAL DE SERVICIOS DE SALUD PARA PERSONAS DE EDAD AVANZADA (MEDICARE):** Significa la 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.

Empleados Gubernamentales 2021 (Care Plus Medigap Modelo C y D)



**QUERRELLA:** 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:

- 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;
- b) El pago o manejo de reclamaciones o el reembolso por servicios de cuidado de la salud;
- c) Asuntos relacionados con la relación contractual entre la persona asegurada y Triple-S Salud, Inc.

**PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD:** Una persona capacitada y licenciada para brindar servicios de salud. También, un centro licenciado para proveer servicios de salud. Los médicos, enfermeras, y hospitales son ejemplos de proveedores de salud.

**PROVEEDOR NO PARTICIPANTE:** Significa que son médicos, facilidades de emergencia y/o centros de salud que no tienen acuerdo con Medicare Original para coordinar o proporcionar servicios a los afiliados de Medicare Original.

**REPRESENTANTE PERSONAL:** Persona a quien el asegurado ha dado consentimiento expreso por escrito para que le represente.

**RESUMEN DE MEDICARE (MSN):** Un aviso que recibe el asegurado después de que su médico, su proveedor de servicios de salud u otro proveedor presenta una reclamación por servicios de la parte A o Parte B en Medicare original. Explica lo que el médico, proveedor de servicios de salud u otro proveedor facturó, el monto aprobado por Medicare, cuanto pagó Medicare y cuanto debe pagar usted.

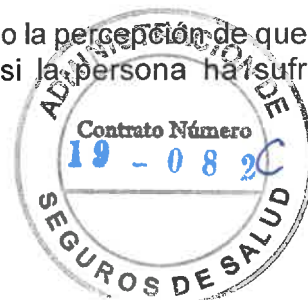
**RESIDENTE BONA FIDE:** Una persona que declara de buena fe que reside en un lugar para realizar una transacción con propósito honesto.

**REVISIÓN DE UTILIZACIÓN:** Un conjunto de técnicas formales para supervisar los servicios de cuidado de la salud, procedimientos o lugares donde se prestan dichos servicios, o para evaluar la necesidad médica, idoneidad, eficacia o eficiencia de los mismos.

**REVISIÓN PROSPECTIVA:** Significa la revisión de utilización antes de que se preste el servicio o tratamiento, según los requisitos de Triple-S para que dicho servicio o tratamiento se apruebe en parte o en su totalidad, antes de que se preste el mismo.

**REVISIÓN RETROSPECTIVA:** Significa la revisión de una solicitud de un beneficio que se lleva a cabo luego de que el servicio de salud fue prestado.

**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 dicho maltrato.



**SOLICITANTE:** Significa la persona interesada en acogerse al seguro de beneficios de salud.

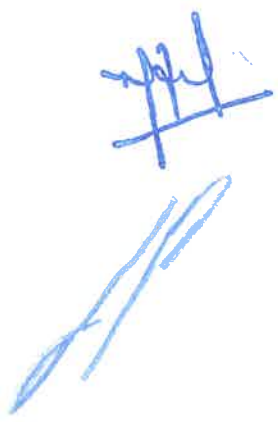
**SOLICITUD DE CUIDADO URGENTE:** Significa una solicitud de servicio de cuidado de la salud o tratamiento en la cual el tiempo establecido para hacer una determinación de cuidado no urgente:

- a) Podría poner en peligro la vida o la salud de la persona cubierta o afiliado o su recuperación plena; o
- b) En la opinión de un médico con conocimiento de la condición médica de la persona cubierta o asegurado, expondría a la persona a dolor que no se puede manejar adecuadamente sin el servicio de cuidado de la salud o tratamiento solicitado.

Al determinar si se tratará la solicitud como una solicitud de cuidado urgente, la persona que representa a Triple-S Salud 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 médica de la persona cubierta o asegurado determina presentar una solicitud de cuidado urgente dentro del significado anterior, Triple-S Salud tratará dicha solicitud como una de cuidado urgente.

**TENEDOR DE LA PÓLIZA:** Significa la persona que aparezca firmando como solicitante para la póliza.

**VÍCTIMA 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 psicológico debido al maltrato; o protección legal o refugio para protegerse del maltrato.



---

## BENEFICIOS DE MEDICARE ORIGINAL

---

Los beneficios médicos para los cuales esta póliza provee cubierta de deducibles, copagos y coaseguros se acumularán de acuerdo a los cargos bajo el Programa Medicare Original.





Los beneficios médicos cubiertos por esta póliza serán cambiados automáticamente en la fecha de renovación para coincidir con cualquier cambio en los montos aplicables de deducible, copago o coaseguro de Medicare Original anualmente. Las primas serán ajustadas a la fecha de renovación, de tal modo que concuerden con dicho cambio.

El Medicare Original paga por muchos, pero no todos los servicios médicos e insumos. Al usted seleccionar uno de nuestro (Modelo A, B, C y D) podrá complementar su cubierta de Medicare Original y podremos ayudarle a pagar lo que el Medicare Original no cubre, como los copagos, coaseguro y deducibles.

Algunas pólizas Medigap cubren otros beneficios que el Medicare Original no cubre, como la atención medica cuando está de viaje en el extranjero entiéndase fuera de Puerto Rico y los Estados Unidos. A continuación, se le da un breve resumen sobre que cubre la Parte A y Parte B de Medicare Original, además, otros beneficios no cubiertos por Medicare Original.

## **BENEFICIOS DE LA PARTE A**

### **A. SERVICIOS DE HOSPITAL:**

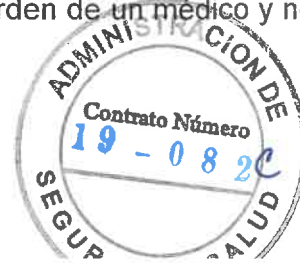
Cubre la habitación semi privada, comidas, enfermería general, medicamentos y otros servicios y suministros del hospital. Esto incluye internación en un hospital de cuidados agudos, hospitales de acceso crítico, dependencias de rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo, internación como parte de un estudio de investigación y servicios de salud mental. Por lo general, la Parte B cubre el 80% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios médicos durante su internación.

Usted paga:

- Un deducible de \$1,484 y no le cobrarán un coaseguro por una estadía de 1–60 días por cada período de beneficio.
- De 61–90 días le cobrarán \$371 por día por cada período de beneficio.
- Usted tiene que pagar \$742 por los “días de reserva vitalicios” después de los 90 días por cada período de beneficio (hasta 60 días de por vida).
- Después de los días de reserva vitalicios, usted paga todos los costos diarios.
- Los servicios de salud mental que recibe en un hospital psiquiátrico se limitan a un período de 190 días (durante toda su vida).

### **B. FACILIDAD DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA:**

Cubre la habitación semi privada, comidas, enfermería especializada y rehabilitación, y otros servicios e insumos médicos después de una estadía mínima de 3 días en el hospital por motivos médicos, por una enfermedad o lesión relacionada. La estadía en el hospital comienza el día en que es admitido formalmente con la orden de un médico y no incluye el



día en que le dan de alta. Usted puede obtener cuidado de enfermería o terapia especializada si ayuda a mejorar o mantener su condición actual.

Para obtener atención en un centro, su médico debe indicar que necesita servicios diarios de enfermería especializada como la aplicación de inyecciones intravenosas o terapia física.

Usted paga:

- Nada por los primeros 20 días de cada período de beneficio
- De 21–100 días paga \$185.50185.50 por cada período de beneficio
- Después de los 100 días usted paga todos los costos en cada período de beneficio

### C. SERVICIOS DE SANGRE:

Si el hospital obtiene la sangre del banco de sangre sin costo, usted no tendrá que pagarla ni reponerla. Si el hospital debe comprar la sangre que le darán, usted tendrá que pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en el año o donar el equivalente (usted u otra persona).

### D. SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD EN EL HOGAR:

Medicare cubre los servicios necesarios por razones médicas a tiempo parcial o intermitente de enfermería especializada, terapia del lenguaje/habla, terapia física, o terapia ocupacional si la necesita de manera continua. El médico que lo trata u otro proveedor que trabaje con su médico tiene que verlo primero y certificar que usted necesita los servicios de atención domiciliaria. Los servicios deben ser ordenados por su médico y proporcionados por una agencia de cuidado de la salud en el hogar certificada por Medicare.

La atención puede incluir servicios sociales, servicios de auxiliares para el hogar a tiempo parcial o intermitente, equipo médico duradero y suministros médicos para usar en el hogar. Debe estar recluido en su hogar, lo que significa que:

1. Debido a una enfermedad o lesión, tiene dificultad para salir de su casa sin ayuda (necesita el uso de un bastón, silla de ruedas, andador o muletas; transporte especial; o la ayuda de otra persona).
2. No se recomienda que abandone su hogar debido a su condición médica y porque hacerlo le significa un gran esfuerzo.

Usted no paga por los servicios para el cuidado de la salud en el hogar. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B para el equipo médico cubierto por Medicare.

### E. SERVICIO DE HOSPICIO:

Empleados Gubernamentales 2021 (Care Plus Medigap Modelo C y D)



Para recibir el cuidado de hospicio, su médico o un médico de hospicio (si tiene uno) debe certificar que usted tiene una enfermedad terminal y que probablemente le queden 6 meses de vida o menos. La cobertura incluye:

- Todos los artículos y servicios necesarios para el alivio del dolor o para controlar los síntomas
- Los servicios médicos, de enfermería y sociales
- Los medicamentos
- Cierta equipo médico duradero
- Ayudante para las tareas del hogar
- Otros servicios cubiertos; así como los servicios que Medicare generalmente no cubre, como consejería espiritual para lidiar con el problema.

Por lo general, el cuidado de hospicio se brinda en su hogar o en una residencia (como un asilo para ancianos) si ese es su hogar.

## **BENEFICIOS DE LA PARTE B**

En el Medicare Original, si se aplica el deducible de la Parte B \$203, usted tendrá que pagar todos los costos (de la cantidad aprobada por Medicare) hasta que haya cubierto la cantidad del deducible anual. Después, Medicare comenzará a pagar la porción que le corresponde y usted pagará generalmente el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para dicho servicio, si su médico acepta la asignación. No hay un límite anual para los gastos de su bolsillo. Medicare puede cubrir algunos servicios y exámenes con más frecuencia de lo estipulado si se necesitan para diagnosticar algún problema médico.

La Parte B (seguro médico) ayuda a pagar los servicios:

- Visitas a su médico
- Cuidado para pacientes ambulatorios
- Cuidado de la salud en el hogar
- Equipo médico duradero
- Servicios de salud mental
- Otros servicios necesarios por razones médicas
- Servicios preventivos



## **Otros Beneficios no Cubiertos por Medicare Original y que son cubiertos Solamente bajo el Modelo C y D:**

### **• SERVICIOS DE EMERGENCIA EN PAÍSES EXTRANJEROS**

Triple-S Salud se compromete a pagar el 80% del gasto incurrido por concepto de servicios para condiciones de emergencia durante los primeros sesenta (60) días en caso

de viaje a países extranjeros fuera del territorio de Puerto Rico y los Estados Unidos de América; sujeto a un deducible anual de DOSCIENTOS CINCUENTA DÓLARES (\$250.00). El beneficio máximo vitalicio será de \$50,000. Estos gastos no son reembolsables por el Programa Medicare.

## PLANES MEDIGAP

Triple-S Salud, provee una selección de beneficios que le ayuda a pagar algunos de los costos de cuidado de salud que Medicare Original no cubre, como: copagos, coaseguro y deducibles, bajo sus planes Medigap de Medicare por lo que puede elegir entre los Modelos de plan Medigap C y D, el plan que mejor se adapte a sus necesidades individuales.

Para ayudarle a elegir el plan complementario de Medicare de Triple- S Salud que satisfaga sus necesidades y presupuesto, asegúrese de examinar las siguientes tablas de beneficios que muestran los beneficios específicos de cada Modelo, los gastos que paga Medicare, los gastos que paga Triple-S Salud, los costos específicos que tendría que pagar usted y cualquier disposición específica que se pueda aplicar. Los beneficios y los costos varían dependiendo del modelo de plan.

### DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS MODELO – C

(Asegurados Elegibles a Medicare antes del año 2020)

MEDICARE (PARTE A) - SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS			
SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-C PAGA	TU PAGAS
<b>HOSPITALIZACIÓN*</b> Habitación semiprivada y comidas, servicios y suministros generales de enfermería y misceláneos Primeros 60 días	Todo menos \$1,484	\$1,484 (Deducible de la Parte A)	\$0
Días 61 a 90	Todo menos \$371 por día	\$371 por día	\$0
Días 91 y posteriores: -Mientras que se utilice los 60 días de reserva vitalicios -Una vez que se utilicen los días de reserva vitalicios:	Todo menos \$742 por día	\$742 por día	\$0
-365 días adicionales	\$0	100% de los gastos elegibles del Medicare	\$0**



**MEDICARE (PARTE A) - SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-C PAGA	TU PAGAS
-Más allá de los 365 días	\$0	\$0	Todos los costos
<b>CUIDADO EN FACILIDADES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*</b> Deberás cumplir con los requisitos de Medicare, incluso el haber estado en un hospital por lo menos 3 días de ingresado a una facilidad aprobada por Medicare dentro de 30 días después de haber salido del hospital			
Días 1 a 20	Todas las cantidades aprobadas	\$0	\$0
Días 21 a 100	Todo menos \$185.50 por día	Hasta \$185.50 por día	\$0
Días 101 y posteriores	\$0	\$0	Todos los costos
<b>SANGRE</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
<b>CUIDADO EN UN HOSPICIO</b> Disponibles mientras que tu médico certifique que tienes una enfermedad terminal y tú eliges recibir estos servicios	Todos los copagos y coaseguros, excepto muy poco coaseguro para medicamentos de pacientes ambulatorios y cuidado de relevo para pacientes internados.	Copago o coaseguro de Medicare	\$0



**MEDICARE (PARTE A) - SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-C PAGA	TU PAGAS
<b>GASTOS MÉDICOS-DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO PARA PACIENTE AMBULATORIO</b> , tales como servicios de médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes recluidos y ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero. Primeros \$203 de Cantidades Aprobadas por Medicare*** Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare Cargos en Exceso de la Parte B (Por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0  Generalmente 80%  \$0	\$203 (Deducible de la Parte B) Generalmente 20%  \$0	\$0  \$0  Todos los costos
<b>SANGRE</b> Primeras 3 pintas Próximos \$203 de Cantidades Aprobadas por Medicare*** Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	\$0  \$0  80%	Todos los costos \$203 (Deducible de la Parte B)  20%	\$0  \$0  \$0
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - PRUEBAS DE SANGRE PARA SERVICIOS DIAGNÓSTICOS</b>	100%	\$0	\$0
<b>CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE</b> Servicios médicamente necesarios de cuidado diestro y suministros médicos Equipo médico duradero: Primeros \$203 de Cantidades Aprobadas por Medicare***	100%   \$0	\$0   \$203 (Deducible de la Parte B)	\$0   \$0



## MEDICARE (PARTE A) - SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-C PAGA	TU PAGAS
Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0

\* Un periodo de beneficios comienza el primer día que recibes servicios como un paciente recluido en un hospital y termina después que hayas estado fuera del hospital y no hayas recibido cuidado en una casa de salud o en cualquier otra facilidad por 60 días consecutivos.

\*\* AVISO: Cuando tu beneficio de hospital de la Parte A de Medicare se haya agotado, Triple-S Salud pagará cualquier cantidad que Medicare hubiera pagado por hasta 365 días adicionales, según provisto en esta póliza de beneficios básicos. Durante este periodo, el hospital no podrá facturarte por el balance en base a cualquier diferencia entre los cargos facturados y la cantidad que Medicare hubiera pagado.

\*\*\* Una vez que te hayan facturado \$203 de las cantidades aprobadas por Medicare por servicios cubiertos (que se indican con un asterisco), tu Deducible de la Parte B se habrá cumplido para el año natural.

## OTROS BENEFICIOS - NO CUBIERTOS POR MEDICARE

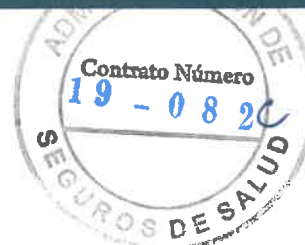
SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-C PAGA	TU PAGAS
<b>VIAJES HACIA EL EXTRANJERO - NO CUBIERTOS POR MEDICARE</b> Servicios médicamente necesarios de cuidado de emergencia que comienzan durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los Estados Unidos de América. Primeros \$250 cada año natural	\$0	\$0	\$250
Restante de los Cargos	\$0	80% Hasta un beneficio vitalicio máximo de \$50,000	20% y cantidades sobre el máximo vitalicio de \$50,000



## DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS MODELO – D

(Asegurado Elegible a Medicare a partir de año 2020)

MEDICARE (PARTE A) - SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS			
SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-D PAGA	TU PAGAS
<b>HOSPITALIZACIÓN*</b>			
Habitación semiprivada y comidas, servicios y suministros generales de enfermería y misceláneos Primeros 60 días	Todo menos \$1,484	\$1,484 (Deducible de la Parte A)	\$0
Días 61 a 90	Todo menos \$371 por día	\$371 por día	\$0
Días 91 y posteriores: -Mientras que se utilice los 60 días de reserva vitalicios	Todo menos \$742 por día	\$742 por día	\$0
-Una vez que se utilicen los días de reserva vitalicios: -365 días adicionales	\$0	100% de los gastos elegibles del Medicare	\$0**
-Más allá de los 365 días	\$0	\$0	Todos los costos
<b>CUIDADO EN FACILIDADES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA*</b>			
Deberás cumplir con los requisitos de Medicare, incluso el haber estado en un hospital por lo menos 3 días de ingresado a una facilidad aprobada por Medicare dentro de 30 días después de haber salido del hospital			
Días 1 a 20	Todas las cantidades aprobadas	\$0	\$0
Días 21 a 100	Todo menos \$185.50 por día	\$0	Hasta \$185.50 por día
Días 101 y posteriores	\$0	\$0	Todos los costos
<b>SANGRE</b>			
Primeras 3 pintas	\$0	3 pintas	\$0
Cantidades adicionales	100%	\$0	\$0
MEDICARE (PARTE A) - SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS			






SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-D PAGA	TU PAGAS
<b>CUIDADO EN UN HOSPICIO</b> Disponible mientras que tu médico certifique que tienes una enfermedad terminal y tú eliges recibir estos servicios	Todos los copagos y coaseguros, excepto muy poco coaseguro para medicamentos de pacientes ambulatorios y cuidado de relevo para pacientes internados.	Copago o coaseguro de Medicare	\$0

\* Un periodo de beneficios comienza el primer día que recibes servicios como un paciente recluido en un hospital y termina después que hayas estado fuera del hospital y no hayas recibido cuidado en una casa de salud o en cualquier otra facilidad por 60 días consecutivos.

\*\* AVISO: Cuando tu beneficio de hospital de la Parte A de Medicare se haya agotado, Triple-S Salud pagará cualquier cantidad que Medicare hubiera pagado por hasta 365 días adicionales, según provisto en esta póliza de beneficios básicos. Durante este periodo, el hospital no podrá facturarte por el balance en base a cualquier diferencia entre los cargos facturados y la cantidad que Medicare hubiera pagado.

MEDICARE (PARTE B) - SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO NATURAL			
SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-D PAGA	TU PAGAS
<b>GASTOS MÉDICOS-DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO PARA PACIENTE AMBULATORIO</b> , tales como servicios de médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos para pacientes recluidos y ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero.  Primeros \$203 de Cantidades Aprobadas por Medicare*** Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	\$0  Generalmente 80%	  \$0  Generalmente 20%	\$203 (Deducible de la Parte B)  \$0
MEDICARE (PARTE B) - SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO NATURAL			
SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-D PAGA	TU PAGAS

Cargos en Exceso de la Parte B (Por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos
<b>SANGRE</b> Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0
Próximos \$203 de Cantidades Aprobadas por Medicare***	\$0	\$0	\$203 (Deducible de la Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0
<b>SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO</b> - PRUEBAS DE SANGRE PARA SERVICIOS DIAGNÓSTICOS	100%	\$0	\$0
<b>CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR</b> <b>SERVICIOS APROBADOS POR</b> <b>MEDICARE</b> Servicios médicamente necesarios de cuidado diestro y suministros médicos	100%	\$0	\$0
Equipo médico duradero: Primeros \$203 de Cantidades Aprobadas por Medicare***	\$0	\$0	\$203 (Deducible de la Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0

\*\*\* Una vez que te hayan facturado \$203 de las cantidades aprobadas por Medicare por servicios cubiertos (que se indican con un asterisco), tu Deducible de la Parte B se habrá cumplido para el año natural.

*[Handwritten signature]*



**OTROS BENEFICIOS - NO CUBIERTOS POR MEDICARE**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-D PAGA	TU PAGAS
<p><b>VIAJES HACIA EL EXTRANJERO - NO CUBIERTOS POR MEDICARE</b></p> <p>Servicios médicamente necesarios de cuidado de emergencia que comienzan durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los Estados Unidos de América.                      Primeros \$250 cada año natural                      Restante de los Cargos</p>	<p>\$0 \$0</p>	<p>\$0 80% Hasta un beneficio vitalicio máximo de \$50,000</p>	<p>\$250 20% y cantidades sobre el máximo vitalicio de \$50,000</p>

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



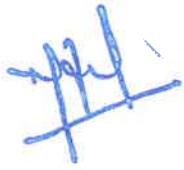
---

## COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

---

Medigap es un seguro de salud privado que complementa a Medicare Original. Es necesario que al solicitar un servicio de su proveedor entregue ambas tarjetas del plan, la de Medicare Original y la de su plan Medigap. Su plan Medigap:

- Ayuda a pagar algunos costos de atención médica que Original Medicare no cubre.
  - Medicare pagará su parte de los montos aprobados por Medicare por los costos de atención médica cubiertos.
- Entonces su póliza Medigap paga su parte.

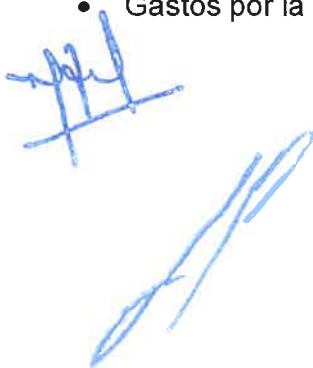


---

## EXCLUSIONES

---

- Servicios que se presten mientras la póliza no esté en vigor.
- Todo lo que no sea considerado por el Programa Medicare como deducible, copago o coaseguro, excepto que se disponga de otra manera en la póliza.
- Servicios o suministros debido a una Lesión o Enfermedad que estén cubiertos por la Ley de Compensación a los Trabajadores u otra ley similar.
- Servicios para tratamientos que surjan como resultado de que la persona asegurada cometió un delito, un crimen, no cumplió con las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico u otro país o es encarcelado, excepto aquellas lesiones que resulten por un acto de maltrato o condición médica.
- Cargos relacionados con la educación, formación o los servicios médicos provistos por un familiar Suyo.
- Cargos por espejuelos, audífonos, lentes de contacto o el examen o la adaptación de dichos dispositivos.
- Servicios de enfermería privados, donde se proporciona el cuidado de enfermería a tiempo completo en el hogar.
- Medicamentos recetados que estén fuera de los servicios proporcionados en una Hospitalización o servicios bajo Hospicio, entiéndase recetas expedidas en una visita médica o de rutina a un especialista y / o medico primario.
- Tratamiento de una Lesión o Enfermedad producto de un acto de guerra, declarada o no.
- Cualquier y todos los servicios o tratamientos que no estén descritos específicamente como beneficios cubiertos por el Programa de Medicare Original.
- Cargos de médicos que superen los Gastos Elegibles de Medicare.
- Gastos por la provisión de sangre no cubierto por el Programa Medicare.



---

## LIMITACIONES POR CONDICIONES PREEXISTENTES

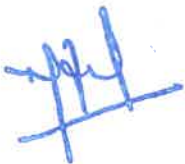

---

Aplicará un periodo de espera durante los primeros 6 meses de vigencia de la póliza, por motivo de condiciones preexistentes. En esta póliza se establece un periodo límite para las condiciones preexistentes de 6 meses para servicios de hospitalización antes de la fecha de efectividad de la póliza. Dicho periodo de espera no aplicará:

- si la póliza reemplaza otra póliza en la cual se había cubierto el periodo de espera;
- si la póliza reemplaza otra póliza que había estado en vigor por 6 meses o más.

Cualquier periodo de espera mencionado anteriormente no será aplicable si has cumplido bajo otro seguro de cubierta Medigap que expire en la fecha que quedes asegurado (a) bajo esta póliza o será aplicable parcialmente hasta completarlo si cumpliste parte del periodo en dicho otro seguro.

**NOTA:** esto no aplica si Usted solicita y recibe esta Póliza estando bajo emisión garantizada.

---

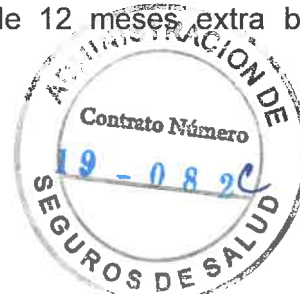
## DERECHO DE EMISIÓN GARANTIZADA

---

El derecho de emisión garantizada es el que usted tiene en ciertas situaciones en las que Triple-S tiene que venderle u ofrecerle una póliza Medigap. En dichas situaciones, según se detallan más adelante, Triple-S está requerido de venderle una póliza Medigap, debe cubrir todas sus condiciones preexistentes y no puede cobrarle más por la póliza debido a sus problemas de salud pasados o presentes.

Usted tiene derecho de emisión garantizada cuando:

1. Usted está inscrito en un Medicare Advantage (como un HMO o PPO) y su plan deja Medicare o ya no brindará cuidado en su área, o usted se muda fuera del área de servicio del plan. Usted tiene el derecho a comprar un plan Medigap en cualquier compañía de seguro en su área de residencia. Usted solo tiene este derecho si cambia a Medicare Original, en lugar de afiliarse a otro plan Medicare Advantage. Usted puede y/o debe solicitar una póliza Medigap, tan temprano como en 60 días calendarios antes de la fecha de terminación de su cubierta de cuidado de salud, pero no más tarde de 63 días calendario luego de la terminación de su cubierta de cuidado de salud. La cubierta Medigap no podrá comenzar hasta que su plan Medicare Advantage termine.
2. Usted tiene Medicare Original y un plan grupal patronal (incluyendo cubierta para retirados o COBRA), o cubierta de una unión que paga luego de que Medicare pague y este plan está terminando. Usted tiene derecho de comprar un plan Medigap en cualquier compañía de seguro en su área de residencia. Si usted tiene cubierta COBRA puede, ya sea comprar una póliza Medigap al momento, o esperar que su cubierta COBRA termine. Usted puede y/o debe solicitar una póliza Medigap, no más tarde de 63 días calendario después de la última de estas tres fechas:
  - o Fecha en que la cubierta termina
  - o Fecha de la notificación que usted reciba indicándole que su cubierta está por terminar (si es que recibe alguna)
  - o Fecha de reclamación denegada, si esta es la única manera de saber que su cubierta termino.
3. Usted tiene “derecho de prueba” (Trial Right, según conocido en inglés) para probar o intentar un Medicare Advantage (como un HMO o PPO) cuando es elegible por primera vez a la Parte A de Medicare a los 65 años, y dentro del primer año de afiliación, si decide cambiarse a Medicare Original. Usted tiene el derecho de comprar un Medigap en cualquier compañía de seguro en su área de residencia. Usted puede y/o debe solicitar una póliza Medigap, tan temprano como en 60 días calendarios, antes de la fecha de terminación de su cubierta de cuidado de salud, pero no más tarde de 63 días calendario luego de la terminación de su cubierta de cuidado de salud. Usted tendrá derecho de solicitar hasta dentro de 12 meses extra bajo ciertas circunstancias.



4. Usted tiene “derecho de prueba” (Trial Right, según conocido en inglés) si se desafilia de su póliza Medigap y se afilia a un plan Medicare Advantage por primera vez, y está en el plan menos de un año, y quiere regresar a su Medigap. Usted tiene derecho de comparar la póliza Medigap que usted tenía antes de afiliarse al plan de Medicare Advantage, si la compañía de seguros que usted tenía antes aún continúa vendiéndola. Si su antigua póliza Medigap no está disponible, usted puede comprar un plan Medigap en cualquier compañía de seguro en su área de residencia. Usted puede y/o debe solicitar una póliza Medigap, tan temprano como en 60 días calendarios antes de la fecha de terminación de su cubierta de cuidado de salud, pero no más tarde de 63 días calendario luego de la terminación de su cubierta de cuidado de salud. Usted tendrá derecho de solicitar hasta dentro de 12 meses extra bajo ciertas circunstancias.
5. Si la compañía de seguro de su póliza Medigap se va a bancarota y usted pierde su cubierta, o de lo contrario su cubierta de póliza Medigap termina sin que sea su culpa. Usted tiene el derecho de comprar un Medigap en cualquier compañía de seguro en su área de residencia. Usted puede y/o debe solicitar una póliza Medigap, no más tarde de 63 días calendario luego de la terminación de su cubierta de cuidado de salud.
6. Usted se desafilia de su plan Medicare Advantage o deja su póliza Medigap por que la compañía no ha cumplido las reglas o lo ha engañado. Usted tiene el derecho de comprar un Medigap en cualquier compañía de seguro en su área de residencia. Usted puede y/o debe solicitar una póliza Medigap, no más tarde de 63 días calendario luego de la terminación de su cubierta de cuidado de salud.





---

## GARANTÍA DE PÓLIZA RENOVABLE

---

Las pólizas Medigap compradas después de 1992 son de renovación garantizada. Triple-S Salud no puede terminar su póliza a menos que ocurra una de las siguientes cosas:

- Usted deja pagar su prima
- Usted no fue veraz en la información que brindo en la solicitud de afiliación en la póliza Medigap
- La compañía de seguro se va a la bancarrota o se queda insolvente

---

## INDEMNIZACIÓN A LA PERSONA ASEGURADA

---

Hay tres escenarios donde su médico o proveedor puede que no acepte el plan. A continuación, le explicamos como procesar su indemnización del servicio brindado cubierto por Medicare.

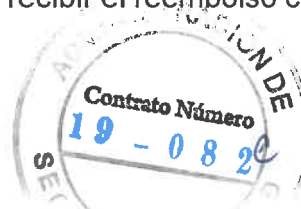
1. Si la persona asegurada visita un médico o proveedor participante de Triple-S Salud, pero no participante de Medicare:

Esto es lo que sucede si su médico o proveedor no acepta la asignación:

- Es posible que usted tenga que pagar toda la cantidad en el momento en que se le brinda el servicio. Su médico o proveedor debe enviarle una reclamación a Medicare por cualquier servicio cubierto por Medicare que le brinde.
- No pueden cobrarle por enviar la reclamación. Si no envían la reclamación a Medicare cuando usted se los pide, llame al 1-800-MEDICARE.
- En algunos casos, es posible que usted tenga que enviar su propia reclamación a Medicare, mediante el **Formulario CMS-1490S** para que le devuelvan el dinero. Si la persona asegurada no tiene acceso a la página web de Medicare puede visitar nuestras oficinas regionales de Triple-S Salud y podrá realizar el proceso con un representante de Servicio al Asegurado.
- Pueden cobrarle más que el monto aprobado por Medicare, pero hay un límite llamado "**el cargo límite**". El proveedor solo puede cobrarle hasta un 15% más que la cifra que se les paga a los proveedores no participantes. A los proveedores no participantes se les paga un 95% de la cantidad de honorario programado.

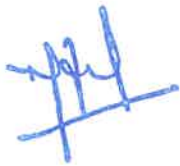
Una vez reciba la Resumen de Medicare (MSN), deberá enviarla a Triple-S Salud junto al recibo de pago y el Formulario de Reembolso de Triple-S Salud, para recibir la cantidad correspondiente.

2. Si la persona asegurada visita un médico o proveedor participante de *Medicare*, pero que no es participante de Triple-S Salud, el médico o proveedor facturará a *Medicare*. La persona asegurada deberá enviar la Resumen de Medicare (MSN), el recibo de pago y el Formulario de Reembolso de Triple-S Salud para recibir el reembolso correspondiente



(Refiérase a la Sección Procedimiento de Trámite para Reembolsos). Si la persona asegurada recibe servicios fuera de Puerto Rico, también deberá utilizar el Formulario de Reembolso y enviarlo a Triple-S Salud, acompañado de la Resumen de Medicare (MSN).

3. Si la persona asegurada recibe servicios por condiciones de emergencia en países extranjeros fuera del territorio de Puerto Rico y de los Estados Unidos de América; la persona asegurada deberá pagar los servicios y solicitar reembolso a Triple-S Salud, por el 80% del gasto incurrido por concepto de servicios para condiciones de emergencia durante los primeros sesenta (60) días, sujeto a un deducible anual de DOSCIENTOS CINCUENTA DÓLARES (\$250.00). El beneficio máximo vitalicio será de \$50,000. (Refiérase a la Sección Procedimiento de Trámite para Reembolsos). La persona asegurada deberá utilizar el Formulario de Reembolso el cual está disponible en las Oficinas de Triple-S Salud. (Solo aplica al Modelo C de la Póliza Medigap.)



## 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:** Triple-S Salud proveerá los servicios de salud a cualquier persona cubierta, aun cuando ésta hubiere radicado una demanda por causa de negligencia o tenga derecho a indemnización de un tercero, e independientemente de que la entidad que provee los beneficios pueda tener o no el derecho a subrogarse para resarcirse del costo de los servicios provistos.

Triple-S Salud tendrá el derecho a subrogarse en los derechos del asegurado, para reclamar o recibir de dicho tercero, una compensación equivalente a los gastos incurridos en el tratamiento del asegurado, ocasionados por tales actos culposos o negligentes.

- 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 para la persona asegurada. 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. MODELO PARA RECLAMACIONES:** Triple-S Salud suministrará al afiliado los formularios correspondientes para la presentación de evidencias de servicios. Si estos formularios no se suministran dentro quince (15) días después de que se entregue el aviso de reclamación, se considerará que el afiliado ha cumplido con los requisitos de esta póliza, en cuanto a la prueba de servicios, si somete, dentro del tiempo fijado en esta póliza para la presentación de pruebas de pérdidas, prueba por escrito cubriendo lo acaecido, la naturaleza y extensión de la reclamación.

- 5. PRUEBAS DE PÉRDIDAS** El afiliado deberá someter evidencia escrita de los servicios dentro de noventa (90) días después de que reciba los formularios correspondientes para la presentación de evidencia de servicios. El dejar de suministrar dicha prueba dentro del tiempo requerido no invalidará, ni reducirá ninguna reclamación si no fue razonablemente posible someter la prueba dentro de dicho tiempo, siempre que tal prueba se suministre tan pronto como sea razonablemente posible, pero en ningún caso, excepto en ausencia de capacidad legal, más tarde de un (1) año a partir de la fecha en que de otro modo se requiera la evidencia.



**6. TIEMPO PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES:** –Las reclamaciones se pagarán inmediatamente después de que se reciba evidencia escrita fehaciente de los servicios.

**7. 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 será válido hasta que sea aprobado por un funcionario ejecutivo de Triple-S Salud, Inc. 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.

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

**9. DUPLICIDAD DE BENEFICIOS:** Los beneficios cubiertos por esta póliza no deberán duplicar los beneficios cubiertos por el Programa *Medicare* o cualquier otra cubierta.

**10. ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA:** Un estudio de investigación clínica (también conocido como “ensayo clínico”) es un medio para que los médicos y otros científicos investiguen nuevos tipos de cuidado médico. No todos los estudios de investigación científica están disponibles para los afiliados.

- Medicare debe primero aprobar el estudio de investigación. Si usted participa en un estudio que Medicare no ha aprobado, usted será responsable por pagar todos los costos de su participación en el estudio.
- Luego de que Medicare apruebe el estudio, alguien que trabaje en el estudio se comunicará con usted para darle más detalles y ver si usted cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están llevando a cabo la investigación. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos del mismo y comprenda y acepte plenamente lo que implica participar en dicho estudio.

Si usted participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayoría de los costos por los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Luego de que Medicare haya pagado su porción del costo por estos servicios, nuestro plan también pagará por parte de los costos. Nosotros pagaremos la diferencia entre el copago, coaseguro o deducible en Medicare Original. Cuando usted participa en un



estudio de investigación clínica, ni Medicare ni nuestro plan pagarán por ninguno de los siguientes:

- Por lo general, Medicare no pagará por los costos del nuevo artículo o servicio que el estudio está investigando a menos que Medicare cubra ese artículo o servicio incluso si usted no está participando de un estudio de investigación.
- Artículos y servicios que el ensayo le brinda gratis a usted o cualquier participante.
- Artículos o servicios que se proveen sólo para acumular información (data) y que no son usados directamente en su cuidado de salud. Por ejemplo, Medicare no pagará por tomografías computarizadas (CT scans) realizados mensualmente como parte de su estudio de investigación si su condición usualmente requiere una sola tomografía computarizada (CT scan) al mes.

**11. EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA LA PERSONA ASEGURADA:** El proveedor no podrá facturarle al afiliado por los servicios cuyo pago haya sido denegado por Triple-S Salud por razón del incumplimiento de los criterios de razonabilidad y de necesidad médica establecidos por Triple-S Salud.

**12. IDENTIFICACIÓN:** Triple-S Salud expedirá una tarjeta a cada persona asegurada bajo la póliza. El asegurado(a) tendrá que presentar su tarjeta de identificación cada vez que solicite un servicio a un proveedor participante de Triple-S Salud para que la póliza cubra dichos servicios. En algunos casos, el afiliado tendrá que presentar una segunda identificación.

**13. SUSCRIPCIÓN ABIERTA:** Ninguna compañía que venda pólizas complementarias a Medicare podrá negarse a emitir una póliza o condicionar dicha emisión o la validez de cualquier póliza complementaria disponible para la venta en Puerto Rico. Tampoco discriminará en el precio de tal póliza por el estado de salud, historial de reclamaciones, la cantidad de servicios solicitados o condición médica del solicitante siempre y cuando dicha solicitud para la póliza se someta dentro del periodo de seis (6) meses que empieza a contar a partir del primer mes en que una persona de 65 años o más se suscriba por primera vez a la Parte B de Medicare.

**14. LÍMITE DE TIEMPO PARA CIERTAS DEFENSAS:** (a) Después de tres (3) años de expedida esta póliza, ninguna declaración falsa (excepto declaraciones falsas fraudulentas) hechas por el solicitante en su solicitud para esta póliza podrá ser utilizada para anular la póliza o denegar una reclamación por servicios que comiencen después de transcurrido dicho periodo de tres (3) años. (b) Ninguna reclamación por servicios que comiencen después de transcurridos tres (3) años desde la fecha de expedición de esta póliza, se reducirá o denegará por el fundamento de que, con anterioridad a la fecha de efectividad de la cubierta de esta póliza, existía una enfermedad o lesión no excluida de la cubierta por su nombre o descripción específica, efectiva en la fecha del servicio.



**15. PAGO DE PRIMA:** El afiliado será responsable por el pago de la prima correspondiente a la póliza; disponiéndose, que dicha responsabilidad cubrirá toda prima adeudada hasta la fecha de terminación de la póliza, conforme a la cláusula de **TERMINACIÓN**.

**16. PERIODO DE GRACIA:** Se concede un período de gracia 10 días para el pago de cada prima que venza después de la primera prima, período de gracia durante el cual la póliza continuará en vigor.

**17. REINSTALACIÓN:** Si una prima vencida no es pagada antes de que finalice el periodo de gracia, 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 de reinstalación, se le da un recibo condicional por la prima pagada. Si la solicitud se aprueba, esta póliza es reinstalada a partir de la fecha de aprobación. En ausencia de dicha aprobación, esta póliza queda reinstalada en el cuadragésimo quinto día (45) 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 de dicha fecha. Por todo lo demás, sus derechos y los de Triple-S Salud se mantienen iguales, sujeto a cualesquiera 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 han pagado; disponiéndose que, no se aplicará ninguna prima a periodo alguno mayor de sesenta (60) días antes de la fecha de reinstalación.

**18. SUSPENSIÓN DE BENEFICIOS:** Una póliza o certificado complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada (Medicare) proveerá que los beneficios y primas bajo la póliza o certificado se suspenderán a petición del tenedor de la póliza o certificado para el periodo (que no exceda a veinticuatro (24) meses) en el cual el tenedor de póliza o certificado ha solicitado y se determina que es elegible a recibir asistencia médica bajo el Título XIX de la Ley del Seguro Social (Medicaid), pero solamente si el tenedor de póliza o certificado notifica a Triple-S Salud dentro de noventa (90) días después de la fecha en que el individuo se encuentra elegible para la asistencia. Al recibir el aviso a su debido tiempo, Triple-S Salud le devolverá al tenedor de póliza o certificado aquella porción de la prima atribuible al periodo de elegibilidad para Medicaid, sujeta al ajuste para reclamos pagados.

Si sucede la suspensión y si el tenedor de póliza pierde el derecho para la asistencia médica, la póliza será reinstalada automáticamente (vigente a partir de la fecha de terminación del derecho si el tenedor de póliza o certificado provee aviso de la pérdida del derecho dentro de los noventa (90) días después de la fecha de la pérdida de elegibilidad y paga la prima atribuible al periodo, vigente a partir de la fecha de la

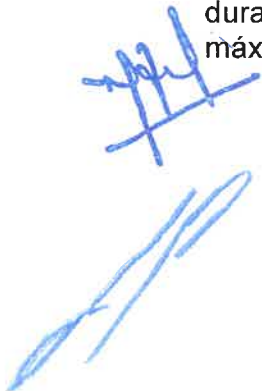


terminación del derecho). No tendrá ningún período de espera con respecto al tratamiento de condiciones preexistentes. Proveerá para cubierta que sea sustancialmente equivalente a la cubierta en vigor antes de la fecha de suspensión y Proveerá para la clasificación de primas en términos por lo menos tan favorables al tenedor de la póliza o del certificado como los términos de clasificación que se hubieran aplicado al tenedor de póliza.

- 19. TERMINACIÓN:** La persona asegurada podrá devolver la póliza a Triple-S Salud dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que reciba la póliza y Triple-S Salud devolverá el total de la prima correspondiente. Triple-S Salud se reserva el derecho de terminar esta póliza en la fecha de vencimiento de cualquier prima mediante el envío a la persona asegurada de una notificación escrita con no menos de diez (10) días de anticipación. La persona asegurada podrá terminar esta póliza mediante el envío de una notificación escrita a Triple-S Salud, para tener efecto dicha terminación al recibo de la notificación o en cualquier fecha posterior que se especifique. Se dispone también, que el afiliado será responsable del pago de las primas hasta la fecha de terminación de la póliza. Una vez se termine la póliza, la persona asegurada devolverá a Triple-S Salud su tarjeta de afiliado. La terminación de la póliza no afectará a cualquier reclamación por servicios prestados con anterioridad a la fecha de la terminación.

Si al momento de terminación, la persona asegurada se encuentra hospitalizada, los beneficios de hospital se considerarán incurridos y se pagarán bajo la póliza. Triple-S Salud asumirá la responsabilidad por los beneficios de hospital conforme a los beneficios establecidos por *Medicare*, durante el periodo de treinta y un (31) días luego de la terminación; o hasta la fecha de alta, de las dos fechas la que ocurra primero.

La terminación de una póliza o certificado complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada (*Medicare*) será sin perjuicio a cualquier pérdida continua que comenzó mientras la póliza estaba en vigor, pero la extensión de los beneficios más allá del periodo durante lo cual la póliza estaba en vigor podrá ser condicionado sobre la incapacidad total continua del asegurado, limitado a la duración del periodo de beneficio de la póliza, si hay alguna, o pago de los beneficios máximos.



---

## CARTA DE DERECHOS DE LAS PERSONAS PORTADORES DEL VIRUS VIH/ SIDA EN PUERTO RICO (1 L.P.R.A. § 523)

---

La Ley Núm. 349 de 2 de septiembre de 2000, según enmendada, Carta de Derechos de las Personas Portadoras del Virus VIH/SIDA en Puerto Rico, es para garantizar la solidaridad necesaria para evitar el discrimen y prejuicio dispone:

- Que se les garantice de manera efectiva la vigencia de los derechos que establecen las leyes y la Carta de Derechos de la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- Toda persona portadora del virus VIH/SIDA tendrá derecho a: Recibir información clara, exacta y científicamente fundada sobre el SIDA, sin ningún tipo de restricción. Los portadores del virus tienen derecho a recibir información específica sobre su estado.
- Nadie tiene el derecho de restringir la libertad o los derechos de las personas por el único motivo de que sean portadores del VIH, sea cual fuera su raza, nacionalidad, religión, ideología, sexo o preferencia sexual. El Estado, ni persona natural o jurídica alguna solicitará información que atente contra la intimidad de la persona portadora del VIH, ni establecerá registros de las personas que hayan sido sus contactos sexuales.
- Derecho a la asistencia y al tratamiento idóneo, sin restricción alguna, garantizando su mejor calidad de vida.
- Ningún portador del virus será sometido a aislamiento, cuarentena o cualquier otro tipo de discriminación.
- Derecho a recibir sangre y hemoderivados, órganos o tejidos hayan sido probados rigurosamente en relación al VIH.
- Nadie podrá hacer referencia a la enfermedad de otra persona pasada o futura, o al resultado de sus pruebas de VIH, sin el consentimiento de la persona en cuestión, salvo lo contenido en la Ley Núm. 81 de 4 de junio de 1983, según enmendada. Todos los servicios médicos y de asistencia deben asegurar la privacidad del portador del virus.
- Nadie será sometido compulsoriamente a pruebas del VIH en caso alguno salvo lo dispuesto en la Ley Núm. 81 de 4 de junio de 1983, según enmendada. La prueba del VIH debe usarse exclusivamente para fines de diagnóstico, tratamiento, control de transfusiones y trasplantes, estudios epidemiológicos, pero jamás para ningún tipo de control de las personas o poblaciones. Los interesados deberán ser informados de los resultados de las pruebas por un profesional competente.
- Todo portador del virus tiene derecho de comunicar su estado de salud o el resultado de su prueba únicamente a las personas que desea.





---

## CARTA DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

---

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

### **Derecho a una alta calidad de Servicios de Salud**

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

### **Derechos en cuanto a la obtención y divulgación de información**

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

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

### **Derecho en cuanto a la selección de planes y proveedores**

Todo individuo tiene derecho a:

- Seleccionar planes de cuidado de salud y proveedores de servicios de salud que sean adecuados y que mejor se ajusten a sus necesidades sin que sean discriminados por su condición socioeconómica, capacidad de pago, por condición preexistente o su historial médico, independientemente de su edad.
- Una red de proveedores autorizados y suficientes para garantizar que todos los servicios cubiertos por el plan estarán accesibles y disponibles sin demoras irrazonables y en razonable proximidad geográfica a las residencias y lugares de trabajo de las personas aseguradas, incluyendo el acceso a servicios de emergencia las veinticuatro (24) horas, los siete (7) días. Todo plan de cuidado de salud que ofrezca cubiertas sobre servicios de salud en Puerto Rico deberá permitir que cada paciente pueda recibir servicios de salud primarios de cualquier proveedor de servicios primarios participante que éste haya seleccionado conforme a lo dispuesto en el plan de cuidado de salud.
- Permitir que cada persona asegurada pueda recibir los servicios de salud 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

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

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

### **Derecho en cuanto al acceso a servicios y facilidades de emergencia**

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

### **Derecho a participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento**

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



## Derecho en cuanto a respeto y trato igual

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

## Derecho a confidencialidad de información y récords médicos

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

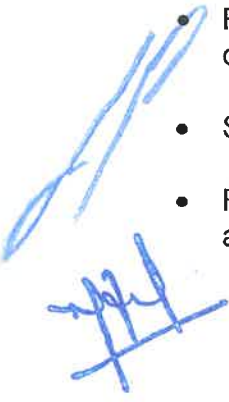
## Derechos en cuanto a quejas y agravios

- Triple-S Salud, Inc. tendrá disponible un procedimiento para resolver de manera rápida y justa cualquier queja que un afiliado presente y tendrá mecanismos de apelación para la reconsideración de las determinaciones.
- Recibir respuesta a sus inquietudes en el idioma de su predilección, sea inglés o español.



## Su responsabilidad como paciente es:

- Proveer la información necesaria sobre planes médicos y el pago de cualquier cuenta. Conocer las reglas de coordinación de beneficios.
- Informar a Triple-S Salud, Inc. cualquier instancia o sospecha de fraude contra el seguro de salud. En caso de sospecha de fraude contra el seguro de salud, usted deberá comunicarse con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 787-774-6070 o a través de nuestro portal de Internet [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com)
- Proveer la información más completa y precisa sobre su condición de salud, incluyendo enfermedades anteriores, etc. Participar en toda decisión relacionada con su cuidado médico. Conocer los riesgos y límites de la medicina.
- Conocer la cobertura, opciones y beneficios y otros detalles del plan de salud.
- Cumplir con los procedimientos administrativos de su plan de salud.
- Adoptar un estilo de vida saludable.
- Informar al médico cambios inesperados en su condición.
- Informar que entiende claramente el curso de acción recomendado por el profesional de la salud.
- Proveer copia de su declaración previa de voluntad.
- Informar al médico si anticipa problemas con el tratamiento prescrito.
- Reconocer la obligación del proveedor de ser eficiente y equitativo al proveer cuidado a otros pacientes.
- Ser considerado, de modo que sus actuaciones particulares no afecten a los demás.
- Resolver cualquier diferencia a través de los procedimientos establecidos por la aseguradora.



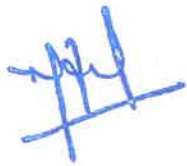
---

## DISCRIMEN INDEBIDO CONTRA VÍCTIMAS DE MALTRATO

---

Triple-S Salud no discrimina contra víctimas de maltrato cumpliendo con el Código de Seguros de Salud donde estipula que es injustamente discriminatorio el:

1. Denegar, rehusar emitir o renovar, cancelar o de otra manera terminar o restringir la cubierta de un plan médico, o establecer un costo adicional o aumentar la prima de un plan médico, basado en que la persona cubierta o afiliado ha sufrido maltrato; o
2. Excluir, limitar la cubierta o denegar una reclamación basado en la situación de víctima de maltrato de la persona cubierta o asegurado.



## APELACIONES DE DETERMINACIONES ADVERSAS DE BENEFICIOS

### DERECHO A SOLICITAR UNA APELACIÓN LUEGO DE UNA DETERMINACIÓN ADVERSA

#### ¿Qué es una Determinación Adversa?

- Una determinación hecha por Triple-S Salud, Inc. 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 de Triple-S Salud, Inc. 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.

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 pre-certificación, la rescisión de cubierta o cualquier denegación de beneficios descritos en su póliza, usted puede apelar la determinación de Triple-S Salud.

### PROCEDIMIENTO DE APELACIONES Y QUERELLAS

#### Primer Nivel de Apelación

Usted o su representante personal, debe presentar su apelación por escrito dentro de **180 días calendarios** a partir de la fecha en que recibió la notificación inicial escrita de la determinación adversa para que sea evaluada independientemente de si se acompaña la misma con toda la información necesaria para hacer la determinación. En la presentación de su apelación, usted 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  
361 Calle Calaf  
PO Box 195415  
San Juan, PR 00919  
**Teléfono: 787-304-8686**

**Procurador de la Salud**

PO BOX 11247  
San Juan PR 00910-2347  
**Teléfono: 787-977-0909**

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

**Triple-S Salud, Inc.**

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

**Fax Apelaciones: 787-706-4057**

**Correo electrónico: [qacomercial@ssspr.com](mailto: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 acusa recibo a la persona asegurada de la solicitud de apelación no más tarde de tres (3) días laborables a partir del recibo de la misma. Además, le informa los derechos que le asisten sobre la radicación de la apelación.

Si la apelación surge como resultado de una determinación adversa relacionada con una revisión de utilización, Triple-S Salud designa 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 hizo dicha determinación adversa y que no hayan participado en la determinación adversa inicial o sea subordinado de dicho individuo. Además, se asegura que el/los homólogos clínicos para la revisión tengan la pericia adecuada para la evaluación de la misma.

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



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

- fueron utilizadas en la determinación inicial
- se presentaron, consideraron o generaron con relación a la determinación adversa, aunque la determinación del beneficio no dependiera de dichos documentos, registros u otra información;
- demuestran que, al hacer la determinación, Triple-S Salud siguió de manera uniforme, los mismos procedimientos y garantías administrativas que se siguen con otras personas 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.

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

- una apelación en la cual se solicita una revisión de primer nivel de una determinación adversa relacionada con una revisión prospectiva, dentro de un plazo razonable de acuerdo a la condición médica de la persona 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 los revisores que participaron en la evaluación
- Una declaración de la interpretación que hicieron los revisores
- La determinación de los revisores con la justificación médica o base contractual para que la persona asegurada o su representante personal pueda responder a los planteamientos;
- La evidencia o documentación usada como base de la determinación

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

Empleados Gubernamentales 2021 (Care Plus Medigap Modelo C y D)







- 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 aplicar también, debe incluir la siguiente declaración que indique otras opciones de resolución voluntaria de las controversias disponibles, Triple-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 o la Oficina del Procurador de la Salud para orientación y solicitar ayuda, así como la información de los números a llamar en estos casos.

Si su caso es considerado Urgente, Triple-S Salud notifica su decisión en un periodo no mayor de 48 horas, a partir de la fecha en que se radique la solicitud de revisión acelerada con la organización de seguros de salud o asegurador, 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.

Si la apelación no tiene toda la información necesaria para hacer una determinación, Triple-S Salud indicará a la persona asegurada o su representante personal los documentos o información adicional que debe someter dentro de 45 días calendario a partir de la fecha que se le notifique. De no recibir la información adicional solicitada dentro del término, Triple-S Salud puede tomar su decisión a base de los documentos e información ya sometidos. Triple-S Salud puede, también, notificarle que su apelación está siendo considerada, pero que se necesita un tiempo adicional. En dicho caso, Triple-S Salud tiene 15 días calendarios adicionales para

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

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

### **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 determinación 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 afiliado 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 explicación de los fundamentos para su decisión. 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, así como el procedimiento a seguir y los plazos correspondientes
  - una notificación del derecho que asiste a la persona asegurada a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador de la Salud para solicitar orientación y ayuda, con la información para poder contactarlas en caso de que sea necesario.

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



## DERECHO A SER ASISTIDO

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

- La Oficina del Comisionado de Seguros está ubicada en Edificio World Plaza 268 Ave. Muñoz Rivera San Juan, PR o puede comunicarse al (787) 304-8686.
- La Oficina del Procurador de la Salud está ubicada en Mercantil Plaza, Avenida Ponce de León 1501, Hato Rey, PR o puede comunicarse al (787) 977-0909 (Área Metro) o libre de cargos al 1-800-981-0031.

## DERECHO A NOMBRAR UN REPRESENTANTE

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

- 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.





## PROCEDIMIENTO DE TRÁMITE PARA REEMBOLSOS

1. Las solicitudes de reembolso deben ser enviadas:

- a. A través de nuestro portal de Internet [www.ssspr.com](http://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](mailto:reembolso@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 descripción de servicios recibidos
- Código de procedimiento (vigente a la fecha de 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

**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 ocurrido dicho término o, tan pronto como sea razonablemente posible por la persona asegurada en un plazo que no exceda de un (1) año a partir de la fecha en que se prestó el servicio.

3. Triple-S Salud tiene hasta 15 días para entregar acuse de recibo luego de notificar una 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.

Cuando se hace la solicitud por Web o directamente al email del reembolso el asegurado recibe un acuse de recibo por sistema. Si entrega los documentos en las áreas de servicio se le entrega el documento original ponchado lo que se considera un acuse de recibo. Si llega la solicitud por correo, se envía un acuse de recibo.





## NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN DE SALUD PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVISE ESTE AVISO CON CUIDADO. LA PROTECCIÓN 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 requerida por ley de proveerle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad y sus derechos con respecto a su información de salud. Seguiremos las prácticas de privacidad descritas en este aviso mientras el mismo esté en vigor.

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

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

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

### RESUMEN DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Nuestro compromiso es limitar la información que recopilamos a la estrictamente necesaria para administrar la cubierta de s

u seguro o beneficios. Como parte de nuestras funciones de administración, recopilamos información personal de distintas fuentes, entre las cuales podemos mencionar:

- Información que usted provee en solicitudes y otros documentos para obtener un producto o servicio.
- Información que proviene de transacciones efectuadas con nosotros o con nuestras afiliadas.
- Información que proveen las agencias de crédito.
- Información de proveedores de servicios de salud.
- Programas de salud gubernamentales.

La información protegida de salud (por sus siglas en inglés PHI) es información que lo identifica a usted (nombre, apellido, seguro social); incluso información demográfica (como dirección, código postal), obtenida de usted mediante una solicitud u otro documento para obtener un servicio, creada o recibida por un proveedor de cuidado de salud, un plan médico, intermediarios

que procesan facturas de servicios de salud, socios de negocio y que está relacionada con: (1) su salud o condición física o mental pasada, presente o futura; (2) la prestación de servicios de cuidado de salud a usted; (3) pagos pasados, presentes o futuros por la prestación de servicios de cuidado médico. Para propósito de este Aviso, esta información se denominará como PHI. El Aviso se ha desarrollado y enmendado de manera que esté en armonía con el Reglamento de Privacidad de la Ley HIPAA. Cualquier término no definido en este Aviso tiene el mismo significado que dicho término tiene en el Reglamento de Privacidad de la Ley HIPAA. También contamos con políticas y procedimientos para el manejo de su PHI, los cuales puede examinar de usted solicitarlo.

Nosotros no usamos ni divulgamos información genética con el propósito de evaluar o suscribir riesgos. Tampoco discriminamos en los precios de las pólizas o certificados (lo cual incluye los ajustes en las primas) de una persona a base de la información genética de dicha persona.

## LEYES Y REGULACIONES

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

**HITECH:** Ley titulado "Health Information Technology for Economic and Clinical Health" (HITECH) Ley que provee para la adopción del récord médico electrónico y el procedimiento a seguir por las entidades reguladas en caso de que ocurra un incidente de seguridad que exponga la información personal financiera, de seguros y de salud.

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

**ORGANIZACIONES CUBIERTAS POR ESTE AVISO**  
Triple-S Salud

## USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD

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

Triple-S Salud podría usar 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 relacionadas a su información protegida de salud.

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

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

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

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

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

**Entidades Cubiertas Afiliadas:** En las funciones como administrador del seguro o beneficio, podremos usar y divulgar PHI a 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 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 que no incluye identificadores individuales.

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

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

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

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

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

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

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

- Actividades de salud pública, incluyendo el informe de estadísticas de enfermedades e información vital, funciones gubernamentales especializadas, entre otros;
- 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 estadísticas;
- Para propósitos de descendientes;
- Según requerido o permitido por las leyes aplicables.

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

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

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

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

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

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



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

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

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

## **USTED TIENE LOS SIGUIENTES DERECHOS RELACIONADO A SU INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD**

**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 treinta (30) días para efectuar alguna de las siguientes actividades:

- Solicitud de tiempo adicional
- Proveer la información solicitada o permitirle examinar la información durante horas laborales
- Informarle que no tenemos la información solicitada en cuyo caso, de conocerlo, le indicaremos a dónde acudir
- Denegar la solicitud, parcial o totalmente, debido a que la información proviene de una fuente confidencial o se recopiló en preparación de un litigio o investigación por oficiales del orden público, unidad anti-fraude o para programas de garantía de calidad o cuya divulgación está prohibida por ley. Le notificaremos por escrito las razones de la denegación. No será requerido notificarle en casos donde sea parte de una investigación debidamente constituida por ley o en preparación de un proceso judicial.

El primer informe que usted solicite será gratuito. Nos reservamos el derecho de cobrar por copias subsiguientes.

**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 tratamiento médico, pago de servicios de salud, operaciones de cuidado de salud, o según su autorización. El informe indicará la fecha en que se hizo la divulgación, el nombre de la persona o entidad a la que se divulgó su información, una descripción de la información divulgada y la razón para la divulgación. Si usted solicita este informe más de una vez dentro de un periodo de doce (12) meses, podríamos cobrarle los costos de procesar la(s) solicitud(es) adicional(es). El informe sólo cubre los últimos seis (6) años.



**Restricciones:** Usted tiene el derecho de solicitar que implementemos restricciones adicionales en nuestro manejo de su información de salud. Nosotros no tenemos que estar de acuerdo con su solicitud, pero si la aceptamos, nos 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 las formas 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 sesenta (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 del portal [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com) o por correo electrónico (e-mail), usted tiene derecho a recibir una copia a papel del mismo.

## PREGUNTAS Y QUEJAS

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

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



Oficina de contacto: Departamento de Cumplimiento  
Atención: Oficial de Privacidad  
Teléfono: 1-888-620-1919  
Fax: (787) 993-3260  
E-mail: [hipaacompliance@sssadvantage.com](mailto:hipaacompliance@sssadvantage.com)  
Address: 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  
200 Independence Avenue, S.W.  
Room 509F HHH Bldg.  
Washington, D.C. 20201

Email to [OCRComplaint@hhs.gov](mailto: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 <https://salud.grupotriples.com/en/privacy-policy/>.

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.

