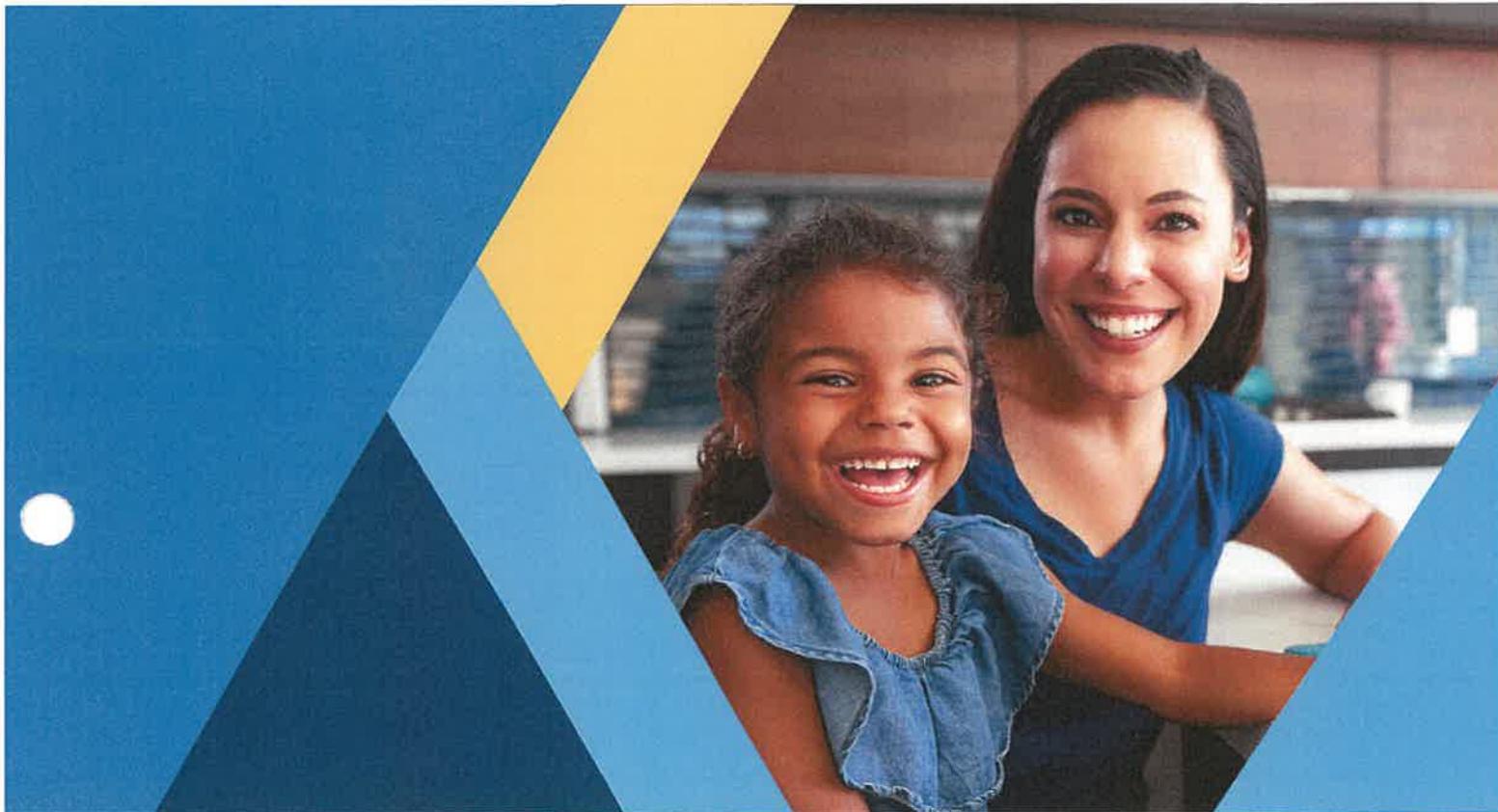


2021

Guía del Suscriptor Universal



[Handwritten signature]



GUÍA DEL SUScriptor PARA EMPLEADOS PÚBLICOS
PLAN DE LIBRE SELECCIÓN UNIVERSAL
2021



[Handwritten signature]



PARTE 1 INTRODUCCIÓN	5
PARTE 2 ELEGIBILIDAD.....	6
2.1 FECHA DE EFECTIVIDAD DE LA CUBIERTA.....	6
2.2 ELEGIBILIDAD	6
2.3 CAMBIOS DURANTE EL AÑO:.....	7
2.3.1 Matrimonio:	7
2.3.2 Recién Nacidos:.....	7
2.3.3 Hijos Adoptivos e Hijastros o Cualquier otro Familiar que esté bajo la Patria Potestad o Custodia Legal:.....	7
2.3.4 Por Divorcio o Muerte:	8
2.3.5 Por Separación del Servicio para Acogerse al Retiro:.....	8
2.3.6 Por Separación del Servicio de una Corporación Pública para Acogerse al Retiro:	9
2.3.7 Por Doble Cubierta:	9
2.3.8 Licencia Sin Sueldo:	9
2.3.9 Children's Health Insurance Program Reauthorization Act de 2009.....	10
2.4 TERMINACIÓN DE LA CUBIERTA:	10
PARTE 3 PROCESO DE PRECERTIFICACIÓN	10
PARTE 4 COORDINACIÓN DE BENEFICIOS.....	13
4.1 Aplicabilidad:.....	13
4.2 Definiciones:	13
4.3 Reglas Relativas al Orden de Determinación de los Beneficios:	14
4.4 Empleado Activo / Inactivo.....	15
4.5 Período de Cubierta Más Largo/Corto	15
4.6 Efecto sobre los Beneficios de Este Plan	15
4.7 Reducción en los Beneficios de Este Plan.....	15
4.8 Derecho a Recibir y Liberar Información Necesaria	16
4.9 Facilidad de Pago	16
4.10 Derecho a Recobrar	16
PARTE 5 CONVERSIÓN.....	17
5.1 Derecho a Convertir:.....	17
5.2 Extensión del Derecho de Conversión:.....	17
5.3 Prima:	18
5.4 Personas Cubiertas:	18
5.5 Fecha de Efectividad:	18
5.6 Extensión de Cubierta Bajo el Contrato Grupal:	18
PARTE 6 DISPOSICIONES GENERALES.....	18
6.1 Cubierta para Dependientes en Combinación con Complementaria a Medicare	18



6.2	Reembolsos:.....	19
6.3	Servicios Para el Embarazo y Para la Maternidad.....	19
6.4	Tarjeta de Identificación.....	20
6.5	Periodo de espera	20
6.6	Vencimientos de prima	20
6.7	Errores de facturación o descuentos de primas:.....	20
6.8	Reactivar una cubierta:.....	20
6.9	Procedimiento a Seguir para Hacer Uso del Plan.....	20
6.10	Informes Trimestrales:	20
6.11	Programa BlueCard® y servicios fuera del área a través de la cubierta de Gastos Médicos Mayores.....	20
6.12	Concesionario Independiente de la BlueCross and BlueShield Association:	23
6.13	Beneficios	23
6.14	Acciones de Terceras Personas.....	23
6.15	Conozca Sus Servicios Preventivos con \$0 copago.....	24
	Cubierta Estándar de Vacunación para Niños, Adolescentes y Adultos.....	31
6.16	Servicios Hospitalarios:.....	32
6.17	Servicios Médico-Quirúrgicos y de Diagnóstico en Forma Ambulatoria.....	34
	PARTE 7 EXCLUSIONES DE CUBIERTA MÉDICA	42
	PARTE 8 TRASPLANTE DE ÓRGANOS	45
	PARTE 9 EXCLUSIONES DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS.....	46
	PARTE 10 CUBIERTA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES.....	47
	PARTE 11 EXCLUSIONES DE GASTOS MÉDICOS MAYORES.....	49
	PARTE 12 CUBIERTA DE FARMACIA	50
	Descripción del Beneficio de Farmacia.....	53
	PROCEDIMIENTOS DE MANEJO	54
	PREAUTORIZACIONES PARA MEDICAMENTOS	57
	PROCEDIMIENTO DE TRAMITE DE PREAUTORIZACIONES PARA MEDICAMENTOS	57
	PROCESO DE EXCEPCION A LA LISTA DE MEDICAMENTOS.....	58
	PARTE 13 EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA	61
	PARTE 14 RESUMEN DE SU CUBIERTA DE VISIÓN	65
	PARTE 15 CUBIERTA DENTAL	66
	PARTE 16 SEGURO DE VIDA	69
	PARTE 17 PROGRAMAS DE VALOR AÑADIDO.....	70
	PARTE 18 HERRAMIENTAS	83
	PARTE 19 APELACIONES DE DETERMINACIONES ADVERSAS DE BENEFICIOS.....	86
	Procedimiento de Trámite para Reembolsos	116



PARTE 20 CARTA DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE..... 117

PARTE 21 NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD..... 122

NUESTRA RESPONSABILIDAD LEGAL122

RESUMEN DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD122

LEYES Y REGULACIONES123

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACION DE SALUD ..123

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. . .123

Triple-S Salud podría usar y divulgar PHI para lo siguiente: . . .123

USTED TIENE LOS SIGUIENTES DERECHOS RELACIONADO A SU INFORMACION126

PROTEGIDA DE SALUD126

PREGUNTAS Y QUEJAS127

PARTE 22 DEFINICIONES 128



CUBIERTA DE BENEFICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS, DE HOSPITALIZACIÓN, MEDICINA, DENTALES Y DE BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS PARA LOS FUNCIONARIOS, EMPLEADOS Y PENSIONADOS DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO, SUS MUNICIPIOS Y ENTIDADES

PARTE 1 INTRODUCCIÓN

DECLARACIONES

Triple-S Salud, Inc., conocida como "La Entidad Contratante", se compromete a proveer a los empleados públicos, dependientes elegibles y pensionados, los beneficios, derechos y privilegios que se estipulan en este contrato de beneficios, el cual se denomina **Plan Libre Selección Universal** para los Funcionarios, Empleados y Pensionados del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, sus Municipios e Instrumentalidades. Triple-S Salud estará obligada a proveer los beneficios de la cubierta a los empleados, pensionados y sus dependientes directos y opcionales que hayan adquirido la condición de asegurado o suscriptor y que hayan sufrido lesiones o enfermedad.

Este Contrato se otorga en virtud de los requisitos de contratación y cubierta de la Ley Núm. 95 de 29 de junio de 1963, según enmendada; y el Plan de Reorganización Número 3 de 2010 y al pago de las primas que le corresponda pagar al Estado Libre Asociado, sus Municipios, Entidades y al empleado cubierto, las cuales se estipularán como parte de este contrato. Este contrato se emite por el término del **1 de junio de 2021 y termina el 31 de mayo de 2022.**

Triple-S Salud proveerá a cada asegurado o suscriptor el Resumen Explicativo de los Beneficios y Condiciones Principales del Plan, según provisto por ASES. Este es una exposición clara y precisa de los servicios, beneficios, límites, máximos o mínimos a que tendrán derecho los empleados, pensionados y los miembros de sus familias, así como de las exclusiones y limitaciones aplicables, a los efectos de que en caso de duda se interpretarán liberalmente a favor del asegurado o suscriptor.



Madeline Hernández Urquiza, CPA
Presidenta



PARTE 2 ELEGIBILIDAD

2.1 FECHA DE EFECTIVIDAD DE LA CUBIERTA

La cubierta entra en vigor del 1 de junio de 2021 al 31 de mayo de 2022.

Cualquier empleado nuevo cuya fecha de elegibilidad para este seguro sea posterior a la fecha de esta póliza no excederá de la fecha establecida en la Sección 2.2.

2.2 ELEGIBILIDAD

Serán elegibles para solicitar cubierta bajo este contrato los empleados, funcionarios y pensionados, sus dependientes directos y opcionales según definidos en la Parte 21 de este contrato.

2.2.1 Cualquier persona que adquiera la condición de elegible con posterioridad a la fecha en que comience este contrato para ingresar a uno de los planes contratados por la Administración y/o nuevo nombramiento, deberá someter su solicitud de ingreso al Plan dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha que tenga conocimiento de elegibilidad. La cubierta en estos casos tendrá efectividad el día primero del mes siguiente a aquel en que se somete la solicitud, siempre que la persona someta la solicitud antes del día diez (10) del mes. Si la persona somete la solicitud después del día diez (10) del mes, la cubierta tendrá efectividad el día primero del mes subsiguiente a aquel en que sometió la solicitud.

2.2.2 Los empleados que no soliciten cubierta según se establece en la sección 2.2.1, no podrán ingresar al Plan durante el resto del año de contrato. Triple-S Salud no está autorizada a realizar cambios en las cubiertas durante el año contrato sin la autorización de ASES, con excepción de los especificados en este contrato.

2.2.3 En todos los casos, la inclusión de dependientes sólo se podrá hacer al momento de acogerse el empleado a los beneficios de este contrato o en la fecha de renovación del mismo, salvo lo dispuesto en la Sección 2.4 de esta cubierta.

2.2.4 Administración de Seguros de Salud – Plan Vital

2.2.4.1 Aquellos empleados o pensionados que opten por el Plan Vital como Entidad Contratante no podrán utilizar la aportación patronal otorgada por la Ley Núm. 95 para ningún otro plan que no sea Plan Vital.

2.2.4.2 Si el empleado, funcionario o pensionado o su cónyuge escoge un plan médico de los contratados por la Administración de Seguros de Salud (ASES) y no informa que tiene el Plan Vital, este último será pagado con la aportación patronal y el otro plan será descontado por nómina del cheque del empleado o de la pensión.

2.2.4.3 Aquellos empleados o pensionados que estén activos en el Plan Vital e interesen acogerse a uno de los contratados por ASES deberán solicitar su baja previa a llenar una solicitud al plan de salud seleccionado. Para esto deberá presentar una certificación al plan seleccionado (MA-10) que indique que no pertenece a Plan Vital.

2.2.4.4 Aquellos que no hayan solicitado su baja en el tiempo requerido por ASES a la cubierta de Plan Vital y a la misma vez se acojan a algún plan de beneficios de salud bajo la Ley Núm. 95, la aportación patronal será pagada al Plan Vital.

2.2.4.5 El empleado o pensionado deberá reponer al Gobierno todo el dinero por concepto de aportación patronal recibida de forma indebida.

2.2.4.6 Cuando un empleado o pensionado médico indigente que esté en Plan Vital y en su revisión no cualifica como médico indigente y esto ocurre durante el periodo de contrato que no sea el periodo de cambio o suscripción, la Oficina de Asistencia Médica del Departamento de Salud vendrá obligada a orientar al empleado de éste interesar en continuar con la



[Handwritten signature and scribbles in blue ink]

aportación patronal, solicite el Plan Vital (ELA Puro) hasta el periodo de cambio o suscripción que establece ASES. Para esto deberá presentar una certificación (MA-10) que indique que no pertenece al Plan Vital y tendrá que pagar la diferencia en costo. En estos casos Plan Vital le facturará a la agencia la aportación patronal de dichos empleados. Dicho plan cancelará automáticamente al 31 de diciembre del año en curso.

2.2.4.7 Si al empleado o pensionado no médico indigente le interesa seguir con este plan (ELA Puro) u otro plan de servicio de salud contratado por ASES, llenará una solicitud en el periodo de suscripción establecido para este propósito. Las agencias serán responsables de orientar al personal sobre este requerimiento.

2.2.4.8 Si el empleado durante el año de contrato quiere cambiar de un plan de salud contratado por ASES, ELA Puro o viceversa, tendrá que seguir las disposiciones de cancelación que se indican en esta Cubierta Uniforme.

2.2.4.9 El empleado público que se acoja al Plan Vital (ELA Puro) le aplica todas las disposiciones de esta Cubierta Uniforme.

2.3 CAMBIOS DURANTE EL AÑO:

Triple-S Salud está obligada a realizar inmediatamente los cambios en el sistema electrónico, de lo contrario será responsable del pago del servicio a que tiene derecho el asegurado o suscriptor luego de realizar el cambio.

2.3.1 Matrimonio:

Un asegurado o suscriptor que contraiga matrimonio tendrá derecho a incluir a su cónyuge en los beneficios de este contrato si lo solicita durante el periodo de treinta (30) días posteriores a la fecha del matrimonio. La cubierta tendrá efectividad según dispone la Sección 2.2.1 de este contrato.

2.3.2 Recién Nacidos:

Los niños nacidos durante la vigencia de un contrato familiar son elegibles para ingreso con efectividad a la fecha de su nacimiento, con derecho a recibir beneficios desde esa fecha. Los padres deberán notificar, dentro de un periodo no mayor de treinta (30) días, el nombre del niño y la fecha de su nacimiento a los fines de que se le emita la tarjeta de asegurado o suscriptor. El asegurado o suscriptor en un plan individual o de pareja podrá incluir en su Plan a los hijos que nazcan durante la vigencia de su Plan como dependientes directos mediante el pago de la prima adicional que corresponda. La fecha de efectividad de la cubierta, en este caso, será la fecha de nacimiento del niño o de los dependientes directos.

En el Título Veintiséis, Subtítulo 3 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico – Capitulo 152 indica lo siguiente: No obstante, lo anterior, si a más tardar a los cuatro (4) meses de la fecha de nacimiento del niño, la persona cubierta o asegurado emite todos los pagos adeudados, se reinstalará la cubierta del niño.

2.3.3 Hijos Adoptivos e Hijastros o Cualquier otro Familiar que esté bajo la Patria Potestad o Custodia Legal:

El asegurado o suscriptor deberá solicitar el ingreso de un hijo adoptivo, hijastro, cualquier menor de edad que sin ser hijo natural o adoptivo del asegurado principal, haya vivido desde su infancia bajo el mismo techo con el asegurado principal en una relación normal de padre/madre e hijo/hija, y que sea y continuará siendo totalmente dependiente de la familia de dicho asegurado principal o dependiente directo que sea elegible mediante la obtención de la custodia legal dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de la adopción legal o la fecha en que comenzó una relación corriente de hijo con el asegurado o suscriptor, según sea el caso, sometiendo la evidencia correspondiente. La cubierta tendrá efectividad según dispone la Sección 2.2.1 de este contrato.



2.3.4 Por Divorcio o Muerte:

Los hijos de un asegurado o suscriptor que se divorcie o muera tienen derecho a continuar bajo el Plan del asegurado o suscriptor, aunque no vivan bajo el mismo techo. El cónyuge divorciado o viudo que no fuera asegurado o suscriptor principal es elegible a continuar como asegurado o suscriptor, si se acoge al derecho de conversión, de acuerdo con las disposiciones de la Sección 5.2 de este contrato. Si un dependiente directo u opcional muere durante el año contrato, el asegurado o suscriptor deberá notificar a Triple-S Salud dentro de los treinta (30) días siguientes a la muerte para el cambio o ajuste, si alguno, de la prima correspondiente.

2.3.5 Por Separación del Servicio para Acogerse al Retiro:

Si un asegurado o suscriptor se separa del servicio activo para acogerse a los beneficios de cualquiera de los Sistemas de Retiro y desea continuar cubierto o ingresar a un Plan de los contratados por la Administración de Seguros de Salud (ASES) y hacer uso de su aportación patronal le aplicará lo siguiente:

2.3.5.1 Ingresar:

El asegurado o suscriptor deberá llenar y entregar una solicitud directamente a la entidad aseguradora seleccionada dentro de los siguientes 60 días calendario a la fecha en que recibe su primer pago del Sistema de Retiro. En estos casos, el ingreso tendrá efectividad el día primero del mes siguiente si se somete antes del día 10. Si la solicitud de ingreso se efectúa después del día 10, el ingreso tendrá efectividad el día primero del mes subsiguiente al que se someta la solicitud.

2.3.5.2 Interesa Continuar sin Interrupción de Servicios:

En estos casos el asegurado o suscriptor deberá comunicarse directamente con la entidad aseguradora con la cual tiene su plan médico dentro de los 30 días calendario antes de la fecha de separación de la instrumentalidad gubernamental para notificarle la fecha en que se acogerá al retiro, además, enviará copia de la renuncia ya aceptada por la instrumentalidad gubernamental. El retirado no podrá hacer cambios de entidad aseguradora, ni de cubierta en ese momento. El retirado pagará directamente a la entidad aseguradora el costo total de la prima, incluyendo la aportación patronal. Tan pronto como reciba su primer pago como pensionado podrá solicitar, con evidencia certificada del pago, al Sistema de Retiro que pertenece, el reembolso de las aportaciones patronales pagadas y notificar a la entidad aseguradora para que ésta comience a facturar al Sistema de Retiro.

2.3.5.3 Decida No Continuar Con Su Plan:

En este caso el asegurado o suscriptor deberá comunicarse directamente con la entidad aseguradora con la cual tiene su plan médico dentro de los 30 días calendario antes de la fecha de separación de la instrumentalidad gubernamental para notificarle la fecha en que se acogerá al retiro, además, enviará copia de la renuncia ya aceptada por la instrumentalidad gubernamental, junto con **las tarjetas** de la entidad aseguradora. **Del asegurado o suscriptor no entregar las tarjetas será responsable del pago de la prima o del pago de los servicios utilizados, según lo acordado con Triple-S Salud.**

2.3.5.4 El asegurado o suscriptor ya pensionado podrá optar por una cubierta Complementaria a Medicare o un Plan Medicare Advantage en la fecha de su retiro o en cualquier fecha posterior en que advenga su elegibilidad para la cubierta, durante la vigencia de este contrato. La fecha de efectividad de la cubierta será el día primero del mes siguiente a aquel en que Triple-S Salud reciba una solicitud del pensionado, a tales efectos.



2.3.6 Por Separación del Servicio de una Corporación Pública para Acogerse al Retiro:

Si un asegurado o suscriptor se separa del servicio de una Corporación Pública para acogerse al retiro gubernamental, someterá una solicitud a través del sistema de retiro al cual pertenece. La cubierta tendrá efectividad según se dispone en la Sección 2.4.5.1 de este contrato.

2.3.7 Por Doble Cubierta:

Si un asegurado o suscriptor es elegible para otro plan médico después de la fecha que comienza este contrato, solicitará la cancelación de este plan durante la vigencia de este contrato dentro de los treinta (30) días siguientes de tener conocimiento. El asegurado o suscriptor someterá evidencia a tales efectos con la efectividad de la cancelación del mismo. La cancelación en estos casos tendrá efectividad el día primero del mes siguiente a aquel en que se somete la misma, siempre que la persona someta ésta antes del día diez (10) del mes. Si la persona somete la cancelación después del día diez (10) del mes, la misma tendrá efectividad el día primero del mes subsiguiente a aquel en que sometió la solicitud de cancelación.

2.3.8 Licencia Sin Sueldo:

Si un asegurado o suscriptor se acoge a una Licencia sin Sueldo, Licencia Militar sin Sueldo o Licencia Médico Familiar puede continuar o no con su contrato de plan médico. El asegurado o suscriptor tiene que informar a la agencia o municipio y a Triple-S Salud para el debido proceso administrativo.

2.3.8.1 Si determina continuar con el contrato tendrá derecho al pago de la aportación patronal por un período que no excederá 12 meses, siempre y cuando se reintegre al servicio al finalizar dicho período. De no reintegrarse finalizado dicho período, éste vendrá obligado a reembolsar al Secretario de Hacienda los desembolsos incurridos para el pago de las aportaciones patronales. Sin embargo, el Secretario de Hacienda podrá excluir de la obligación de reembolsar las aportaciones mencionadas a todo aquel empleado que se acoja a los beneficios del retiro por una condición de salud.

2.3.8.2 Un empleado que esté en licencia sin sueldo y no puede cubrir las primas del contrato vigente, podrá modificar dicha cubierta para reducir las mismas. Dicho cambio lo hará directamente con la entidad aseguradora y no está sujeto a las fechas límites para hacer cambios.

2.3.8.3 Si el plan de servicios de salud es mancomunado, notificará a la Oficina de Recursos Humanos de la agencia donde trabaje el cónyuge mancomunado. Debe completar la Certificación para Acogerse al Plan de Salud mancomunado Modelo 1335.

2.3.8.4 Si el asegurado se reintegra al servicio público luego de terminada la licencia sin sueldo y no está acogido a un plan de servicios de salud, éste tendrá hasta 60 días calendario siguientes a la fecha del reingreso para solicitar ingresar a uno de los planes médicos contratados por la Administración de Seguros de Salud (ASES).

2.3.8.5 Si la licencia sin sueldo fue concedida bajo la Ley de Licencia Familiar y Médica de 1993, la cual entró en vigor el 5 de agosto de 1993 (*Public Law 103-3*) y el empleado determina continuar con el contrato, la cubierta podrá continuar en vigor por un período que no excederá de doce (12) semanas y tendrá derecho al pago de la aportación patronal correspondiente por el referido período.

2.3.8.6 Cuando un militar suscrito a un plan de beneficios de salud se acoge a una licencia militar sin sueldo y determina continuar con el contrato de seguros, deberá notificarle a la Oficina de Recursos Humanos de su agencia. La licencia militar sin sueldo es hasta que la persona regrese y no tiene que devolver la aportación patronal siempre y cuando sea activado para una necesidad específica.



2.3.8.7 Las licencias sin sueldo deben ser solicitadas por el empleado a la agencia, no se concederán automáticamente.

2.3.8.8 Cuando una agencia otorga una licencia sin sueldo a un empleado para que trabaje en otra agencia, la aportación patronal le corresponde pagarla a la agencia para la cual éste presta sus servicios.

2.3.9 Children's Health Insurance Program Reauthorization Act de 2009

Cuando un empleado asegurado o uno de sus dependientes elegibles pierda elegibilidad para participar del programa Medicaid o del Programa de Seguro de Salud para Niños (*Children's Health Insurance Program* o CHIP, por sus siglas en inglés) o adviene a ser elegible para un subsidio de primas bajo cualquiera de estos programas, puede solicitar su ingreso al plan de salud patronal dentro de los sesenta (60) días a partir del evento.

Para poder ejercer estos derechos, la solicitud de inscripción y la evidencia que sea pertinente deberán ser presentadas a Triple-S Salud dentro del término de sesenta (60) días a partir del evento. De no recibirse la solicitud dentro de esos sesenta (60) días, la inscripción del empleado activo y sus dependientes elegibles, según sea el caso, solamente podrá hacerse en el próximo periodo de inscripción para el subsiguiente año de cubierta. Una vez sea bien sometida la solicitud de inscripción, la cubierta bajo esta póliza se hará efectiva a la fecha del evento.

2.4 TERMINACIÓN DE LA CUBIERTA:

La cubierta del plan de salud del empleado (a) terminará:

1. A la fecha de expiración del contrato suscrito ante ASES y Triple-S Salud;
2. En los casos de separación del servicio, el último día de cobro;
3. Al cumplirse un (1) año desde la fecha en que se le concede la licencia sin sueldo (ver Artículo 2.4.8 para detalles);
4. En los casos de pensionados (as), el último día de pago a que tenga derecho como pensionado (a). En los casos en que el (la) pensionado (a) re instale o reingrese al servicio público su cubierta continuará sin interrupción;
5. Cuando el (la) empleado (a) incurra en fraude en el uso de su tarjeta de servicios bajo el plan médico, incluyendo, el permitir que otras personas utilicen indebidamente o fraudulentamente la misma.

PARTE 3 PROCESO DE PRECERTIFICACIÓN

En los casos en que los beneficios establecidos en este certificado de beneficios requieran precertificación, Triple-S Salud no será responsable por el pago de los servicios prestados o recibidos, si el asegurado o suscriptor no ha obtenido la misma al momento de recibir el servicio. Cuando se requiera precertificación:

- (a) Triple-S Salud informará por escrito al asegurado o suscriptor en el término de 24 horas para las solicitudes expeditas y catorce (14) días laborables para las no expeditas.
- (b) El término máximo que se concederá al asegurado o suscriptor para recibir ese servicio no será menor de 30 días calendario.
- (c) El oficial médico o representante autorizado de Triple-S Salud que decida no autorizar el servicio hará constar su decisión por escrito, no más tarde de 24 horas para las solicitudes expeditas y catorce (14) días laborables para las no expeditas de la fecha de recibida de solicitud.
- (d) Si el asegurado solicita una reconsideración, Triple-S Salud tendrá cinco (5) días laborables para contestar su decisión por escrito.



PROCESO DE PRECERTIFICACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS

El proceso de precertificación le garantiza a usted y a su familia que recibirá un nivel de cuidado adecuado para su condición de salud. El objetivo de una precertificación es establecer medidas de cuidado coordinado que aseguren que los servicios se brinden en el lugar, en el momento y por el profesional adecuado.

El asegurado, médico y proveedor participante serán orientados sobre los servicios que requieran precertificación. Algunos estudios, procedimientos diagnósticos y quirúrgicos requieren una precertificación de Triple-S Salud. La persona cubierta, médico y proveedor participante serán orientados sobre los procedimientos a precertificar. Los servicios recibidos como consecuencia de una emergencia médica en una Sala de Emergencia no requerirán precertificación de Triple-S Salud.

Las precertificaciones para estudios y procedimientos pueden ser tramitadas por usted, por el médico que lo atiende, el personal clínico que él designe o la facilidad donde se vaya a tratar, llamando a Precertificaciones Triple-S Salud al 787-706-2552. El centro de llamadas de Triple-S Salud atiende estos casos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

Los servicios que requieren precertificación con Triple-S Salud son:

- Servicios en los Estados Unidos que no sean de emergencia
- Cirugía bariátrica y cirugía post cirugía bariátrica (torso y abdomen)
- Inmunoprofilaxis para el virus sincitial respiratorio
- Anestesia general y servicios de hospitalización para procedimientos dentales para menores de edad y personas con impedimentos físicos o mentales que lo requieran.
- Cirugías reconstructivas y procedimientos que se pueden realizar de manera ambulatoria y por una razón médica necesitan otro nivel de servicio (hospitalización o centro de cirugía ambulatoria cuando puede realizarse en oficina)
- Pruebas genéticas
- Tratamiento Residencial
- Cirugías maxilofaciales
- Equipo médico duradero
- Trasplante de órganos y tejidos
- Servicios y pruebas diagnósticas especializadas según indicados en la Guía del Suscriptor
- Servicios de Salud en el Hogar
- Centro de Enfermería Diestra
- Mamoplastía (excepto las requeridas post mastectomía por cáncer de seno)
- Pet CT/Pet Scan
- Litotricia
- Quimioterapia Inyectable

Para precertificaciones o si al momento de necesitar algún servicio médico tiene alguna duda de si usted debe o no tramitar una precertificación o si necesita información adicional, favor de comunicarse con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 787-774-6070.

Puede someter la información requerida vía fax o por correo:

Fax:
Oficina Central: 787-774-4824

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



PROCESO DE PRECERTIFICACIÓN DE SERVICIOS DE TRASPLANTE

Cuando el médico le informe que es candidato a trasplante de órganos o tejidos, usted debe comunicarse o visitar nuestras oficinas para recibir orientación sobre los beneficios, requisitos y documentos que debe acompañar junto con la petición de servicio.

Recuerde: Usted debe entregar a nuestro Oficial de Servicio al Cliente el referido del médico que solicita el procedimiento para poder tramitar adecuadamente su caso. Además, usted deberá precertificar los servicios antes de recibir los mismos. De lo contrario, los servicios no estarán cubiertos.

1. Una vez usted o su dependiente solicite los servicios de trasplante en Triple-S Salud, nuestro Oficial de Servicio verificará su elegibilidad al mismo, completará el formulario de notificación y le proveerá una orientación de los servicios cubiertos bajo su póliza y los requisitos de la misma.
2. Esta notificación se enviará a Global Medical Management, Inc. (GMMI) por correo electrónico o fax. GMMI es una empresa contratada por Triple-S Salud dedicada a coordinar el manejo de Trasplante de Órganos en Puerto Rico y Estados Unidos.
3. Un Manejador de Casos de GMMI recibirá y verificará la información. Además, le contactará y de necesitar documentación adicional del médico, le indicará a usted o a su médico para que sometan la misma.
4. GMMI tiene contratación con diversas facilidades de excelencia especializadas en trasplante de órganos y tejidos. Una vez completada la evaluación de su caso, el manejador de casos de GMMI le proveerá información de las facilidades en la red disponibles para su tipo de trasplante. Además, realizará la coordinación con una de estas facilidades participantes en la red de trasplante.
5. La coordinación con la facilidad conlleva desde la selección de la facilidad de acuerdo con sus necesidades de cuidado, una evaluación pre-trasplante en la facilidad seleccionada en la cual ésta le confirmará si usted es un candidato potencial para recibir el trasplante hasta el proceso de hospitalización para recibir el mismo, de ser candidato al trasplante. El coordinador de GMMI le estará notificando en todo momento de las diversas etapas del proceso.
6. El Manejador de Casos de GMMI continuará con el seguimiento de los servicios relacionados al trasplante una vez realizado incluyendo la obtención de los medicamentos inmunosupresores con la farmacia designada para brindar el servicio.
7. El asegurado solicitará a Triple-S Salud o GMMI una precertificación para cada etapa del trasplante: pre-trasplante, trasplante, post-trasplante y retrasplante.
8. De la facilidad consultada para la evaluación clínica de su caso determinar que usted no es un candidato elegible para realizarle un procedimiento de trasplante, Triple-S Salud le enviará una notificación a este respecto. En la misma le orientaremos sobre el procedimiento a seguir según lo dispone el proceso de Apelaciones de Determinaciones Adversas de Beneficios.
9. **GMMI provee acceso a línea telefónica las 24 horas, los 7 días. Usted puede comunicarse a los números de teléfonos a continuación.**

PREAUTORIZACIONES PARA MEDICAMENTOS

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

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

Para preautorizaciones o si al momento de necesitar un medicamento el asegurado tiene alguna duda sobre si se debe o no tramitar una preautorización, o si necesita información adicional, debe llamar al Departamento de Servicio al Cliente al (787) 774-6070.



PREDETERMINACIÓN (PREAUTORIZACIÓN) PARA CUBIERTA DENTAL

Cuando un asegurado, utilice los servicios de dentistas participantes, el proveedor se encargará de solicitar la predeterminación a Triple-S Salud, antes de prestar los servicios.

Sin embargo, en el caso en que utilice los servicios de dentistas no participantes fuera de Puerto Rico y tener el beneficio bajo su cubierta, el asegurado, debe pagar por los servicios y solicitar reembolso a Triple-S Salud.

Para poder evaluar el reembolso, la solicitud debe incluir un recibo detallado que incluya; los códigos y dientes (de ser necesario), radiografías de las áreas a predeterminar con valor diagnóstico, cantidad pagada por cada uno de los códigos (moneda utilizada del país correspondiente) y fecha de los servicios de cuando se rindieron.

PARTE 4 COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

4.1 Aplicabilidad:

4.1.1 Esta disposición sobre la Coordinación de Beneficios (COB) se aplica a todos los beneficios de cuidado médico según este Plan, cuando un empleado o el dependiente cubierto del empleado goce de cubierta para cuidado médico bajo más de un Plan. Los términos "Plan" y "Este Plan" se definen más adelante.

4.1.2 Si esta disposición sobre COB se aplica, las reglas relativas al orden de determinación de los beneficios deben examinarse primero. Estas reglas determinarán si los beneficios de este Plan serán determinados bajo este Plan:

- No se reducirán cuando, de acuerdo con las reglas relativas al orden de determinación de los beneficios de este Plan, se determinen antes que los de otro Plan: Sin embargo,
- Podrán reducirse cuando, de acuerdo con las reglas relativas al orden de determinación de los beneficios, otro Plan determine sus beneficios en primer lugar. La reducción mencionada se describe en la sección 4.6 titulada "Efecto sobre los Beneficios de Este Plan".
- En el caso de que un suscriptor o dependiente posean los beneficios del Seguro de Servicios de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico (Reforma), tendrá que seleccionar entre los beneficios de la Ley Número 95, según enmendada o Reforma, pero no los dos.

4.2 Definiciones:

4.2.1 Un "Plan" será cualquiera de los siguientes que provea beneficios para o causados por el tratamiento, cuidado médico o dental:

- Seguro grupal o cubierta grupal incluirá cubierta prepagada, de práctica grupal o individual. También incluirá cubierta que no sea del tipo de accidente escolar.
- Cubierta según un plan gubernamental o requerido por ley. Esto no incluirá un plan estatal según Medicaid Título XIX de la Ley de Seguro Social de los Estados Unidos de América sobre concesiones a los estados para los Programas de Asistencia Médica según haya sido enmendado de cuando en cuando. Cada contrato o arreglo de cubierta según las partidas (i) o (ii) es un Plan diferente.
- Además, si un arreglo tiene dos partes y las reglas para la COB aplicarán solamente a una de las dos, cada una de las partes será un Plan distinto.

4.2.2 "Este Plan" será la parte del contrato grupal que provea beneficios por gastos de cuidado de la salud.

4.2.3 "Plan Primario/Plan Secundario". Las reglas relativas al orden de determinación de los beneficios informarán si este Plan es un Plan primario o un Plan secundario en relación con otro Plan que cubra a la persona.

- (a) Cuando este Plan sea un Plan primario se determinarán sus beneficios antes que los del otro Plan y sin que se consideren los beneficios de éste.

- (b) Cuando este Plan sea un Plan secundario se determinarán sus beneficios después de los del otro Plan y se podrán reducir por los beneficios del otro Plan.
- (c) Cuando la persona está cubierta por más de dos planes, este Plan podría ser un Plan Primario en relación con uno o más planes y podría ser un Plan Secundario en relación con un Plan o Planes diferentes.

4.2.4 "Gasto Admisible". Quiere decir una partida de gasto necesaria, razonable y acostumbrada para el cuidado de la salud cuando la misma la cubren, al menos, parcialmente uno o más planes que cubren a la persona por quien se hace la reclamación. La diferencia entre el costo de un cuarto privado de hospital y el costo de un cuarto semiprivado de hospital no se considera un gasto admisible según la definición anterior a menos que la estadía del paciente en un cuarto privado de hospital sea médicamente necesaria o vaya de acuerdo con las prácticas médicas generalmente aceptadas o según se defina específicamente en el Plan.

Cuando un Plan provea beneficios en forma de servicios, el valor en efectivo razonable de cada servicio rendido se considerará tanto como un gasto admisible como un beneficio pagado.

4.2.5 "Período de Determinación de Una Reclamación". Se refiere a un año. Sin embargo, éste no incluirá a ninguna parte de un año durante la cual una persona no tenga cubierta bajo este Plan, ni ninguna parte de un año que anteceda a la fecha en que entre en vigor esta disposición de (COB) o alguna similar.

4.3 Reglas Relativas al Orden de Determinación de los Beneficios:

4.3.1 En general, cuando exista base para una reclamación según este Plan y otro Plan, este Plan será un Plan secundario cuyos beneficios se determinarán después de aquellos del otro Plan a menos que:

- el otro Plan contenga reglas que coordinen sus beneficios con aquellos de este Plan; y
- tanto las reglas del otro Plan y las reglas de este Plan, descritas en la sección 4.3.2 más adelante, requieran que se determinen los beneficios de este Plan antes que los del otro Plan.

4.3.2 Reglas: En el caso que la persona cubierta tenga derecho a recibir beneficios iguales o similares a los provistos por este contrato o a través de cualquier asociación, organización de salud, compañía o entidad de la cual es socio, suscriptor, asegurado o miembro, este Plan tendrá responsabilidad sobre dichos beneficios conforme a las reglas que se expresan más adelante, disponiéndose que, bajo ninguna circunstancia este Plan pagaría una cantidad que resulte mayor que el gasto en que incurrió realmente la persona cubierta, ni tampoco mayor de aquella cantidad que este Plan hubiese pagado de otro modo de no existir dicha cubierta o cubiertas. Las reglas para establecer la responsabilidad de este Plan en la determinación del pago correspondiente en virtud de las disposiciones de esta cláusula son las siguientes:

- Los beneficios de un Plan que cubra la persona en cuyos gastos se basa una reclamación en una capacidad que no sea la de dependientes se deberán determinar antes que los beneficios de un Plan que cubra dicha persona como dependiente.
- Niño Dependiente/Padres no separados ni divorciados. Cuando este Plan y otro Plan cubran al mismo niño como dependiente de diferentes personas llamadas "padres".

Los beneficios del plan de aquel cuyo cumpleaños ocurre más temprano en el año se determinan antes que aquellos del plan de aquel cuyo cumpleaños ocurre más tarde en el año.

Si ambos padres cumplen años el mismo día, los beneficios del plan que ha cubierto a uno de ellos durante más tiempo se determinarán antes que aquellos del plan que ha cubierto a otro durante un período más corto de tiempo. Sin embargo, si el otro Plan no contiene la regla descrita anteriormente, pero en su lugar, contiene una regla que se base en el sexo del padre y si, como resultado de esto, los planes no están de acuerdo sobre el orden de los beneficios, la regla del otro Plan determinará el orden de los beneficios.



- Niño dependiente / padres separados o divorciados. Si dos o más planes cubren una persona como niño dependiente de padres divorciados o separados, los beneficios para el niño se determinarán en el siguiente orden:
 - a. Primeramente, el plan de aquel que tenga la custodia del niño.
 - b. Segundo, el plan del cónyuge de aquel que tenga la custodia del niño.
 - c. Tercero, el plan de aquel que no tenga la custodia del niño.
 - d. Finalmente, el Cónyuge de aquel que no tenga la custodia del niño,

Sin embargo, si los términos específicos de un decreto judicial establecen que uno de los padres es responsable de los gastos por el cuidado de la salud del niño y la entidad obligada a pagar o proveer los beneficios del plan a aquél tiene conocimiento real de esos términos, los beneficios de ese plan se determinan primero.

4.4 Empleado Activo / Inactivo

Los beneficios de un plan que cubre a una persona como empleado que no ha sido despedido ni se ha retirado (o según sea dependiente de dicho empleado) se determinan antes que los de un plan que cubra a esa persona como empleado despedido o retirado (o como dependiente del empleado). Si el otro plan no contiene esta regla y si, como resultado, los planes no están de acuerdo en el orden de los beneficios se ignora esta regla 4.4.

Periodo de Cubierta Más Largo/Corto

Si ninguna de las reglas anteriores determina el orden de los beneficios, los beneficios del plan que cubrió a un empleado, miembro o suscriptor durante el período de tiempo más largo se determinarán antes que aquellos del plan que cubrió a esa persona durante el período de tiempo más corto.

Coordinación con Medicare

Medicare es un seguro de salud Federal para personas mayores de 65 años, incapacitados y/o con condición renal.

1. Medicare por edad - Si el asegurado tiene Medicare por razón de edad (mayor de 65 años) el plan patronal será primario si tiene 20 empleados o más en nómina.
2. Medicare por incapacidad- Si el asegurado tiene Medicare por razón de incapacidad (menor de 65 años), el plan patronal será primario si tiene 100 empleados o más en nómina.
3. Si el asegurado tiene Medicare por condición renal, el plan patronal será primario por los primeros 30 meses a partir de diagnosticada la condición. En estos casos no se considera la edad del asegurado, la cantidad de empleados que tiene el patrono, tampoco si se encuentra en un grupo como persona retirada.
4. Si el asegurado tiene Medicare (no condición renal) y tiene un plan patronal como empleado retirado, incapacitado, jubilado o pertenece a un contrato de pago directo o plan 25, Medicare será el pagador primario.

4.6 Efecto sobre los Beneficios de Este Plan

Esta Sección se aplicará cuando, de acuerdo con la Sección 4.3 titulada **Reglas Relativas al Orden de Determinación de los Beneficios**, este Plan sea un plan secundario en relación con uno o más planes. En ese caso se podrían reducir los beneficios según esta Sección. Se hará referencia a tal Plan o Planes con la frase "Otros Planes" en la partida 4.7, que sigue inmediatamente.

4.7 Reducción en los Beneficios de Este Plan

Los beneficios de este Plan se reducirán cuando la suma de los beneficios que serían pagaderos por los gastos Admisibles según este Plan en ausencia de la disposición de COB y los beneficios que serán pagaderos por los Gastos Admisibles en virtud de los Otros Planes, en ausencia de disposiciones cuyo propósito sea similar al de esta disposición de COB se haga o no una reclamación, excede aquellos Gastos Admisibles en un período de Determinación de una Reclamación. Se reducirán los beneficios de este Plan, si este es el caso, de forma que éstos y los beneficios pagaderos en virtud de los Otros Planes no sumen una cantidad mayor que esos Gastos Admisibles. Cuando se reduzcan los beneficios de este Plan de la manera descrita, cada beneficio se reducirá proporcionalmente, es entonces que se cargará a cualquier límite de beneficios aplicables a este Plan.

4.8 Derecho a Recibir y Liberar Información Necesaria

Se requieren ciertos datos para aplicar estas reglas sobre la COB. Triple-S Salud tiene el derecho a decidir cuáles datos necesita. Puede obtener los datos necesarios de cualquier otra organización o persona o puede proveerle a la misma tales datos. Triple-S Salud no necesita avisarle u obtener el consentimiento de ninguna persona para hacer esto. Cada persona que reclame los beneficios de este Plan deberá facilitarle a Triple-S Salud cualquier dato que necesite para pagar la reclamación.

4.9 Facilidad de Pago

Un pago hecho en virtud de otro Plan podría incluir una cantidad que debía haberse pagado en virtud de este Plan. Si esto es así, Triple-S Salud puede pagar esa cantidad a la organización que hizo el pago. Se considerará esa cantidad como un beneficio pagado en virtud de este Plan. Triple-S Salud no tendrá que pagar de nuevo esa cantidad. El término "Pago hecho" incluirá la provisión de beneficios en forma de servicios. En tal caso "Pago hecho" querrá decir el valor en efectivo razonable de los beneficios provistos en forma de servicios.

4.10 Derecho a Recobrar

Si la cantidad de los pagos hechos por Triple-S Salud es mayor de lo que se debió haber pagado en virtud de esta disposición sobre COB se podrá recobrar el exceso de uno o más de los siguientes:

- las personas a las que se le ha pagado o en nombre de quienes se ha pagado;
- las compañías de seguros; y
- otras organizaciones.

La "cantidad de los pagos hechos" incluirá el valor en efectivo razonable de cualquier beneficio provisto en forma de servicios. Cuando este Plan no sea un Plan Primario, sus beneficios, sumados a los de un Plan Primario no pagarán el 100% de los Gastos Admisibles a menos que el Plan Primario pague, por sí solo, el 100% de los Gastos Admisibles.

Una persona puede inscribirse para recibir cubierta de cuidado médico en virtud de este Plan como plan primario cuando finaliza por alguna razón su cubierta de cuidado médico en virtud de otro Plan catalogado como primario. Esta disposición no se aplicará mientras la persona permanezca elegible para cubierta en virtud de otro Plan que pueda catalogarse como primario conforme a esta disposición (COB).

Para ser inscrito para cubierta:

Dicha persona tiene que ser elegible según este Plan; y

- La inscripción debe hacerse dentro de los 30 días que siguen inmediatamente.
 - (a) la fecha en que terminó la cubierta según el otro Plan.
 - (b) el final de cualquier período de continuación elegido por esa persona o en su nombre.



PARTE 5 CONVERSIÓN

5.1 Derecho a Convertir:

Un asegurado o suscriptor cubierto bajo este Plan tendrá derecho a que se le emita un contrato individual de pago directo bajo las siguientes circunstancias:

- 5.1.1 Su cubierta cesa por razón de finalizar su empleo.
- 5.1.2 Su cubierta cesa porque deja de pertenecer a la clasificación que lo hacía elegible.
- 5.1.3 El Plan termina por cualquier causa, incluyendo expiración, terminando la cubierta para todos los suscriptores.
- 5.1.4 El Plan se enmienda de tal forma que termina la cubierta para la categoría de suscriptores a la que pertenece la persona.

5.2 Extensión del Derecho de Conversión:

El derecho de conversión es extensivo al cónyuge y/o hijos dependientes y/o otros dependientes opcionales:

- 5.2.1 Si su cubierta termina por cualquiera de las circunstancias mencionadas en la sección 5.1.1 al 5.1.4 precedente.
- 5.2.2 Si ocurre la muerte del asegurado o suscriptor principal.
- 5.2.3 Cuando la cubierta del cónyuge y/o dependientes cese porque deje de cualificar por edad u otra razón como miembro del grupo familiar, aunque el suscriptor continúe cubierto por el Plan.
- 5.2.4 **Término Para Ejercer El Derecho de Conversión:**
La solicitud escrita para el contrato individual de pago directo se someterá, y la primera prima se pagará a Triple-S Salud en o antes de treinta (30) días después de ocurrir la terminación de la cubierta por alguna de las razones indicadas en la Sección 5.1.1 al 5.1.4 precedente.
- 5.2.5 **Obligación de Notificar:**
Triple-S Salud se compromete a notificar a toda persona cubierta por este contrato, cuya protección termine, de su derecho a convertir a un contrato de pago directo, sin que tenga que someter evidencia de asegurabilidad, sujeto a que solicite y pague la primera prima dentro del periodo de treinta (30) días especificado en la Sección 5.2.4 de esta cláusula.
- 5.2.6 **Extensión del Término Para Ejercer Derecho a Conversión Si No Se Notifica:**
Si la persona no recibe notificación de su derecho a convertir por lo menos quince (15) días antes de la fecha de expiración del término indicado en la Sección 5.2.5 tendrá un período adicional durante el cual podrá ejercer su derecho. El período adicional expirará quince (15) días después de habersele notificado, pero en ningún caso se extenderá el término para ejercer el derecho a conversión más de un año desde la fecha de la terminación de la cubierta.
- 5.2.7 **Características del Contrato Individual-Tipo de Contrato:**
El contrato individual de pago directo será, a opción de la persona con derecho a convertir, cualquiera de las formas que para esa fecha sean emitidas corrientemente por Triple-S Salud para el tipo de cubierta de que se trate, y estará sujeta a los términos y condiciones de dicho contrato individual. El contrato individual se emitirá sin requisito de asegurabilidad y sin utilizar la condición de salud de la persona al momento de la conversión como base para la clasificación de riesgo.



Si Triple-S Salud no tiene disponible formularios de contratos individuales de pago directo al momento de la conversión, por no ofrecer tales tipos de contratos al público en general, se emitirá un contrato individual a tales fines con beneficios iguales a los contratados en el plan médico grupal para ser ofrecidos en la conversión, el cual debe ser previamente aprobado por el Comisionado de Seguros. Si ocurre una conversión antes de la aprobación de dicho contrato aprobado, se extenderán los beneficios y disposiciones del contrato grupal a la persona con derecho a conversión mediante el pago actual de prima hasta que el contrato individual esté disponible.

5.3 Prima:

La prima que cobrar en el contrato individual o familiar de este pago directo a ofrecer será igual a la tarifa contratada con ASES. Dicho contrato será hasta la fecha de vigencia establecida por ASES. En el momento que se extienda el contrato grupal a la persona con derecho a convertir, se deberá cobrar la prima contratada con ASES correspondiente a este contrato mediante pago directo. En ningún momento se requerirá al asegurado o suscriptor el pago por adelantado de prima por más de un mes.

Luego que finalice el contrato con ASES, Triple-S Salud, de tener un contrato de pago directo autorizado por la Oficina del Comisionado de Seguros, ofrecerá dicho contrato a todo asegurado o suscriptor que interese continuar con Triple-S Salud.

5.4 Personas Cubiertas:

El contrato individual de pago directo deberá cubrir a todas las personas que estaban cubiertas por el plan grupal a la fecha de terminación del mismo, incluyendo al suscriptor, cónyuge, hijos dependientes y dependientes opcionales, con excepción de aquellos que opten por no ejercer el derecho que les da la cláusula de conversión. Si algunos de los integrantes del grupo familiar, incluyendo dependientes opcionales, continuaran cubiertos bajo el plan grupal, se emitirá uno o más contratos individuales de pago directo, según lo requieran las circunstancias, para cubrir a aquellos miembros del grupo que han perdido su cubierta bajo el plan grupal y que opten por convertir a un plan individual.

5.5 Fecha de Efectividad:

El contrato individual de pago directo tendrá efectividad a los treinta (30) días de haber terminado la cubierta bajo el contrato grupal, si el mismo se solicita dentro de dicho término de treinta (30) días. Si se concede un período adicional para ejercer el derecho a convertir, según se provee en la Sección 5.2.6 de esta cláusula, y si la solicitud escrita para dicho contrato individual o familiar de pago directo se somete acompañada por la primera prima, durante el período adicional otorgado, la fecha de efectividad del contrato individual de pago directo será la fecha de terminación del contrato grupal con la Administración de Seguros de Salud (ASES).

5.6 Extensión de Cubierta Bajo el Contrato Grupal:

En caso de que una persona con derecho a convertir a un contrato individual según se provee en esta cláusula, tenga necesidad de utilizar un servicio cubierto bajo el contrato grupal durante el período dentro del cual hubiere cualificado para que se le emitiera dicho contrato individual de pago directo, incluyendo cualquier período adicional a que tenga derecho por virtud de la Sección 5.2.6 de esta cláusula, y antes de que dicho contrato individual de pago directo se solicite o se haga efectivo, se le proveerán los beneficios del plan grupal y se tratarán los mismos como reclamación bajo este contrato grupal. En estos casos, Triple-S Salud tendrá derecho a requerir del suscriptor el pago de la prima correspondiente al período durante el cual tuvo el derecho de conversión a base de los tipos aplicables al plan grupal, incluyendo la aportación que hubiera correspondido al patrono.

PARTE 6 DISPOSICIONES GENERALES

6.1 Cubierta para Dependientes en Combinación con Complementaria a Medicare

Se requiere que si el pensionado se acoge a la cubierta complementaria del Programa de Medicare y tiene un cónyuge o dependientes directos que no cualifican para Medicare, se establezcan tarifas bajo las diferentes alternativas de los planes básicos ofrecidos que sean aplicables a dichos cónyuges o dependientes directos menores de sesenta y cinco (65) años. Las tarifas deberán ser iguales con relación a las ofrecidas a los demás cónyuges o dependientes directos acogidos a tales planes bajo su cubierta familiar.

6.2 Reembolsos:

En caso de que la póliza disponga el pago de un servicio cubierto al asegurado o suscriptor de un plan de libre selección a través de proveedores de servicios no participantes, **excluyendo los servicios de emergencia**, los pagos que haya que hacer por estos servicios en este contrato se regirán por las siguientes disposiciones:

6.2.1 El asegurado o suscriptor dará aviso por escrito de cualquier reclamación a Triple-S Salud tan pronto le sea razonablemente posible, sin exceder de un (1) año a partir de la fecha en que recibió el servicio.

6.2.2 Triple-S Salud suministrará al asegurado o suscriptor los formularios correspondientes para la presentación de evidencias de servicios dentro de un período de quince (15) días después de que se haya dado el aviso de reclamación. Si estos formularios no se suministran dentro de dicho período, se considerará que el reclamante ha cumplido con los requisitos de este contrato, en cuanto a la prueba de servicios y bastará con que éste someta original de la factura por los servicios recibidos que le suministre el proveedor del servicio al recibir el pago del asegurado o suscriptor.

6.2.3 Los pagos que haya que hacer al amparo de esta sección, se harán inmediatamente después de que se reciba evidencia escrita fehaciente de los servicios y conforme a lo establecido en la Sección de Beneficios Cubiertos. Se descontará de la cantidad a reembolsar al asegurado cualquier cantidad que el asegurado o suscriptor hubiera tenido que pagar por concepto de deducibles o coaseguros.

6.2.4 En caso de que los servicios de emergencia sean provistos por un proveedor no participante, Triple-S Salud no será responsable de pagar por los servicios que excedan la cantidad aplicable, si hubiese recibido dichos servicios de un proveedor contratado por la aseguradora. Triple-S Salud compensará al proveedor que ofrezca los servicios, y éste vendrá obligado a aceptar dicha compensación, por una cantidad que no será menor a la contratada con los proveedores a su vez contratados por Triple-S Salud para ofrecer los mismos servicios, según la Ley 194 del 25 de agosto de 2002.

6.2.5 Reembolso Total Si No Hubiere Proveedor En Casos De Una Emergencia: Según requerido por la Ley 194 del 25 de agosto de 2002, Triple-S Salud reembolsará el cien (100) por ciento de los gastos, sujeto a cualquier deducible o coaseguro aplicable, incurridos por un asegurado o suscriptor que no pueda recibir beneficios de un proveedor participante en casos de emergencia. Triple-S Salud sólo reembolsará en caso de una emergencia, según requerido por la Ley 194 del 25 de agosto de 2002. Estos serán pagados directamente al proveedor a base de la cantidad que resulte menor entre el gasto incurrido y el honorario que se hubiese pagado a un proveedor participante, luego del deducible o coaseguro aplicable por el servicio prestado.

6.3 Servicios Para el Embarazo y Para la Maternidad

Los cuidados prenatales, parto y cuidado postnatal estarán disponibles para la asegurada principal, el cónyuge y toda mujer que **cualifique como dependiente directo**, incluida en el contrato. A la madre, y su(s) hijo(s) recién nacido(s) se les proveerá una cubierta mínima de 48 horas de cuidado dentro de las facilidades hospitalarias en partos naturales sin complicaciones y de 96 horas si requirió cesárea, según lo establecido en la Ley Número 248 del 15 de agosto de 1999 conocida como "Ley para Garantizar un Cuidado Adecuado para las Madres y sus Recién Nacidos Durante el Período Postparto". **El cuidado del niño(a) en el hospital estará cubierto durante la estadía de la madre en el hospital.** Cualquier otro cuidado médico necesario estará cubierto sólo si el niño(a) es asegurado de acuerdo con las disposiciones de dependientes directos u opcionales de este Contrato. El servicio de esterilización estará disponible solamente para el suscriptor principal o su cónyuge.

Las aseguradoras podrán, sin embargo, cubrir estadías menores a los periodos establecidos, si el médico, luego de consultar a la madre, ordena el alta de la madre o del recién nacido antes de cumplirse los términos indicados anteriormente. Si la madre y el recién nacido son dados de alta en un periodo de tiempo menor al establecido, pero de conformidad con lo que se establece en la primera oración de este párrafo, la cubierta proveerá para una visita de seguimiento dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes. Los servicios



Handwritten signatures in blue ink, including the number '151' and a signature that appears to be 'M. J. ...'.

incluirán, pero no se limitarán, a la asistencia y cuidado físico para beneficio del menor, educación sobre cuidado del menor para ambos padres, asistencia y entrenamiento sobre lactancia, orientación sobre apoyo en el hogar y la realización de cualquier tratamiento y pruebas médicas tanto para el infante como para la madre.

Las aseguradoras no podrán diseñar beneficios o incluir copagos o coaseguros que impliquen un trato desfavorable a alguna porción de la estadía hospitalaria. Además, la ley no permite requerir precertificación para estadías que están dentro de las disposiciones de la ley. Sin embargo, la ley permite que se requiera una precertificación para utilizar algunos proveedores o para reducir los desembolsos en que pueda incurrir un asegurado. Triple-S Salud no requerirá esta precertificación.

6.4 Tarjeta de Identificación

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

6.5 Periodo de espera

Ningún asegurado o suscriptor estará sujeto a periodo de espera de clase alguna bajo ningún concepto.

6.6 Vencimientos de prima

Periodo de gracia: las primas bajo este contrato serán pagaderas mensualmente al final de cada mes. "la entidad contratante" concede un periodo de gracia de 30 días para el pago de cualquier prima comenzando dicho periodo en la fecha en que la prima es pagadera.

6.7 Errores de facturación o descuentos de primas:

Bajo este contrato no se requerirá a un asegurado o suscriptor que pague a "la entidad contratante" cualquier aportación patronal adeudada, excepto como se disponga en el reglamento de la ley núm. 95, citada, ni se privará de protección a cualquier asegurado o suscriptor por el hecho de que su patrono no haya pagado la aportación adeudada.

6.8 Reactivar una cubierta:

Si no se descuenta la prima de renovación dentro del tiempo concernido a la entidad contratante, el asegurado o suscriptor hará gestiones con su agencia gubernamental y con la entidad contratante para que su contrato sea activado a la fecha de renovación.

6.9 Procedimiento a Seguir para Hacer Uso del Plan

Información sobre los procedimientos que seguirá el asegurado o suscriptor para el uso de servicios y otros beneficios para el trámite de reclamaciones y para presentar querellas, conforme a la Ley Número 194 del 25 de agosto de 2000, conocida como "Carta de Derechos del Paciente".

6.10 Informes Trimestrales:

Triple-S Salud vendrá obligada a someter a cada asegurado o suscriptor un informe de los servicios médicos y de medicinas que éstos han recibido, así como los costos que el Plan ha pagado a cada proveedor por dichos servicios. Esto permitirá detectar a tiempo discrepancias en los servicios prestados y facturados. Este informe debe ser enviado por correo a los asegurados o suscriptores por contrato cada tres meses. Triple-S Salud tendrá treinta (30) días calendario para enviar dicho informe a los asegurados o suscriptores del plan y simultáneamente emitirá una certificación que incluya los nombres de los asegurados o suscriptores notificados de los informes de utilización a la Administración de Seguros de Salud (ASES).

6.11 Programa BlueCard® y servicios fuera del área a través de la cubierta de Gastos Médicos Mayores

Triple-S Salud tiene una variedad de relaciones con otros licenciarios de BlueCross y/o BlueShield. Generalmente, estas relaciones se llaman "Inter-Plan Arrangements." Estos Inter-Plan Arrangements funcionan a base de normas y procedimientos emitidos por la BlueCross BlueShield Association ("Association"). Siempre que usted acceda servicios de salud fuera del área geográfica que Triple-S Salud sirve, la reclamación por esos servicios puede tramitarse por uno de esos Inter-Plan Arrangements. Los Inter-Plan Arrangements se describen en forma general a continuación.

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

Tipos de reclamaciones

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

A. Programa BlueCard®

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

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

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

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

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

Los *Host Blues* deciden si utilizarán un precio real, aproximado o promedio. Los *Host Blues* que utilicen cualquiera de los dos, el precio aproximado o el precio promedio pueden, aumentar o reducir prospectivamente tales precios para corregir por sobreestimación o subestimación de precios anteriores (es decir, ajustes prospectivos pueden significar que el precio corriente refleja cantidades o créditos adicionales por las reclamaciones que hayan sido pagadas o que se anticipen ser pagadas o recibidas de proveedores). Sin embargo, el Programa *BlueCard* requiere que la cantidad pagada por el asegurado sea el precio final; ningún ajuste de precios futuros resultará en aumentos o reducciones en la determinación de los precios por las reclamaciones anteriores. El método de pago de reclamaciones por un *Host Blue* es tomado en cuenta por Triple-S Salud para determinar sus primas.

B. Impuestos Federales/Estatales/Recargos /Tarifas

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

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

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

D. Programa BlueCross BlueShield Global ® Core

Información general

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

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

Servicio para pacientes internados

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

Servicios para pacientes ambulatorios

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

Cómo presentar una reclamación a BlueCross BlueShield Global Core

Cuando usted paga por los servicios cubiertos fuera del área de servicio de BlueCard, usted debe presentar una reclamación para recibir reembolso. Para las reclamaciones institucionales y profesionales, usted debe completar un formulario de reclamación de BlueCross BlueShield Global Core y enviar el formulario de reclamación con el estado de cuenta detallado del proveedor a la dirección de BlueCross BlueShield Global Core Service Center (la dirección se encuentra en el formulario) para iniciar el proceso de reclamación. Seguir las instrucciones en el formulario de reclamación asegurará un procesamiento oportuno de su reclamación. Usted puede obtener el formulario de reclamación llamando a Triple-S Salud, del BlueCross BlueShield Global Core Service Center o en línea en www.bcbsglobalcore.com. Si necesita ayuda para presentar su





reclamación, debe llamar a BlueCross BlueShield Global Core Service Center al 1-800-810-BLUE (2583) o llamar a cobro revertido al 1-804-673-1177, las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Para los planes Platino, se cubren servicios de emergencia fuera de Puerto Rico y Estados Unidos a través del Programa BCBS Global Core y aplica el coaseguro correspondiente, según establecido en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros que aparece al final de la póliza. Los servicios que no son de emergencia se cubren a base de la tarifa del proveedor participante en Puerto Rico, según establecido en la sección Indemnización a la Persona Asegurada.

6.12 Concesionario Independiente de la BlueCross and BlueShield Association:

El asegurado, por este medio expresamente reconoce y conoce que esta póliza constituye un contrato únicamente entre el asegurado y Triple-S Salud, Inc. que es una corporación independiente y opera bajo una licencia de la *BlueCross BlueShield Association*, una asociación de Planes independientes afiliados a la *BlueCross BlueShield* (la Asociación) permitiendo a Triple-S Salud, Inc. usar la marca de servicio *BlueCross BlueShield* en Puerto Rico e islas vírgenes y que Triple-S Salud, Inc. no está contratada como agente de la Asociación.

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

6.13 Beneficios

Triple-S Salud proveerá bajo este contrato los beneficios de hospitalización, médico-quirúrgicos y de diagnóstico en forma ambulatoria, de medicinas y dentales que se describen en esta Parte y las Partes 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 15.

Bajo este contrato, existe un máximo de desembolsos que las personas según su tipo de contrato pagan por los servicios médico-hospitalarios esenciales cubiertos. La cantidad máxima de desembolso es de \$6,350 en un contrato individual y \$12,700 en contrato pareja o familiar. Esta es la cantidad máxima que los asegurados pagan durante el año póliza por servicios médico-hospitalarios esenciales cubiertos bajo la póliza cuando visita a los proveedores dentro de la red, incluyendo la compra de medicamentos y pagos por servicios dentales esenciales, según descritos en la Tabla de Beneficios. Una vez el asegurado alcance la cantidad que le aplica según su tipo de contrato, no tendrá que hacer desembolsos adicionales por el resto del año póliza. Los servicios prestados a través de proveedores no participantes, servicios no esenciales, pagos realizados por el asegurado por servicios no cubiertos bajo esta póliza y la prima mensual pagada a Triple-S Salud por el plan no se consideran gastos elegibles para la acumulación del desembolso máximo.

Para tener derecho a los beneficios que provee el Plan, todo asegurado o suscriptor que solicite servicios vendrá obligado a mostrar al proveedor participante la tarjeta de asegurado o suscriptor expedida por Triple-S Salud, la cual indicará las cubiertas a que tiene derecho.

Triple-S Salud proveerá los beneficios de hospitalización, médico-quirúrgicos, ambulatorios, farmacia y dentales que se describen en esta parte.

6.14 Acciones de Terceras Personas

Si por culpa o negligencia de un tercero, el asegurado o suscriptor o cualquiera de sus dependientes sufre alguna enfermedad o lesión, cubierta bajo la póliza, Triple-S Salud tiene derecho a subrogarse en los derechos del asegurado o suscriptor, para reclamar y recibir de dicho tercero que debió pagar en forma primaria los servicios médicos, una compensación equivalente a los gastos incurridos en el tratamiento del asegurado o suscriptor, ocasionados por tales actos culposos o negligentes. Triple-S Salud sólo reclamará los gastos médicos que pagó relacionados con el accidente ocasionado por el tercero.

La subrogación es un proceso legal mediante el cual un asegurador asume los derechos del asegurado o suscriptor ante un tercero que le ha ocasionado daños. Si el asegurado o suscriptor tiene un accidente

ocasionado por la culpa o negligencia de un tercero (por ejemplo: escuela, supermercado u otro establecimiento público o privado) debe llenar el Reporte de Incidente del lugar en que tuvo el accidente. El asegurado o suscriptor debe proveer copia a Triple-S Salud de este informe lo más pronto posible, con su nombre y número de contrato, la cual puede enviar a través del correo electrónico subrogation@ssspr.com

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

El asegurado o suscriptor reconoce el derecho de subrogación de Triple-S Salud, y tiene la responsabilidad de notificar a Triple-S Salud toda acción que inicie en contra de dicho tercero; disponiéndose, que en caso de que actúe en forma contraria, el asegurado o suscriptor es responsable de pagar por dichos gastos a Triple-S Salud.

6.15 Conozca Sus Servicios Preventivos con \$0 copago

Este plan cubre con \$0 copago los servicios preventivos requeridos por las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA) y según establecidos por el United States Preventive Services Task Force (USPSTF). Los servicios de cuidado preventivo, que se detallan están disponibles convenientemente a través de nuestros Centros Preventivos o nuestros médicos y proveedores participantes.

SERVICIOS PREVENTIVOS PARA MENORES DE EDAD

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

Servicio Preventivo	Indicación
Uso de alcohol y drogas	Evaluación para identificar el uso de alcohol y drogas en adolescentes de 11 años en adelante
Anemia/Hierro	Realizar evaluación de riesgos o pruebas de detección según corresponda, según las recomendaciones en la edición actual de la AAP Pediatric Nutrition: Policy of the American Academy of Pediatrics (capítulo de hierro). Suplemento de hierro para menores de 4 meses hasta los 21 años que tengan riesgo de anemia
Cernimiento de Autismo	Para menores de edad entre los 12 y 36 meses.
Evaluación de salud conductual	Menores de edad: 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15 a 17 años
Cernimiento de presión sanguínea	Menores de edad: 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15 a 17 años
Desplazamiento cervical	Cernimiento para menores de edad sexualmente activos
Hipotiroidismo congénito	Cernimiento para recién nacidos
Depresión en adolescentes	Cernimiento para desórdenes de depresión en adolescentes de 12-18 años para establecer un sistema que pueda diagnosticar adecuadamente el tratamiento necesario, incluyendo sicoterapias y visitas de seguimiento
Cernimiento de desarrollo	Cernimiento de por vida para aneurisma aórtica abdominal para menores de 3 años y vigilancia durante toda la niñez

Servicio Preventivo	Indicación
Dislipidemia	Cernimiento para menores de edad a riesgo de desórdenes de lípidos. Edades: 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-17 años
Prevención de caries dentales y suplementos orales de fluoruro	Aplicación de fluoruro a dientes primarios para menores de 5 años comenzando a la edad de erupción de los dientes primarios. Suplementos Orales de Fluoruro para preescolares de seis (6) meses hasta los cinco (5) años de edad.
Gonorrea	Medicamento preventivo para los ojos de los recién nacidos
Cernimiento auditivo	Cernimiento Auditivo Neonatal Universal
Cernimiento de crecimiento de estatura, peso y masa de índice corporal	Cernimiento para las siguientes edades: Edades 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-17 años
Hematocritos o hemoglobina	Cernimiento para menores de edad
Enfermedad de células falciformes	Cernimiento para recién nacidos
Prueba de cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Cernimiento para adolescentes de 13 años en adelante, una cada 5 años o anualmente para alto riesgo
Cernimiento de plomo	Cernimiento a menores de edad de 1 a 5 años con alta concentración de plomo en la sangre, independientemente que tengan o no alto riesgo, y cernimiento a personas aseguradas durante su embarazo.
Historial médico	Para todo menor de edad durante el desarrollo: Edades 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-17 años
Obesidad	Cernimiento de obesidad para menores de edad de 6 años en adelante y consejería comprensiva, intervenciones intensas de comportamiento para promover mejoramiento en el peso del menor
Salud oral	Evaluación de riesgo para recién nacidos hasta los 10 años de edad
Fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)	Cernimiento en recién nacidos para desórdenes genéticos
Enfermedad de transmisión sexual	Consejería de prevención y cernimiento para adolescentes a riesgo
Tuberculina	Prueba de tuberculina para menores de edad a riesgo de tuberculosis de 0 a 17 años de edad
Visión	Cernimiento de visión por lo menos una (1) vez entre las edades de 3 y 5 años de edad para detectar ambliopía y sus riesgos.
Cáncer de la piel	Consejería a menores de edad, adolescentes y adultos jóvenes entre 10 a 24 años que tienen piel clara para minimizar su exposición a la radiación ultravioleta y reducir el riesgo de cáncer de piel
Uso de tabaco	Intervenciones, incluyendo educación y consejería, para menores de edad y adolescentes para cesar el uso de tabaco.



SERVICIOS PREVENTIVOS PARA ADULTOS

Servicio Preventivo	Indicación
Cernimiento de la aneurisma abdominal aórtica (AAA)	Un (1) servicio por ultrasonografía para el cernimiento de la AAA en personas aseguradas de 65 a 75 años de edad que sean fumadores o hayan sido fumadores en algún momento
Abuso del alcohol	Cernimiento y consejería sobre abuso de alcohol
Consejería y suplido de aspirina para prevenir el riesgo de enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal.	Dosis baja de aspirina para adultos entre las edades de 50 a 59 años como prevención primaria de enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal.
Cernimiento de hipertensión (HBP)	Cernimiento de hipertensión para adultos de 18 años en adelante.
Cernimiento de cáncer colorrectal	Prueba de sangre oculta para cernimiento para cáncer colorrectal; sigmoidoscopia o colonoscopia en adultos comenzando a la edad de 40 años hasta los 75 años.
Cernimiento de depresión	Evaluación para cernimiento de depresión. Aplica a adultos que piensan que están deprimidos, incluyendo personas aseguradas durante su embarazo o postparto. El cernimiento debe implementar sistemas adecuados de diagnóstico, tratamiento efectivo y visitas de seguimiento adecuado.
Cernimiento de diabetes	Cernimiento para niveles de azúcar en la sangre anormales como parte de la evaluación de riesgo cardiovascular en adultos entre las edades de 40 a 70 años con sobrepeso u obesidad. Incluyendo asesoría conductual intensiva para promover una dieta saludable y actividad física. Además, cernimiento para adultos que tienen una presión arterial sostenida mayor de 135/80 mm/Hg.
Prevención de caídas en adultos mayores: ejercicio o terapia física	Ejercicios, terapia física y vitamina D para prevenir caídas en adultos de 65 años en adelante que están a riesgo de sufrir caídas.
Dieta	Consejería para adultos a riesgo de enfermedades crónicas
Prueba de cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Cernimiento de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) para adultos hasta los 65 años y mayores que estén en alto riesgo.
Obesidad	Consejería y cernimiento para todos los adultos. Los médicos pueden ofrecer o referir pacientes a intervenciones conductuales intensivas de múltiples componentes, a esos pacientes que tengan un Índice de Masa Corporal, (BMI por sus siglas en inglés), de 30kg/m ² o más
Enfermedades de transmisión sexual	Consejería conductual alta-intensa para prevenir enfermedades de transmisión sexual para adolescentes y adultos sexualmente activos con un riesgo alto de contraer enfermedades asociadas



Servicio Preventivo	Indicación
Estatinas para prevenir accidentes cardiovasculares	Dosis baja o moderada de estatinas para adultos entre las edades de 40 a 75 años sin historial de enfermedad cardiovascular que tengan uno o más factores de riesgo (dislipidemia, diabetes, hipertensión o fumar) y un riesgo calculado de 10 años de tener un evento cardiovascular de 10% o más. La identificación de dislipidemia y el cálculo de 10 años del riesgo del evento cardiovascular requiere un cernimiento de lípidos universal para adultos entre las edades de 40 a 75 años. Las estatinas se cubren por la cubierta de farmacia; hacer referencia a la sección Beneficio de Farmacia.
Uso de tabaco	Cernimiento para todos los adultos e intervenciones para cesar el uso de tabaco. Para aquellos que utilizan los productos para cesar el uso de tabaco, este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) por noventa (90) días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año.
Sífilis	Cernimiento de sífilis en adultos de alto riesgo.
Virus de la Hepatitis B	Cernimiento para adultos con alto riesgo de infección.
Cáncer del pulmón	Cernimiento anual para cáncer del pulmón a través de tomografía computadorizada para adultos entre las edades de 55 a 80 años con historial de fumador de 30 años o más, que fuma actualmente o haya dejado de fumar durante los últimos 15 años.
Virus de la Hepatitis C	Cernimiento para adultos con alto riesgo de infección de (HVC) y una prueba para adultos nacidos entre 1945 y 1965.
Dieta saludable y actividad física como prevención de enfermedades cardiovasculares	Ofrecimiento y referido de adultos con sobrepeso y obesidad para consejería conductual intensiva para promover una dieta saludable y actividad física como prevención de enfermedades cardiovasculares.
Cernimiento de Tuberculosis	Cernimiento para adultos con alto riesgo de infección
Consumo dañino de alcohol: adultos	Cernimiento sobre el consumo dañino de alcohol en lugares de atención primaria en adultos con 18 años o más, incluyendo personas aseguradas en estado de embarazo, proveyéndole breves intervenciones de asesoramiento conductual para reducir el consumo de alcohol dañino a las personas involucradas en el consumo riesgoso o peligroso.

SERVICIOS PREVENTIVOS PARA ADULTOS, INCLUYENDO EMBARAZOS

Servicio Preventivo	Indicación
Anemia	Cernimiento rutinario de deficiencia de hierro a personas aseguradas durante su embarazo que muestren síntomas.
Ácido fólico	Para todas las personas aseguradas que estén planificando o puedan quedar embarazadas deben tomar un suplemento diario de ácido fólico de 0.4 a 0.8 mg (400 a 800ug)



Servicio Preventivo	Indicación
Bacteriuria (o infección en el tracto urinario)	Cernimiento para personas aseguradas durante su embarazo que no muestren síntomas de bacteria en cultivo de orina, entre las 12 a 16 semanas de embarazo, o en la primera visita prenatal, si es luego de ese término de embarazo.
BRCA	Cernimiento y consejería sobre pruebas genéticas a través de herramientas que identifiquen historial familiar de cáncer del seno, cáncer de ovario, cáncer en las trompas, o cáncer peritoneal. Luego de ser identificadas como alto riesgo a una mutación genética (BRCA1 y BRCA2), el proveedor determina si la asegurada amerita hacerse una prueba de BRCA
Medicamentos preventivos para cáncer de seno	Orientación clínica a pacientes de alto riesgo de desarrollar cáncer de seno, que le permita decidir junto con su médico si la terapia de medicamentos es adecuada para reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad. El médico puede prescribir medicamentos para reducir el riesgo de desarrollar cáncer de seno, como <i>tamoxifen</i> o <i>raloxifene</i> , para pacientes que se encuentran en alto riesgo de desarrollar la enfermedad y que tienen un riesgo bajo de reacciones adversas a medicamentos
Mamografía de cernimiento de cáncer de seno	Cada uno (1) o dos (2) años para personas aseguradas mayores de 40 años, bianual para personas aseguradas entre 50 y 75 años de edad
Discusión de medicación preventiva para cáncer de seno	Consejería para personas aseguradas de alto riesgo
Lactancia	Apoyo y consejería a través de un proveedor adiestrado en lactancia (pediatra, ginecólogo/obstetra, médico de familia) durante el embarazo y/o en el periodo post parto. El equipo de lactancia está cubierto con orden médica luego del tercer trimestre de embarazo y hasta el primer año luego del parto. Los suplidos adicionales para una máquina de lactancia están cubiertos y el equipo está disponible a través de proveedores contratados.
Cernimiento de cáncer cervical	Personas aseguradas entre las edades de 21 y 65 años deben hacerse la prueba de Papanicolaou cada tres (3) años o para personas entre las edades de 30 a 65 años que quieran hacerse la prueba menos frecuente en combinación con una prueba del virus de papiloma humano (HPV) cada cinco (5) años.
Cernimiento de infección de clamidia	Cernimiento para personas aseguradas de 24 años o menos de edad, o de 25 años o más de edad que sean de alto riesgo y personas aseguradas durante su embarazo.



Servicio Preventivo	Indicación
Métodos Anticonceptivos aprobados por la FDA	Incluye métodos hormonales, de barrera y dispositivos implantados, procedimientos de esterilización, así como la inserción y remoción de aparatos intrauterinos. Además, educación y consejería. El Medicamento Plan B (conocida como píldora del día siguiente o el <i>morning after pill</i>) está cubierto a través de farmacias contratadas. Se requiere receta médica. La esterilización quirúrgica de implantes y cirugías de esterilización se cubren por la cubierta básica.
Cernimiento y consejería para la violencia doméstica e interpersonal	Cernimiento y consejería sobre violencia doméstica e interpersonal.
Suplementos de ácido fólico	Personas aseguradas que estén planificando o sean capaces de quedar embarazadas.
Pruebas de cernimiento de diabetes gestacional	Para personas aseguradas durante su embarazo entre las 24 y 28 semanas de gestación y en la primera visita prenatal para aquellas identificadas con alto riesgo de diabetes.
Gonorrea	Cernimiento de infección de gonorrea para personas aseguradas sexualmente activas, incluyendo personas aseguradas durante su embarazo si contienen factores de riesgo a infección (por ejemplo, si son jóvenes o si contienen otros factores individuales o comunitarios de riesgo).
Virus de la Hepatitis B	Cernimiento para personas aseguradas en su embarazo en la primera visita prenatal
Consejería y prueba de cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Cubierto para personas aseguradas de 13 años o mayores cada 5 años y anualmente para alto riesgo. Según la orden administrativa Núm. 307 de 14 de agosto de 2013 del Departamento de Salud de Puerto Rico, se realiza prueba a las personas aseguradas durante su embarazo de la siguiente manera: a. Primera prueba de VIH durante el primer trimestre de gestación o en la primera visita prenatal. b. Segunda prueba durante el tercer trimestre de gestación (entre las 28 y 34 semanas de embarazo).
Prueba de alto riesgo del virus del Papiloma Humano (<i>Human Papilloma</i>) (Prueba de DNA)	Aplica a personas aseguradas con resultados normales de citología. Esta prueba de cernimiento debe realizarse a partir de los 30 años de edad, con una frecuencia de cada tres (3) años.
Osteoporosis	Cernimiento para osteoporosis en personas aseguradas de 65 años de edad o mayores y en más jóvenes cuyo riesgo de fracturas es igual o mayor al de un asegurado de raza blanca de 65 años que no tenga riesgos adicionales.
Depresión Perinatal: consejería e intervención	Se recomienda al personal clínico proveer consejería internacional o referir personas aseguradas en estado de embarazo o personas aseguradas luego del parto en riesgo de depresión perinatal.



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

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



Cubierta Estándar de Vacunación para Niños, Adolescentes y Adultos

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

A. Vacunas Preventivas

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

Vacunas cubiertas con \$ 0 copago

- Hib-HepB (90748)
- ROTA- Rotavirus Vaccine (90680)
- ROTA- Rotavirus Vaccine, human – Rotarix (90681)
- IPV- Inactivated Poliovirus Vaccine – injectable (90713)
- Hib- Haemophilus Influenza B Vaccine (90647, 90648)
- Menomune- Meningococcal Polysaccharide Vaccine 90733)
- MCV- Meningococcal Conjugate Vaccine – Menactra y Menveo (90734)
- PPV- Pneumococcal Polysaccharide Vaccine (90732)
- FLU- Influenza Virus Vaccine (90630, 90653, 90654, 90655, 90656, 90657, 90658, 90661, 90662, 90673, 90674, 90685, 90686, 90687, 90688)
- PCV- Pneumococcal Conjugate Vaccine - Pevnar 13 (90670)
- DTaP- Diphtheria, Tetanus Toxoid and Acellular Pertussis Vaccine (90700)
- DT- Diphtheria, Tetanus Toxoid (90702)
- HPV*- Human Papilloma Virus (Gardasil (90649), Cervarix (90650), 9vHPV (90651))
- Tdap- Tetanus, Diphtheria and Acellular Pertussis (90715)
- Shingrix 90750
- MMR- Measles, Mumps and Rubella Vaccine (90707)
- VAR- Varicella Virus Vaccine (90716)
- HEP A Hepatitis A Vaccine (90632, 90633, 90634)
- HEP A-HEP B Hepatitis A and Hepatitis B Vaccine (90636)
- Td- Tetanus and Diphtheria Toxoid Adsorbed (90714)
- HEP B- Hepatitis B Vaccine (90740, 90743, 90744, 90746, 90747)
- Meningococcal B (90620, 90621)
- Pentacel (90698)
- DtaP-IPV-HEP B (Pediarix, 90723)
- Kinrix (90696)

* Para personas aseguradas de 9 a 27 años o más jóvenes con historial de abuso o asalto sexual que no hayan iniciado o completado la serie de tres (3) dosis.

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

B. OTRAS VACUNAS CUBIERTAS

Vacunas con \$0.00 copago

- Inmunoprofilaxis para el virus sincitial respiratorio (*Synagis; palivizumab*) (90378) – Hasta los 2 años. Cubre con precertificación siguiendo el protocolo establecido por Triple-S Salud.



6.16 Servicios Hospitalarios:

Incluye los servicios que se describen a continuación y todos los otros servicios que sean médicamente necesarios durante una hospitalización, según se indica a continuación:

Servicios Hospitalarios	Provisiones
Hospitalización (Habitación semiprivada hasta un máximo de 365 días) y Facilidades de Cuidado Extendido / Centro de Rehabilitación; Servicios Ancilares	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica de \$75.00 de copago
Unidad de Cuidados Intensivos, Cuidado Intermedio y Cuidado Coronario, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica y Unidad de Cuidados Neonatal	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Habitación de aislamiento	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Sala de operaciones, Recuperación y Maternidad	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Medicamentos recetados por médicos durante su estadía en el hospital, están incluidos en per diem	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Oxígeno y su administración	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Materiales y/o Suplidos Desechables	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Dietas Regulares y Especiales	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Servicio regular de cuidado hospitalario	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Cirugía bariátrica	Cubierta al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75.00 de copago. Hasta uno (1) por vida. Aplica protocolo médico.
Cirugía Ortognática (osteotomía mandibular y maxilar)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Anestesia y su administración incluyendo sedación	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Transfusiones de sangre incluyendo los componentes del proceso autólogo y pruebas de compatibilidad. (Plasma y Plasmaféresis)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, incluyendo su administración y el examen de compatibilidad.
Pruebas de diagnóstico, radiografías y laboratorios clínicos	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Sonogramas	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Resonancia Magnética (MRI)	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Tomografía Computadorizada	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Electrocardiograma	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Angiografía Digital y Estudios de Medicina Nuclear	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Terapia física	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Radioterapia/Quimioterapia	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Cirugía Reconstructiva del Seno y Prótesis	Cubierto como resultado de una mastectomía. Aplica \$75 de copago por la hospitalización.
Tratamiento para la Condición Renal (Diálisis y Hemodiálisis)	Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, como cualquier complicación relacionada con la misma y su hospital o los servicios médico-quirúrgicos, serán cubiertos por los primeros 90 días a partir de: <ul style="list-style-type: none"> a. la fecha en que el asegurado es elegible por primera vez a esta póliza; o b. la fecha en que se hace la primera diálisis o hemodiálisis.



Servicios Hospitalarios	Provisiones
	Esto aplicará si las diálisis o hemodiálisis subsiguientes están relacionadas a una misma condición clínica.
Terapia respiratoria	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Asistente Quirúrgico	Cubierto al 100% de tarifa contratada.
Procedimientos Quirúrgicos para beneficios incluidos en la cubierta básica durante una hospitalización.	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Servicios y consultas de médicos especialistas, sub-especialistas y cirujanos	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Cuidado de Salud en el Hogar	Cubierto al 100%, aplica \$15 de copago por visita
Facilidades de enfermería diestra (SNF o "Skilled Nursing Facilities	Cubierto al 100% de tarifa contratada, hasta 60 días por año contrato. Requiere precertificación
Cirugía Neurológica, Cerebrovascular, Cardiovascular y PTCA	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Tratamientos para Autismo, incluyendo, pruebas genéticas, neurológicas, terapias del habla, terapias físicas, terapias ocupacionales, pruebas inmunológicas, pruebas gastroenterología, servicios de nutricionistas y servicios sicólogos, ilimitados según dispone la Ley 220 del 4 de septiembre del 2012.	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Otros servicios regulares que se presten normalmente a pacientes hospitalizados que estén incluidos en el contrato, cuidado por día o 'per diem' entre Plan y el Hospital.	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Servicios para el diagnóstico, tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones.	Cubierto al 100% como cualquier otra enfermedad.
Material de curaciones, bandeja quirúrgica (no ortopédica), medicinas, soluciones intravenosas, anestésicos, yeso, material quirúrgico y cualquier otro material curativo disponible en el hospital y que esté definido en el contrato. (No Incluye prótesis e implantes, Cubiertos a través de Gastos Médicos Mayores "Major Medical")	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Pruebas de Funciones Pulmonares	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Pruebas de Gases Arteriales	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Pruebas Diagnósticas Especializadas	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Hiperalimentación Parenteral y Enteral	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Cirugía Maxilofacial, cuando sea necesaria por motivo de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia del contrato y llevada cabo durante el periodo de cubierta no más tarde de noventa (90) días a partir de la fecha del accidente.	Cubierto al 100% de tarifa contratada



Servicios Hospitalarios	Provisiones
Cualquier otra instalación hospitalaria, servicio, equipo o material proporcionado por el hospital y autorizado por el médico de turno y el Plan, no excluidos en contrato.	Cubierto al 100% de tarifa contratada

6.17 Servicios Médico-Quirúrgicos y de Diagnóstico en Forma Ambulatoria

Facilidades de Cirugía Ambulatoria	Provisiones
Cirugía ambulatoria en hospitales y facilidades destinadas a brindar este tipo de servicio.	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de \$75.00, según su necesidad médica
Servicios Médicos y Cirujanos	Cubiertos al 100% de la tarifa contratada
Litotricia Extracorpórea Renal	Cubierto al 100%, aplica 20% coaseguro.
Criocirugía	Cubierto al 100% de tarifa contratada, una (1) por año contrato
Ginecomastia	Cubierto al 100% de tarifa contratada

Sala de Emergencia ¹ / Sala de Urgencia	Provisiones
Centros de Urgencia	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$25 de copago
Emergencia Enfermedad Aguda	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de \$40.00,
Enfermedad Traumática o Accidente	Cubierto al 100% de la tarifa contratada,
Cuando los rayos-x / laboratorios no son parte de la tarifa de sala de emergencias	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro
Si es Admitido	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75 de copago

Servicios Médicos para Pacientes no Hospitalizados (Servicios Profesionales)	Provisiones
Generalista	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de \$8.00
Especialista	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de \$10.00
Sub Especialista	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de \$15.00

¹ Estos servicios estarán disponibles durante las veinticuatro (24) horas del día, todos los días del año y **de acuerdo con la definición del Secretario de Salud**. Se **presume** que las siguientes condiciones requieren servicios de emergencia: Accidentes traumáticos, Fracturas, Heridas y laceraciones, Cólicos renales y hepáticos, Infarto del miocardio o insuficiencia coronaria, Embolias pulmonares, Ataque agudo de asma bronquial, Vómitos y diarreas severas, Convulsiones, Episodios neurológicos, Reacciones alérgicas agudas o de anafilaxia, Envenenamiento por indigestión, Hemorragias de todo tipo, Quemaduras, Retención aguda de orina, Presencia súbita de sangre en la orina, con o sin dolor, Condición aguda del prepucio, Pérdida súbita de la visión por cualquiera de los ojos o ambos, Emergencias de Condiciones Mentales y otros de acuerdo al protocolo establecido en servicios de emergencias

PLAN DE LIBRE SELECCIÓN UNIVERSAL 2021

Servicios Médicos para Pacientes no Hospitalizados (Servicios Profesionales)	Provisiones
Endoscopia / Colonoscopia (Facilidades para pacientes no hospitalizados)	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro
Cuidado Postoperatorio / Visitas (Oficina del Médico)	Cubierto al 100%, aplica copago de visitas en oficina
Facilidades de enfermería diestra (SNF o "Skilled Nursing Facilities")	Cubierto al 100%, hasta 60 días por año contrato.
Segunda Opinión	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita de oficina aplicable.
Podiatra	Cubierto al 100%, aplica \$10 de copago
Podiatría (Procedimiento quirúrgicos)	Cubierto al 100%, aplica \$10 de copago
Tratamiento de Autismo	Cubierto al 100% de la tarifa contratada. La cubierta para el tratamiento del autismo incluye, pero sin limitación: Pruebas genéticas, Exámenes neurológicos, Inmunología, Gastroenterología, Nutrición, Psicología, Terapia ocupacional, Terapia física y Terapia del habla
Pruebas de Alergias	Aplica 30% de coaseguro
Inyecciones (Vacunas) para Alergia	Aplica 30% de coaseguro
Quiropráctico	Cubierto al 100%, aplica \$10 de copago, hasta 20 sesiones por año, en combinación con servicios de terapia física
Nutricionista	Cubierto al 100%, aplica \$10 de copago, hasta 12 sesiones por año
Ambulancia Terrestre	Hasta \$80.00 por reembolso
Ambulancia aérea	Cubierto al 100%, aplica protocolos
Quimioterapia inyectable y oral	Cubierto al 100% de tarifa contratada
Radioterapia	Cubierto al 100%
Inyecciones Intra-articulares	Máximo de dos (2) inyecciones diarias, hasta doce (12) por año contrato.
Bloqueo Neurológico Selectivo e Inyecciones Epidurales de Esteroides	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica 30% y copagos de visitas en la oficina
Trabajador Social	Cubierto al 100%, aplica \$10 de copago, a través de reembolso
Diálisis y Hemodiálisis	Cubierto, los primeros 90 días a partir del diagnóstico. Aplica 20% de coaseguro



Servicios Ambulatorios (outpatient) – Rehabilitación a corto plazo y medicina física	Provisiones
Terapia ocupacional	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, después de \$7.00 de copago
Terapia física	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, después de \$7.00 de copago, hasta veinte (20) terapias por año combinadas con servicios quiroprácticos

Servicios Ambulatorios (outpatient) – Rehabilitación a corto plazo y medicina física		Provisiones
Servicios de Rehabilitación		Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, después de \$7.00 de copago Hasta 20 visitas para terapias físicas o manipulaciones cubiertos por un límite combinado por año. Con excepción de los contemplados en el beneficio de atención médica en el hogar.
Terapia respiratoria		Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, aplica \$7.00 de copago
Terapia del habla		Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, aplica \$7.00 de copago
Servicios Ambulatorios	Provisiones	
Laboratorios Clínicos	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro.	
Laboratorios Patológicos	Cubierto al 100%	
Rayos-X	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro.	
Examen de pre-admisión en una Institución Hospitalaria	Cubierto como cualquier otro procedimiento de diagnóstico. Aplica coaseguro.	
Laboratorio Cardiovascular No Invasivo (Persantine oThallium)	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro; uno (1) de cada tipo por año contrato	
Holter Test	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro	
Cardiac Color Flow Doppler	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro	
Laboratorio Periferovascular No Invasivos	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro	
CT Scan	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro	
Laparoscopias	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75 de copago	
Densitometría ósea (prueba de la densidad del hueso)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta uno (1) prueba por año contrato	
Criocirugía del Útero	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta uno (1) prueba por año contrato	
Ecocardiograma	Cubierto al 100% aplica 30% de coaseguro, hasta dos (2) prueba por año contrato.	
Electrocardiograma	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro	
Electroencefalograma (EEG)	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro	
Electroencefalograma (EEG) de 24 horas	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro	
MRA	Cubierto al 100%, aplica 30% coaseguro, hasta uno (1) prueba por año contrato año contrato	
MRI	Cubierto al 100%, aplica 30% coaseguro, hasta uno (1) prueba por año contrato	
Estudios de Medicina Nuclear	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro	
Estudio Neurológico (Periférico, Cerebral, Vascular No Invasivo y Electroencefalograma)	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro	
Procedimientos Diagnósticos Invasivos: Cardiovasculares (Cateterismo), Cerebrovasculares, Neurológicos (Angiografías Cerebrales, Mielograma), Radiología Invasiva	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro	
PET/CT Scan	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro, hasta una (1) prueba por año contrato. Requiere precertificación.	
Gamma Knife	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro, hasta una (1) prueba por año contrato. Requiere precertificación.	

Servicios Ambulatorios (outpatient) – Rehabilitación a corto plazo y medicina física	Provisiones
Estudio del Sueño (Polisomnografía)	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro, hasta una (1) prueba por año contrato. Requiere precertificación.
Sonogramas	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro
Pruebas de Velocidad de Conducción Nerviosa	Cubierto al 100% aplica 30% de coaseguro, hasta dos (2) prueba por año contrato.
Tomografía	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro, hasta una (1) prueba por año contrato
Timpanometría y Audiometría	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro, hasta una (1) prueba por año contrato
Stress Test	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro, hasta una (1) prueba por año contrato
Manometría de Esófago	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro
Potenciales Evocados	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro
Pruebas de Funciones Pulmonares	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro
Tirillas, lancetas y bomba portátil de infusión de insulina	150 tirillas y 150 lancetas mensuales y bomba portátil de infusión de insulina, ambas cubiertas para pacientes menores de veintiún (21) años de edad diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 1 por un médico especialista en endocrinología pediátrica o endocrinólogo; que requieran el uso de la bomba portátil, de conformidad con lo establecido por el Centers for Medicare & Medicaid Services. Los criterios de elegibilidad están establecidos en el Artículo 2 de la Ley Núm. 177 del 13 de agosto de 2016. La Ley establece que este beneficio estará incluido en la cubierta básica a ser ofrecida al asegurado. Cubierto al 100%
	
Beneficio de Maternidad	Provisiones
Visita Inicial para confirmar el embarazo	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina
Todas las visitas prenatales subsiguientes, visita postnatal y gastos por parto (Tarifa de maternidad)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago de visita de oficina
Hospitalización para parto	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75.00 de copago
Hospitalización para Parto por Cesárea	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75.00 de copago
Servicios Médicos de Ginecología y Obstetricia durante el parto o cesárea	Cubierto al 100% de tarifa contratada, incluidos en la hospitalización
Parto, incluyendo Cesárea	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Sala de parto y Recuperación	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Incubadora y "Nursery"	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Unidades de Cuidados Intensivos, Intermedio, Coronario y de Cuidado Intensivo Neonatal (NICU)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Monitoreo fetal en paciente hospitalizado (producción e interpretación)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Monitoreo fetal en paciente no hospitalizado (producción e interpretación) y medicación (progesterona, Hormona 17p) para embarazo de alto riesgo	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.
Amniocentesis Genética	Cubierto al 100% de la tarifa contratada

Servicios Ambulatorios (outpatient) – Rehabilitación a corto plazo y medicina física	Provisiones
Esterilización concurrente con el Parto Circuncisión y Dilatación (Durante el periodo de alumbramiento y en cualquier momento que sea médicamente necesario, sin importar la edad del paciente)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Aborto involuntario	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Cuidado del bebé	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Prueba Universal Neonatal de Cernimiento Auditivo según Ley 311 con fecha del 19 de diciembre de 2003	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Circuncisión y la dilatación	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Sonogramas obstétricos	Cubierto al 100%, aplica 30% de coaseguro
Vacuna Rhogam	Cubierto al 100% de tarifa contratada, a través de la cubierta de farmacia y aplica coaseguro
Cargos de Recién Nacidos	Cubierto al 100% de tarifa contratada, durante la hospitalización de la madre
Maternidad para los hijos de dependientes	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, luego del copago de admisión.
Beneficios detallados para la Maternidad de Dependientes	Se cubrirán los servicios de maternidad para los dependientes directos y opcionales, del asegurado principal, incluyendo hijos menores de veintiséis (26) años hasta que el embarazo llegue a término; limitado a una hospitalización de 48 horas en caso de parto natural sin complicaciones y 96 horas en caso de parto por cesárea, según establecido en la Ley #248 del 15 de agosto de 1999. Los servicios para el recién nacido serán cubiertos mientras la madre está hospitalizada. Servicios hospitalarios cubiertos al 100%, luego del copago de admisión.
Perfil biofísico	Cubierto al 100% aplica 20% de coaseguro, hasta un (1) procedimiento por embarazo, para la persona cubierta con derecho al beneficio de maternidad y embarazos de alto riesgo
Bomba de Lactancia Manual (no incluye suplidos)	Hasta \$140.00 vitalicio, a través de reembolso.
Servicio Preventivo / Bienestar	Provisiones
Teleconsulta 24/7	<p>Orientación de salud disponible 24 horas. En caso de que se sienta enfermo, llame a Teleconsulta al 1-800-255-4375 y nuestros profesionales de enfermería le ofrecerán asesoramiento para que decida si debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> hacer una cita médica, <input type="checkbox"/> visitar una sala de emergencia, <input type="checkbox"/> o le darán indicaciones para que pueda aliviar de forma segura y confiable los síntomas que presente, en la comodidad de su hogar. <p>Teleconsulta le ofrece como beneficio que si la recomendación del profesional de la enfermería en caso de enfermedad es: "visitar una Sala de Emergencia" se le dará un número; el cual le exonerará o reducirá el pago del deducible de la Sala de Emergencia (disponible solo en Puerto Rico). No aplica a accidentes.</p>
Examen anual (Laboratorios/Rayos-X)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica copago o



Servicios Ambulatorios (outpatient) – Rehabilitación a corto plazo y medicina física	Provisiones
	coaseguro de visita aplicable. Para adultos y niños, según definido por el <i>United States Preventive Services Task Force</i> .
Todos los servicios preventivos según definido por el <i>United States Preventive Services Task Force</i> y requeridos por las leyes federales <i>Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA)</i> y la <i>Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA)</i>	Cubierto al 100% de la tarifa contratada.
Prueba Anual "Pap Smear"	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Prueba Anual del Papanicolau (PAP) ²	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Examen Anual de Próstata (PSA)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Examen del Seno/Pélvico (Oficina del Médico)	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Nutricionista	Cubierto al 100% de la tarifa contratada
Servicios de Planificación Familiar	Provisiones
Vasectomía	Cubierto al 100% de tarifas contratada, aplica copago y coaseguros de acuerdo con la especialidad.
Esterilización ambulatoria	Cubierto al 100% de tarifas contratada, aplica copago y coaseguros de acuerdo con la especialidad.
Contraceptivos Orales	Cubierto al 100% a través de la cubierta de farmacia, según establece la Ley Federal PPACA.
Vacunas	Provisiones
Vacunas aprobadas bajo el itinerario del Departamento de Salud de Puerto Rico	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, copago \$0 por vacuna
Vacunas para menores de 18 años	
Influenza tipo B	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Hepatitis A	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Hepatitis B	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Human Papillomavirus (HPV)	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Inactive Poliovirus	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Influenza (Flu Shot)	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Sarampión	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Meningococo	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Varicela	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Pediarix	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.

² Triple-S Salud requerirá a los Proveedores de Servicios que las pruebas de laboratorios o cualquier otro servicio incluido en la Cubierta Básica tendrá que ser enviado a un proveedor participante de Triple-S Salud.
PLAN DE LIBRE SELECCIÓN UNIVERSAL 2021

Servicios Ambulatorios (outpatient) – Rehabilitación a corto plazo y medicina física	Provisiones
Pevnar	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
PCV (pneumococcal conjugate)	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Rotavirus	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Vacuna para el Virus Respiratorio Sincitial	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Vacunas para adultos	
Hepatitis A	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Hepatitis B	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Herpes Zoster	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Human Papillomavirus (HPV)	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Influenza (Flu Shot)	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Sarampión, Paperas y Rubeola (MMR)	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Meningococo	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Neumococo	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Tétano, Difteria y Pertusis (Td/Tdap)	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Varicela	Cubiertas al 100% de la tarifa contratada, después del copago de visita médica.
Las vacunas preventivas sin copago aplican de acuerdo con las disposiciones del <i>United States Preventive Services Task Force</i> .	
Servicios de Ambulancia	Provisiones
Ambulancia Aérea	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, hasta un (1) servicio por año, por asegurado, según los protocolos establecidos
Ambulancia Terrestre ³	Cubierto a través de reembolso. Máximo de \$80.00 por cada emergencia médica.
Servicios para Condiciones Mentales, Uso y Abuso de Sustancias Controladas	Provisiones
Hospitalización Siquiátrica / Condiciones Mentales	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75.00 de copago por hospitalización.
Hospitalización Dependencia de Sustancias Controladas / Alcohol Tratamiento de Buprenorfina	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75.00 de copago por hospitalización Cubierto al 100%
Hospitalización Parciales para Dependencia de Sustancias Controladas / Alcohol	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75 de copago.

³ La ambulancia deberá estar autorizada por la Comisión de Servicio Público.
PLAN DE LIBRE SELECCIÓN UNIVERSAL 2021

Servicios Ambulatorios (outpatient) – Rehabilitación a corto plazo y medicina física	Provisiones
Hospitalización Parciales para Condiciones Mentales	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, aplica \$75 de copago.
Tratamiento para cesar de fumar	Cubierto al 100% de la tarifa contratada hasta un máximo de \$400 por asegurado,
Vistas pacientes hospitalizados para Dependencia de Sustancias Controladas / Alcohol	Cubierto al 100% aplica de copago según especialista.
Vistas Ambulatorias para Dependencia de Sustancias Controladas / Alcohol	Cubierto al 100% aplica de copago según especialista.
Visitas de terapia de grupo	Cubierto al 100% después de \$10.00 de copago, según requerido por ley de salud mental federal.
Visitas y servicios de tratamientos residenciales	Cubierto al 100%. Requiere precertificación.
Medicina Alternativa	Provisiones
Quiropráctico	Cubierto al 100%, aplica \$10 de copago, hasta 20 sesiones por año, en combinación con servicios de terapia física
Terapias alternativas (Triple-S Natural)	<p>\$15.00 de copago por cada visita. El programa está disponible solo a través de las facilidades participantes del Programa e incluye los siguientes tipos de terapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salud integral y complementaria • Acupuntura médica • Masaje terapéutico • Medicina naturopática • Medicina bioenergética • Hipnoterapia • Medicina tradicional china • Reflexología • Nutrición clínica • Medicina botánica • Aromaterapia • Musicoterapia <p>Se cubren 6 visitas por año póliza, por asegurado</p>
Naturópatas	\$8.00 de copago, cubierto por reembolso hasta cuatro (4) visitas por año y un máximo de \$20.00 por visita luego de descontar el copago
Acupuntura por médico	\$8.00 de copago, hasta treinta (30) sesiones por condición
Servicios Fuera de Puerto Rico	Provisiones
Cuidado de Emergencia	Cubierto a través de Gastos Médicos Mayores. Cubierto al 100%. Servicios de Emergencia fuera de la isla a cargos razonables y habituales.

[Handwritten signature and initials in blue ink]



PARTE 7 EXCLUSIONES DE CUBIERTA MÉDICA

Este contrato no cubre los siguientes gastos o servicios:

1. Tratamientos que los hospitales se nieguen a ofrecer de acuerdo con los reglamentos sanitarios.
2. Servicios que se presten mientras el contrato no está en vigor.
3. Servicios que se puedan cubrir, se estén cubriendo o pudiesen haber sido cubiertos de no haber mediado una renuncia del suscriptor, bajo las Leyes de Compensación por Accidente del Trabajo o Gastos por accidentes en cualquier tipo de vehículo impulsado por motor cubiertos por ACAA o bajo las disposiciones de la Ley Núm. 45, aprobada el 18 de abril de 1935, conocida como la Ley del Sistema de Compensaciones por Accidentes del Trabajo.
4. Servicios suministrados por el Gobierno Federal, sin costo para el empleado.
5. Servicios que sean recibidos gratuitamente. Servicios no solicitados por el suscriptor.
6. Facturación por servicios prestados por el cónyuge, padres, hermanos o hijos del asegurado.
7. Servicios no requeridos de acuerdo con las normas aceptadas en la práctica médica.
8. Servicios que no sean razonables ni médicamente necesarios para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades o lesiones.
9. Hospitalizaciones por procedimientos que se puedan practicar en forma ambulatoria.
10. Servicios de hospitalización (incluyendo servicios ancilares) para realizar procedimientos y/o cirugías que están excluidos de cubierta.
11. Procedimientos y servicios experimentales o investigativos no aprobados por el Plan, excepto el Artículo 9 g de la Ley 194 del 25 agosto de 2000.
12. Gastos o servicios por procedimientos o tratamientos médicos nuevos, no considerados experimentales o investigativos, hasta tanto Triple-S Salud determine su inclusión en la cubierta ofrecida bajo esta cubierta. Tampoco están cubiertos los gastos médicos relacionados con estudios o tratamientos clínicos investigativos (esto es, clinical trials), o los exámenes y medicamentos administrados para ser utilizados como parte de estos estudios, ni los gastos médicos que deben ser pagados por la entidad que lleva a cabo el estudio. Esta disposición es aplicable aun cuando el asegurado se haya inscrito en el estudio (clinical trials) para tratar una enfermedad que amenace su vida, para la cual no haya tratamiento efectivo y obtenga la aprobación del médico para su participación en el estudio, porque éste ofrece al paciente un beneficio potencial. En este caso, Triple-S Salud cubrirá los "gastos médicos rutinarios del paciente", entendiéndose que no son "gastos médicos rutinarios de paciente", aquellos relacionados con el estudio o los exámenes administrados para ser utilizados como parte del estudio, ni los gastos que razonablemente deben ser pagados por la entidad que lleve a cabo el estudio. Una vez estos servicios sean incluidos en la cubierta, Triple-S Salud pagará por dichos servicios una cantidad no mayor que la cantidad promedio que hubiese pagado si dichos servicios médicos se hubiesen prestado a través de los métodos convencionales, hasta tanto se establezca una tarifa para estos procedimientos.
13. Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina u odontología, excepto los especificados en el contrato.
14. Gastos por exámenes físicos de rutina requeridos por el patrono o para certificados, excepto el requerido por la Ley 296 del 1 de septiembre de 2000.
15. Gastos en hospital por cuidado personal, teléfono, "admission Kits" y otros similares.
16. Hospitalización para fines puramente diagnósticos.
17. Servicios, tratamiento y cirugía para aumentar o bajar de peso en Centros de Programas de Control de Peso.
18. Liposucción.
19. Cirugía para aumento del seno.
20. Tratamiento con fines estéticos de celulitis.
21. Cirugía para corregir condiciones, deformidades o enfermedades y tratamiento de acné con fines estéticos.
22. Servicios necesarios para el tratamiento de la disfunción temporomandibular (TMJ).
23. Servicios de escalenotomía.
24. Gastos por servicios de descanso, convalecencia y cuidado custodial.
25. Gastos por servicios de custodia, hospicio y visitas médicas y cuidados en el hogar.
26. Exámenes de laboratorios que requieren inoculación animal.

27. Gastos por aparatos ortopédicos y órganos artificiales, excepto marcapasos y válvulas.
28. Audiogramas y audiometría, excepto lo requerido por la Ley 311 del 19 de diciembre de 2003.
29. Gastroplastías.
30. Tratamiento de diálisis o hemodiálisis y procedimiento relacionados, después de los primeros 90 días.
31. Tratamientos de fertilidad o inseminación artificial y fertilización "in Vitro" y todo tipo de tratamientos para la condición de infertilidad.
32. Remisión de vasectomía y esterilizaciones, tuboplastias, vasostomías y otras operaciones y tratamientos cuyo propósito sea devolver la habilidad de procrear.
33. Cirugías para cambio de sexo.
34. Hiperalimentación. Alimentación enteral y servicios que sirven o actúan como suplementos nutricionales.
35. Estudios genéticos.
36. Rinoplastias.
37. Microcirugía, con fines estéticos.
38. Gastos de enfermeras especiales.
39. Aparatos auditivos
40. Queratotomía radial, LASIK y otras cirugías de refracción.
41. Medicina deportiva, musicoterapia. Medicina natural, homeopática, hipnotismo, aromaterapia, masajes, psicocirugía y otras formas de medicina alternativa.
42. Medicamentos que no sean recetados como medicina terapéutica. Medicinas de leyenda y "over-the-counter" a nivel ambulatorio, excepto como se provee bajo la cubierta de medicinas. Suplidos tales como jeringuillas, vendajes, medias elásticas y suplidos para diabéticos a nivel ambulatorio.
43. Vacunas para viajar.
44. Gastos relacionados con enfermedades o lesiones que resulten de guerras o condiciones de motín. Condiciones que resulten de daños recibidos mientras la persona cubierta participa de manifestaciones o conmociones civiles. Servicios para personas en servicio militar activo o servicios que se reciben como resultado de guerras (declaradas o no declaradas) en cualquier país.
45. Servicios necesarios para atender condiciones que surjan a raíz de la comisión de un delito o incumplimiento de las leyes de Puerto Rico o de cualquier otro país por parte del asegurado o suscriptor.
46. Servicios de visitas a domicilio.
47. Servicio de "Transcutaneous Electronic Nerve Stimulation (TENS)"
48. Gastos por servicios cubiertos por pólizas de seguros misceláneos.
49. Los implantes, prótesis y tratamientos para la impotencia.
50. Gastos ocasionados por pagos que una persona cubierta por este contrato haga a un proveedor participante sin estar obligada por este contrato a hacerlo.
51. Prótesis o implantes excepto para cáncer en el seno o material ortopédico como son los tornillos, placas, clavos y cualquier otro material o aditamento.
52. La Aseguradora debe proveer el endoso de cualquier otro beneficio adicional a este plan el cual se hará formar parte de esta Cubierta.
53. Servicios de hospitalización, tratamientos o exámenes de laboratorios realizados fuera de Puerto Rico para condiciones cubiertas en este contrato, excepto en condiciones presentadas en casos de emergencias mientras el asegurado o suscriptor esté de viaje en Estados Unidos. En el caso de servicios de emergencia prestados en Estados Unidos cuando el suscriptor esté de viaje, si el Asegurador u Organización de Servicios de Salud cuenta con el acceso a facilidades o redes en Estados Unidos, aplicará el cargo contratado en el área donde se prestó el servicio. De no contar con facilidades o redes en Estados Unidos la Aseguradora tendrá la obligación de negociar directamente con el proveedor el costo de los servicios. Luego de este ejercicio la Aseguradora pagará directamente al proveedor de servicios conforme a lo dispuesto a continuación y el asegurado o suscriptor pagará al proveedor del servicio la diferencia, si alguna.



"La Aseguradora" reembolsará al asegurado o suscriptor por gastos incurridos a base de las cantidades que "La Aseguradora" hubiera pagado a un proveedor participante por los servicios recibidos.

- No se descontará de la cantidad a rembolsar al asegurador cualquier cantidad que el asegurado o suscriptor hubiera tenido que pagar a un proveedor participante por concepto de deducibles o coaseguros.
- En caso de que los servicios de emergencia sean provistos por un proveedor no participante, el asegurador no será responsable de un pago por los servicios que excedan la cantidad aplicable, si hubiese recibido dichos servicios de un proveedor contratado por la aseguradora. La aseguradora compensará al proveedor que ofrezca los servicios, y éste vendrá obligado a aceptar dicha compensación, por una cantidad que no será menor a la contratada con los proveedores a su vez contratados por la aseguradora para ofrecer los mismos servicios, según la Ley 194 del 25 de agosto de 2002.

54. Métodos anticonceptivos para hombres, excepto la esterilización masculina (vasectomía).
55. Servicios que no son médicamente necesarios, servicios considerados experimentales o investigativos, según los criterios de la *Food and Drug Administration (FDA)*, *Department of Human and Health Services (DHHS)*, el Departamento de Salud de Puerto Rico, o el *Technology Evaluation Center (TEC)* de la *BlueCross and BlueShield Association* para las indicaciones y métodos específicos que se ordenan.
56. Gastos por compra y alquiler de equipo médico, excepto los Ventiladores mecánicos vía traqueotomía, de la Ley 125 del 21 de septiembre de 2007 cubiertos en la cubierta de Gastos Médicos Mayores.
57. Los gastos que se incurran para el ajuste de espejuelos o lentes de contactos.
58. Gastos por implantes y órganos artificiales excepto por los listados en la cubierta, esto incluye lentes intraoculares.
59. Servicios preventivos por proveedores fuera de Puerto Rico.
60. Hormonas de crecimiento y todo tratamiento relacionado.
61. Nuevos servicios o procedimientos de diagnóstico o terapéutico que están aprobados por FDA y equipos y aparatos que aparecen disponibles luego de la fecha de efectividad de esta póliza.
62. Cualquier y todos los servicios o tratamientos que no estén descritos específicamente como beneficios cubiertos, excepto por los servicios y beneficios incluidos en una ley que sean requeridos ofrecer en la cubierta de salud.
63. Complicaciones relacionadas a perforaciones en el cuerpo (*piercing / tatuaje*) y cualquier otro procedimiento relacionado.
64. Servicios de Telemedicina ofrecidos por especialistas, excepto internistas, médicos de familia y pediatras.





PARTE 8 TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Triple-S Salud pagará por los gastos relacionados a trasplantes de órganos y tejidos que se detallan a continuación conforme a las siguientes provisiones:

1. Esta cubierta está sujeta a un beneficio máximo por cada año póliza. Los beneficios no utilizados en un año no se acumularán para el próximo año.
2. Los beneficios estarán cubiertos siempre y cuando el asegurado utilice facilidades participantes dentro de la Red de Trasplante de Triple-S Salud bajo esta póliza.
3. El asegurado es responsable de solicitar a Triple-S Salud una precertificación o autorización previa a que los servicios sean prestados por la facilidad o proveedor de la red, para cada una de fases del tratamiento: por evaluación, pre-trasplante, trasplante y post-trasplante. Triple-S Salud no se hace responsable de garantizar el pago al proveedor si los servicios han sido prestados sin la autorización previa de Triple-S Salud o su representante autorizado.
4. El pago de beneficios bajo esta cubierta de trasplante está sujeto a que los servicios relacionados a dicho trasplante, incluyendo la evaluación del paciente, sean previamente coordinados por Triple-S Salud o su representante autorizado.
5. El asegurado es responsable de los copagos y coaseguros aplicables según el servicio prestado, si alguno.

Trasplante de Órganos y Tejidos	
Trasplante de órganos (Médula ósea, Corazón, Riñón, Hígado, Pulmón, Páncreas, Corazón-Pulmón, Páncreas-Riñón, Venas y Arterias e Intestino Delgado)	Cubierto por Gastos Médicos Mayores, hasta \$1,000,000.00 por año, por asegurado para todos los servicios cubiertos
Coaseguro	20% de coaseguro para todos los servicios cubiertos, excepto los gastos por transportación, comida y alojamiento.
Trasplantes	Médula ósea, Corazón, Riñón, Hígado, Pulmón, Páncreas, Corazón-pulmón, Páncreas-Riñón, Venas y Arteria e Intestino delgado. Incluye: <ul style="list-style-type: none"> • Recipiente – Se cubrirán los gastos directamente relacionados con el procedimiento, incluyendo el cuidado postquirúrgico y las drogas inmunosupresoras. • Obtención de órganos – se cubrirán los gastos relacionados a la obtención de los órganos a utilizarse en el trasplante cubierto.
Retrasplantes	Hasta el beneficio máximo establecido en la cubierta
Servicios post-trasplante	Hasta el beneficio máximo establecido en la cubierta
Inmunosupresores	Hasta el beneficio máximo establecido en la cubierta
Transportación y gastos de comida y alojamiento	Cubre gastos de transportación desde y hasta el lugar de la cirugía para el paciente y un acompañante (dos acompañantes en caso de un menor de edad) y los gastos de comida y alojamiento a razón de ciento cincuenta dólares (\$150.00) diarios para el paciente y un acompañante y doscientos dólares (\$200.00) diarios para el paciente y dos acompañantes (padres o personas que tienen la custodia legal del paciente que es menor de 19 años de edad). Se establece un límite de diez mil dólares (\$10,000.00) por año de cubierta y sujeto al beneficio máximo establecido por vida para cubrir todos estos gastos.
Médula Ósea	Cubre, obtención, incluye donación y almacenaje de médula ósea, tratamiento de quimioterapia o de radiación antes de efectuarse el trasplante de médula. Se cubren los trasplantes mediante donación o auto-donación (alogénicos, autólogos y singenésicos).

Facilidades para el Trasplante

Triple-S Salud proveerá una lista de las facilidades o instituciones contratadas y disponibles para la realización de los distintos tipos de trasplante y la forma de coordinar los servicios. Los beneficios de esta cubierta se ofrecerán solo a través de las facilidades participantes de la red de Trasplante de Triple-S Salud y coordinados por Global Medical Management (GMMI).

Coordinación de los Servicios

El Seguro de Trasplante de Órganos y Tejidos es un producto de Triple-S Salud coordinado por Global Medical Management Inc., un manejador de casos independiente de servicios de trasplante. Usted debe coordinar los servicios con nuestros manejadores de casos en cada fase de los servicios de trasplante.

GLOBAL MEDICAL MANAGEMENT (GMMI) provee acceso a línea telefónica las 24 horas, los 7 días de la semana. Usted puede comunicarse a los números de teléfonos a continuación. Además, le incluimos para su referencia la dirección física y otra información de contacto de GLOBAL MEDICAL MANAGEMENT (GMMI).

Global Medical Management, Inc. (GMMI)
Número Libre de cargos: 1-800-682-6065
Número del área: 1-954-370-6404
Fax: 1-954-370-8130

Dirección:

GMMI, Inc.
1300 Concord Terrace, Suite 300
Sunrise, Florida 33323
USA

Correo electrónico:

contact@gmmusa.com

Recuerde que la tramitación inicial para recibir orientación y/o servicios es el Departamento de Servicio al Cliente de Triple-S Salud.

PARTE 9 EXCLUSIONES DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Esta cubierta excluye los siguientes gastos:

1. Trasplantes experimentales o investigativos o que no sean de efectividad médica comprobada, según lo determina el *Technology Evaluation Center* (TEC).
2. Todos aquellos servicios y beneficios excluidos de la cubierta básica o de la cubierta de Gastos Médicos Mayores aplican a esta cubierta, excepto aquellos servicios que se mencionan específicamente como servicios cubiertos.
3. Trasplantes realizados fuera de las facilidades designadas por el plan para ese propósito.
4. Gastos y servicios relacionados con trasplantes de órganos y tejidos prestados o recibidos sin una precertificación de Triple-S Salud o su representante autorizado para cada una de las fases.



PARTE 10 CUBIERTA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

Estos beneficios están sujetos a los términos y condiciones específicamente establecidos para los mismos, mientras este seguro esté en vigor. Esta cubierta provee servicios que estén excluidos o limitados en la cubierta básica de acuerdo con las disposiciones, condiciones, limitaciones y exclusiones que se describen a continuación. Se reembolsará el por ciento aplicable de los gastos incurridos en exceso al deducible. El pago por servicios también podrá ser dirigido directamente al proveedor que ofreció los servicios, siempre y cuando se coordine con Triple-S Salud.

Deducibles/Coaseguros

Las cantidades aplicables para la acumulación del copago en efectivo y el coaseguro de los gastos médicos cubiertos se determinarán a base de las tarifas establecidas para los gastos médicos cubiertos. La aseguradora pagará beneficios por los cargos elegibles, siempre que los mismos sean incurridos como resultado de enfermedad o lesión médicamente necesarios y practicados u ordenados por un médico.

El pago por los servicios contemplados en esta cubierta será por reembolso o Triple-S Salud podrá establecer que será directamente al proveedor que ofreció los servicios, siempre y cuando se coordine o se establezca de esta manera:

1. Deducible en efectivo:

- por persona - \$50 por año de cubierta
- por familia - \$150 por año de cubierta

2. Cada asegurado será responsable, luego de acumulado el deducible en efectivo, del 20% de los gastos médicos cubiertos.

3. Cada familia asegurada será responsable, luego de acumulado el deducible en efectivo, del 20% de los gastos médicos cubiertos.

Las cantidades aplicables para el coaseguro de los gastos médicos cubiertos se determinarán a base de las tarifas establecidas para los gastos médicos cubiertos de la siguiente manera:

- a. si el servicio se presta en Puerto Rico, el reembolso o pago al proveedor se efectuará a base de la escala de beneficios médicos establecida por Triple-S Salud para tales propósitos.
- b. si el servicio se presta fuera de Puerto Rico, se pagará al proveedor directamente a base de las tarifas establecidas por los planes de la BlueCross and BlueShield Association (BCBSA), al utilizar los proveedores participantes de la BCBSA, excepto que se indique lo contrario.
- c. Servicios provistos a través de proveedores no participantes fuera de Puerto Rico no estarán cubiertos, excepto en casos de emergencia. En estos casos, estarán cubiertos a base de la tarifa establecida para proveedores no participantes por los planes de la BCBSA (BlueCross and BlueShield Association). Triple-S Salud pagará directamente al proveedor el por ciento de la cantidad negociada por Triple-S Salud por concepto de los servicios que el asegurado o suscriptor recibió, luego de acumular el deducible anual y de aplicar el coaseguro del asegurado.
- d. Servicios que requieran equipo, facilidades, o tratamiento médico-quirúrgico u hospitalario que no están disponibles en Puerto Rico requieren precertificación de Triple-S Salud antes de la prestación de los servicios, excepto en casos de emergencia. En estos casos de emergencia, se requiere notificación a Triple-S Salud dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes a la emergencia o tan pronto como sea razonablemente posible.



Beneficios Cubiertos a través de Gastos Médicos Mayores:

Gastos Médicos Mayores	Provisiones
El Beneficio Máximo aplicable a esta cubierta es de \$1, 250,000.00 por vida por cada persona asegurada. El beneficio máximo estará limitado por los gastos que deberán ser cubiertos, ocasionados por servicios médicos. Se requiere pre-autorización	
Coaseguro	20% de coaseguro
Deducible Anual (familia)	\$50 individual / \$150 familia
Desembolso Máximo Anual	\$6,350 individual / \$12,700 familia. Referirse a la Parte 6.13 para mayor detalle.
Equipo Médico Duradero (DME)	Cubierto al 80% de las tarifas contratadas, después del deducible de Gastos Médicos Mayores, sujeto a protocolo y precertificación hasta \$10,000 por año póliza.
Equipo Ortopédico y Ortótico	Cubierto al 80% de las tarifas contratadas, después del deducible de Gastos Médicos Mayores, sujeto a protocolo y precertificación hasta \$5,000 por año póliza.
Equipo Tecnológico – Ventilador Mecánico	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, Incluye servicios de enfermería diestra con conocimiento en terapias respiratorias, relacionados con el uso del ventilador mecánico, así como las terapias físicas y ocupacionales hasta un máximo de 8 horas de servicio diario para pacientes menores de 21 años. Estos servicios están cubiertos sujeto a evidencia y de justificación médica. Además de evidencia de inscripción en el registro que el Departamento de Salud definió para este diagnóstico y tratamiento. También incluye suplidos que conlleven el manejo de los equipos tecnológicos relacionados con ventiladores mecánicos
Prótesis	Aplica 20% de coaseguro luego de acumular el deducible anual de la cubierta y hasta un máximo de \$10,000 por año póliza. Requiere precertificación.
Mamoplastías	Hasta \$5,000 por año póliza. Cubierto al 100% de las tarifas contratadas, sujeto a protocolo médico y precertificación.
Trasplante de Órganos	20% de coaseguro hasta \$1,000,000.00 por año, según Parte 8 de este contrato . Requiere precertificación.
Hospicio	20% de coaseguro luego de acumular el deducible anual de la cubierta, requiere precertificación.
Litotricia	El exceso de la básica hasta \$5,000.00 por año póliza y sujeto a pre autorización.
Servicios de Emergencia fuera de la isla	Cubierto al 100%. Servicios de Emergencia fuera de la isla a cargos razonables y habituales.



PARTE 11 EXCLUSIONES DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

No se cubren bajo esta cubierta de Gastos Médicos Mayores:

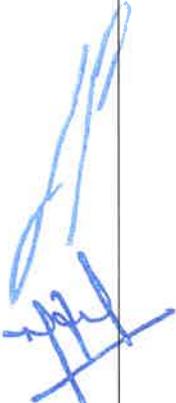
1. Los servicios excluidos en las **Exclusiones y Limitaciones de la Cubierta Básica**; que no estén específicamente incluidos en esta cubierta.
2. Los servicios que resulten por enfermedad o lesión corporal surgida de o en el curso del empleo del asegurado.
3. Servicios que se puedan cubrir bajo leyes de compensaciones por accidentes del trabajo o gastos por accidentes de automóviles (según definido en seguro de automóvil).
4. Servicios suministrados por el Gobierno Federal, sin costo para el empleado.
5. Servicios que sean recibidos gratuitamente.
6. Servicios no solicitados por el asegurado.
7. Servicios prestados al asegurado por el cónyuge, padres, hermanos o hijos.
8. Los que sean incurridos en artículos de comodidad personal.
9. Los que sean incurridos por tratamiento de Disfunción de la Articulación Temporal Mandibular.
10. Los deducibles y/o coaseguros aplicables a la Cubierta Básica, así como aquellos aplicables a cubiertas Opcionales, excepto los que estén expresamente cubiertos en esta cubierta.
11. Cuidado de Salud en el Hogar.
12. Terapia de rehabilitación, ocupacionales y terapia del habla.
13. Asistente Quirúrgico.
14. Servicios de cirugía para corregir la condición de miopía, astigmatismo o hipermetropía o la queratotomía radial o queratoplastia lamelar



PARTE 12 CUBIERTA DE FARMACIA⁴

La cubierta de medicinas estará disponible para todos los empleados, pensionados y sus dependientes.

El plan provee este beneficio para el pago de medicinas recetadas por un médico, que sean aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés), adquiridas por el asegurado y que sean preparadas y despachadas por un farmacéutico autorizado en una farmacia participante.

Cubierta de Farmacia	Provisiones
<p>Copago</p>  	<p>Despacho a través de la Red Preferida de Farmacias</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 copago para anticonceptivos requeridos por Ley Federal con receta médica y medicamentos de quimioterapia oral. • Red Preferida: 10% de coaseguro mínimo \$5.00 en medicamento genérico por medicamento. • Red no preferida: 15% de coaseguro mínimo \$10.00 en medicamento genérico por medicamento. • Red Preferida: 10% en medicamento de marca preferido por medicamento, mínimo de \$12.00 por medicamento. • Red no Preferida: 15% en medicamento de marca preferido por medicamento, mínimo de \$15.00 por medicamento. • Red Preferida: 15% en medicamento de marca no preferido por medicamento, mínimo de \$20.00 por medicamento. • Red no Preferida: 20% en medicamento de marca no preferido por medicamento, mínimo de \$25.00 por medicamento. • Red Preferida: 30% hasta un máximo de \$200.00 para productos especializados preferidos. • Red no Preferida: 30% hasta un máximo de \$200.00 para productos especializados no preferidos. <p>Todo medicamento cuyo costo total sea menor de \$8.00, no estará cubierto.</p> <p>Despacho a través de la Red de Farmacias Especializadas (CVS Caremark Specialty Pharmacy, Best Option y Walgreens Specialty Pharmacy)</p>

⁴ La cubierta de medicamentos es ofrecida bajo el Programa de Farmacia de Triple-S Salud, el cual es administrado por Abarca, un contratista independiente de Servicios de Farmacia.

Cubierta de Farmacia	Provisiones
Contraceptivos	Cubierto, aquellos aprobados por la FDA según requiere la Ley Federal
Despacho	<ul style="list-style-type: none"> Treinta (30) días de medicación para las vitaminas prenatales con leyenda, no tienen repeticiones. En los medicamentos de mantenimiento el despacho será de treinta (30) días de medicación por vez y para éstos se cubrirán repeticiones autorizadas por escrito hasta cinco (5) repeticiones Los medicamentos tranquilizantes incluidos en la familia de las benzodiacepinas (Ejemplo: Xanax®, Tranxene® y Halcion®) estarán con abastecimiento para 15 días sin repeticiones.
Suministro de medicamentos de 90 días <i>Retail</i> (al detal) a través de la red de farmacias participantes de este programa.	<ul style="list-style-type: none"> <i>Retail</i> (al detal)- suministro de 90 días <ul style="list-style-type: none"> Red Preferida: 8% de coaseguro mínimo \$10.00 en medicamento genérico por medicamento. Red no preferida: 12% de coaseguro mínimo \$20.00 en medicamento genérico por medicamento. Red Preferida: 8% en medicamento de marca preferido por medicamento, mínimo de \$24.00 por medicamento. Red no Preferida: 12% en medicamento de marca preferido por medicamento, mínimo de \$30.00 por medicamento. Red Preferida: 12% en medicamento de marca no preferido por medicamento, mínimo de \$40.00 por medicamento. Red no Preferida: 15% en medicamento de marca no preferido por medicamento, mínimo de \$50.00 por medicamento. <p>Los productos especializados no aplican para el despacho de 90 días</p>
Máximo Anual	Hasta \$2,000 aplican los copagos y coaseguros establecidos en la cubierta. Luego de esta cantidad, aplica un 40% de coaseguro, excepto para los anticonceptivos según requeridos por la Ley Federal y quimioterapia que aplica \$0 copago.
Terapia Escalonada	Sí
Mandatorio Genérico/Bioequivalente	Sí
Incluye el medicamento Buprenorfina	Cubierto al 100% de la tarifa contratada, después de aplicar el copago o coaseguro según el nivel del medicamento en la Lista de Medicamentos.
Medicamentos para el tratamiento de hábito de fumar	Cubiertos hasta un máximo de \$400 anuales por asegurado o suscriptor
Permitir que el proveedor obvie la regla Genérica	No





DESPACHO

La cubierta de farmacia está sujeta a los términos y condiciones de la cubierta para servicios de hospitalización, médico-quirúrgicos y ambulatorios que no estén en conflicto con los beneficios y condiciones descritos en esta sección y en tal caso, prevalece lo establecido en las provisiones de la cubierta de farmacia.

El despacho de medicamentos genéricos es la primera opción, excepto para aquellos medicamentos de marca, incluidos en la Lista de Medicamentos, para el cual no exista el genérico. Si la persona asegurada elige, o su médico la receta, un medicamento de marca cuando existe su genérico en el mercado, la persona asegurada paga el copago del medicamento de marca y la diferencia en costo entre el medicamento de marca y el genérico.

Este beneficio se rige por las guías de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) *ANDA* (*Abbreviated New Drug Application*), *NDA* (*New Drug Application*) y *BLA* (*Biologics License Application*). Estas incluyen dosificación, equivalencia de medicamentos y clasificación terapéutica, entre otros.

Este plan provee para el despacho de los medicamentos cubiertos, independientemente del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad para la cual sean prescritos, siempre y cuando el medicamento tenga la aprobación de la FDA para al menos una indicación y el medicamento sea reconocido para el tratamiento del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad que se utilice en uno de los compendios de referencia estándar o en literatura médica evaluada por homólogos generalmente aceptada. No obstante, este plan no está obligado a cubrir un medicamento cuando la FDA ha determinado que su uso es contraindicado para el tratamiento de la indicación para la cual se prescribe.

Es requisito presentar la tarjeta del plan de Triple-S Salud a cualquier farmacia participante al momento de solicitar los beneficios para que los mismos estén cubiertos. La farmacia participante provee, a la presentación de la tarjeta del plan y de una receta, los medicamentos cubiertos incluidos en la Lista de Medicamentos que especifique dicha receta; y no efectúa cargo ni cobra cantidad alguna la persona asegurada que resulte en exceso de lo establecido en la Tabla de Cubierta de Farmacia. Al recibir los medicamentos, la persona asegurada tiene que firmar por los servicios recibidos y presentar una segunda identificación con fotografía.

Si su médico le recetó un medicamento no incluido por su beneficio de farmacia, el mismo puede hacer una receta nueva con un medicamento que esté cubierto; o puede solicitar una excepción conforme a la Sección "Proceso de Excepción a la Lista de Medicamentos" de esta póliza. Esto aplica cuando la clasificación terapéutica (categoría) esté cubierta y existan otras alternativas de tratamiento.

Una farmacia no está obligada a proveer una receta ordenada si por alguna razón, de acuerdo a su juicio profesional, no debe ser provista. Esto no aplica a decisiones tomadas por farmacias, por concepto de tarifa aplicada por Triple-S Salud.

Las recetas expedidas por médicos en donde no estén especificadas las indicaciones para su uso, ni la cantidad del medicamento, solamente se pueden despachar para un abastecimiento de cuarenta y ocho (48) horas. Ejemplo: cuando un médico escribe en sus indicaciones: "para administrarse cuando sea necesario (PRN, por sus siglas en latín)".

Los medicamentos con repeticiones (*refills*) no pueden ser provistos antes de transcurrir el 75% del abastecimiento a partir de la fecha del último despacho, ni luego de transcurrir un año desde la fecha de haber sido expedida la receta, excepto que de otra forma lo disponga la ley que controla el despacho de sustancias controladas.

Esta cubierta de farmacia tiene las siguientes características:

- Este beneficio de farmacia utiliza una Lista de Medicamentos la cual aprueba el Comité de Farmacia y Terapéutica para esta cubierta. Nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica está compuesto por médicos, farmacéuticos clínicos y otros profesionales de la salud, quienes se

reúnen periódicamente para evaluar y seleccionar aquellos medicamentos que serán incluidos en la Lista, siguiendo un proceso riguroso de evaluación clínica.

El Comité de Farmacia y Terapéutica evalúa la Lista de Medicamentos y aprueba cambios donde:

- a) se incluyen medicamentos nuevos, los cuales son evaluados en un término no mayor de 90 días luego de su aprobación por la FDA
- b) se cambian medicamentos de un nivel con copago/coaseguro mayor a un nivel con un copago/coaseguro menor
- c) cambio por motivos de seguridad, si el fabricante del medicamento con receta no lo puede suplir o lo ha retirado del mercado o si el cambio implica la inclusión de nuevos medicamentos de receta en la Lista de Medicamentos.

Notificaremos los cambios a más tardar a la fecha de efectividad del cambio a:

- a) Todas las personas aseguradas
- b) Las farmacias participantes para la inclusión de medicamentos nuevos con 30 días de antelación a la fecha de efectividad

- Este beneficio excluye los medicamentos especializados (Preferidos y no Preferidos), y especializados nuevos que sean aprobados por la FDA. Excepto las quimioterapias orales.

Descripción del Beneficio de Farmacia

- Se requiere una receta médica para el despacho de medicamentos.
- Están cubiertos los medicamentos genéricos (preferidos y no preferidos), marca preferidos, marca no preferidos, productos especializados preferidos productos especializados no preferidos incluidos en la Lista de Medicamentos que en su etiqueta contengan la frase «*Caution: Federal law prohibits dispensing without prescription*» (Precaución: La ley Federal prohíbe su despacho sin receta médica), insulina y algunos medicamentos *Over-the-Counter (OTC)*.
- Se cubren los servicios preventivos conforme a las leyes federales *Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA)* y la *Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA)* y según establecidos por el *United States Preventive Services Task Force (USPSTF)*. Solo se cubrirán los medicamentos preventivos incluidos en la lista de medicamentos. Los medicamentos clasificados como preventivos, según se detallan a continuación, se cubren con \$0 copago, con receta médica, si los mismos son recibidos de farmacias participantes de la red contratada por Triple-S Salud:
 - Dosis baja de aspirina (81mg) para adultos de 50 a 59 años, para prevenir el riesgo de enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal.
 - Métodos anticonceptivos – Solo se cubrirán los medicamentos incluidos en la lista de Anticonceptivos en la Lista de Medicamentos, que incluye al menos un medicamento de cada una de las categorías definidas en *Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA)*. El genérico se cubrirá como única opción excepto en las categorías donde no exista en el mercado la versión genérica.
 - Suplementos de ácido fólico (400 mcg y 800 mcg) para personas aseguradas que estén planificando o sean capaces de quedar embarazadas.
 - Suplementos orales de Flúor para pre-escolares de seis (6) meses hasta los cinco (5) años de edad cuyas fuentes de obtención de agua no tiene flúor.
 - Para aquellos que utilizan los productos para cesar el uso de tabaco, este plan cubre el despacho de *nicotine nasal spray, nicotine inhaler* y *bupropion hcl (smoking deterrent)*, por noventa (90) días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año. El genérico se cubrirá como única opción excepto cuando no exista en el mercado la versión genérica. No aplica a productos *OTC (Over the Counter)*.
 - Medicamentos preventivos a pacientes de alto riesgo de desarrollar cáncer de seno, el genérico de *tamoxifen* o *raloxifene* en tabletas para pacientes que se encuentran en alto riesgo de desarrollar la enfermedad y que tienen un riesgo bajo de reacciones adversas a medicamentos.



- Algunos suplementos de hierro orales para menores de 4 meses hasta los 21 años que tengan riesgo de anemia.
- Estatinas para prevenir accidentes cardiovasculares: dosis baja o moderada de estatinas para adultos entre las edades de 40 a 75 años sin historial de enfermedad cardiovascular que tengan uno o más factores de riesgo (dislipidemia, diabetes, hipertensión o fumar) y un riesgo calculado de 10 años de tener un evento cardiovascular de 10% o más. Se cubren los genéricos de Simvastatin 5, 10, 20 y 40 mg Atorvastatin 10 y 20 mg y Pravastatin 10, 20, 40 y 80 mg, Rosuvastatin 5 y 10 mg; Lovastatin 10, 20 y 40 mg y Fluvastatin 20 y 40 mg.
- Prevención de cáncer colorrectal: recetas de gastroenterólogos de preparaciones intestinales para procedimiento de colonoscopia en adultos de 50 años o más solo se cubrirán los siguientes medicamentos con leyenda - Suprep y PEG (polyethylene Glycol).
- Medicamentos para Profilaxis Pre-Exposición para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV PrEP) Descovy y Truvada, estos requieren preautorización para validación de diagnóstico.

Para más información sobre los medicamentos preventivos a los que aplican estas disposiciones de ley, puede acceder el siguiente enlace:

<http://www.healthcare.gov/center/regulations/prevention.html>.

- Este plan cubre los medicamentos con leyenda federal para cumplir con la Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las Personas con Autismo (conocida como Ley BIDA), sujeto a los copagos y coaseguros establecidos en la póliza.

- Buprenorfina

- La cantidad de medicamentos provistos conforme a una receta original está limitada a un abastecimiento de quince (15) días para medicamentos agudos y treinta (30) días para los medicamentos de mantenimiento.

La cantidad de medicamentos de mantenimiento es provista hasta un máximo de 180 días conforme al despacho de la receta original y hasta cinco (5) repeticiones, todas con abastecimiento de 30 días. El medico tiene que indicar en la receta la cantidad de repeticiones.

- El abastecimiento de noventa (90) días aplica a algunos medicamentos de mantenimiento, como medicamentos para condiciones cardíacas, tiroides, diabetes, entre otros; despachados a través de los programas de Envío de Medicamentos por Correo o Despacho de Medicamentos para 90 días en Farmacias. No aplica a los Productos Especializados en los Niveles 4 y 5.

PROCEDIMIENTOS DE MANEJO

- Algunos medicamentos de receta están sujetos a un procedimiento de manejo. Triple-S Salud provee a las personas aseguradas, y como parte de la información provista en esta póliza, la Lista de Medicamentos que ofrece información detallada sobre cuáles medicamentos de receta están sujetos a los procedimientos de manejo. Las siguientes guías de referencia establecen los distintos tipos de manejo que pudiesen aplicar:

Programa de Terapia Escalonada (ST, por sus siglas en inglés): En algunos casos, requerimos que la persona asegurada trate primero un medicamento de primer paso como terapia para su condición antes de que cubramos otro medicamento de segundo paso para esa condición. Este programa requiere la utilización de medicamentos sin leyenda federal (OTC, por sus siglas en inglés) u otros medicamentos genéricos o de marca como primer paso antes de utilizar otros medicamentos de segundo paso para ciertas condiciones médicas; esto se conoce como medicamentos de primer paso en el programa de terapia escalonada. Así puede lograr accesibilidad a medicamentos con efectividad y seguridad probada, copagos más bajos o hasta cero copagos en medicamentos de primer paso y mejor cumplimiento con la terapia de medicamentos.



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

Este programa aplica a las personas aseguradas que utilizan el medicamento por primera vez, o si ha transcurrido un periodo mayor de seis (6) meses de haber utilizado alguno de los medicamentos. El programa tiene el propósito de establecer cuándo se cubren medicamentos de segundo paso, y no de intervenir con las recomendaciones de tratamiento del médico que atiende a la persona asegurada. Los medicamentos de segundo paso son aquellos que se utilizan una vez la persona asegurada haya utilizado los medicamentos de primer paso los cuales no le proveyeron el beneficio terapéutico requerido. La persona asegurada tiene libertad de discutir con su médico todas las alternativas de tratamiento disponibles para su condición de salud, y de tomar decisiones informadas con relación a su tratamiento.

Para los medicamentos en el primer paso, la receta es procesada y aprobada. En el caso de los medicamentos de segundo paso, si la persona asegurada ha utilizado medicamentos de primer paso en los últimos seis (6) meses, éstos son procesados y aprobados. Si no ha utilizado medicamentos de primer paso, la farmacia le informará a la persona asegurada que debe utilizar medicamentos de primer paso. El médico, luego de evaluar el caso de la persona asegurada, debe escribir una receta con el medicamento de primer paso o solicitar una preautorización a Triple-S Salud para un medicamento de segundo paso, incluyendo una justificación médica para su aprobación.

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

- b. **Medicamentos que requieren preautorización (PA):** Ciertos medicamentos necesitan una preautorización para ser obtenidos por el paciente. Los mismos se identifican en la Lista de Medicamentos con PA (requiere preautorización), en cuyo caso, la farmacia gestiona la preautorización antes del despacho del medicamento a la persona asegurada. La farmacia también nos contacta para obtener autorización por cambios en dosis y cuando los cargos exceden los [\$750] por receta despachada para evitar errores de facturación.

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

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

Límites de cantidad (QL, por sus siglas en inglés): Ciertos medicamentos tienen un límite en la cantidad a despacharse. Estas cantidades se establecen de acuerdo con lo sugerido por el fabricante, como la cantidad máxima adecuada que no está asociada a efectos adversos y la cual es efectiva para el tratamiento de una condición.

- d. **Límites de especialidad médica (SL, por sus siglas en inglés):** Algunos medicamentos tienen un límite de especialidad según el médico especialista que está tratando la condición. Por ejemplo, para una condición del hígado debe ser un gastroenterólogo o infectólogo quien recete el medicamento. Estos límites de especialidad se establecen de acuerdo con la literatura médica actual.

- e. **Límites de edad (AL, por sus siglas en inglés):** En la lista de medicamentos hay incluidos medicamentos asociados a las iniciales AL. AL significa que estos medicamentos tienen un límite de edad.

• **Programa de Manejo de Medicamentos Especializados**

El Programa de Manejo de Medicamentos Especializados es un programa coordinado exclusivamente a través de las farmacias participantes de la Red de Farmacias Especializadas de Triple-S Salud. El propósito de este programa es ayudar a las personas aseguradas que tengan condiciones crónicas y de alto riesgo que requieren la administración de medicamentos especializados a que reciban un manejo clínico de la condición totalmente integrado. Algunas de las condiciones médicas o medicamentos que requieren manejo a través del Programa de Manejo de Medicamentos Especializados son las siguientes:

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

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

- Una evaluación que permite identificar necesidades particulares que el paciente pueda tener respecto al uso de su medicamento.
- Intervenciones clínicas que incluyen, entre otros:
 - Coordinación del cuidado del paciente con su médico
 - Educación personalizada al paciente y cuidadores de acuerdo con la condición
 - Manejo y coordinación de pre-autorización de los medicamentos
 - Seguimiento de signos y síntomas de la condición
 - Seguimiento de adherencia a la terapia
 - Utilización apropiada de medicamentos
 - Optimización de dosis
 - Interacciones droga-droga
 - Manejo de efectos secundarios
 - Coordinación de repeticiones
 - Asistencia a través de personal especializado en su condición
 - Facilidad de entrega de medicamentos en el lugar de preferencia del paciente
 - Acceso a personal farmacéutico 24 horas al día, los 7 días de la semana
 - Material educativo sobre su condición
 - Para información sobre las farmacias participantes de la Red de Farmacias Especializadas, favor referirse al Directorio de Proveedores de Triple-S Salud, visite nuestro portal de internet en www.ssspr.com o llame a Servicio al Cliente.



Pueden existir otros requisitos del plan que pueden afectar la cubierta de determinados medicamentos de receta en específico. Favor referirse a la sección de Exclusiones del Beneficio de Farmacia o a la Lista de Medicamentos para más información.

Programas para el Suplido Extendido de Medicamentos de Mantenimiento a 90 días

Triple-S Salud ofrece programas para el despacho de 90 días en algunos medicamentos de mantenimiento. Los medicamentos de mantenimiento aplican para las siguientes condiciones: Hipertensión, Diabetes (insulina y tabletas orales), Tiroides, Colesterol, Epilepsia (Anticonvulsivos), Estrógeno, Alzheimer (no aplican los parchos), Parkinson, Osteoporosis, Próstata, entre otras. No aplica a los productos especializados. Las personas aseguradas de Triple-S Salud tienen la flexibilidad de seleccionar la opción de preferencia para el recibo de algunos medicamentos de mantenimiento a través de: las farmacias participantes o en la comodidad de su hogar registrándose en el Programa de Farmacia de Triple-S Salud por correo. (*Mail Order*).

Programa de despacho de medicamentos a 90 días: Este programa de suplido extendido le permite a la persona asegurada obtener un suministro de 90 días para algunos medicamentos de mantenimiento a través de sus farmacias participantes. El Programa cuenta con una red de farmacias alrededor de toda la Isla las cuales incluyen farmacias de cadenas y farmacias independientes de la comunidad.

PREAUTORIZACIONES PARA MEDICAMENTOS

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

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

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

PROCIMIENTO DE TRAMITE DE PREAUTORIZACIONES PARA MEDICAMENTOS

Triple-S Salud tiene no más de 72 horas (3 días) luego haber recibido toda la documentación requerida medicamentos para lo siguiente:

- 1) Evaluar la documentación recibida
- 2) De ser necesario se solicitará información adicional al médico, persona asegurada o farmacia
- 3) Notificarle su determinación

De no recibir la documentación solicitada en 72 horas para la evaluación del medicamento, Triple-S Salud envía una notificación la cual indica que tiene 5 días calendario para proveer la información a la persona asegurada, farmacia y médico.

Si Triple-S Salud recibe toda la documentación requerida y no toma una determinación respecto a la solicitud de preautorización, ni notifica dentro del tiempo establecido (72 horas; 36 horas para medicamentos controlados), la persona asegurada tiene derecho al suministro del medicamento objeto de la solicitud por treinta (30) días según solicitado o prescrito, o en el caso de una terapia escalonada por los términos que disponga la cubierta.

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



PROCESO DE EXCEPCION A LA LISTA DE MEDICAMENTOS

- La persona asegurada puede solicitar a Triple-S Salud que haga una excepción a las reglas de cubierta siempre y cuando el medicamento no sea una exclusión. Hay medicamentos que están catalogados como "exclusión categórica". Esto significa que el plan ha establecido una disposición específica para la no cobertura de un medicamento de receta, identificando el mismo por su nombre científico o comercial.

Tipos de excepción

Existen varios tipos de excepciones que la persona asegurada puede solicitar:

- Cubrir su medicamento aun cuando éste no esté en nuestra Lista de Medicamentos y no sea una exclusión.
- Cubrir su medicamento que ha sido o será descontinuado de la Lista de Medicamentos por motivos que no sean de salud o porque el fabricante no puede suplirlo o lo haya retirado del mercado.
- Una excepción de manejo que implica que el medicamento recetado no está cubierto hasta que se cumpla con el requisito de terapia escalonada o que tenga un límite en la cantidad permitida.
- Una excepción de terapia duplicada si existe un cambio de dosis o le recetan otro de la misma categoría terapéutica.
- Medicamentos cuyos usos no tienen aprobación del FDA (*Food and Drug Administration*). Estos medicamentos usualmente no están cubiertos excepto en aquellas condiciones de salud donde se haya probado, mediante evidencia médica o científica, la eficacia del medicamento para ese otro uso, según los libros de referencias que incluyen las categorías médicas de aprobación o denegación.

¿Cómo hacer la petición?

La persona asegurada, su representante autorizado o su médico pueden solicitar una petición de excepción a través de:

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

Información requerida para aprobar su solicitud de excepción

Para trabajar su solicitud de excepción, su médico debe proveer la siguiente información:

- Nombre del paciente
- Número de contrato
- Diagnóstico primario
- Razón por la cual no puede utilizar ningún medicamento de receta en la lista de medicamentos que sea una alternativa clínicamente aceptable para tratar la enfermedad o condición médica de la persona asegurada.



- El medicamento de receta alternativo que figura en la lista de medicamentos o que se requiere conforme a la terapia escalonada:
 - Ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o, a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen de la persona asegurada y las características conocidas del régimen del medicamento de receta, es muy probable que sea ineficaz o se afectará la eficacia del medicamento de receta o el cumplimiento por parte de la persona asegurada.
 - Ha causado o, según la evidencia clínica, médica y científica, es muy probable que cause una reacción adversa u otro daño a la persona asegurada.
 - La persona asegurada ya se encontraba en un nivel más avanzado en la terapia escalonada de otro plan médico, por lo cual es irrazonable requerirle comenzar de nuevo en un nivel menor de terapia escalonada.
 - La dosis disponible según la limitación de dosis del medicamento de receta ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona asegurada o, a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen de la persona asegurada y las características conocidas del régimen del medicamento de receta, es muy probable que sea ineficaz, o se afecta la eficacia del medicamento de receta o el cumplimiento por parte de la persona asegurada.

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

1. Al recibir una solicitud de excepción médica, Triple-S Salud se asegurará de que sea revisada por profesionales de la salud adecuados, quienes, al hacer su determinación de la solicitud, considerarán los hechos y las circunstancias específicas aplicables a la persona asegurada para la cual se presentó la solicitud, usando criterios documentados de revisión clínica que:
 - Se basan en evidencia clínica, médica y científica sólida; y las guías de práctica pertinentes.
2. Los profesionales de la salud designados por Triple-S Salud para revisar las solicitudes de excepción médica, se asegurarán de que las determinaciones tomadas correspondan a los beneficios y exclusiones que se disponen en el plan médico de la persona asegurada. Estos profesionales deberán poseer experiencia en el manejo de medicamentos. Las referidas determinaciones deberán constar en un informe en el cual se hará constar las cualificaciones de los profesionales de la salud que hicieron la determinación.
3. Triple-S Salud tomará la determinación de la solicitud presentada y notificará a la persona asegurada o su representante personal con la premura que requiere la condición médica pero no más tarde de 72 horas de haber recibido toda la información requerida desde la fecha del recibo de la solicitud o comunicación del médico que emite la receta, la fecha que sea posterior. . En el caso de los medicamentos controlados no excederá de 36 horas.
 - Triple-S Salud solicita al médico o farmacia la información clínica requerida para evaluar su solicitud mediante teléfono, facsímile o algún otro medio electrónico.



- En caso de que la persona asegurada sea la que sometió la petición, y sea necesario obtener información adicional para completar la evaluación del medicamento, se contacta a la persona asegurada mediante llamada telefónica, se le indica la información adicional que debe ser suplida por el médico para evaluar el caso, el tiempo que tiene para enviarla y el número de fax al cual debe referirla.
 - Si la información clínica requerida no es recibida en un periodo de 72 horas, procedemos a cerrar la solicitud y se le notifica inmediatamente a la persona asegurada y si fuera aplicable, a su representante personal y al médico que expide la receta. La notificación incluye el detalle de la información que falta. El cierre de la solicitud no significa que la persona asegurada no pueda presentar nuevamente la reclamación.
 - La forma de solicitud de excepción está disponible libre de costo en www.ssspr.com. En la sección Herramientas para Ti que se encuentra en la parte inferior de la página principal están los Formularios para Personas Aseguradas donde está la forma de solicitud médica, así como en la Lista de Medicamentos.
4. Si Triple-S Salud no toma una determinación respecto a la solicitud de excepción médica, ni la notifica dentro del periodo antes mencionado:
- La persona asegurada tendrá por un término de 30 días, derecho al suministro del medicamento de receta objeto de la solicitud, y según el suministro sea solicitado o recetado, o en caso de terapia escalonada, por los términos que disponga la cubierta.
 - Triple-S Salud tomará una determinación con respecto a la solicitud de excepción médica antes de que la persona asegurada termine de consumir el medicamento suministrado.
5. Si Triple-S Salud no toma una determinación con respecto a la solicitud de excepción médica, ni notifica la determinación antes de que la persona asegurada termine de consumir el medicamento suministrado, deberá mantener la cubierta en los mismos términos y continuamente, mientras se siga recetando el medicamento a la persona asegurada y se considere que el mismo sea seguro para el tratamiento de su enfermedad o condición médica, a menos que se hayan agotado los límites de los beneficios aplicables.
6. Si Triple-S Salud aprueba una solicitud de excepción médica, proveerá cubierta para el medicamento y no requerirá que la persona asegurada solicite aprobación para una repetición, ni para receta nueva para continuar con el mismo medicamento, siempre y cuando:
- se recete el medicamento para la misma enfermedad o condición médica; y
 - el medicamento sea seguro por el año póliza.
7. Triple-S Salud no establece un nivel de copago o coaseguro que sea aplicable solamente a los medicamentos de receta aprobados mediante solicitud de excepción. De ser aprobada su excepción, aplica el coaseguro establecido en el **Nivel 5**.
8. Toda denegación de una solicitud de excepción:



- Se notificará a la persona asegurada o, si fuera aplicable, a su representante personal, por escrito, o por medios electrónicos, si la persona asegurada ha acordado recibir la información por esa vía.
- Se notificará al prescribiente por medio electrónico o a su solicitud, por escrito.
- Se podrá apelar. En la notificación de denegación se le informa a la persona asegurada su derecho a presentar una solicitud de apelación para la denegación según establecido en esta póliza en la sección Apelaciones de Determinaciones Adversas de Beneficios.

9. Proceso de notificación de la determinación de cubierta

El proceso de notificación de denegación de casos que no cumplen con los criterios establecidos por cubierta fuera de la Lista de Medicamentos, preautorización, terapia escalonada, límite de cantidad, terapia duplicada, uso no aprobado por la FDA, incluye:

- 1) Las razones específicas de la denegación;
- 2) Referencias a la evidencia o documentación, las cuales incluyen los criterios de revisión clínica y las guías de práctica, así como la evidencia clínica, médica y científica consideradas al denegar la solicitud;
- 3) Instrucciones sobre cómo solicitar una declaración escrita de la justificación clínica, médica o científica de la denegación;
- 4) Descripción del proceso y procedimientos para presentar una solicitud de apelación para la denegación.

10. El Departamento de Farmacia de Triple-S Salud tiene registros escritos o electrónicos que documentan el proceso de solicitud de excepción.

PARTE 13 EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DE FARMACIA

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

1. Medicamentos que no contengan la leyenda, excepto los incluidos en el Programa de OTC de Triple-S Salud y dosis bajas de aspirina (81mg) para personas aseguradas entre 50 a 59 años.
2. Cargos por instrumentos artificiales, agujas hipodérmicas, jeringuillas, tirillas, lancetas, medidores de glucosa en la orina o sangre e instrumentos similares, aunque sean utilizados con fines terapéuticos.
3. Los siguientes medicamentos están excluidos de la cubierta de farmacia, independientemente a que contengan la leyenda federal:
 - a. Medicamentos con fines cosméticos o cualquier producto relacionado con el mismo fin (hydroquinone, minoxidil solution, eformitine, finasteride, monobenzene, dihydroxyacetone y bimatopost).



- b. Productos de fluoruro para uso dental (excepto para menores entre las edades de 6 meses y 5 años)
- c. Condiciones dermatológicas como pediculosis y escabidas (lindane, permethrin, crotamiton, malathion, ivermectin y spinosad), productos para el tratamiento de la caspa que incluyan champú (pyrithione zinc 1%, glycolic acid, seleniusulfide, sulfacetamine sodium), lociones y jabones, tratamientos de alopecia (calvicie) como Rogaine® (minoxidil topical soln, finasteride)
- d. Medicamentos para el dolor Nubain® y Stadol®.
- e. Productos para el control de la obesidad y otros medicamentos utilizados en este tratamiento (benzphetamine, diethylpropion, lorcaserin, orlistat, liraglutide phendimetrazine, phentermine, sibutramine, naltrexone-bupropion y mazindol).
- f. Productos dietéticos (Foltx®, Metans®, Folbalin Plus® y Cerefolin®)
- g. Medicamentos para el tratamiento de infertilidad (follitropin, clomiphene, menotropins, urofollitropin, ganirelix, cetorelix acetate progesterone vaginal insert), y fertilidad
- h. Impotencia (tadalafil, alprostadil, vardefanil, sildefanil, yohimbine, avanafil)
- i. Implantes (goserelin, mometasone furoate nasal implant, buprenorphine hcl subdermal implant, dexamethasone intravitreal implant, fluocinolone acetonide intravitreal implant, autologous cultured chondrocytes for implantation, testosterone, estradiol, fluocinolone acetonide intravitreal, etonogestrel subdermal implant). En adición, cualquier otro que sea aprobado por la FDA.
- j. Implante intracaneal carmustina (se utiliza para tratar glioma maligno o glioblastoma multiforme, un tipo de tumor cerebral (su versión inyectable se cubre bajo la cubierta básica)
- k. Implantes intratecales (nusinersen, poractant alfa, baclofen, pentetate indium, ziconotide y calfactant)
- l. Dispositivos (sodium hyaluronate, hyaluronan e hylan)
- m. Medicamentos utilizados en pruebas con fines diagnósticos (thyrotropin, dipyrindamole IV 5mg/ml, gonadorelin HCl, cosyntropin, glucagón, barium sulfate, diatrizoate, iohexol, iopoamidol, iopromide, lidodixanol, othalamate, loversol, manitol, technetium gadoterate, gadopentetate, gadodiamide, tricophyton, tropicamide, tuberculin, y antígenos, leuprolide acetate inj kit 5 mg/ml (1mg/0.2ml)).
- n. Medicamentos para inmunización (hepatitis A & B, influenza, encephalitis, measles, mumps, poliovirus, papillomavirus, rabies, rotavirus, rubella, varicela, yellow fever, zoster, cholera, haemophilus b, lyme disease, meningococcal, plague, pneumococcal, typhoid, tetanus toxoid, diphteria, immune globulin, respiratory syncytial virus, palivizumab, pagademase bovine, stephage lyphates, Rho D immune Globuline) y sus combinaciones, así como las utilizadas para pruebas de alergia. Refiérase a la Sección Cubierta Estándar de Vacunación para Menores de Edad, Adolescentes y Adultos para conocer las inmunizaciones que se cubren por la cubierta médica en su póliza.
- o. Productos utilizados como vitaminas y suplementos nutricionales para uso oral (Dextrose, Lyposyn, Fructose, Alanicem, L-Carnitine, Tryptophan, Cardiovid Plus, Glutamine), excepto algunas dosis de ácido fólico para las personas aseguradas en conformidad a la regulación Group Health Plans and Health Insurance Issuers Relating to Coverage of Preventive Services under the Patient Protection and Affordable Care Act.



- p. Vitaminas orales: (niacina, ácido ascórbico, tiamina, riboflavina, vitamina E, piridoxina, dihidrotaquisterol, múltiples vitaminas con minerales, múltiples vitaminas con hierro, múltiples vitaminas con calcio, complejo de vitamina B - biotina - D - ácido fólico, complejo vitamina B con vitamina C, flavonoides bioflavonoides) excepto las prenatales, ácido fólico que están cubiertas y las inyectables.
- q. Hormonas de Crecimiento (*somatropin, somatrem, tesamorelin acetate*)
- r. Productos para el cuidado de heridas (collagen, dressing, silver pad, balsam, bismuth tribromophenate, wound cleansers or dressings, dimethicone-allatoin)
- s. Las mezclas de dos (2) o más medicamentos que existen por separado o las formulaciones extemporáneas.
- t. Agentes esclerosantes (talco intrapleural, ethanolamine, polidocanol, sodium tetradecyl)
- u. Medicamentos clasificados como tratamiento para medicina alternativa (raíz de valeriana, muérdago europeo, glucosamina-condroitina-PABA-vit E y ácido alfa lipoico, coenzyme).
4. Productos considerados experimentales o investigativos para el tratamiento de ciertas condiciones, para los cuales la Administración de Drogas y Alimentos (*Food and Drug Administration*) no ha autorizado su uso. Tampoco están cubiertos estudios o tratamientos clínicos investigativos (esto es *clinical trials*), aparatos, medicamentos experimentales o investigativos administrados para ser utilizados como parte de estos estudios, servicios o productos que se proveen para obtención de datos y análisis, y no para el manejo directo del paciente, y artículos o servicios sin costos para la persona asegurada que comúnmente ofrece el auspiciador de la investigación. Esto aplica aun cuando la persona asegurada se haya inscrito en el estudio para tratar una enfermedad que amenace su vida, para la cual no haya tratamiento efectivo y obtenga la aprobación del médico para su participación en el estudio, porque éste ofrece al paciente un beneficio potencial. En estos casos, Triple-S Salud cubre los gastos médicos rutinarios del paciente según los términos y condiciones establecidos en este endoso. Gastos médicos rutinarios son aquellos gastos médicamente necesarios que se requieren para el estudio (ensayos clínicos) y que normalmente están disponibles para las personas aseguradas bajo este plan estén o no participando en un ensayo clínico, así como los servicios para diagnosticar y tratar las complicaciones resultantes del estudio, de acuerdo con la cubierta establecida en este endoso.
5. Servicios prestados por farmacias no participantes en Puerto Rico.
6. Servicios prestados por farmacias fuera de Puerto Rico y Estados Unidos.
7. Repeticiones ordenadas por un dentista o podiatra.
8. Gastos por agentes antineoplásicos inyectables; están cubiertos bajo la Cubierta Básica de servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y ambulatorios.
9. Triple-S Salud se reserva el derecho a seleccionar aquellos medicamentos nuevos que estén disponibles en el mercado para incluirlos en su Lista de Medicamentos Supreme 2021. Cualquier gasto por medicamentos nuevos no está cubierto hasta tanto el medicamento sea evaluado por el Comité de Farmacia y Terapéutica de Triple-S Salud siguiendo las reglas establecidas en el Capítulo 4 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. Este Capítulo requiere que el Comité de Farmacia y Terapéutica realice la evaluación de nuevos medicamentos de receta aprobados por la FDA en un término no mayor de 90 días, contados a partir de la fecha de aprobación emitida por la FDA. En ese término, Triple-S Salud emite su determinación en torno a si incluye o no en la Lista de Medicamentos Supreme 2021 el



medicamento nuevo. Incluso, cualquier medicamento nuevo de las clasificaciones terapéuticas (categoría) excluidas se considerará también una exclusión.

10. Se excluyen la solución azul tripán (colorante azoico que se utiliza en tinciones histológicas permitiendo diferenciar entre células vivas de células muertas), lacosamida intravenosa Vimpat® (medicamento para tratar convulsiones), degarelix acetate iny, sodium tetradecyl, polidocanol, morrhuate sodium, (solución para diálisis peritoneal), viaspan (solución fría de almacenamiento para la conservación de órganos antes de un trasplante), tetradecil sulfato de sodio (mejorar el aspecto de las venas varicosas), polidocanol (tratamiento de venas varicosas), murrato de sodio (tratamiento de hemangiomas), talco intrapleural (prevenir la efusión pleural maligna (acumulación de líquido en la cavidad torácica de las personas con cáncer u otras enfermedades graves en quienes ya tienen esta afección), solución para diálisis peritoneal (corrección del desequilibrio de electrolitos, la sobrecarga de líquidos y eliminación de metabolitos, en los pacientes con insuficiencia renal severa) y los productos homeopáticos en todas sus presentaciones (productos naturales utilizados para tratar diferentes condiciones de forma individualizada). Se excluyen los medicamentos Exondys 51, Vyondys 53 (tratamiento de Distrofia muscular de Duchenne), Xuriden (tratamiento de aciduria orotic hereditaria y antídoto de fluorouracil y capecitabine), Signifor (tratamiento de acromegalia y enfermedad de Cushing), Ruconest (tratamiento de angioedema hereditario), Cuprimine (tratamiento de artritis reumatoidea, enfermedad de Wilson y cystinuria), Spinraza, Zolgensma (tratamiento de atrofia muscular espinal), Austedo (tratamiento de enfermedad de Chorea-Huntington's), Lucentis intravitreal (tratamiento de enfermedades del ojo) Orkambi (tratamiento de fibrosis quística) Keveyis (tratamiento de glaucoma y parálisis periódica), Uptravi (tratamiento de hipertensión pulmonar), impávido (tratamiento parásito de leishmaniasis), Darzalex (tratamiento de mieloma múltiple), Emflaza (tratamiento de distrofia muscular) Dupixent (tratamiento para dermatitis atópica), HP-Acthar (tratamiento para espasmo infantil, esclerosis múltiple, gota, sarcoidosis y esclerosis lateral amiotrófica), lmylgic (tratamiento para melanoma), Teppezza (tratamiento para enfermedad ocular tiroidea), Givlaari (tratamiento para porfiria hepática aguda).
11. Medicamentos utilizados para trasplante de órganos y tejidos (cyclosporine modified, tacrolimus, sirolimus, cyclosporine, mycophenolate sodium, everolimus, azathioprin, belatacept y basiliximab).
12. Sangre y sus componentes (hetastarch 6%/nacl IV, rehomacrodex IV, albúmina humana y fracciones de proteínas Plasmáticas).
13. Un medicamento cuando la FDA ha determinado que su uso es contraindicado para el tratamiento de la indicación para la cual se prescribe.
14. Tratamiento para los síntomas de ataques repentinos de porfiria relacionados con el ciclo menstrual (*Hemin, Panhematin*).
15. Medicamentos cubiertos por la parte médica que deben ser administrados por un profesional de la salud.
16. Terapia de genes: Cualquier tratamiento, medicamento o dispositivo que altere los genes del cuerpo, la corrección genética o expresión de los genes.
17. Productos especializados Preferidos y No Preferidos, y especializados nuevos que sean aprobados por la FDA. Excepto las quimioterapias orales.



PARTE 14 RESUMEN DE SU CUBIERTA DE VISIÓN

Cubierta de Visión	Provisiones
Examen de la Vista (Refracción)	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas después del copago de \$10.00. Hasta uno (1) por año, cubierto a través de Ivision International.
Plan de Espejuelos o Lentes de contactos	Una montura de la Colección <i>Preferred</i> y un par de lentes a través de Ivision International, o un par de lentes de contacto en vez de espejuelos, por año póliza, hasta un valor de \$150.00
In-Network Plan - Proveedores contratados por Ivision International	Servicio: Visión sencilla - \$18.00 de copago Bifocales - \$20.00 de copago Lentes de contacto - \$36.00 de copago Monturas* - \$18.00 de copago

Como suscriptor ELA de Triple-S Salud, Inc., usted y sus dependientes son elegibles para recibir los beneficios de cuidado de la vista que le ofrece el Plan de Visión.

COMO RECIBIR LOS BENEFICIOS:

- Seleccione un proveedor del directorio que Ivision International le ofrece. Estos proveedores están convenientemente localizados a través de Puerto Rico.
- Llame al proveedor de su elección y haga una cita.
- Mencione que usted pertenece a Ivision International y dé su número de identificación.
- Lleve su tarjeta de identificación del plan al asistir a la cita.

BENEFICIOS

BENEFICIOS cada 12 meses

MONTURA* Montura de la Colección *Preferred*

LENTES* Visión Sencilla o Bifocal (FT-28)

LENTES DE CONTACTO** Desechables

*Una montura de la Colección *Preferred* y un par de lentes a través de Ivision International, con un valor de hasta \$150.00. Todo servicio o material óptico no cubierto por el plan está disponible en la Red de Proveedores de Ivision International a un 20% de descuento.

**La marca de los lentes de contacto será determinada solamente por Ivision International. Lentes de contacto tienen que ser seleccionados al momento del examen.

La cita con el proveedor es exclusiva para usted. Si necesita cancelar o cambiar la fecha de su cita, favor de llamar al proveedor para hacer el cambio. El proveedor tramitará la autorización que usted necesita para ser atendido(a). Esta autorización es válida para este proveedor solamente y es válida por treinta (30) días a partir del día que usted hace la cita.



Para más información, llame a Ivision International de Puerto Rico, Inc. al 1 (888) 655-6444 o el Fax: 1 (888) 411-4222.

PARTE 15 CUBIERTA DENTAL

Todos los servicios tendrán un beneficio máximo de \$1,000 por año contrato. El beneficio máximo no aplica a los servicios diagnósticos, preventivos, restaurativos, extracciones y endodoncia que reciban los asegurados menores de 19 años, según requerido por las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA).

Dental	Provisiones
DIAGNOSTICO Y PREVENTIVO	
D0150 Examen oral inicial	Cubierto al 100%
D0120 Examen oral periódico	Cubierto al 100%. Uno cada 6 meses.
D0140 Examen oral Emergencia	Cubierto al 100%
D0180 Evaluación periodontal comprensiva	Cubierto al 100%
D1110 Profilaxis - adulto	Cubierto al 100%. Uno cada seis (6) meses, 12 años en adelante.
D1120 Profilaxis - niños	Cubierto al 100%. Uno cada (6) meses. Hasta los 12 años.
D1208 Aplicación de Fluoruro	Cubierto al 100%. Menores de 19 años, uno cada seis (6) meses.
D1351 Sellantes de Fisura por diente	Cubierto al 100%. Hasta los 14 años, por diente, por vida, en premolares y molares permanentes.
RADIOGRAFÍAS	
D0210 Serie completa de Radiografías Intraorales	Cubierto al 100%. Uno cada tres (3) años.
D0220 Radiografía Periapical Intraoral	Cubierto al 100%. Uno (1) por año contrato.
D0230 Radiografía Periapical adicional	Cubierto al 100%. Hasta cinco (5) por año contrato
D0270 Radiografía de Mordida	Cubierto al 100%
D0272 Radiografía de Mordida- -two films	Cubierto al 100%. Un (1) set por año contrato.
D0330 Radiografía Panorámica	Cubierto al 100%. Uno cada tres (3) años
D0460 Prueba de vitalidad	Cubierto al 100%
Códigos D0210 y D0330 uno es excluyente del otro	Cubierto al 100%
MANTENEDORES DE ESPACIOS	
D1510 Mantenedores de espacio fijos – bilateral	20% de coaseguro. Uno (1) por área, por vida, sólo para molares deciduos que se pierdan prematuramente
D1516 y D1517 Mantenedores de espacio fijos – unilateral	20% de coaseguro. Uno (1) por área, por vida, sólo para molares deciduos que se pierdan prematuramente
RESTAURATIVO	
Amalgamas	
D2140 Amalgama 1 superficie	20% de coaseguro
D2150 Amalgama 2 superficies	20% de coaseguro
D2160 Amalgama 3 superficies	20% de coaseguro
D2161 Amalgama 4 o más superficies	20% de coaseguro
RESINAS	
D2330 Resina (1) una superficie	20% de coaseguro
D2331 Resina (2) dos superficies	20% de coaseguro
D2332 Resina (3) tres superficies	20% de coaseguro
D2335 Resina (4) cuatro superficies	20% de coaseguro



Dental	Provisiones
D2391 Resina posterior permanente, una (1) superficie	20% de coaseguro
D2392 Resina posterior permanente, dos (2) superficies	20% de coaseguro
D2393 Resina posterior permanente, tres (3) superficies	20% de coaseguro
RESTAURACIONES	
D2740 corona-porcelana /cerámica substrate	20% de coaseguro
D2940 Restauración sedativa	20% de coaseguro
ENDODONCIA	
D3220 Pulpotomía (Root Canal de niño)	20% de coaseguro
D3310 Endodoncia anterior permanente, (Root Canal de adulto)	20% de coaseguro
D3320 Endodoncia en premolar, (Root Canal de adulto)	20% de coaseguro
D3330 Endodoncia en molares permanentes	20% de coaseguro
PROSTODONCIA	
D2752 Corona individual porcelana fundida en metal o cualquier otra	20% de coaseguro
PERIODONCIA	
D4341; D4342 Curetaje gingival por cuadrante con reporte	20% de coaseguro
D4910 Mantenimiento Periodontal	20% de coaseguro
CIRUGIA ORAL	
D7140 Extracciones sencillas/raíz expuesta	20% de coaseguro
D7210 Extracción quirúrgica de dientes impactados la cual requiere colgajo y remoción de hueso	20% de coaseguro
D7220 Remoción quirúrgica de dientes impactados en tejido blando	20% de coaseguro
D7230 Remoción quirúrgica de dientes parcialmente impactados en tejido blando	20% de coaseguro
D7240 Remoción quirúrgica de dientes completamente impactados en hueso	20% de coaseguro
D7250 Remoción de raíces quirúrgicamente mediante remoción de hueso y colgajo	20% de coaseguro
D7510 Tejido Intraoral	20% de coaseguro
D7960 Cirugía de frenillo	20% de coaseguro
SERVICIOS GENERALES	
D9910 Aplicación de desensitizante	20% de coaseguro
D9930 Complicación postcirugía	20% de coaseguro
Cualquier otro servicio que no esté expresamente excluido en la cubierta y que no esté catalogado como procedimiento nuevo o experimental y para el cual Triple-S Salud determinó su inclusión luego de ser evaluado como parte de su política médica	Aplica copago o coaseguro según el servicio prestado
Máximo Anual	No aplica a niños menores de 19 años

Para algunos de los siguientes servicios, el dentista someterá un informe médico del servicio(s) al plan médico para la precertificación de los mismos. Estos servicios tendrán un 20% de coaseguro.



Dental	Provisiones
D5110 Dentadura completa maxilar	20% de coaseguro, requiere precertificación
D5120 Dentadura completa mandibular	20% de coaseguro requiere precertificación
D5213 Dentadura parcial maxilar	20% de coaseguro requiere precertificación
D5214 Dentadura parcial mandibular	20% de coaseguro requiere precertificación
D5510 Reparación de dentadura completa	20% de coaseguro
D5421 Ajuste Parcial Maxilar	20% de coaseguro
D5422 Ajuste Parcial Mandibular	20% de coaseguro
D5630 Reparar o reemplazar gancho	20% de coaseguro
D5640 Reponer diente parcial	20% de coaseguro
Ortodoncia	No se cubre
Cualquier otro servicio que no esté expresamente excluido en la cubierta y que no esté catalogado como procedimiento nuevo o experimental y para el cual Triple-S Salud determinó su inclusión luego de ser evaluado como parte de su política médica	Aplica copago o coaseguro según el servicio prestado

[Handwritten signature and scribbles in blue ink]



PARTE 16 SEGURO DE VIDA
(Este seguro se ofrece en el contrato bajo el pago de una tarifa adicional)

Triple-S Salud le ofrece un seguro de vida básico de \$5,000 con beneficio de Muerte Accidental y Desmembramiento hasta \$5,000 (bajo el pago de una tarifa adicional) a los empleados activamente trabajando y empleados retirados cubiertos en el plan de salud con Triple-S Salud, Inc.

El asegurado tiene derecho a designar los beneficiarios que desee, así como cambiarlos cuando estime conveniente. Los beneficios serán pagaderos en una cantidad total o en pagos diferidos, según elija los beneficiarios.

La cubierta para los asegurados se reduce de la siguiente manera: a partir del cumpleaños 65 y cada cinco (5) años subsiguientes, se reducirá en un 35%. Aplican los siguientes beneficios según descrito en la tabla de cubierta a continuación:

Elegibilidad	Monto Seguro de Vida	Prima Mensual
Empleado Regular	\$5,000	\$2.20/\$4.40 (mancomunado*)
Empleado Regular mayor de 65 años, le aplica reducción en beneficios	\$5,000	\$2.20/\$4.40 (mancomunado*)
Retirado hasta edad 64	\$5,000	\$51.50
Retirado hasta edad 65-69	\$4,000	\$41.20
Retirado hasta edad 70-74	\$3,000	\$30.90
Retirado hasta edad 75+	\$2,000	\$20.60

*Mancomunado: Empleados Gubernamentales legalmente casados y ambos se acogen al seguro de vida.

El seguro se provee a través de una póliza grupal de término renovable anualmente, sin participación (no acumula valores) y será efectivo el mismo día que se hace efectivo el seguro de salud, siguiendo los mismos criterios o reglas de suscripción.



PARTE 17 PROGRAMAS DE VALOR AÑADIDO

Programa de Cuidado Preventivo⁵

El tiempo que toman las citas médicas, la sobreutilización de los servicios y las largas ausencias por condiciones no atendidas a tiempo son algunas de las situaciones conocidas. Buscando cuidar de la salud de sus empleados y la de su empresa, Triple-S Salud creó este Programa. El mismo consiste en ofrecer los servicios preventivos en los Centros participantes, en una misma visita sin la necesidad de largas esperas. El asegurado deberá coordinar la cita con el Centro Participante para recibir los servicios provistos en su póliza. Además, incluye una evaluación inicial y posterior a las pruebas realizadas.

Servicios incluidos:

Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Historial Médico ✓ Examen Físico ✓ Cernimiento de Depresión ✓ Consejería: Alcoholismo, Tabaco, Conductas de Riesgo, Sexualidad, Cáncer, Violencia Doméstica, Prevención de Caídas, Dieta y Nutrición 	\$0.00 copago	
Pruebas de Cernimiento Preventivas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ CBC ✓ Colesterol ✓ PAP (cáncer de cérvix) ✓ PSA (cáncer de próstata) ✓ Clamidia 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gonorrea ✓ Sífilis ✓ HIV ✓ Hemoglobina glicosilada ✓ Examen de visión 	\$0.00 copago⁶
Referidos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mamografía de Cernimiento ✓ Vacunas ✓ Densitometría Ósea 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Colonoscopia ✓ Sigmoidoscopia ✓ Otros 	Según la cubierta

CENTROS DE CUIDADO PREVENTIVO PARTICIPANTES

Bella Vista Family Medicine Center

Ave. Hostos, Núm. 770, 3er piso, Mayagüez, PR 00680 (frente a Urb. Sultana)
 lunes a jueves de 7:00 a.m. a 5:00 p.m.
 viernes de 7:00 a.m. a 3:00 p.m.
 sábado de 7:30 a.m. a 3:00 p.m.
 787-834-6160 ext. 203 / 787-834-6172

Wellness Alliance

Metro Office Park Millenium Park Plaza, 2nd Street #15, Suite 540, Guaynabo, PR 00968
 lunes a viernes de 7:00 a.m. a 4:00 p.m.
 sábado de 7:00 a.m. a 12 p.m.
 787-708-6777 ext. 222, 200

CDT Villa Los Santos

Villa Los Santos V1 Calle 16, Arecibo, PR 00612-3112
 martes y jueves de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.
 787-879-1585 ext. 233



⁵ Para asegurados mayores de 21 años de edad.

⁶ Servicios o pruebas que no sean prestadas como pruebas preventivas según dispone la ley federal sino como seguimiento a un diagnóstico o tratamiento de una condición, le aplica los copagos o coaseguros correspondientes a su cubierta. Favor refiérase a la sección de Resumen de Beneficios para detalles de los copagos y coaseguros. Algunos Centros Preventivos podrían referirle a un proveedor participante preferido de éste en caso de no tener alguna prueba disponible en su facilidad para completar las pruebas de cernimiento requeridas.

SALUS

Carr. 190 Km. 1.8, Bo Sabana Abajo,
Carolina, PR 00983
lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00
p.m.
787-789-1996

Preventive Care Services

Torre Médica Hospital San Lucas,
Ofic. 19 #909 Ave. Tito Castro,
Ponce, PR 00716
lunes, miércoles y viernes de
8:00 a.m. a 5:00 p.m.
martes y jueves de 8:00 a.m. a 6:00
p.m.
787-651-1435 / 651-6479 / 651-
3607

Tiger Med

Calle Muñoz Rivera #3, Caguas,
PR 00983 (Caguas pueblo)
Lunes a viernes de 7:00 a.m. a
8:00 p.m.
sábados de 7:00 a.m. a 1:00
p.m.
787-286-2800 ext. 637, 636

Centro de Medicina y Cirugía Ambulatoria de San Sebastián

Calle José Méndez Cardona #3, Ofic.
206, San Sebastián
Horario para coordinación de citas:
lunes a viernes de 8:00 a.m. a 12:00
p.m.
Horario de Servicio:
7 días a la semana de 8:00 a.m. a
9:00 p.m.
787-926-0000 / 375-2740

SALUS

Ave. Casa Linda #1, Carr. 177 Ave.
Los Filtros
Km 2.0, Entrada American Military
Academy, Bayamón, PR 00959
lunes a jueves de 7:00 a.m. a 8:00
p.m.
viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
sábado de 7:30 a.m. a 3:00 p.m.
787-789-1996

Triple-S Natural

Triple-S Natural es un programa que le permite recibir servicios médicos utilizando un modelo de medicina integrada, en el cual se incorporan técnicas y tratamientos complementarios validados por los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos y organismos reconocidos a nivel internacional. El asegurado es responsable de pagar el copago establecido que se presenta en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros.

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

- **Medicina Primaria Convencional:** Cuidado Médico convencional ofrecido por especialistas en Medicina de Familia, Medicina China y Acupuntura.
- **Salud Integral y Complementaria:** Es la utilización de la medicina convencional, en conjunto con terapias, tratamientos, modalidades y enfoques terapéuticos, ambas basadas en el método científico, que propician el estado de salud óptimo de una persona, aún dentro de las limitaciones que una condición de salud puede presentar. Su objetivo es la prevención de la enfermedad y ante la ocurrencia de ésta, la intervención coordinada de este conjunto de terapias que puedan reestablecer la salud física, mental y espiritual de la persona humana.
- **Acupuntura Médica:** La acupuntura utiliza como base la capacidad del cuerpo para regenerarse y curarse a través de estímulos producidos por la inserción y manipulación de agujas u otro instrumental en determinados puntos de la piel. Dichos puntos han sido clínicamente definidos con propósitos terapéuticos.
- **Masaje Terapéutico:** El masaje tiene como fundamento la concepción del ser humano como un total y concibe la enfermedad como la ruptura del flujo constante de energía, nutriente y bienestar que garantizan el estado óptimo de salud de la persona. A través de una combinación de técnicas



especializadas, se utilizan las manos, codos y algunos instrumentales auxiliares que faciliten la activación del flujo sanguíneo y de energía necesaria para la reconstrucción del paciente.

- **Medicina Naturopática:** Significa el sistema de cuidado practicado por un Doctor en Naturopatía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de condiciones de salud humana mediante el uso de medicina natural, terapias y educación al paciente con el fin de mantener y estimular el sistema intrínseco de auto sanación de cada individuo”.
- **Medicina Bioenergética (Pranic Healing):** El tratamiento de diferentes condiciones de salud balanceando la energía vital que circunda o que posee nuestro cuerpo internamente. Este método terapéutico utiliza como principio que el cuerpo posee una energía que le da vida y la cual muchos científicos denominan como energía electromagnética o bioenergía. El terapeuta le provee energía al paciente con el propósito principal de mejorar el estado general del enfermo.
- **Hipnoterapia:** Técnica de tratamiento médico que utiliza un estado especial del sueño y un sueño activo en donde se pueden inhibir de forma parcial, algunos de los focos activos del cerebro, a diferencia del sueño regular en donde se inhibe el cerebro de forma generalizada para tratar algunas condiciones emocionales y físicas.
- **Medicina Tradicional China:** Grupo de técnicas y métodos de curación que siguen los principios de curación de la medicina tradicional china. Este sistema de sanación posee diversas modalidades como la estimulación de los puntos acupunturales a través de diferentes técnicas tales como agujas, el láser, la electricidad, el calor (moxibustión), los masajes (acupresión), los magnetos, técnicas de sangrado, las inyecciones, la auriculoterapia, cráneo acupuntura, hierbas chinas, nutrición y alimentación oriental, masaje oriental y los ejercicios (Qi gong, Tai-chi).
- **Reflexología:** Es una técnica especializada que tiene como propósito ofrecer tratamiento para diversas condiciones de salud a través de la activación de puntos de acupresión en pies y manos. Dicha técnica tiene como base la utilización de mapas corporales con los puntos acupunturales de la Medicina Tradicional China.
- **Nutrición Clínica:** Es la ampliación de suplementos alimenticios como vitaminas y minerales de manera oral o inyectables para tratar diferentes enfermedades.
- **Medicina Botánica:** Es la utilización de plantas o sus derivados, con propiedades medicinales, para el tratamiento de las enfermedades. Esta posee diversas formas de aplicación, ya sea en forma de tecas, infusiones, cápsulas, inyecciones, tinturas, supositorios, compresas, baños o cremas. Se le conoce también como herbología o fitoterapia.
- **Aromaterapia:** Utiliza las propiedades terapéuticas, psicológicas y fisiológicas de los aceites esenciales puros a través de diferentes métodos de uso como: inhalaciones, difusores, compresas, masaje aroma terapéuticos y cataplasmas de barro (en zonas específicas) para alcanzar el balance entre el cuerpo, la mente, el espíritu y lograr la salud.
- **Musicoterapia:** Utiliza la música con un fin terapéutico. Especialidad orientada a la apertura de los canales de comunicación por medio del sonido, el ritmo, el gesto, el movimiento y el silencio, a nivel psicológico, físico y cognoscitivo. La musicoterapia tiene una amplia aplicación a condiciones mentales, adicciones, estados depresivos, hiper o hipoactividad, entre otros.



- **Quiropraxia:** Se basa en el concepto de que la energía vital del ser humano transita por la columna vertebral y que cualquier alteración en este flujo energético provoca la patología que degenera en enfermedad. El quiropráctico a través de técnicas de ajuste de la columna vertebral restituye este flujo normal de energía, hasta la desaparición total o parcial de la sintomatología del paciente.

El programa está disponible sólo a través de las facilidades participantes del Programa.

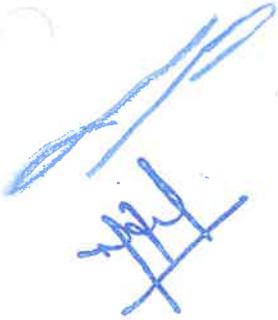
Armonía Natural – Dorado
Dorado del Mar Shopping Center
Local 20, Dorado, PR 00646
(787) 796-3380

Armonía Natural – Manatí
Urb. Flamboyán
B-18 Calle Marginal
Manatí, PR 00674
(787) 884-7024

Centro Medicina Familiar y Medicina Integral
Calle Arizmendi 210
Río Piedras, PR 00925
(787) 754-7133

Centro Universitario Medicina Alternativa
Hospital Ramón Ruiz Arnau
Ave. Laurel Santa Juanita
Bayamón, PR 00960
(787) 269-0988

ACUPATI PSC
32 Calle Del Río
Mayagüez, PR 00680
Teléfono/Fax (787) 831-7173



TELECONSULTA,

Le ofrece como beneficio que si la recomendación del profesional de la enfermería es “visitar una Sala de Emergencia” se le dará un número; el cual le puede reducir el copago/coaseguro de la Sala de Emergencia (disponible solo en Puerto Rico y depende de lo que estipule su plan para más detalles verifique la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros de su plan). Esto no aplica a casos de accidentes. En caso de que un proveedor no participante no pueda procesar en su sistema el número para la reducción del copago/coaseguro, el asegurado lo pagará y solicitará a Triple-S Salud reembolso por la cantidad que se le hubiese reducido.

La llamada a Teleconsulta es **libre de cargos** a través del número **1-800-255-4375**. Busque el número de teléfono en la parte de atrás de su tarjeta de Seguro de Salud de Triple-S Salud. Recuerde, cuando llame a **Teleconsulta**, tener a la mano su tarjeta de Seguro de Salud.

Bienestar Total (Programa de Cuidado Integral)

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

Programa de Diabetes

Se ofrecen orientaciones educativas a asegurados mayores de 18 años con diagnóstico de diabetes. En los talleres y llamadas telefónicas se discuten temas como qué es la diabetes, aspectos emocionales, ejercicio, nutrición, medicamentos y prevención de complicaciones, entre otros.

Programa de Asma

Con la ayuda de personal de manejo clínico, educadores y terapeutas, las personas aseguradas entre las edades de 5 a 56 años, que padecen de asma, reciben información sobre su condición y factores que pueden provocar ataques de asma, síntomas, señales de alerta y medicamentos para establecer estrategias para controlarla.

Programa de Hipertensión

Asegurados mayores de 18 años que sufren de hipertensión (presión arterial alta o descontrolada) se benefician de las actividades educativas que ofrece este programa. Aprenden qué es hipertensión, sus señales o síntomas, modificación de estilos de vida y cómo controlar la presión arterial.

Programa de Fallo Cardíaco

Asegurados mayores de 19 años que padecen de fallo cardíaco (enfermedad del corazón que provoca que el bombeo de sangre al cuerpo no sea normal) reciben material educativo y orientación de parte de profesionales de enfermería sobre cómo cuidarse y así lograr sentirse mejor. Las personas aseguradas



cuya condición no es severa son citados por los educadores en salud para actividades educativas. Todo esto les ayuda a controlar su condición, evitar complicaciones y mejorar su calidad de vida.

Programa Prenatal

El programa Prenatal educa a las aseguradas sobre la importancia del cuidado prenatal temprano y sobre los factores de riesgos a los que deben estar pendientes. Las personas aseguradas durante su estado de embarazo reciben folletos educativos sobre el cuidado del embarazo y del bebé. Además, reciben orientación por teléfono de un especialista de manejo clínico en el área de prenatal y orientaciones en talleres educativos ofrecidos por los educadores en salud.

Programa de Cuidado Integral

La educación en salud es un componente esencial en la prevención de las enfermedades y para lograr una buena calidad de vida. Las orientaciones y actividades educativas que ofrecen nuestros educadores y otros profesionales de la salud proveen información y ayuda para que nuestros asegurados adopten estilos de vida beneficiosos para su salud.

Programa de COPD

Asegurados mayores de 40 años con la condición de COPD (sigla en inglés de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) reciben orientación sobre su condición, el uso de medicamentos para controlarla, señales y síntomas de complicaciones y la importancia del seguimiento médico. Nuestros profesionales de la salud ayudan a los participantes a conocer bien su condición y adoptar estilos de vida saludables para evitar las complicaciones y disfrutar de una mejor calidad de vida.

Programa Educativo para dejar de Fumar, "VIVIENDO SIN HUMO"

El programa consiste en ofrecer servicios de orientación y educación general sobre los efectos de fumar en la salud, los beneficios de modificar o eliminar esta adicción. El mismo está dirigido a personas que padecen condiciones crónicas y aquellos que desean dejar esta adicción. El Programa es ofrecido libre de costo a las personas aseguradas.

Para más información de los programas puede comunicarse al 787-749-4949 ext.832-2533.

Programa de Manejo Clínico

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

Si una determinación de revisión concurrente ha sido certificada previamente, se considerará una determinación adversa el reducir o terminar el tratamiento antes de finalizar el plazo autorizado salvo a que se deba a una enmienda en los beneficios del plan o a la terminación del mismo. La aseguradora



notificará al asegurado con antelación a la reducción o terminación. El asegurado tendrá la oportunidad de presentar una querrela antes de que se reduzca o termine el beneficio. El servicio se continuará hasta que el asegurado sea notificado de la determinación relacionada a su querrela.

Las determinaciones retrospectivas se realizan en un plazo no mayor de treinta (30) días a partir del día en que se recibe la solicitud. Si por razones ajenas a la voluntad de la aseguradora una determinación no se puede hacer en ese período de tiempo, se podrá extender el mismo por quince (15) días adicionales. De ser necesaria una extensión, la aseguradora notificará al asegurado antes que termine el plazo inicial de treinta (30) días con una justificación y le indicará la fecha en que se espera se haga la determinación. Si una determinación no se puede realizar debido a falta de información clínica, el asegurado será notificado, verbalmente o por escrito, de la información específica necesaria y se proveerá un periodo de cuarenta y cinco (45) días desde la fecha de notificación para proporcionarla.

Las determinaciones prospectivas se realizan dentro de un plazo no mayor de quince (15) días a partir de la fecha en que se recibe la solicitud. Si por razones ajenas a la voluntad de la aseguradora una determinación no se puede hacer en ese período de tiempo, se podrá extender el mismo por quince (15) días adicionales. De ser necesaria una extensión, la aseguradora notificará al asegurado antes que termine el plazo inicial de quince (15) días con una justificación y le indicará la fecha en que se espera se haga la determinación.

Programa de Manejo Individual de Casos

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

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

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

Los referidos al programa se inician a través de su médico, por el trabajador social del hospital, por el especialista de revisión concurrente, por iniciativa propia y otras fuentes. La elegibilidad para participar en el programa dependerá de que existan opciones efectivas para el tratamiento de la condición de salud. Estos servicios pueden incluir: servicios de salud en el hogar, equipo médico duradero o admisión en un centro de atención especializada y otros servicios.

Algunos de los servicios alternos son:

- Centro de Quimioterapia Ambulatorio
- Facilidades Ambulatorias para tratar SIDA



- Programas de Hospitalización Siquiátrica Parcial
- Facilidades de enfermería diestra (SNF o “Skilled Nursing Facilities”)

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

Estos programas se dan sin costo adicional para el asegurado y no cambian los servicios cubiertos por la póliza.

Para más información llame al Para más información llame al 787-706-2552 o al 1-800-981-4860 /
Fax 787-744-4820



Programa de Centros Preventivos

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

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

Programa de Manejo de Medicamentos Especializados

El Programa de Manejo de Medicamentos Especializados es un programa coordinado exclusivamente a través de las farmacias especializadas *Best Option*, *CVS Caremark Specialty Pharmacy* y *Walgreens Specialty*. El propósito de este programa es ayudar a los beneficiarios que tengan condiciones crónicas y de alto riesgo que requieren la administración de medicamentos especializados un manejo clínico de la condición totalmente integrado.

Algunas de las condiciones médicas o medicamentos que requieren manejo a través del Programa de Manejo de Medicamentos Especializados son las siguientes⁷

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

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

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

⁷ Algunos medicamentos para tratar estas condiciones podrían estar excluidos de su cubierta de farmacia.



- Material educativo sobre su condición

Registro en el Programa, llame a

<p>Best Option 355 Avenida De Diego, San Juan, PR 00909 Teléfono: (787) 723-6868 ó (787) 721-6475 Fax: (787) 723-6987</p>	<p>CVS Caremark Specialty Pharmacy Avenida Jesús T. Pinero, #278- 280 Suite B San Juan, PR 00918 Teléfono: (787) 759-4162 ó 1 (888) 280-1190 (libre de cargos) Fax: (787) 759-4161 ó 1 (888) 280-1191 (libre de cargos)</p>	<p>Walgreens Specialty 15191 65 Infantería Shopping Court Suite 101 San Juan, PR 00926 Teléfono: (787) 777-1120 Fax: (787) 77771124 ó (787) 777-1545</p>
---	---	--

Programas para el Sumido Extendido de Medicamentos de Mantenimiento

Triple-S Salud ofrece programas para el despacho de 90 días en algunos medicamentos de mantenimiento. Los medicamentos de mantenimiento aplican para las siguientes condiciones: Hipertensión, Diabetes (insulina y tabletas orales), Tiroides, Colesterol, Epilepsia (Anticonvulsivos), Estrógeno, Alzheimer (no aplican los parchos), Parkinson, Osteoporosis, Próstata, entre otras. No aplica a los productos especializados.

Los asegurados de Triple-S Salud tienen la flexibilidad de seleccionar la opción de preferencia para el recibo de algunos medicamentos de mantenimiento a través de: las farmacias participantes o en la comodidad de su hogar registrándose en el Programa de Envío de Medicamentos por Correo (*Mail Order*). Al obtener un abastecimiento de 90 días, el asegurado se ahorra un copago o coaseguro.

Programa de despacho de medicamentos a 90 días: Este programa de sumido extendido les permite a los asegurados obtener un suministro de 90 días para algunos medicamentos de mantenimiento a través de sus farmacias participantes. El Programa cuenta con una red de farmacias alrededor de la Isla las cuales incluyen farmacias de cadenas y farmacias independientes de la comunidad.

Programa de envío de medicamentos por correo (Mail Order): Bajo este programa el asegurado recibe 90 días de sus medicamentos de mantenimiento en su hogar u otro lugar de preferencia y puede ordenar las repeticiones de sus medicamentos por correo o por teléfono. El envío de los medicamentos es libre de costo y el asegurado obtiene ahorros en sus copagos. Para recibir información y registrarse en el programa de medicamentos por correo llame al 1-866-560-5881.

Abastecimiento de 90 días

- Nivel 1 – Medicamentos Genéricos Preferidos
- Nivel 2 – Medicamentos Genéricos No Preferidos
- Nivel 3- Medicamentos de Marca Preferidos
- Nivel 4 – Medicamentos de Marca No Preferidos
- Nivel 5 – Productos Especializados Preferidos (no aplica)
- Nivel 6 – Productos Especializados No Preferidos (no aplica)
- Quimioterapia oral



Programa de medicamentos *Over-the-Counter* (no aplica)

Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico

Medicamentos sin leyenda – (OTC - over the counter)

Triple-S Salud, a través de su cubierta de farmacia, cubre algunos medicamentos over the counter (OTC), con \$0.00 copago⁸. La lista incluye medicamentos para condiciones del estómago, alergias y gotas oftálmicas que han demostrado ser seguros y efectivos, además de que representan un costo menor. Triple-S Salud periódicamente actualizará la lista de acuerdo con los cambios en el mercado de medicamentos sin leyenda.

CATEGORÍA TERAPÉUTICA	PRODUCTO	
INHIBIDOR DE LA BOMBA DE PROTÓN	PRIOSECC OTC [®] (TAB), OMEPRAZOLE OTC(TAB), PREVACID 24H [®] (CAP 15MG), LANSOPRAZOLE OTC, ZEGERID [®] OTC, NEXIUM 24HR	
AGENTES ANTIALÉRGICOS OFTÁLMICOS DE ACCIÓN DUAL	ZADITOR OTC [®] , ALAWAY [®] , ZYRTEC ITCHY DROPS [®] , CLARITIN EYE DROPS [®]	
ANTIISTAMÍNICOS NAALES (ESTEROIDES INTRANAALES)	NASACORT [®] , ALLERGY 24HR, FLONASE [®] , ALLERGY RELIEF	
ANTIISTAMÍNICOS NO SEDANTES	ALLER CLEAR [®]	CLARITIN [®]
	ALLERGY RELF [®]	CLARITIN-D 12H [®]
	ALLERGY RELF D-24 [®]	CLARITIN-D 24H [®]
	LORATADINE	CLARITIN SYR [®]
	LORATADINE SYR	CLARITIN RDT [®]
	LORATADINE-D 12H	ALAVERT [®]
	LORATADINE-D 24H	ALAVERT-D [®]
	TAVIST ND [®]	ALAVERT ALGY SINUS [®]
	WAL-ITIN	ALAVERT SYR [®]
	WAL-ITIN D 12H	ZYRTEC CHILD CHEWABLE [®]
	WAL-ITIN D 24H	ZYRTEC HIVES [®]
	CETIRIZINE CHEWABLE	ZYRTEC ALLERGY [®]
	CETIRIZINE	ZYRTEC D ALLERGY [®]
	CETIRIZINE-D	ZYRTEC CHILD SYR [®]
	CETIRIZINE SYR	ZYRTEC HIVES SYR [®]
FEXOFENADINE	CHILDREN ALLEGRA [®]	
FEXOFENADINE D-12H	ALLEGRA D-12 [®]	
ALLEGRA [®]	ALLEGRA D-24 [®]	

Programa de Terapia Escalonada

En algunos casos, requerimos que el asegurado trate primero un medicamento de primer paso como terapia para su condición antes de que cubramos otro medicamento de segundo paso para esa condición. Este programa requiere la utilización de medicamentos sin leyenda federal (OTC, por sus siglas en inglés) o medicamentos genéricos como primer paso antes de utilizar otros medicamentos de segundo paso para ciertas condiciones médicas; esto se conoce como medicamentos de primer paso en el programa de terapia escalonada. Así puede lograr accesibilidad a medicamentos con efectividad y seguridad probada,

⁸ Para obtener \$0.00 copago, se requiere que el asegurado presente en la farmacia la receta del médico para el medicamento OTC equivalente.



copagos más bajos o hasta cero copagos en medicamentos de primer paso y mejor cumplimiento con la terapia de medicamentos.

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

Este programa aplica a los asegurados que utilizan el medicamento por primera vez, o si ha transcurrido un periodo mayor de seis (6) meses de haber utilizado alguno de los medicamentos. El programa tiene el propósito de establecer cuándo se cubren medicamentos de segundo paso, y no de intervenir con las recomendaciones de tratamiento del médico que atiende a los asegurados. Los medicamentos de segundo paso son aquellos que se utilizan una vez el asegurado haya utilizado los medicamentos de primer paso los cuales no le proveyeron el beneficio terapéutico requerido. El asegurado tiene libertad de discutir con su médico todas las alternativas de tratamiento disponibles para su condición de salud, y de tomar decisiones informadas con relación a su tratamiento.

Para los medicamentos en el primer paso, la receta es procesada y aprobada. En el caso de los medicamentos de segundo paso, si el asegurado ha utilizado medicamentos de primer paso en los últimos seis (6) meses, éstos son procesados y aprobados. Si no ha utilizado medicamentos de primer paso, la farmacia le informará al asegurado que debe utilizar medicamentos de primer paso. El médico, luego de evaluar el caso del asegurado, debe escribir una receta con el medicamento de primer paso o solicitar una preautorización a Triple-S Salud para un medicamento de segundo paso, incluyendo una justificación médica para su aprobación.

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

BlueCard® Program

Los programas BlueCard® y BlueCross BlueShield Global ® Core permiten a nuestros asegurados recibir servicios hospitalarios y ambulatorios tanto en los Estados Unidos como en otros destinos internacionales.

¿Cómo funciona este programa para Servicios en los Estados Unidos?

- El asegurado será responsable por el deducible, copago o coaseguro que aplique.
- Todo servicio se cubrirá a base de la póliza del asegurado y considerando ésta se hará el pago de las reclamaciones. Se puede referir a la Sección Resumen de Beneficios para información detallada sobre los beneficios cubiertos.
- En su *Smartphone*, a través de la aplicación **Blue Finder**, puede localizar proveedores participantes de forma fácil y rápida. Descargue la aplicación en su tienda Apple o Android.

Para más información, puede comunicarse con el Centro de Servicio al 1-800-810-2583 o www.bcbs.com.



Telexpreso

Es su contacto directo con Triple-S Salud. Esta línea automatizada le permite resolver asuntos referentes al plan médico a cualquier hora. Con sólo llamar al (787) 774-6070 puede hacer las gestiones de su plan médico rápidamente. A través del sistema Telexpreso puede:

- Verificar su elegibilidad y la elegibilidad de sus dependientes
- Solicitar duplicados de tarjeta
- Verificar el estatus de un reembolso
- Verificar el estatus de una preautorización
- Recibir orientación sobre algunos procesos tales como someter un reembolso, solicitar duplicados de tarjeta, certificaciones, entre otros.

Para información adicional, llame al Centro de Llamadas disponible de lunes a viernes de 7:30 AM a 8:00 PM, sábados de 9:00 AM a 6:00 PM y domingos de 11:00 AM a 5:00 PM. Solo tienes que llamar al (787) 774-6070 o 1-800-981-3241 (libre de cargos).

Aplicación Móvil, Triple-S Salud

En su *Smartphone*, a través de la aplicación de **Triple-S Salud**, puede localizar proveedores participantes de forma fácil y rápida. Descargue la aplicación en su tienda Apple o Android. Las funciones de nuestra aplicación son las siguientes:

- *Tu tarjeta siempre contigo* – El asegurado(a) principal puede ver su tarjeta y la de sus dependientes, así como enviar al médico por email la tarjeta o certificación de cubierta
- *Directorio Médico* - Encuentra el proveedor de servicios de salud más cercano
- *Tu plan* – Los clientes de planes individuales pueden ver los precios de nuestros planes, revisar la cubierta y la de los dependientes, así como el historial de los servicios recibidos
- *Pagos* – Puede ver su estado de cuenta y realizar el pago de la factura del plan
- *Contáctanos* – Teléfonos y direcciones más importantes, así como para realizar consultas de servicio en cualquier momento

Si no se ha registrado aún:

- **Descargue la aplicación**
- **Si no se ha registrado en el portal de internet, acceda el enlace de Regístrate.**

Nuestro Portal de Internet, www.ssspr.com

Nuestros asegurados cuentan con la opción de registrarse a nuestro portal. En este podrán realizar transacciones, tales como:

- Obtener información sobre sus beneficios
- Información educativa de salud
- Obtener una Certificación de Cubierta
- Solicitar duplicados de la tarjeta de identificación
- Cambios de dirección
- Revisar estatus de reembolsos
- Obtener una carta de certificación de estudiante
- Revisar su historial de servicios



PARTE 18 HERRAMIENTAS

CONTACTOS

Departamento de Servicio al Cliente

Nuestro Departamento de Servicio al Cliente está disponible siempre que tenga una pregunta o preocupación acerca de beneficios o servicios que Triple-S Salud ofrece a los asegurados suscritos en esta póliza. Además, le puede responder sus preguntas, ayudarle a entender sus beneficios y le proporcionará información acerca de nuestras políticas y procedimientos.

Teléfono de Servicio al Cliente	787-774-6070 o 1-800-981-3241 (libre de cargos) Usuarios TTY llamen al TTY 787-792-1370 o 1-866-215-1999 (libre de cargos)
Horario de Operaciones del Centro de Llamadas:	<ul style="list-style-type: none"> • Lunes a viernes: 7:30 a.m. - 8:00 p.m. (AST) • Sábado: 9:00 a.m. - 6:00 p.m. (AST) • Domingo: 11:00 a.m. - 5:00 p.m. (AST)
Fax- Servicio al Cliente	787-706-2833
Teleconsulta	1-800-255-4375 (24/7)
BlueCard	1-800-810-2583 www.bcbs.com
Dirección Postal Servicio al Cliente	Triple-S Salud, Inc. Departamento de Servicio al Cliente PO Box 363628 San Juan, PR 00936-3628
Dirección de correo electrónico:	servicioalcliente@ssspr.com
Precertificaciones	Triple-S Salud, Inc. Departamento de Precertificaciones PO Box 363628 San Juan, PR 00936-3628
Programa de Manejo de Casos	787-706-2552 Fax: 787-744-4820
Programas de Manejo de Condiciones Crónicas (asma, diabetes, fallo cardiaco, prenatal, hipertensión, COPD (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), Viviendo sin Humo	1-866-788-6770



Centros de Servicio	
Plaza Las Américas (Segundo nivel entrada del Estacionamiento Norte) Lunes a viernes: 8:00 a.m.-7:00 p.m. (AST) Sábado: 9:00 a.m. – 6:00 p.m. (AST) Domingo: 11:00 a.m. – 5:00 p.m. (AST)	Plaza Carolina (Segundo nivel al lado del Correo) Lunes a viernes: 9:00 a.m. – 7:00 p.m. (AST) Sábado: 9:00 a.m. – 6:00 p.m. (AST) Domingo: 11:00 a.m. – 5:00 p.m. (AST)
Caguas Edificio Angora Ave. Luis Muñoz Marín Esq. Troche Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m. (AST)	Arecibo Edificio Caribbean Cinemas, Suite 101 Carretera #2 Km.81.0 Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m. (AST)
Ponce 2760 Ave. Maruca Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m. (AST)	Mayagüez Carretera 114 Km. 1.1 Barrio Guanajibo Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m. (AST)
Persons who may need assistance due to: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Spanish is not the primary language</i> • <i>Special Needs</i> 	<p>This information is available for free in English. Also, if you need oral interpretation services into any language other than Spanish or English please contact our Call Center at 787-774-6070.</p> <p>Call Customer Service if you need free help in another language and format. If you also need help reading or understanding a document, we can help.</p> <p>Written materials may be available in other formats.</p> <p>For telephone services for hearing-impaired (TTY), call 787-792-1370 or 1-866-215-1999 (toll free) in the following business hours:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monday through Friday 7:30 a.m. - 8:00 p.m. (AST) • Saturday 9:00 a.m. - 6:00 p.m. (AST) • Sunday 11:00 a.m. - 5:00 p.m. (AST)
Personas con Necesidades Especiales 	<p>Llame a Servicio al Cliente si necesita ayuda en otro idioma o formato. Si desea hablar en otro idioma, o necesita ayuda para leer o entender un documento, le podemos ayudar.</p> <p>Los materiales impresos pueden estar disponibles en otros formatos.</p> <p>Usuarios TTY pueden llamar a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al TTY 787-792-1370 o 1-866-215-1999 (libre de cargos) durante el siguiente horario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lunes a viernes: 7:30 a.m. - 8:00 p.m. (AST) • Sábado: 9:00 a.m. - 6:00 p.m. (AST) • Domingo: 11:00 a.m. - 5:00 p.m. (AST)
Portal de internet	<p>www.ssspr.com</p> <p>Nuestros asegurados cuentan con la opción de registrarse a nuestro portal. En este podrán realizar transacciones, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtener información sobre sus beneficios • Información educativa de salud

	<ul style="list-style-type: none"> • Obtener una Certificación de Cubierta • Solicitar duplicados de la tarjeta de identificación • Cambios de dirección • Revisar estatus de reembolsos • Revisar estatus de precertificaciones • Obtener una carta de certificación de estudiante • Revisar su historial de servicios
Aplicación Móvil, Triple-S Salud	<p>Descarga nuestra aplicación móvil y obtén acceso a información importante sobre tu cubierta del plan médico. Con la aplicación de Triple-S Salud podrás:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ver y enviar a través de email la tarjeta del plan a doctores de manera que puedas recibir servicios en caso de que no tengas la tarjeta física contigo. • Ver tu cubierta y beneficios del plan médico. • Pagar tu plan de salud. • Ver los servicios de salud que has obtenido. De esta manera podrás mantener un registro de los servicios médicos que tú y tu familia han recibido. • Hallar el proveedor de servicios de salud más cercano a ti para tus necesidades. • Tener a la mano información de contacto de Triple-S Salud como teléfonos, oficinas y correo electrónico. <p>Accede la dirección web del tipo de celular que posees para descargar la aplicación:</p> <p>Apple: https://apple.co/2Uv3taP Android: https://bit.ly/2XTMeSX</p> <ul style="list-style-type: none"> • IMPORTANTE: Todos los asegurados de Triple-S Salud pueden descargar nuestra aplicación, el asegurado principal del plan médico tendrá acceso a las tarjetas del plan e información de la cubierta.

Encuestas de Satisfacción

La opinión de nuestros asegurados cuenta.

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

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



PARTE 19 APELACIONES DE DETERMINACIONES ADVERSAS DE BENEFICIOS

DERECHO A SOLICITAR UNA APELACION LUEGO DE UNA DETERMINACION ADVERSA

¿Qué es una Determinación Adversa?

4. Una determinación hecha por el asegurador o una organización de revisión de utilización, en la que se deniega, reduce o termina un beneficio, o no se paga el beneficio, parcial o totalmente, ya que al aplicar las técnicas de revisión de utilización, a base de la información provista, el beneficio solicitado, según el plan médico, no cumple con los requisitos de necesidad médica e idoneidad, lugar en que se presta el servicio o el nivel o eficacia del cuidado o se determina que es de naturaleza experimental o investigativa;
5. La denegación, reducción, terminación o ausencia de pago de un beneficio, sea parcial o en su totalidad, por parte del asegurador o una organización de revisión de utilización, basado en la determinación sobre la elegibilidad del asegurado o suscriptor de participar en el plan médico
6. 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.

El asegurado o suscriptor puede solicitar una revisión de la determinación según se explica a continuación.

DERECHO A APELAR UNA DETERMINACIÓN ADVERSA

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

PROCEDIMIENTO DE APELACIONES

1. Revisión de Primer Nivel de las Querellas Relacionadas con una Determinación Adversa

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

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

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



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

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

- fueron utilizadas en la determinación inicial
- se presentaron, consideraron o generaron con relación a la determinación adversa, aunque la determinación del beneficio no dependiera de dichos documentos, registros u otra información;
- demuestran que, al hacer la determinación, Triple-S Salud siguió de manera uniforme, los mismos procedimientos y garantías administrativas que se siguen con otras personas aseguradas en circunstancias similares; o
- constituyen declaraciones de política o directrices del plan relacionadas con el servicio de cuidado de la salud o tratamiento denegado y el diagnóstico del asegurado o suscriptor, independientemente de si se tomaron o no en consideración al momento de hacer la determinación adversa inicial.

En la presentación de su apelación, usted puede solicitar la asistencia del Comisionado de Seguros, el Procurador de la Salud o de un abogado de su preferencia (a su costo).

Para solicitar asistencia, puede comunicarse o escribir a:

Oficina del Comisionado de Seguros

División de Investigaciones
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

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

Triple-S Salud informará al asegurado o suscriptor, si fuera aplicable, a su representante personal, de los derechos que le asisten, a más tardar tres (3) días laborables del recibo de la querella.

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

Triple-S Salud notifica su decisión por escrito al asegurado o suscriptor o si fuera aplicable a su representante personal en un plazo razonable, conforme a los términos establecidos y de acuerdo con 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 con la condición médica del asegurado o suscriptor, pero nunca más tarde de quince (15) días calendario del recibo de la apelación.
- una apelación en la que se solicita una revisión de primer nivel de una determinación adversa relacionada con una revisión retrospectiva en un plazo razonable, pero nunca más tarde de treinta (30) días calendario del recibo de la apelación.

Dicha determinación incluye:

- Los títulos y credenciales de las personas que participaron en el proceso de revisión de primer nivel (los revisores);
- La declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la querrela;
- La determinación de los revisores con la justificación médica o base contractual para que el asegurado o suscriptor o su representante personal pueda responder a los planteamientos;
- La evidencia o documentación usada como base de la determinación.

En caso de que la determinación, luego de realizar una revisión de primer nivel, resulte adversa, debe incluir también:

- Las razones específicas de la determinación adversa;
- Referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;
- Una declaración sobre los derechos que tiene el asegurado o suscriptor para acceder u obtener de forma gratuita copias de los documentos, registros y otra información pertinente utilizada en la evaluación de la apelación.
- Si para formular la determinación adversa Triple-S Salud se fundamentó en una regla, guía o protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá una copia de dicha regla, guía o protocolo en específico u otro criterio similar en que se fundamentó la determinación adversa, de manera gratuita a solicitud del asegurado o suscriptor, si fuera aplicable, de su representante personal;
- Si la determinación adversa se basa en la necesidad médica o la naturaleza experimental o investigativa del tratamiento o en una exclusión o limitación similar, una explicación escrita del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación o una declaración de que se



proporciona una explicación al asegurado o suscriptor o si fuera aplicable a su representante personal, de manera gratuita a su solicitud.

- De aplicar, debe incluir las instrucciones para solicitar copia de la regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar en que se basó la determinación, una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación.
- Debe incluir una declaración en la que indique una descripción del proceso para obtener una revisión voluntaria adicional, así como los plazos para la revisión, en caso de que el asegurado o suscriptor interese solicitarla. De igual forma, debe incluir una descripción de cómo obtener una revisión externa independiente, si el asegurado o suscriptor decidiera que no va a solicitar una revisión voluntaria y el derecho del asegurado o suscriptor a establecer una demanda ante un tribunal competente.
- De aplicar también, debe incluir una declaración que indique que Triple-S Salud y usted pueden tener otras opciones de resolución voluntaria de las controversias disponibles, tales como la mediación o el arbitraje y su derecho de comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros o la Oficina del Procurador de la Salud para orientación, opciones disponibles y solicitar ayuda, así como la información de los números a llamar en estos casos.

2. Revisiones Ordinarias de Querellas No Relacionadas con una Determinación Adversa

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

Triple-S Salud le informa los derechos que le asisten dentro de tres (3) días laborables del recibo de la querella, y designa a una o más personas que no hayan manejado anteriormente el asunto objeto de la querella. Además, Triple-S Salud le proveerá al asegurado o suscriptor o a su representante personal, si fuera aplicable, el nombre, dirección y número de teléfono de las personas designadas para realizar la revisión ordinaria de la querella.

Triple-S Salud le notifica por escrito su determinación a más tardar los treinta (30) días calendario del recibo de la querella. Una vez notificado de la decisión de Triple-S Salud, la determinación incluirá los nombres y títulos de los oficiales o peritos que intervinieron en la evaluación de su querella, así como a una declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la querella.

Debe también incluir:

- la determinación de los revisores en términos claros y la base contractual o justificación médica para que pueda responder a los planteamientos de la misma;
- Referencia a la evidencia o documentación usada como base de la determinación;
- En caso de aplicar:
 - Una declaración escrita que incluya la descripción del proceso para obtener una revisión voluntaria adicional en caso de que el asegurado o suscriptor interese solicitarla
 - El procedimiento a seguir y los plazos requeridos para la revisión
 - Una descripción de los procedimientos para obtener una revisión externa independiente, si el asegurado o suscriptor decidiera que no solicitará una revisión voluntaria.



- El derecho del asegurado o suscriptor a incoar una demanda ante un tribunal competente.
- Triple-S Salud y usted podrían tener otras opciones de resolución voluntaria de las controversias, tales como la mediación o el arbitraje. Para determinar las opciones disponibles, comuníquese con el Comisionado de Seguros
- una notificación del derecho que asiste al asegurado o suscriptor a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador de la Salud para solicitar orientación y ayuda, con el número telefónico y la dirección de la Oficina del Comisionado y de la Oficina del Procurador de la Salud. Usted tiene derecho a comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros o con la Oficina del Procurador de la Salud para solicitarle ayuda. La información para comunicarse con estas Oficinas aparece a continuación.

DERECHO A SER ASISTIDO

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

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

DERECHO A NOMBRAR UN REPRESENTANTE

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

- Nombre del asegurado o suscriptor y número de contrato
- Nombre de la persona designada como representante autorizado, dirección, teléfono y relación con el asegurado o suscriptor
- 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 del asegurado o suscriptor o su representante autorizado notificar a Triple-S Salud por escrito si revoca la designación antes de su fecha de expiración.

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

3. Nivel Voluntario de Revisiones de Querellas



Si usted no queda satisfecho con la respuesta de Triple-S Salud, puede solicitar por escrito una revisión voluntaria a más tardar de quince (15) días laborables del recibo de la notificación de la revisión adversa. En el nivel voluntario usted puede proveer información adicional a su caso que no haya sido provista en el nivel anterior de revisión interna.

Al recibo de la solicitud para una revisión voluntaria adicional, Triple-S Salud acusa recibo de la misma y notifica al asegurado o suscriptor o representante personal sobre su derecho a:

- Solicitar dentro del plazo especificado, la oportunidad de comparecer en persona ante el panel de revisión designado por Triple-S Salud
- Recibir de Triple-S Salud copias de todos los documentos, registros y otra información, que no sea confidencial ni privilegiada, relacionada con la solicitud de revisión voluntaria adicional
- Presentar su caso ante el panel de revisión
- Presentar comentarios escritos, documentos, registros y otros materiales relacionados con la solicitud de revisión voluntaria adicional para la consideración del panel tanto antes como durante la reunión de revisión
- Si fuera aplicable, formular preguntas a los representantes del panel de revisión
- Tener la asistencia o representación de cualquier persona, incluyendo abogado.

Triple-S Salud no condiciona el derecho que tiene el asegurado o suscriptor a una revisión justa y a que ésta comparezca a la reunión de revisión.

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

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

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

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



Al realizar la revisión, el panel de revisión conduce su evaluación y toma en consideración todo comentario, documento, registro y otra información relacionada con la solicitud de revisión voluntaria adicional que presente usted o su representante autorizado, independientemente de si la información se presentó o consideró al tomar la determinación en las revisiones anteriores (primer nivel).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- La fecha en que el asegurado o suscriptor o su representante personal notifique a Triple-S Salud que no solicitará la comparecencia en persona ante el panel de revisión; o
- La fecha en que vence el plazo para que el asegurado o suscriptor o su representante personal solicite comparecer ante el panel de revisión.

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

- Los títulos y credenciales de los miembros del panel de revisión
- Una declaración de la interpretación que hizo el panel de revisión de su solicitud y todos los hechos pertinentes.
- La justificación de la determinación del panel de revisión



- Referencia de la evidencia o documentación que el panel de revisión consideró al tomar la determinación usada como base de la determinación

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

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

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

4. Revisiones Aceleradas de Querellas Relacionadas con una Determinación Adversa

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

Los procedimientos permitirán que el asegurado o suscriptor, o su representante personal, solicite a Triple-S Salud una revisión acelerada verbalmente o por escrito.

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

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

Si su caso se evalúa de forma acelerada, Triple-S Salud notificará la decisión a usted, o si fuera aplicable, a su representante autorizado, por teléfono, fax o de la manera más expedita disponible, con la premura que requiera su condición médica pero no más tarde de 48 horas, a partir de la fecha en que se radique la solicitud de revisión acelerada en Triple-S Salud, independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para tomar la determinación. Se entiende por apelaciones de casos urgentes aquellas solicitudes de apelación que correspondan a servicios o tratamientos médicos respecto a los cuales el aplicar los periodos regulares de tiempo para contestar una apelación: (a) ponen en grave peligro la vida o salud del asegurado o suscriptor o su recuperación plena; o (b), en la opinión de un médico con pleno conocimiento de la condición médica del asegurado o suscriptor, puede someter al asegurado o suscriptor a dolores severos que no pueden manejarse adecuadamente sin el cuidado o tratamiento médico que es sujeto de la apelación.

Dicha determinación incluye:

- Los títulos y credenciales de los revisores que participaron en la evaluación;
- La explicación clara de la determinación que hicieron los revisores de la revisión acelerada;



- La determinación de los revisores con la justificación médica o base contractual para que el asegurado o suscriptor o su representante personal pueda responder a los planteamientos;
- La evidencia o documentación usada como base de la determinación.

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

- Las razones específicas de la determinación adversa;
- Referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;
- Una declaración sobre los derechos que tiene el asegurado o suscriptor 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 al asegurado o suscriptor 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 el asegurado o suscriptor interese solicitarla.
- De igual forma, debe incluir una descripción de cómo obtener una revisión externa independiente, si el asegurado o suscriptor decidiera que no va a solicitar una revisión voluntaria.
- Una declaración en la que se indica el derecho del asegurado o suscriptor a establecer una demanda ante un tribunal competente.
- De aplicar también, debe incluir una declaración que indique que Triple-S Salud y usted pueden tener otras opciones de resolución voluntaria de las controversias disponibles, tales como la mediación o el arbitraje.
- Una notificación de derecho de comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros o la Oficina del Procurador de la Salud para orientación, opciones disponibles y solicitar ayuda, así como la información de los números a llamar en estos casos.
- Usted tiene derecho a comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros o con la Oficina del Procurador de la Salud para solicitarle ayuda.
- Triple-S Salud podrá proveer la notificación verbalmente, por escrito o electrónicamente.
- Si se provee la notificación de la determinación adversa verbalmente, Triple-S Salud proveerá una notificación por escrito o por medio electrónico a más tardar a los tres (3) días de la notificación verbal.



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

Para solicitar asistencia, puede comunicarse o escribir a:

Oficina del Comisionado de Seguros

División de Investigaciones
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: gacomercial@ssspr.com

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

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

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

- En el caso de las determinaciones de revisiones prospectivas, Triple-S Salud hará su determinación y la notificará al asegurado o suscriptor, independientemente de si se certifica el beneficio o no, dentro del plazo adecuado según la condición de salud del asegurado o suscriptor, pero en ningún caso en un plazo mayor de quince (15) días, contados a partir de la fecha en que se recibe la solicitud.
- En caso de que se emita una determinación adversa, Triple-S Salud, notificarán dicha determinación como se dispone en este artículo.

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

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



- Notifique al asegurado o suscriptor, antes del vencimiento del plazo inicial de quince (15) días, las circunstancias que justifican la prórroga y la fecha en que espera hacer la determinación.

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

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

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

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

- La notificación sobre deficiencia en la radicación de la solicitud se proveerá a la brevedad posible, pero en ningún caso en un plazo mayor de cinco (5) días, contados a partir de la fecha de la presentación deficiente.
- Triple-S Salud podrá hacer la notificación sobre deficiencia, verbalmente o por escrito, si así lo solicita el asegurado o suscriptor.

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

- Se considerará como una determinación adversa toda reducción o terminación del tratamiento que haga Triple-S Salud antes de finalizar el plazo o la cantidad de tratamientos previamente certificados, salvo que la reducción o terminación se deba a una enmienda en los beneficios del plan médico o a la terminación del plan médico; y
- Triple-S Salud notificará la determinación adversa a la persona cubierta o asegurado, con antelación a la reducción o terminación, de modo que el asegurado o suscriptor pueda presentar una querella interna y obtener una determinación con respecto a dicha querella, antes de que se reduzca o termine el beneficio.

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

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



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

- Determine que la prórroga es necesaria debido a circunstancias fuera del control de Triple-S Salud; y
- Notifique al asegurado o suscriptor, antes del vencimiento del plazo inicial de treinta (30) días calendario, las circunstancias que justifican la prórroga y la fecha en que espera hacer la determinación.

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

- Describirá exactamente cuál es la información adicional que se requiere para completar la solicitud; y
- Dispondrá un plazo de por lo menos cuarenta y cinco (45) días, contados a partir de la fecha del recibo de la notificación de prórroga, para que el asegurado o suscriptor provea la información adicional especificada.

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

- Si se extiende el plazo debido a que el asegurado o suscriptor no presentó toda la información necesaria para hacer la determinación, el plazo aplicable se interrumpirá a partir de la fecha en que Triple-S Salud envíe la notificación de prórroga al asegurado o suscriptor, hasta la que ocurra primero de entre las siguientes fechas:
 - La fecha en que el asegurado o suscriptor responda a la solicitud de información adicional especificada; o
 - La fecha para la cual se debiera haber presentado la información adicional especificada.
- Si el asegurado o suscriptor no presenta la información adicional especificada antes de vencer la prórroga, Triple-S Salud podrá denegar la certificación del beneficio solicitado.

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

- Información suficiente que permita identificar el beneficio solicitado o la reclamación hecha, incluyendo los datos que sean aplicables entre los siguientes: la fecha del servicio; el proveedor; la cuantía de la reclamación; el código de diagnóstico y su significado; y el código de tratamiento y su significado;
- Las razones específicas de la determinación adversa, incluyendo el código de denegación y su significado, así como una descripción de los estándares, si alguno, utilizados en la denegación del beneficio o reclamación;



- Una referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;
- Una descripción de todo material o información adicional que se necesite para que el asegurado o suscriptor pueda completar la solicitud, incluida una explicación de por qué dicho material o información es necesario;
- Una descripción de los procedimientos internos de querrelas de Triple-S Salud, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos;
- Si para formular la determinación adversa Triple-S Salud se fundamentó en una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá, libre de costo, al asegurado o suscriptor una copia de dicha regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar;
- Si la determinación adversa se basó en el juicio sobre la necesidad médica del servicio o tratamiento, en la naturaleza experimental o investigativa del mismo o en una exclusión o límite similar, la notificación incluirá una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, y al aplicar los términos del plan médico a las circunstancias del asegurado o suscriptor; y
- Una explicación del derecho del asegurado o suscriptor a comunicarse, según corresponda, con la oficina del Comisionado o con la Oficina del Procurador del Paciente para pedir ayuda en cualquier momento y sobre el derecho a incoar una demanda ante un tribunal competente cuando termine el proceso interno de querrelas de Triple-S Salud. Deberá incluirse la información de contacto de la Oficina del Comisionado y del Procurador de la Salud.

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

- Información suficiente que permita identificar el beneficio solicitado o la reclamación hecha, incluyendo los datos que sean aplicables entre los siguientes: la fecha del servicio; el proveedor; la cuantía de la reclamación; el Código de diagnóstico y su significado y el Código de tratamiento y su significado.
- Las razones específicas de la determinación adversa, el código de denegación y su significado, así como una descripción de los estándares, si alguno, utilizados en la denegación del beneficio o reclamación.
- Una referencia a las disposiciones específicas de la póliza en las que se basa la determinación.
- Una descripción de todo material o información adicional que se necesite para que el asegurado o suscriptor pueda completar la solicitud, incluyendo una explicación de por qué dicho material o información es necesaria.



- Una descripción de los procedimientos internos de querrelas de Triple-S Salud, establecidos a tenor con el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos.
- Una descripción de los procedimientos internos de revisión acelerada de querrelas de Triple-S Salud establecidos a tenor con el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos.
- Si para formular la determinación adversa Triple-S Salud se fundamentó en una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá libre de costo, al asegurado o suscriptor, una copia de dicha regla, guía o protocolo interno u otro criterio similar.
- Si la determinación adversa se basa en el juicio sobre la necesidad médica del servicio o tratamiento, en la naturaleza experimental o investigativa del mismo o en una exclusión o límite similar, la modificación incluirá una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, y al aplicar los términos de la póliza a las circunstancias del asegurado o suscriptor.
- Una explicación del derecho al asegurado a comunicarse, según corresponda, con la oficina del Comisionado o con la oficina del Procurador de la Salud para pedir ayuda en cualquier momento y sobre el derecho a incoar una demanda ante un tribunal competente cuando termine el proceso interno de querrela de Triple-S Salud, incluyendo la información de contacto de la Oficina del Comisionado y del Procurador de la Salud.

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

7. Servicios de Emergencia

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

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

- Triple-S Salud no requerirá obtener autorización previa para los servicios de emergencia, aun cuando dichos servicios de emergencia hayan sido provistos por un proveedor que no forme parte de la red de proveedores de Triple-S Salud (proveedores no participantes);
- Si los servicios de emergencia fueron provistos por un proveedor no participante, no se impondrán requisitos administrativos ni limitaciones de cubierta que resulten más restrictivos que los requisitos o limitaciones aplicables a los proveedores participantes cuando prestan los mismos servicios de emergencia;

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



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

El asegurado o suscriptor no podrá ser requerida a pagar, cantidad alguna en exceso de los copagos, coaseguros y deducibles aplicables conforme el apartado anterior.

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

- La tarifa negociada con los proveedores participantes para tales servicios de emergencia, excluyendo los copagos o coaseguros que debe pagar el asegurado o suscriptor;
- La tarifa atribuible al servicio de emergencia provisto, calculada según el método que Triple-S Salud utilice para determinar los pagos a los proveedores no participantes, utilizando los copagos, coaseguros y deducibles aplicables a los proveedores participantes por los mismos servicios.
- La tarifa que se pagaría bajo Medicare por el servicio de emergencia provisto, excluyendo cualquier requisito de copago o coaseguro aplicable a los proveedores participantes.

Notificación del Derecho a la Revisión Externa

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

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

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

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

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



querrela interna, el asegurado o suscriptor podrá presentar una solicitud de revisión externa puesto que se considerará que ha agotado el proceso interno de querellas.

En el caso de una notificación de determinación adversa final, un aviso en que se informa al asegurado o suscriptor lo siguiente, según aplique:

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

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

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

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

- **Por facsimil:** 787-273-6082
- **Por correo regular:**

Oficina del Comisionado de Seguros
División de Investigaciones
361 Calle Calaf PO BOX 195415, PR 00919

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

Solicitud de Revisión Externa

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

El asegurado o suscriptor podrá solicitar una revisión externa de una determinación adversa o de una determinación adversa final.



Requisito de Agotar el Proceso Interno de Querellas

Ninguna solicitud de revisión externa procederá hasta que el asegurado o suscriptor haya agotado el proceso interno de querellas de Triples-S Salud.

Se considerará que se ha agotado el proceso interno de querellas de Triple-S Salud si el asegurado o suscriptor:

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

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

Simultáneo a la presentación de una solicitud de revisión interna acelerada de una querella el asegurado o suscriptor podrá solicitar una revisión externa acelerada conforme alguna de las siguientes opciones:

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

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

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

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

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

Revisión Externa Ordinaria

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



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

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

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

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

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

Si la solicitud:

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

La organización de revisión independiente revisará toda la información y los documentos recibidos de parte de Triple-S Salud y toda otra información presentada por escrito por la persona o asegurada.

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

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

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



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

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

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

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

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

- Al asegurado o suscriptor;
- A Triple-S Salud;
- Al Comisionado.

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

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



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

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

Revisión Externa Acelerada

El asegurado o suscriptor podrá radicar ante el Comisionado una solicitud de revisión externa acelerada al recibir alguna de las siguientes:

Una determinación adversa, siempre y cuando:

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

Una determinación adversa final, siempre y cuando:

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

Revisión Externa de Determinaciones Adversas Basadas en Tratamiento Experimental o Investigativo

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

- La persona es o había sido un asegurado o suscriptor por el plan médico cuando se recomendó o solicitó el servicio de cuidado de la salud o tratamiento denegado o, en el caso de una revisión retrospectiva, había sido un asegurado o suscriptor por un plan médico cuando se prestó el servicio de cuidado de la salud;
- El servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado, objeto de la determinación adversa o determinación adversa final:
 - Es un beneficio cubierto bajo el plan médico del asegurado o suscriptor, pero Triple-S Salud ha determinado que el servicio o tratamiento es de naturaleza experimental o investigativa; y
 - No está explícitamente mencionado como un beneficio excluido conforme al plan médico del asegurado o suscriptor;

El médico del asegurado o suscriptor ha certificado por escrito que una de las siguientes situaciones es aplicable:

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

El médico que atiende al asegurado o suscriptor:



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

El asegurado o suscriptor ha agotado el proceso interno de querellas de Triple-S Salud, salvo cuando no se requiera haber agotado dicho remedio; y

El asegurado o suscriptor ha provisto toda la información y los formularios que se requieren para procesar la revisión externa, incluido el formulario de autorización.

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

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

Si la solicitud:

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

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

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

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

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

- Asignar una organización de revisión independiente para llevar a cabo la revisión externa y notificar a Triple-S Salud cuál fue la organización de revisión independiente designada; y



- Notificar por escrito al asegurado o suscriptor que la solicitud es elegible y fue aceptada para revisión externa.

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

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

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

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

Ni el asegurado o suscriptor ni Triple-S Salud, escogerán ni controlarán la manera en que se seleccionarán a los médicos u otros profesionales de la salud que actuarán como revisores clínicos.

Cada revisor clínico proveerá a la organización de revisión independiente una opinión escrita respecto a si se debe cubrir el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado.

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

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

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

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

Si la organización de revisión independiente decidiera revocar la determinación adversa o la determinación adversa final por la razón, la organización de revisión independiente lo notificará de inmediato al asegurado o suscriptor, a Triple-S Salud y al Comisionado.



Cada revisor clínico revisará toda la información y los documentos recibidos de parte de Triple-S Salud y toda otra información presentada por escrito por al asegurado o suscriptor.

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

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

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

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

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

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

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

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

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



- Si la opinión del revisor clínico se hubiese expresado originalmente de manera verbal, a más tardar los dos (2) días de haber provisto la opinión, el revisor clínico suministrará una confirmación escrita a la organización de revisión independiente e incluirá en ésta la información que se requiere.

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

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

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

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

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

- El asegurado o suscriptor;
- Triple-S Salud; y
- Al Comisionado.

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

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

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



Si la mayoría de los revisores clínicos recomienda que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado no se debe cubrir, la organización de revisión independiente determinará que se confirme la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión.

Si hay un empate entre los revisores clínicos en cuanto a si se debe cubrir o no el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado, la organización de revisión independiente obtendrá la opinión de un revisor clínico adicional, de modo que pueda hacer una determinación en base a las opiniones de la mayoría.

De surgir la necesidad de seleccionar un revisor clínico adicional de conformidad con el apartado anterior, dicho revisor clínico adicional usará la misma información que tuvieron disponible los demás revisores clínicos al formular su opinión.

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

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

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

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

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

Obligatoriedad de la Determinación de la Revisión Externa

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



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

El asegurado o suscriptor podrá presentar subsiguientes solicitudes de revisión externa relacionadas con una determinación adversa o determinación adversa final para la cual ya hubo una determinación tras una revisión externa conforme a este Capítulo.

Pago del Costo de la Revisión Externa

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

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

El asegurado o suscriptor pagará un costo nominal no mayor de \$25.00 por cada revisión. Disponiéndose, que para un mismo asegurado o suscriptor el costo no puede exceder de setenta y cinco dólares (\$75.00) por año-póliza. La cantidad pagada por el asegurado o suscriptor le será reembolsada si éste obtiene opinión a su favor.

Procedimiento de Trámite para Reembolsos

1. Las solicitudes de reembolso:

- a. A través de nuestro portal de Internet www.ssspr.com. En la sección Herramientas para Ti que se encuentra en la parte inferior de la página principal están los Formularios para Asegurados donde se presenta la información para someter un reembolso en línea.
- b. Por correo electrónico (e-mail). Para los servicios médicos debe enviar a la siguiente dirección: reembolso@ssspr.com. Para los servicios dentales debe enviar los documentos a: reemdentel@ssspr.com.
- c. Por correo: Triple-S Salud, PO Box 363628, San Juan, PR 00936-3628
- d. Debe incluir lo siguiente:
 - Nombre y número de contrato del asegurado que recibió el servicio
 - Fecha del servicio
 - Código de Diagnóstico (ICD-10) y/o descripción del diagnóstico
 - Código de procedimiento (CPT vigente a la fecha de servicio) y/o descripción del servicio
 - *National Provider Identifier (NPI)*
 - Sello o impreso del nombre, dirección y especialidad del proveedor
 - Cantidad y descripción de servicios recibidos
 - Cantidad cobrada
 - Firma del proveedor o participante y licencia
 - Razón por la cual solicita reembolso
 - En caso de servicio de ambulancia, debe incluir información sobre la distancia recorrida, así como evidencia de la necesidad médica y el Reporte de Incidente del traslado
 - En caso de servicios que requieran precertificación, copia de ésta



Si solicita reembolso por medicamentos debe añadir:

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

Si solicita reembolso por servicios dentales debe añadir:

- El código de servicio, número de diente, número de superficies y cantidad pagada por cada servicio.
- Si el asegurado paga en un recibo más de una visita debe enviar las fechas de servicio exactas (MES, DÍA, AÑO) por las que pagó.

Si solicita reembolso por Coordinación de Beneficios debe añadir:

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

2. Debe dar aviso por escrito de la reclamación a Triple-S Salud dentro de los veinte (20) días después de haber ocurrido o después de dicho término, tan pronto como sea razonablemente posible por el asegurado que no exceda de un (1) año a partir de la fecha en que se prestó el servicio a menos que se presente evidencia de que fue imposible someter la reclamación en el periodo de tiempo establecido
3. Triple-S Salud tiene hasta 15 días para entregar acuse de recibo luego de notificar una reclamación. Las notificaciones realizadas a una persona designada por el asegurado se consideran notificaciones brindadas al mismo, siempre que la autorización esté vigente y no haya sido revocado. Si la persona no está autorizada y recibe una notificación a nombre del asegurado, debe informarlo dentro de los 7 días siguientes y debe indicar nombre y dirección de la persona que debe recibir la notificación.

Si la notificación de reclamación se realiza por medio electrónico, el asegurado 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 90 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.

PARTE 20 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, oportuna y suficiente, sencilla y adecuada a sus necesidades, en inglés o español, sobre su plan de salud tal como:

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

Derecho en cuanto a la selección de planes y proveedores

Todo individuo tiene derecho a:

- Seleccionar planes de cuidado de salud y proveedores de servicios de salud que sean adecuados y que mejor se ajusten a sus necesidades sin que sean discriminados por su condición socioeconómica, capacidad de pago, por condición médica preexistente o su historial médico, independientemente de su edad.
- Una red de proveedores autorizados y suficientes para garantizar que todos los servicios cubiertos por el plan 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 asegurado pueda recibir los servicios de salud especializados necesarios o apropiados para el mantenimiento de la salud, según los procedimientos de referido establecidos en el plan de cuidado de salud. Esto incluye el acceso a especialistas cualificados para pacientes con condiciones o necesidades especiales de cuidado médico o de la salud, de manera que se garantice a las personas aseguradas acceso directo y rápido a los proveedores o especialistas cualificados de su selección de entre la red de proveedores del plan. En caso de que se requiera autorización especial bajo el plan para tal acceso a proveedores o especialistas cualificados, el plan garantizará un número adecuado de visitas para cubrir las necesidades de salud de tales personas aseguradas.

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

En caso de cancelación del proveedor o que el plan de salud cese, el asegurado tiene que ser notificado de dicha cancelación con por lo menos 30 días de anticipación. En caso de cancelación, y sujeto al pago de la prima, el asegurado tendrá derecho a continuar recibiendo los beneficios por un período de transición de 90 días. En caso de que se encuentre hospitalizado al momento de la fecha de cancelación y la fecha de alta haya sido programada antes de la fecha de terminación, el período de transición se extenderá 90 días después de la fecha en que sea dado de alta. En caso de una mujer embarazada y la cancelación ocurre en el segundo trimestre, el período 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.

Los proveedores que continúen el tratamiento del asegurado o suscriptor durante dicho período deberán aceptar los pagos y tarifas fijados por el plan como pago total por sus servicios.

Derecho en cuanto al acceso a servicios y facilidades de emergencia

- Acceso libre e irrestricto a servicios y facilidades de emergencia cuando y donde surja la necesidad y sin precertificación ni periodos de espera.
- Información confiable y detallada sobre la disponibilidad, localización y uso apropiado de facilidades y servicios de emergencia en sus respectivas localidades, así como las disposiciones relativas al pago de primas y recobro de costos con relación a tales servicios.
- Si los servicios de emergencia son provistos por un proveedor no participante, el asegurado sólo pagará el copago o coaseguro aplicable.

Derecho a participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento

- Derecho a participar o que su padre, madre, tutor, custodio, encargado, cónyuge, pariente, representante legal, apoderado o cualquier persona designada por los tribunales para tal fin participe plenamente de las decisiones sobre su cuidado médico.
- Recibir toda la información necesaria y las opciones de tratamiento disponibles, los costos, riesgos y probabilidades de éxito de dichas opciones.
- Uso de directrices o guías adelantadas en relación con su tratamiento, o designar a una persona que actúe como su tutor en caso de ser necesario para la toma de decisiones. Su proveedor de servicios de salud debe respetar y acatar sus decisiones y preferencias de tratamiento.
- 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 debe proveerle la orden médica para pruebas de laboratorio, rayos X o medicamentos para que pueda escoger la instalación en que reciba los servicios.

Derecho en cuanto a respeto y trato igual

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

Derecho a confidencialidad de información y récords médicos

- Comunicarse libremente sin temor y en estricta confidencialidad 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. El asegurado puede acceder al informe de utilización trimestral en que se desglosan los servicios pagados en beneficio de él y sus beneficiarios, registrándose como asegurado en el portal de Triple-S Salud (www.ssspr.com).

Derechos en cuanto a quejas y agravios

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

Su responsabilidad como paciente es:

- Proveer la información necesaria sobre planes médicos y el pago de cualquier cuenta. Conocer las reglas de coordinación de beneficios.
- Informar al asegurador cualquier instancia o sospecha de fraude contra el seguro de salud. En caso de sospecha de fraude contra el seguro de salud, usted deberá comunicarse con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 787-774-6070 o a través de nuestro portal de Internet www.ssspr.com
- Proveer la información más completa y precisa sobre su condición de salud, incluyendo enfermedades anteriores, medicamentos, etc. Participar en toda decisión relacionada con su cuidado médico. Conocer los riesgos y límites de la medicina.
- Conocer la cobertura, opciones y beneficios y otros detalles del plan de salud.
- Cumplir con los procedimientos administrativos de su plan de salud.
- Adoptar un estilo de vida saludable.
- Informar al médico cambios inesperados en su condición.



- Informar que entiende claramente el curso de acción recomendado por el profesional de la salud.
- Proveer copia de su declaración previa de voluntad.
- Informar al médico si anticipa problemas con el tratamiento prescrito.
- Reconocer la obligación del proveedor de ser eficiente y equitativo al proveer cuidado a otros pacientes.
- Ser considerado, de modo que sus actuaciones particulares no afecten a los demás.
- Resolver cualquier diferencia a través de los procedimientos establecidos por la aseguradora



PARTE 21 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 PROTECCION DE SU INFORMACIÓN ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

NUESTRA RESPONSABILIDAD LEGAL

Triple-S Salud, Inc. es requerida por ley de mantener la confidencialidad, privacidad y seguridad de su información de salud. De igual forma es 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 su seguro o beneficios. Como parte de nuestras funciones de administración, recopilamos información personal de distintas fuentes, entre las cuales podemos mencionar:

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

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



Nosotros no usamos ni divulgamos información genética con el propósito de evaluar o suscribir riesgos.

LEYES Y REGULACIONES

HIPAA: La Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA por sus siglas en inglés) del 1996 implementa reglas relativas al uso, almacenamiento, transmisión y divulgación de la información protegida de la salud pertenecientes a los beneficiarios con el fin de estandarizar las comunicaciones y proteger la privacidad y seguridad de la información personal, financiera y de salud.

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

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

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACION DE SALUD

Triple-S Salud 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 Advantage, 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 con su edad o condición de salud.

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

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

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

La información divulgada conforme a la autorización provista por usted pudiera ser divulgada por el recipiente de la misma y no estar protegida por las leyes de privacidad aplicable. Usted tiene derecho a



revocar la autorización por escrito en cualquier momento, pero su revocación no afectará los usos o divulgaciones permitidos por su autorización mientras la misma estuvo vigente. Nosotros guardaremos registro de las autorizaciones o revocaciones otorgadas por usted.

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

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

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

USTED TIENE LOS SIGUIENTES DERECHOS RELACIONADO A SU INFORMACION 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 antifraude 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 registramos por la misma (excepto en caso de una emergencia). Su solicitud y nuestro acuerdo de implementar restricciones adicionales en el manejo de su información de salud debe ser por escrito.

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 o por correo electrónico (e-mail), usted tiene derecho a recibir una copia a papel del mismo.

PREGUNTAS Y QUEJAS

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

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

Oficina de contacto: Departamento de Cumplimiento
Atención: Oficial de Privacidad
Teléfono: 1-888-620-1919
Fax: (787) 993-3260
E-mail: hipaacompliance@sssadvantage.com
Dirección: P. O. Box 11320 San Juan, PR 00922

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



U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F HHH Bldg.
Washington, D.C. 20211 Email to OCRCComplaint@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.

PARTE 22 DEFINICIONES

Los siguientes términos tendrán el significado que se indica:

AÑO DE CONTRATO: Significa el periodo de doce (12) meses consecutivos comprendido entre las fechas que se señalan en las Declaraciones del contrato como fecha en que comienza y fecha en que termina el mismo.

APARATO ORTOPÉDICO: Significa instrumentación ortopédica, aditamentos fijos o temporeros incluyendo clavos y tornillos, entre otros.

ÁREA DE SERVICIO: Área dentro del cual se espera que el asegurado reciba la mayoría de los servicios médico-hospitalarios. En este contrato el área de servicio significa Puerto Rico, ya que los beneficios provistos en este contrato están disponibles sólo para aquellas personas que residen permanentemente en Puerto Rico

ASEGURADO O SUSCRIPTOR PRINCIPAL: El empleado o pensionado que suscribe la solicitud de ingreso al Plan.

ASEGURADO O SUSCRIPTOR: Denomina a cualquier empleado, cónyuge, dependiente directo o dependiente opcional, que haya solicitado cubierta bajo este contrato y Triple-S Salud le haya expedido una tarjeta de asegurado o suscriptor, cuya validez no haya sido terminada según dispone este contrato.



AUTOINFLIGIDO: Aquellos daños sobre su persona resultante directa o indirectamente de una acción voluntaria y/o intencional del asegurado o suscriptor estando en su sano juicio.

CANCELACIÓN DE CONTRATO: Significa la terminación del acuerdo contractual de servicios mediante notificación y aceptación por escrito por cualquiera de las partes.

CARGO USUAL Y ACOSTUMBRADO: Es el cargo o tarifa prevaleciente entre la mayoría de los proveedores de una misma categoría localizados en un área geográfica o región para un mismo servicio.

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

CIRUGÍA ESTÉTICA O COSMÉTICA: Significa aquella cirugía que está dirigida únicamente a mejorar la apariencia de una persona y no a restaurar función alguna o corregir deformidades.

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA: Significa aquella cirugía que se lleva a cabo en estructuras anormales del cuerpo con intención de mejorar defectos congénitos o que hayan sido resultado de enfermedades o traumas. Conforme a la Ley Número 275 de 27 de septiembre de 2012, todas las alternativas cubren tratamientos como pero no limitados a mastectomías, cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía para la reconstrucción del seno extraído, la reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica, las prótesis de seno, tratamiento por complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía, incluyendo el linfedema (inflamación que a veces ocurre después del tratamiento de cáncer del seno), cualquier cirugía reconstructiva post mastectomía necesaria para la recuperación física y emocional del paciente.

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

COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA: Un comité o cuerpo equivalente, compuesto por empleados o consultores externos contratados por una organización de seguros de salud o asegurador, el cual está compuesto por un número impar de miembros. Los miembros del comité de farmacia y terapéutica son profesionales de la salud, tales como médicos y farmacéuticos, los cuales tienen conocimiento y pericia respecto a:

- La forma adecuada, desde la perspectiva clínica, de recetar, suministrar y supervisar los medicamentos de receta para pacientes ambulatorios; y
- La revisión y evaluación del uso de los medicamentos, así como la intervención con dicho uso.

Si entre los miembros del comité de farmacia y terapéutica se encuentran representantes del administrador de beneficios de farmacia o de la organización de seguros de salud o asegurador, éstos solo pueden aportar consideraciones operacionales o de logística, pero no tienen voto en determinaciones relativas a la inclusión o exclusión de medicamentos de receta en el formulario.

CONCESIONARIO INDEPENDIENTE DE LA BLUECROSS AND BLUESHIELD ASSOCIATION: El asegurado, por este medio expresamente reconoce y conoce que esta póliza constituye un contrato únicamente entre el asegurado y Triple-S Salud, Inc. que es una corporación independiente y opera bajo una licencia de la *BlueCross and BlueShield Association*, una asociación de Planes independientes afiliados a la *BlueCross and BlueShield* (la Asociación) permitiendo a Triple-S Salud, Inc. usar la marca



de servicio *BlueCross and BlueShield* en Puerto Rico y que Triple-S Salud, Inc. no está contratada como agente de la Asociación.

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

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

CÓNYUGE: Persona del mismo género o de género diferente con la cual el participante del plan ha contraído matrimonio legalmente.

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

DEDUCIBLE: Significa la cantidad fija de gasto que el asegurado deberá incurrir antes de que el Plan comience a efectuar pago por los beneficios cubiertos.

DEPENDIENTES DIRECTOS: Es responsabilidad del empleado asegurado o suscriptor demostrar que sus dependientes directos dependen de él y cumplen con estos requisitos. Se consideran como dependientes directos:

- a. El cónyuge, persona con la cual uno se encuentra casado luego de haber cumplido con las ceremonias y formalidades exigidas por la ley, del asegurado principal, incluido en un contrato familiar mientras esta póliza esté en vigor, siempre que viva con dicho cónyuge.
- b. Hijos biológicos o adoptados del asegurado principal, su cónyuge o cohabitante, según se define en el Inciso 32a arriba, hasta que alcancen la edad de veintiséis (26) años. No son elegibles bajo este plan el cónyuge del hijo(a) del asegurado principal, los hijos del hijo(a) del asegurado principal, excepto los incluidos en el inciso 32d abajo o los hijos del cónyuge del hijo(a) del asegurado principal.
- c. Menores de edad colocados en el hogar del asegurado en vías de ser adoptados por éste. El asegurado principal debe acreditar la colocación para adopción con los documentos que le solicite Triple-S Salud.
- d. Es elegible como dependiente directo un menor de edad no emancipado que sea nieto(a) o familiar consanguíneo del asegurado principal, mientras ostente la custodia permanente de dicho menor adjudicada por un tribunal mediante sentencia final y firme; dicho dependiente directo puede permanecer en el plan hasta que alcance la edad de veintiséis (26) años. Es también elegible como dependiente directo un nieto(a) o familiar consanguíneo del asegurado principal que sea mayor de edad, si dicha persona fuere declarada incapaz por un tribunal mediante sentencia final y firme y la tutela del incapaz le haya sido adjudicada por el tribunal al asegurado. En ambos casos, el asegurado principal que interese inscribir como dependiente directo a un(a) nieto(a) o familiar consanguíneo bajo esta cláusula, debe acreditar su carácter de custodio o tutor, presentando la sentencia final y firme del Tribunal adjudicándole la custodia permanente o tutela, según sea el caso.



- e. Son elegibles como dependientes directos los “hijos de crianza” del asegurado principal hasta que alcancen la edad de veintiséis (26) años. El asegurado principal puede demostrar el estatus de los “hijos de crianza” proveyendo a Triple-S Salud una declaración jurada donde especifique desde cuando comenzó la relación con el menor, custodia legal o la certificación de planilla de contribución sobre ingresos de los últimos dos años, entre otras evidencias. Se entiende como hijos de crianza aquellos menores de edad que, sin ser hijos biológicos ni adoptivos del asegurado principal, han vivido desde su infancia bajo el mismo techo con aquél en una relación normal familiar e hijo/hija y reciben alimento según se define este término en el Artículo 142 del Código Civil de Puerto Rico.

DEPENDIENTES OPCIONALES: Denomina al familiar inmediato del asegurado principal o su cónyuge / cohabitante mientras viva permanentemente bajo el mismo techo del asegurado (a) principal, que no cualifique como dependiente directo y que dependa sustancialmente de dicho asegurado para su sustento y que no haya alcanzado la edad de sesenta y cinco (65) años; padre y madre del asegurado (a) principal, o los de su cónyuge o cohabitante, aunque no vivan bajo el mismo techo y que no haya alcanzado la edad de sesenta y cinco (65) años.

Es responsabilidad del asegurado principal demostrar en forma satisfactoria a Triple-S Salud, la elegibilidad de estos dependientes, según lo dispone el Reglamento 8398 del 31 de octubre de 2013. Disponiéndose que también cualifican los dependientes declarados incapacitados total permanente menores o mayores de edad cuya custodia, patria potestad o tutela haya sido concedida a los abuelos u otros familiares, según la Ley Número 15 del 27 de febrero de 2007. Es responsabilidad del empleado asegurado o suscriptor demostrar que sus dependientes opcionales cumplan con estos requisitos. Esta regla aplica a nuevos ingresos de dependientes bajo esta categoría, los existentes se mantendrán bajo una cláusula de *grandfathering*.

DESINTOXICACIÓN “DETOX”: Tratamiento médico destinado a eliminar los efectos nocivos en el cuerpo y terminar, a su vez, la dependencia con respecto al alcohol o una droga (legal o ilegal).

EMERGENCIA MÉDICA: Una condición médica o del comportamiento que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad, incluido el dolor intenso, de manera que una persona legal, 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 asegurada durante su embarazo, la salud de la asegurada o del feto, o en el caso de un trastorno del comportamiento, puede poner la condición de salud de dicha persona o de otras personas en grave peligro; causar problemas en las funciones corporales de dicha persona; causar disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo de dicha persona o desfiguración grave.

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

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

EMPLEADO: Denomina a todo funcionario o empleado en servicio activo, de nombramiento o por elección, y los empleados en puestos transitorios cuyos nombramientos sean por un término de seis (6) meses o más, de cualquier rama del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y de sus agencias,



departamentos, municipios y todo pensionado, sin considerar su edad, de los Sistemas de Retiro del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y sus instrumentalidades.

ENFERMEDAD: Alteración o desviación del estado normal de salud de un individuo, en una o varias partes del cuerpo provocado por factores internos o externos, manifestado por síntomas y signos característicos cuya evaluación es más o menos previsible. Se requiere atención médica.

ENFERMEDAD AGUDA: Son enfermedades que aparecen de pronto con síntomas severos, generalmente de corta duración con un inicio y un fin claramente definido. Se requiere atención médica.

ENTIDAD CONTRATANTE: Significa Asegurador u Organización de Servicios de Salud autorizado por la Oficina del Comisionado de Seguros u Organización o Asociación que contrata con la Administración de Seguros de Salud (ASES).

EQUIPO MÉDICO DURADERO: Equipo donde su uso principal es servir un propósito médico. Éste debe ser apropiado para usarse en el hogar del paciente y su necesidad médica debe ser certificada. No incluye equipo que se utilice fuera del hogar o que sirva una función de conveniencia solamente.

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

FARMACIA: Institución legalmente autorizada por las autoridades correspondientes para prestar servicios de farmacia.

FARMACIA NO PARTICIPANTE: Farmacia que no haya firmado contrato con el plan para prestar servicios de farmacia.

FARMACIA PARTICIPANTE: Farmacia legalmente autorizada por las autoridades correspondientes, que haya firmado contrato con el plan para ofrecer servicios de farmacia a los asegurados.

HIPAA (por sus siglas en inglés): *Health Insurance Portability and Accountability Act*, Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro Médico. Es una Ley Federal, aprobada el 16 de agosto de 1996, por el Congreso de los Estados Unidos.

HOSPICIO: Cuidado especial que se brinda a personas que tienen enfermedades terminales y a sus familiares. Este cuidado incluye cuidado físico y consejería.

HOSPITALES NO PARTICIPANTES: Significa un hospital que no haya firmado contrato con Triple-S Salud para prestar servicios de hospitalización a sus asegurados o suscriptores.

HOSPITAL PARTICIPANTE: Significa una institución pública o privada legalmente autorizada a operar como hospital y que provea servicios a la comunidad ofreciendo tratamiento y diagnóstico médico o quirúrgico para enfermedades, lesiones o tratamientos obstétricos a pacientes hospitalizados, incluyendo hospitales generales y especiales tales como de tuberculosis, enfermedades mentales y otros tipos de hospitales y facilidades relacionadas con los mismos, que hayan firmado contrato con Triple-S Salud para prestar servicios de hospitalización a sus asegurados o suscriptores.

HOSPITALIZACIÓN PARCIAL: Los servicios organizados para el cuidado de pacientes con condiciones mentales que requieren atención hospitalaria a través de programas diurnos o nocturnos, los cuales cubren periodos diarios menores de veinticuatro (24) horas.

HOST BLUE: Plan *BlueCross BlueShield* del área donde se recibe el servicio bajo el programa *Blue Card*.



IMPLANTES: Artefacto interno que reemplaza un órgano o un miembro del cuerpo. No incluye aditamentos utilizados en cirugías ortopédicas.

INFORMACIÓN DE SALUD: Información o datos, verbales o registrados en la manera y el medio que sea creada o recibida por el asegurador o la organización de servicios de salud y se relacione con la salud física, mental, conductual o las condiciones pasadas, presentes o futuras de salud de la persona o un dependiente de ésta; la prestación de servicios de salud a la persona o el pago pasado, presente o futuro por servicios de salud que se presten a una persona.

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

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

LABORATORIO PARTICIPANTE: Significa una institución legalmente autorizada para practicar exámenes bacteriológicos, microscópicos, bioquímicos, serológicos o histopatológicos que ayuden en el diagnóstico, control, prevención o tratamiento de enfermedades de la raza humana, que haya firmado contrato con Triple-S Salud para prestar servicios a sus asegurados o suscriptores.

LABORATORIO NO PARTICIPANTE: Significa un laboratorio que no haya firmado contrato con Triple-S Salud para prestar servicios a sus asegurados o suscriptores.

LISTA DE MEDICAMENTOS: Guía de los medicamentos seleccionados por el Comité de Farmacia y Terapéutica de Triple-S Salud, la cual contiene las terapias necesarias para un tratamiento de alta calidad. De acuerdo con los medicamentos que se incluyen en la lista de medicamentos, se determinan los beneficios de la cubierta de farmacia. Esta selección se hace a base de la seguridad, efectividad y costo de los medicamentos que aseguran la calidad de la terapia, minimizando la utilización inadecuada que puede ir en perjuicio de la salud del paciente.

MARCA REGISTRADA – Medicinas que se ofrecen al público bajo un nombre comercial o de fábrica.

MEDICAMENTO – (a) cualquier sustancia que por ley federal se requiera que su etiqueta indique la frase “*Caution: Federal Law Prohibits Dispensing Without Prescription*” y (b) insulina.

MEDICAMENTOS DE MARCA NO PREFERIDO – Un medicamento de marca es clasificado como no preferido porque existen alternativas en los niveles anteriores de la Lista de Medicamentos que son seguras, efectivas o tienen menos efectos secundarios. Si usted obtiene un medicamento de marca no preferido, usted tendrá que pagar un costo mayor por el medicamento.

MEDICAMENTOS DE MARCA PREFERIDO – Medicamentos de marca que conllevan un copago o coaseguro menor que los de marca no preferido.

MEDICAMENTOS GENÉRICO – Aquellos medicamentos que contienen los mismos ingredientes activos y son idénticos en sus potencias, forma de dosificación, vías de administración, biodisponibilidad y se consideran terapéuticamente equivalentes al medicamento de marca registrada.

MEDICINA ALTERNATIVA: Significa una forma amplia de los métodos y práctica usados en lugar o como complemento, de los tratamientos en la medicina convencional para curar o tratar enfermedades, la cual debe estar regulada por el Tribunal Examinador de Médicos en Puerto Rico.



MEDICINA DEPORTIVA: Significa aquella rama de la medicina que trata las enfermedades y lesiones que resultan de actividades deportivas, incluyendo la fase preventiva y preparatoria necesaria para mantener un buen estado de salud físico y mental.

MEDICINA NATURAL: Significa la técnica en la cual se emplean métodos y productos naturales para el tratamiento de condiciones físicas y mentales.

MEDICAMENTOS NUEVOS: Medicamentos de recién incursión al mercado. Éstos son evaluados por el Comité de Farmacia y Terapéutica en un término no mayor de noventa (90) días luego de su aprobación por la *Food and Drug Administration (FDA)*.

MÉDICO AUTORIZADO – Médico que cumple con las leyes establecidas para ejercer la práctica de medicina en Puerto Rico.

MÉDICO PRIMARIO: Médico generalista, pediatra, ginecólogo, médico de familia o internista.

MUSICOTERAPIA: Significa la técnica utilizada en el tratamiento de algunas enfermedades mentales y emocionales en las que se emplean diferentes sonidos musicales.

OBESIDAD MÓRBIDA: Es el exceso de grasa en el cuerpo determinado por un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 35. Esta es una condición que forma parte del síndrome metabólico y es un factor de riesgo para el desarrollo de otras condiciones como hipertensión arterial, enfermedades cardíacas, problemas ortopédicos, apnea del sueño, problemas de la piel, problemas de circulación, diabetes mellitus, acidez, problemas psicológicos, ansiedad, infertilidad y embolia pulmonar, entre otros. Los estudios indican que se trata de una condición con origen multifactorial, genético, ambiental y psicológico, entre otros. Esto significa que puede ser causada por una alimentación excesiva, por alteraciones metabólicas o factores hereditarios.

ÓRGANO ARTIFICIAL: Significa dispositivos diseñados para reemplazar una parte faltante del cuerpo o la sustitución artificial de una parte o un órgano. Pueden ser fijas o removibles.

PLAN BLUECROSS: Concesionario independiente de la Asociación de Planes Azules (*BlueCross/BlueShield*).

PLAN BLUESHIELD: Concesionario independiente de la Asociación de Planes Azules (*BlueCross/BlueShield*).

PLAN BLUECROSS AND BLUESHIELD: Concesionario independiente de la Asociación de Planes Azules (*BlueCross/BlueShield*).

PERSONAS COHABITANTES: Dos personas solteras, adultas, con plena capacidad legal, que no están relacionadas por lazos familiares dentro del cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, sujetas a convivencia sostenida y afectiva de manera voluntaria, estable, pública y continua durante un plazo no menor de un (1) año, que cohabitan en una residencia común sin estar casadas entre sí y que tienen la intención de continuar con la situación habitacional indefinidamente.

PLAN INDIVIDUAL: Cubierta para el empleado o el pensionado solamente.

PLAN PAREJA: Cubierta para el empleado o pensionado y un dependiente directo.

PLAN FAMILIAR: Cubierta para el empleado o pensionado y dos o más dependientes directos.



PLAN MANCOMUNADO: Póliza que se expide en casos de funcionarios (as) o empleados (as) cuyos cónyuges / cohabitantes trabajan en el servicio público y se acogen a los beneficios de un contrato de pareja o de grupo familiar para sí y su familia para lo cual cada uno de ellos recibirá aportación patronal del gobierno hasta el máximo de dicha aportación.

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

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

PROGRAMA BLUECARD: El programa que permite el procesamiento de reclamaciones por servicios cubiertos fuera del área geográfica de Puerto Rico y que se pagarán a base de las tarifas negociadas por el Plan BlueCross o BlueShield del área.

PRÓTESIS: Artefacto que reemplaza un órgano o miembro del cuerpo.

PROVEEDOR PARTICIPANTE: Denomina a un doctor en medicina, cirujano-dentista o cirujano maxilofacial, y otros especialistas legalmente autorizados por las leyes de Puerto Rico a practicar su profesión que hayan firmado contrato con Triple-S Salud para prestar servicios de salud. Este contrato cuenta con sobre 12800 proveedores. Entre éstos, 62 hospitales, incluyendo los de rehabilitación; 2,122 médicos generalistas; 3,890 especialistas; 1566 subespecialistas; 1,195 dentistas; 43 centros de emergencia; 432 laboratorios y 252 centros de imágenes o Rayos X, entre otros proveedores participantes.

PROVEEDOR NO PARTICIPANTE: Denomina a un doctor en medicina, cirujano dentista o cirujano maxilofacial y otros especialistas legalmente autorizados por las leyes de Puerto Rico a practicar su profesión que no hayan firmado contrato con Triple-S Salud para prestar servicios de salud.

RECETA – Solicitud por escrito de medicinas, hecha por un facultativo con licencia para recetar medicamentos legalmente autorizado a efectuar dicha solicitud en el curso ordinario de su práctica profesional.

REPETICIONES (REFILL) – Receta de medicamentos que se debe repetir por indicaciones escritas por un facultativo con licencia para recetar medicamentos legalmente autorizados a efectuar dicha solicitud en el curso ordinario de su práctica profesional.

SECRETARIO: Secretario de Hacienda.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA: Significa la petición por parte de un asegurado o suscriptor para que otro médico distinto al encargado de su caso emita su opinión con respecto a la necesidad de un servicio cubierto.

SERVICIOS AMBULATORIOS: Significa los servicios médicamente necesarios cubiertos por este contrato que reciba un asegurado o suscriptor mientras no se encuentre recluido como paciente en un hospital.



SERVICIOS EXPERIMENTALES O INVESTIGATIVOS: Tratamientos médicos que,

- a. son considerados como experimentales o investigativos bajo los criterios del *Technology Evaluation Center (TEC)* de la *BlueCross and BlueShield Association* para las indicaciones y métodos específicos que se ordenan; o
- b. no tienen la aprobación final de la entidad reguladora correspondiente (Ej.: *Food and Drug Administration (FDA)*, *Department of Human and Health Services (DHHS)*, Departamento de Salud de Puerto Rico); o
- c. la evidencia científica es insuficiente al amparo de la evidencia científica disponible, para llegar a conclusiones sobre el efecto del tratamiento o la tecnología en los resultados médicos que se obtienen; o
- d. sus resultados positivos reportados son insuficientes para contrapesar de manera aceptable los resultados negativos del tratamiento; o
- e. el tratamiento no es más beneficioso que otros tratamientos alternos ya reconocidos; o la mejoría del tratamiento no puede obtenerse fuera de la fase de investigación

SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN: Significa los servicios médicamente necesarios cubiertos por este contrato que reciba un asegurado o suscriptor mientras se encuentre recluido como paciente en un hospital.

SERVICIOS MÉDICAMENTE NECESARIOS: Significa aquellos servicios que son provistos por un médico o grupo de médicos o proveedor para mantener o reestablecer la salud del asegurado.

TERAPIA OCUPACIONAL: Terapia de rehabilitación que ayuda al paciente a recuperar la habilidad para realizar las tareas normales del diario vivir.

TERAPIA DE REHABILITACIÓN: Los tratamientos para facilitar el proceso de recuperación de una lesión o enfermedad a niveles lo más cercano posible a lo normal. El propósito de la rehabilitación es restaurar algunas o todas las capacidades físicas, sensoriales y mentales del paciente, que se perdieron debido a una enfermedad, condición o lesión.

SISTEMA 9-1-1: Sistema de respuestas a llamadas de emergencia de seguridad pública, vía el número 9-1-1 creado en virtud de la Ley 144 de 22 de diciembre de 1994, según enmendada conocida como "Ley para la Atención Rápida a Llamadas de Emergencias de Seguridad Pública" o "Ley de Llamadas 9-1-1".

TRATAMIENTO RESIDENCIAL: Servicios de un nivel de cuidado de alta intensidad y restrictivo para pacientes con condiciones de salud mental, incluyendo drogadicción y alcoholismo y condiciones comórbidas de difícil manejo en sus hogares y comunidades que no han respondido a otros niveles de tratamiento menos restrictivos e integra servicios clínicos y terapéuticos organizados y supervisados por un equipo interdisciplinario en un ambiente estructurado las 24 horas, los 7 días.

URGENCIA: Significa la presentación súbita o imprevista de una condición que requiere asistencia médica o quirúrgica inmediata o lo más pronto posible, pero dentro de un término que no exceda de veinticuatro (24) horas después de haberse presentado la condición.

VISITAS COLATERALES: Entrevistas en la oficina de un psiquiatra o psicólogo (con maestría o doctorado y licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico) con familiares inmediatos del asegurado.

