



Triple-S Salud
1441 Ave. Roosevelt, San Juan, Puerto Rico
Concesionario Independiente de la Blue Cross Blue Shield Association

INTRODUCCIÓN

PÓLIZA POCKET DE TRIPLE-S

PLAN METAL [ORO, PLATA]

Triple-S Salud, Inc., (que en adelante se denominará como Triple-S Salud) lo asegura a usted y sus dependientes elegibles de conformidad con las disposiciones de esta póliza, la política médica y la política de pago establecida por Triple-S Salud, contra gastos por servicios médico-quirúrgicos, hospitalización médicamente necesarios, farmacia y dental que se presten mientras la póliza esté en vigor, por motivo de lesiones o enfermedades contraídas por cualquiera de las personas aseguradas, según se estipula más adelante. Esta póliza es su evidencia de cubierta y se emite en consideración a sus declaraciones en la solicitud de ingreso y al pago por adelantado de las primas correspondientes.

Esta póliza se emite a residentes *bona fide* de Puerto Rico, cuya residencia permanente esté ubicada dentro del Área de Servicio, según definida en esta póliza, por el término de un (1) año o menos (si se suscribe fuera del periodo fijo de suscripción anual) a partir de la fecha de vigencia del contrato emitido a la persona asegurada. Esta póliza termina el 31 de diciembre de 2025. Usted puede continuar con esta póliza en vigor siempre y cuando pague las primas a tiempo, según se estipula en el Capítulo Disposiciones Generales, Inciso 17- PAGO DE PRIMA. Los beneficios de esta póliza no son acumulativos; no se acumulan de un año a otro.

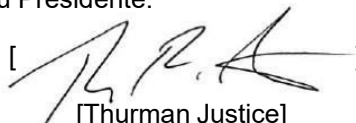
Triple-S Salud renueva esta póliza, a opción de la persona asegurada y de conformidad con la legislación y reglamentación local y federal aplicable, excepto en los casos según lo dispuesto en el Capítulo 6 **Disposiciones Generales**, Incisos 4 - CANCELACIÓN INDIVIDUAL y 28 – TERMINACIÓN, con previa notificación por escrito a usted. Además, no renueva la cubierta de un dependiente después que alcance los límites de edad para la cubierta, según se estipula en esta póliza. Todos los términos de cubierta empiezan y terminan a las 12:01 a.m., hora local de Puerto Rico.

Triple-S Salud puede tomar acción, de acuerdo con lo establecido en la Cláusula de Cancelación Individual en la Sección **Disposiciones Generales** de esta póliza o a base de cualquier otra disposición relacionada en la póliza, respecto a aquellas personas que al solicitar ingreso al seguro suministren intencionalmente información falsa o fraudulenta.

ESTA PÓLIZA NO ES UNA PÓLIZA O CONTRATO COMPLEMENTARIO DE MEDICARE. Si usted es elegible para Medicare, examine la Guía de Seguro de Salud para Personas con Medicare disponible por la compañía.

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

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

[
[Thurman Justice]
[Presidente de Triple-S Salud]

Conserve este documento en un lugar seguro; el mismo incluye los beneficios a los que tiene derecho como persona asegurada de Triple-S Salud.

CAPÍTULO 4: Beneficios Cubiertos

SECCIÓN 1 Cubierta Médica

Algunos de los servicios descritos en este Capítulo, están sujetos a deducibles, copagos y/o coaseguros. La sección 1.02 de este Capítulo, le provee una descripción de los beneficios cubiertos y su responsabilidad de pago en términos de deducibles, copagos y/o coaseguros.

Sección 1.01

Cantidad Máxima de Desembolso Anual

Esta cubierta tiene una cantidad máxima de desembolso anual (*maximum out-of-pocket* o MOOP, por sus siglas en inglés) de \$6,350 en un contrato individual y \$12,700 en contrato familiar para los beneficios de salud esenciales, según definidos en el plan de referencia “*benchmark*” de Puerto Rico. Este desembolso máximo está de acuerdo con la cantidad establecida por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico. Una vez la persona asegurada alcance esta cantidad según su tipo de contrato, Triple-S Salud pagará el cien por ciento (100%) de los gastos médicos cubiertos de beneficios esenciales de salud. Triple-S Salud y su administrador de beneficios de farmacia, conforme a la Ley Núm. 109 del 31 de agosto de 2023, incluirán en el cálculo o en el requisito de la contribución o costo compartido (“*cost sharing, out-of-pocket maximum*”), cualquier pago, descuento o partida que forme parte de un programa de asistencia financiera, plan de descuentos, cupones, o cualquier aportación ofrecida a la persona asegurada por el manufacturero. Estas partidas se considerarán en beneficio exclusivo del paciente en el cálculo de su aportación, gastos de bolsillo, copagos, coaseguros, deducible o en el cumplimiento con requisitos de aportación compartida.

Para efectos de esta póliza, la persona asegurada debe continuar pagando su porción de costo compartido por los siguientes servicios ya que éstos son servicios adicionales a los establecidos como beneficios de salud esenciales:

- Triple-S Natural
- Servicios prestados a través de proveedores no participantes en Puerto Rico, excepto emergencias, ambulancia aérea y servicios brindados por no participantes en una facilidad participante cuando no exista consentimiento del asegurado para recibir los servicios
- Pagos realizados por la persona asegurada por los servicios no cubiertos bajo esta póliza
- Prima mensual pagada a Triple-S Salud por el plan

Sección 1.02	Descripción de Beneficios Médicos Cubiertos y su Responsabilidad de Pago
--------------	--

Descripción de Beneficios	Lo que Usted Debe Pagar en [ORO, PLATA]
---------------------------	---

Deducible Anual	enfocándose en los síntomas. Triple-S Salud no deniega servicios de
Deducible aplicable a todos los servicios médicos, excepto preventivos y vacunas.	

Servicios de Sala de Emergencia y Urgencia:	
Cubre materiales y medicamentos incluidos en la bandeja de sutura contratada con Triple-S Salud. Cubre medicamentos y materiales adicionales a los incluidos en la bandeja de sutura. suministrados en salas de emergencia/urgencia debido a condiciones de accidente o enfermedad. En el caso de que una persona asegurada requiera tratamiento para una condición de urgencia, Triple-S Salud le ofrece un copago más bajo si visita un centro de urgencia de nuestra red de proveedores en lugar de una sala de emergencia. Refiérase a la Sección Beneficios Cubiertos por Ley para más información. Para pruebas diagnósticas provistas en salas de emergencia, que no sean laboratorios y rayos X, aplican los coaseguros y/o límites correspondientes al beneficio ambulatorio, según especificado en esta póliza. Se consideran servicios de emergencia los exámenes médicos de detención apropiado para evaluar si existe una emergencia médica, incluyendo exámenes y tratamientos médicos adicionales necesarios para la estabilización del paciente. La determinación de si es una emergencia médica o no, se basará en toda la documentación pertinente,	

No aplica deducible

[PLATA

\$40 por accidente

\$100 por enfermedad

Descripción de Beneficios

\$15 en centro de urgencia

ORO

\$25 por accidente

\$80 por enfermedad

\$15 en centro de urgencia]

Lo que Usted Debe Pagar en [ORO, PLATA]

emergencia basados en exclusiones de la póliza. Triple-S Salud cubre servicios de emergencia en salas de emergencia de hospitales o en una Sala de Emergencia Independiente. Los servicios de emergencia se cubren sin necesidad de preautorización, independientemente de que los servicios sean provistos por un proveedor no participante. Si los servicios son ofrecidos por un proveedor no participante, no se aplican requisitos administrativos diferentes a los establecidos a proveedores contratados y aplica el mismo costo compartido correspondiente a servicios de emergencias provistos por proveedores participantes.	
Servicios Provistos por un Hospital u Otra Facilidad y Servicios Médicos y Quirúrgicos Cubiertos:	
Triple-S Salud se compromete a pagar por los servicios contratados con la institución hospitalaria correspondiente durante la hospitalización de la persona asegurada, durante la vigencia del seguro de la persona elegible, siempre que tal hospitalización sea ordenada por escrito por el médico a cargo del caso y que la misma sea médicamente necesaria.	[PLATA \$300 ORO \$200]
Hospitalizaciones • Habitación semiprivada o de aislamiento hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días para hospitalizaciones regulares. • Comidas y dietas especiales • Uso de servicio de telemetría • Uso de Sala de Recuperación • Uso de Unidad de Unidad de Cuidado Intermedio para infantes (<i>Step-down Unit</i>) • Uso de las Unidades de Cuidado Intensivo, Cuidado Coronario, Cuidado Intensivo de Pediatría y Cuidado Intensivo de Neonatología • Servicio general de enfermería • Administración de Anestesia por personal no médico • Servicios de laboratorio clínico • Medicinas, productos biológicos, materiales para curaciones, productos de hiperalimentación y materiales de anestesia • Producción de electrocardiogramas • Producción de estudios radiológicos • Servicios de terapia física (habilitativa y rehabilitativa) • Uso de los servicios de médicos en adiestramiento, internos y residentes del hospital autorizados para prestar servicios médicos a pacientes • Servicios de terapia respiratoria • Uso de sala de emergencia cuando la persona asegurada sea admitida al hospital • Uso de otras facilidades, servicios, equipos y materiales que provea usualmente el hospital que sean ordenados por el médico de cabecera y que no hayan sido expresamente excluidos del contrato con el hospital • Sangre y derivados • Servicios de diagnóstico • Tratamientos • Administración de anestesia • Consulta de especialistas • Endoscopias gastrointestinales • Evaluaciones audiológicas, incluye la Prueba de Cernimiento Auditivo Neonatal •	

Descripción de Beneficios	Lo que Usted Debe Pagar en [ORO, PLATA]
Nota: Estos servicios están incluidos en el copago que usted paga por admisión hospitalaria.	
Servicios Médicos y Quirúrgicos Cubiertos en Hospital	
• Cirugías que requieren hospitalización • Trasplantes de córnea; injerto de piel y hueso incluye el cuidado antes y después del procedimiento. • Cirugía ortognática. Requiere preautorización • Mastectomía (cirugías, reconstrucciones y prótesis relacionadas) • Cirugías reconstructivas. Requiere preautorización.	Red [Pocket Network]: \$50 Red [Blue Select Network]: \$50
• Cirugía bariátrica: Esta póliza cubre sólo cirugía de bypass gástrico para el tratamiento de obesidad mórbida, hasta una cirugía de por vida, por persona asegurada, siempre y cuando los servicios estén disponibles en Puerto Rico. Las cirugías para la remoción de la piel excesiva están cubiertas si el médico certifica que es necesario remover la piel en exceso porque afecta el funcionamiento de alguna parte del cuerpo. La cirugía bariátrica tiene un periodo de espera por doce (12) meses. Requiere preautorización. Refiérase a la sección Beneficios Cubiertos por Ley de este Capítulo para más información.	[PLATA Red [Pocket Network] con Consulta: \$50 Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: 50% ORO Red [Pocket Network]: 40% Red [Blue Select Network]: 40%]
• Pruebas cardiovasculares invasivas • Procedimiento de Litotricia (ESWL). Requiere preautorización	Red [Pocket Network] con Consulta: 25% Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: 50%
• Tratamientos de quimioterapia en sus varios métodos de administración (oral, inyectable, intravenosa e intratecal), radioterapia y cobalto, conforme a la Ley Núm. 79 del 1 de agosto de 2020.	Red [Pocket Network]: 30% Red [Blue Select Network]: 30%
Otros Servicios en Hospital	
• Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, así como de las complicaciones relacionadas a estos tratamientos, y los respectivos servicios hospitalarios o médico-quirúrgicos, están cubiertos por los primeros noventa (90) días a partir de: a. la fecha en que la persona asegurada es elegible por primera vez a esta póliza; o b. la fecha en que se hace la primera diálisis o hemodiálisis. Esto aplica cuando las diálisis o hemodiálisis subsiguientes estén relacionadas a la misma condición clínica.	Red [Pocket Network] con Consulta: 20% Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: 50%
Otras Facilidades	
Servicios Post-Hospitalarios - Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar Estos servicios están cubiertos si comienzan dentro de los 14 días siguientes a la fecha en que fue dado de alta luego de una hospitalización de por lo menos tres (3) días y si se prestan por la misma condición o en relación a la condición por la cual fue hospitalizado. Cubre los siguientes servicios y suministros provistos en el hogar del paciente por una Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar certificada por el Departamento de Salud de Puerto Rico. Requiere preautorización. • Servicios de Enfermería- parciales o intermitentes provistos o bajo la supervisión de un(a) enfermero(a) graduado(a).	Red [Pocket Network] con Consulta: 20% Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: 50%

Descripción de Beneficios	Lo que Usted Debe Pagar en [ORO, PLATA]
Auxiliar de Servicios de Salud en el Hogar- servicios parciales o intermitentes prestados primordialmente para el cuidado del paciente. Terapias Físicas, Ocupacionales y del Habla/lenguaje (habilitativa y rehabilitativa) - hasta un máximo de 40 visitas, combinadas, por persona asegurada, por año póliza. Nota: Estos servicios deben ser supervisados por un médico licenciado.	
Servicios Post-Hospitalarios - Servicios de Cuidado de Enfermería Diestra Estos servicios están cubiertos si comienzan dentro de los 14 días siguientes a la fecha en que fue dado de alta luego de una hospitalización de por lo menos tres (3) días y si se prestan por la misma condición o en relación a la condición por la cual fue hospitalizado. Requiere preautorización. Están cubiertos hasta un máximo de 120 días por persona asegurada, por año póliza. Nota: Estos servicios deben estar supervisados por médicos licenciados o enfermeros graduados registrados (RN) que dediquen un horario completo a tal supervisión y su necesidad médica debe ser certificada por escrito.	Red [Pocket Network] con Consulta: \$100 Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: 50%
Centro de Cirugía Ambulatoria	[PLATA Red [Pocket Network] con Consulta: 50% Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: 50% ORO Red [Pocket Network] con Consulta: \$50 Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: 45%]
Servicios Médicos, Quirúrgicos y Diagnósticos en Forma Ambulatoria (Servicios disponibles cuando la persona asegurada no está admitida en el hospital)	
Servicios de diagnóstico y tratamiento	
Visitas a Médicos de Cabecera (PCP)	\$0
Visitas a especialistas, audiólogos, optómetras y podiatras (incluye cuidado rutinario del pie)	\$0 SALUS Red [Pocket Network] con Consulta: \$0 Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: \$10
Visitas a subespecialistas	\$0 SALUS Red [Pocket Network] con Consulta: \$0 Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: \$25
Visitas al quiropráctico	Red [Pocket Network] con Consulta: \$10 Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: 50%
Visitas a Trabajador Social solo por trastorno del espectro autista, por reembolso	Red [Pocket Network] con Consulta: \$0 Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: \$10
Visita anual preventiva	Red [Pocket Network]: \$0 Red [Blue Select Network]: \$0

Descripción de Beneficios	Lo que Usted Debe Pagar en [ORO, PLATA]
Servicios médicos en el hogar de la persona asegurada por médicos que presten este servicio	[PLATA Red [Pocket Network]: \$10 Red [Blue Select Network]: Servicio no cubierto ORO Red [Pocket Network]: \$10 Red [Blue Select Network]: Servicio no cubierto]
Inyecciones intraarticulares hasta dos (2) inyecciones diarias y hasta un máximo de doce (12) inyecciones por persona asegurada, por año póliza	Red [Pocket Network]: \$0 Red [Blue Select Network]: \$0
Criocirugía del cuello uterino	[PLATA Red [Pocket Network] con Consulta: 60% Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: 60% ORO Red [Pocket Network] con Consulta: \$50 Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: 45%]
Vasectomía	[PLATA Red [Pocket Network] con Consulta: 60% Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: 60% ORO Red [Pocket Network] con Consulta: \$50 Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: 45%]
Servicios de esterilización para la mujer	Red [Pocket Network]: \$0 Red [Blue Select Network]: \$0
Inmunoprofilaxis para el virus sincitial respiratorio (Synagis; palivizumab) Requiere preautorización.	Red [Pocket Network] con Consulta: 30% Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: 50%
Nota: Los suplidors utilizados en oficina médica para las pruebas diagnósticas ginecológicas cubiertas, están incluidos en el copago de la visita.	
Cuidado de Alergias Pruebas de alergia. Hasta cincuenta (50) pruebas por año póliza, por persona asegurada	Red [Pocket Network]: \$0 Red [Blue Select Network]: \$0
Laboratorios A través de la red [Blue Select Network]. Laboratorio clínico. Las pruebas genéticas requieren preautorización.	\$0 SALUS Red [Blue Select Network]: 30%
Rayos X A través de la red [Blue Select Network]. Densitometría ósea cuando no es prestada como una prueba preventiva según dispone la ley federal sino como seguimiento a un diagnóstico o tratamiento de una condición	[PLATA \$0 SALUS Red [Blue Select Network]: 40% ORO \$0 SALUS Red [Blue Select Network]: 30%]
Pruebas Diagnósticas Pruebas cardiovasculares no invasivas	Red [Pocket Network] con Consulta: 25%

Descripción de Beneficios	Lo que Usted Debe Pagar en [ORO, PLATA]
• Electrocardiogramas y ecocardiogramas • Electromiogramas, hasta dos (2) por región anatómica, por persona asegurada, por año póliza • Color Doppler Flow • Pruebas para Examen de Velocidad de Conducción Nerviosa, hasta dos (2) pruebas de cada una, por persona asegurada, por año póliza • Endoscopias gastrointestinales • Electroencefalogramas • Prueba diagnóstica de polisomnografía (estudio de desórdenes del sueño), 1 prueba por vida, por persona asegurada • Timpanometría, 1 prueba por persona asegurada, por año póliza • Pruebas y procedimientos neurológicos • Otras pruebas audiológicas como pruebas de función vestibular, pruebas de función audiológicas y procedimientos diagnósticos especiales.	Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: 50%
Pruebas Diagnósticas Especializadas A través de la red [Blue Select Network]. • PET Scan y PET CT. Hasta 1 por año póliza, excepto para servicios relacionados a cáncer. Requiere preautorización. • Pruebas de medicina nuclear • Tomografía computadorizada (CT), hasta una por región anatómica, por persona asegurada, por año póliza • Single Photon Emission Computerized Tomography (SPECT) • Sonogramas • Estudio de angiografía por resonancia magnética (MRA) • Estudio de resonancia magnética (MRI), hasta uno (1) por región anatómica, por persona asegurada, por año póliza. • Mamografías, mamografías digitales o sonomamografías cuando no sean prestadas como pruebas preventivas según lo dispone la ley federal sino como seguimiento a un diagnóstico o tratamiento de una condición	[PLATA] \$0 SALUS Red [Blue Select Network]: 50% ORO \$0 SALUS Red [Blue Select Network]: 35%]
Cirugía Ambulatoria Cubre procedimientos que se prestan de forma ambulatoria y no requieren una hospitalización. Requiere preautorización cuando es necesario por una razón médica cambiar de nivel de servicio (hospitalización o centro de cirugía ambulatoria).	[PLATA] Red [Pocket Network] con Consulta: 60% Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: 60% ORO Red [Pocket Network] con Consulta: \$50 Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: 45%]
Terapias de tratamiento Tratamientos de quimioterapia en sus varios métodos de administración (oral, inyectable, intravenosa e intratecal), radioterapia y cobalto, conforme a la Ley Núm. 79 del 1 de agosto de 2020. Otros medicamentos inyectables administrados en una facilidad ambulatoria y que son requeridos por ley.	Red [Pocket Network]: 30% Red [Blue Select Network]: 30% [Plata: Red [Pocket Network]: 80% Red [Blue Select Network]: 80% Oro: Red [Pocket Network]: 75%

Descripción de Beneficios	Lo que Usted Debe Pagar en [ORO, PLATA]
Diálisis y Hemodiálisis Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, así como de las complicaciones que puedan surgir, y los servicios hospitalarios o médico-quirúrgicos que puedan necesitarse para tratar estas complicaciones, se cubren por los primeros 90 días a partir de: a) la fecha en que la persona asegurada es elegible por primera vez a esta póliza; o b) la fecha en que se hace la primera diálisis o hemodiálisis. Esto aplica cuando las diálisis o hemodiálisis subsiguientes estén relacionadas a la misma condición clínica.	Red [Blue Select Network]: 75% Red [Pocket Network] con Consulta: 20% Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: 50%
Terapia Respiratoria (administrada en la oficina del médico) Terapia respiratoria (provista por médicos especialistas en alergia, alergia pediátrica, anestesia, neumología, neumología pediátrica), dos (2) sesiones de terapia por día, hasta un máximo de 20 sesiones por persona asegurada, por año póliza.	Red [Pocket Network] con Consulta: \$0 Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: 50%
Equipo Médico Duradero (Requiere preautorización) • Compra o renta de oxígeno y del equipo necesario para su administración • Compra o renta de sillas de ruedas o camas de hospital • Compra o renta de respiradores y otros equipos para el tratamiento de parálisis respiratoria • Los siguientes servicios se cubren a personas aseguradas diagnosticadas con Diabetes Mellitus Tipo 1: - o Glucómetros aprobados por la FDA, hasta uno por año póliza. - o Lancetas, hasta 150 por 30 días - o Tirillas, hasta 150 por 30 días - o Bomba de infusión de insulina y suplidos ordenados por un endocrinólogo. Requiere preautorización. El suplido de una Inyección de Glucagon y reemplazo de la misma en caso de uso o expiración (Se cubre bajo la cubierta de farmacia).	Red [Pocket Network]: 50% Red [Blue Select Network]: 50%
Ventilador mecánico (Requiere preautorización) La cubierta comprende los servicios médicos necesarios, pruebas y equipos para personas aseguradas menores de edad y que aún luego de rebasar los 21 años requieran el uso de equipo tecnológico necesario para que el usuario pueda mantenerse con vida. Se cubren los suplidos que conllevan el manejo de los equipos tecnológicos, terapia física y ocupacional necesaria para el desarrollo motor de estos pacientes, así como medicamentos mediante prescripción médica, los cuales deben ser despachados en una farmacia participante, libremente seleccionada por la persona asegurada, y autorizada bajo las leyes de Puerto Rico (bajo el beneficio de farmacia). La cubierta dispone para que cada persona asegurada tenga a su alcance anualmente los exámenes de laboratorio e inmunización apropiados para su edad y condición física. Estos servicios están cubiertos, sujeto a que la persona asegurada o su representante, presenten evidencia de justificación médica y de la suscripción de la persona asegurada en el registro que el Departamento de Salud ha diseñado para este propósito. Refiérase a la Sección Beneficios Cubiertos por Ley para más información.	Red [Pocket Network]: 50% Red [Blue Select Network]: 50%
Servicios de nutrición Triple-S Salud cubre estos servicios cuando estén prestados en Puerto Rico por médicos especialistas en nutrición o enfermedades metabólicas y sean médicamente necesarias.	\$0 SALUS Red [Blue Select Network]: \$5

Descripción de Beneficios	Lo que Usted Debe Pagar en [ORO, PLATA]
Manipulaciones y Terapia física (Habilitativa/Rehabilitativa) - Manipulaciones prestadas por quiroprácticos y terapias físicas, provistas por fisiatras (o bajo la supervisión de y facturadas por éste) o quiroprácticos, están cubiertas hasta un máximo de veinte (20) sesiones en conjunto por persona asegurada, por año póliza. - Terapias físicas, ocupacionales y del habla, sin límite, solo para personas con el diagnóstico de autismo y síndrome Down, según requerido por ley. Refiérase a la sección Beneficios Cubiertos por Ley para más información.	Red [Pocket Network] con Consulta: \$10 Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: \$18
Cuidado Visual - Pruebas diagnósticas en oftalmología - Examen de refracción, un (1) examen por persona asegurada, por año póliza, siempre que el examen sea hecho por un especialista en oftalmología u optometría. - Espejuelos para las personas aseguradas hasta los 21 años, un (1) par por año póliza, dentro de la colección contratada, incluyendo espejuelos de gran potencia para personas aseguradas con pérdida significativa de la visión, pero que no tienen ceguera total. Además, cubre un (1) aparato por año de ayuda visual (lupas prescritas, telescopios de lente sencillo o doble), para personas aseguradas hasta los 21 años con pérdida significativa de la visión, pero que no tienen ceguera total. Disponible a través de la red de Ópticas exclusivamente contratadas para ofrecer este beneficio a la población pediátrica. - Espejuelos o lentes de contacto por persona asegurada mayor de 21 años, hasta \$75 de beneficio máximo por año póliza. Favor referirse al Directorio de Proveedores 2025 en la red [Blue Select Network] para una lista de los proveedores participantes. Si visita un proveedor no participante, el servicio se cubre por reembolso.	Red [Pocket Network] con Consulta: 25% Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: 50% Red [Pocket Network]: \$0 Red [Blue Select Network]: \$0
Preparado de Aminoácidos Libre de Fenilalanina Se cubre para pacientes diagnosticados con el trastorno genético denominado como fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés). Refiérase a la Sección Beneficios Cubiertos por Ley para más información.	Red [Pocket Network]: \$0 Red [Blue Select Network]: \$0
Servicios de Maternidad (Aplica a la persona asegurada, cónyuge y dependientes directos)	
Cuidado Ambulatorio de Maternidad - Sonogramas obstétricos; hasta tres (3) en embarazos normales, según protocolo clínico - Perfil Biofísico; hasta un procedimiento por embarazo. Adicionales requieren preautorización. - Visitas preventivas Well-baby care de acuerdo a las edades y cubierta recomendada por el United States Preventive Services Task Force (USPSTF)	\$0 SALUS [PLATA Red [Blue Select Network]: 50% ORO Red [Blue Select Network]: 35%] Red [Pocket Network] con Consulta: 30% Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: 50% Red [Pocket Network]: \$0 Red [Blue Select Network]: \$0
Cuidado Hospitalario de Maternidad Los servicios de hospitalización se extienden en caso de maternidad o de condiciones secundarias al embarazo, únicamente si se tiene derecho al beneficio de maternidad. Refiérase a la Sección Beneficios Cubiertos por Ley para más información. Habitación semiprivada o de aislamiento,	[PLATA \$300 ORO \$200]

Descripción de Beneficios	Lo que Usted Debe Pagar en [ORO, PLATA]
asistencia y cuidado físico para beneficio del menor, educación sobre cuidado del menor para ambos padres, asistencia o entrenamiento sobre lactancia, orientación sobre apoyo en el hogar y la realización de cualquier tratamiento y pruebas médicas tanto para el infante como para los padres. - Servicios de obstetricia - Uso de Sala de Partos - Producción e interpretación de Monitoreo Fetal (Fetal Monitoring) - Uso de Sala de Recién Nacidos (Well Baby Nursery) Nota: Estos servicios están incluidos en el copago por admisión hospitalaria que usted paga.	
Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias Controladas	
Refiérase a la Sección Beneficios Cubiertos por Ley para más información. Hospitalizaciones por condiciones mentales Hospitalizaciones Regulares Hospitalización Parcial Terapias electroconvulsivas por condiciones mentales, cubiertas de acuerdo a la necesidad médica justificada y a los estándares de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés)	[PLATA \$300 ORO \$200] \$45 Red [Pocket Network]: \$0 Red [Blue Select Network]: \$0
Servicios Ambulatorios Visitas del paciente a la oficina del psiquiatra o psicólogo (con licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico). Visitas colaterales (familiares inmediatos), incluyendo consejería matrimonial prestada por psiquiatra o psicólogo (con licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico) Visitas para terapia de grupo	[PLATA \$0 SALUS Red [Pocket Network] con Consulta: \$0 Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: \$10 ORO \$0 SALUS Red [Pocket Network] con Consulta: \$0 Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: \$10] [PLATA Red [Pocket Network] con Consulta: \$0 Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: \$10 ORO Red [Pocket Network] con Consulta: \$0 Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: \$10] [PLATA Red [Pocket Network] con Consulta: \$0 Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: \$10 ORO Red [Pocket Network] con Consulta: \$0 Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: \$10]
Otras Evaluaciones Psicológicas	Red [Pocket Network] con Consulta: \$0

Descripción de Beneficios	Lo que Usted Debe Pagar en [ORO, PLATA]
- Evaluación psicológica - Pruebas psicológicas	Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: \$20
Abuso de Sustancias (Drogadicción y Alcoholismo)	
Hospitalizaciones regulares, incluyendo los servicios de detoxificación	[PLATA \$300 ORO \$200] \$45
Hospitalización Parcial	
Visitas a la oficina del psiquiatra o psicólogo (con licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico)	[PLATA \$0 SALUS Red [Pocket Network] con Consulta: \$0 Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: \$10 ORO \$0 SALUS Red [Pocket Network] con Consulta: \$0 Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: \$10]
Visitas colaterales (familiares inmediatos), incluyendo consejería matrimonial prestada por psiquiatra o psicólogo (con licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico)	[PLATA Red [Pocket Network] con Consulta: \$0 Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: \$10 ORO Red [Pocket Network] con Consulta: \$0 Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: \$10]
Visitas para terapia de grupo	[PLATA Red [Pocket Network] con Consulta: \$0 Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: \$10 ORO Red [Pocket Network] con Consulta: \$0 Red [Pocket Network] sin Consulta o Red [Blue Select Network]: \$10]
Tratamiento Residencial: Cubre tratamiento residencial siempre y cuando haya justificación médica, que sea en Puerto Rico y la facilidad tenga las acreditaciones requeridas y el personal para ofrecer el servicio. Requiere preautorización	Red [Pocket Network]: \$100 Red [Blue Select Network]: 50%
Servicios de Ambulancia	
Servicio de Ambulancia Terrestre en Puerto Rico: Este beneficio está cubierto si el paciente fue transportado: - desde la residencia o lugar de la emergencia hacia el hospital o institución de cuidado de enfermería diestra (<i>Skilled Nursing Facilities</i>); - entre hospital y hospital o <i>Skilled Nursing Facility</i>- en casos donde la institución que transfiere o autoriza el alta, no es la apropiada para el servicio cubierto - desde el hospital hasta la residencia, si la condición del paciente dado de alta así lo requiere.	\$0

Descripción de Beneficios	Lo que Usted Debe Pagar en [ORO, PLATA]
entre instituciones de proveedores de servicios de salud en caso de emergencias siquiátricas por ambulancias certificadas por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud. En casos que no sean de emergencia, este beneficio se cubre por reembolso. La persona asegurada paga el costo total y debe enviar la reclamación a Triple-S Salud con el informe médico que incluya el diagnóstico. Triple-S Salud le reembolsa hasta un máximo de \$80.00 por caso. Servicio de ambulancia aérea en Puerto Rico: Sujeto a la necesidad médica del mismo. Refiérase a la Sección Beneficios Cubiertos por Ley para más información.	
Beneficios Adicionales a su Cubierta Esencial	
Teleconsulta MD® Servicio de Telemedicina a través de Teleconsulta MD® . Usted tiene acceso a consultas médicas virtuales por un proveedor participante desde cualquier lugar dentro de la región geográfica de Puerto Rico, con un generalista, médico de familia, internista, pediatra, sicólogo licenciado, entre otras especialidades, ya sea por una dolencia o urgencia menor. Las condiciones que se atienden bajo este servicio son: alergias, bronquitis, infección nasal, malestar estomacal, hipertensión, dolor de garganta, migraña, catarro, náusea, dolor de oído, asma y dolores musculares, entre otras. Usted decide si prefiere coordinar la hora de su consulta y escoger el médico de su preferencia a través de la aplicación o de su computadora. El proveedor puede enviar las recetas a la farmacia participante. También, usted puede compartir los resultados de estudios con el médico. El servicio de telemedicina no sustituye a su médico. Si es una emergencia, es importante que llame al Sistema 9-1-1. Refiérase a la Sección Beneficios Cubiertos por Ley para más información.	\$0
Terapias Alternativas (Triple-S Natural) El programa está disponible sólo a través de proveedores participantes. Para una lista de proveedores participantes, favor referirse al Directorio de Proveedores 2025 en la red [Blue Select Network]. Hasta 6 servicios por año, por persona asegurada e incluye los siguientes tipos de terapia: - Acupuntura Médica - Masaje Terapéutico - Medicina Naturopática - Musicoterapia	\$15
[Programa Natural Fit] Este programa es uno voluntario sin costo adicional a su prima. Para ser elegible, debe hacer lo siguiente: - Completar la evaluación de riesgos para la salud (HRA, <i>Health Risk Assessment</i>) a través de la aplicación Mi Triple-S y - Visitar uno de nuestros Centros Preventivos en el Directorio de Proveedores 2025 en la red [Blue Select Network] para discutir el resultado de la evaluación de riesgos en la visita anual de bienestar. La evaluación de riesgos para la salud (HRA) debe tener vigencia de doce (12) meses; de estar vencido, es requerido que el asegurado complete uno nuevo y lo discuta en una visita anual de bienestar para proceder a solicitar el reembolso.	Plata \$0]

Descripción de Beneficios	Lo que Usted Debe Pagar en [ORO, PLATA]
Los servicios para los que puede solicitar reembolso de hasta \$20 mensuales y hasta un máximo de doce (12) meses, por año póliza, aplicará a uno de los siguientes: • Membresía de un gimnasio registrado en el Departamento de Recreación y Deportes de Puerto Rico • Servicio de entrenador personal, yoga o entrenador personal debidamente certificado y licenciado • Acupuntura, masajes terapéutico o reflexología de un proveedor debidamente certificado y licenciado Para obtener información del proceso para solicitar su reembolso, puede referirse a la sección 5.01 Descripción del Proceso de Tramite para Reembolso. Para más información y conocer cómo acceder la aplicación Mi Triple-S, visite nuestro portal de internet en www.ssspr.com o llame a Servicio al Cliente. Puede encontrar esta información en el Capítulo 1: Cómo Comunicarse con su Plan.	
Seguro de Viaje Internacional suscrito por Triple-S Vida Al suscribirse a Pocket de Triple-S 2025, cada persona asegurada por su contrato que este entre las edades de 6 meses a 84 años quedará suscrito automáticamente a la póliza de Seguro de Viaje Internacional suscrito por Triple-S Vida (TSV). La persona asegurada recibirá su póliza y materiales importantes con su paquete de bienvenida. La póliza Seguro de Viaje Internacional de Triple-S Vida aprobada por la Oficina del Comisionado de Seguros establece los términos y condiciones del seguro. Este seguro ofrece beneficios en caso de accidente o enfermedad mientras usted está de viaje. La persona asegurada debe llamar a la Central de Asistencia especializada en seguro de viaje contratada por Triple-S Vida llamada <i>Continental Assist</i> número: [+1 939-475-1760]. Medio de comunicación con la central de asistencia por medios electrónicos (Sólo para asuntos del Seguro de Viajero Internacional): Whatsapp: [+18602187561]. [https://wa.me/18602187561?text=] Nota: El teléfono se deberá marcar tal cual como aparecen listado arriba. Asimismo, la persona asegurada podrá llamar a través de la operadora internacional del país donde se encuentre, solicitándole dicha llamada por cobro revertido al siguiente teléfono en Estados Unidos de América: [1-786-613-7102]. La persona asegurada en todo caso deberá indicar su nombre, número de póliza de Triple-S Vida, fecha de vigencia, el lugar en que se encuentra, teléfono de contacto y el motivo de la solicitud. Puede presentar una reclamación directamente a Triple-S Vida a través del enlace en el portal de Triple-S Salud: https://salud.grupotriples.com/formularios-de-asegurados/ ; o escribiendo a reembolsos@continentalassist.com; o llamando a los números de teléfonos indicados arriba.	Beneficio multi-viaje con máximo de \$10,000 por año póliza
Emergencias en Estados Unidos o que Sean Preautorizados y Coordinados por Triple-S Salud Porque no Están Disponibles en Puerto Rico	
Emergencias en Estados Unidos Triple-S Salud cubre los servicios médicos en Estados Unidos en casos de emergencia. No se requiere preautorización, pero están sujetos a la corroboración por parte de Triple-S Salud de su necesidad médica. Triple-S Salud cubre los servicios bajo esta póliza basándose en las tarifas que Triple-S Salud recibe del Plan de la red Blue Cross Blue Shield del área, si el proveedor que presta los servicios es uno participante de esta red. Si el proveedor no es participante de esta red, no podrá facturar el exceso y la persona asegurada no será responsable de un pago por los servicios que exceda la cantidad aplicable, si hubiese recibido los	[PLATA: 60% ORO: 50%] \$50 en Clínicas de Urgencia Sanitas en el estado de Florida.

Descripción de Beneficios	Lo que Usted Debe Pagar en [ORO, PLATA]
servicios de un proveedor contratado. Estos servicios se pagarán directamente al proveedor. En estos casos, Triple-S Salud paga: • El por ciento de la tarifa para proveedores no participantes establecida por el plan local de la Blue Cross Blue Shield Association • lo mayor de las siguientes tres cantidades (ajustadas a los costos compartidos de la red de proveedores participantes): tarifa negociada con los proveedores participantes, la cantidad del cargo usual, acostumbrado y razonable (UCR, por sus siglas en inglés), o la cantidad que paga Medicare. La persona asegurada es responsable de pagar el deducible, copago y/o coaseguro aplicable. Los servicios de emergencia que son provistos a la persona asegurada por el médico, hospital o facilidad, pueden ser facturados a través del plan local Blue Cross Blue Shield Association (BCBSA).	
Equipo, Tratamiento y Facilidades no Disponibles en Puerto Rico Triple-S Salud cubre servicios en Estados Unidos solo cuando Triple-S Salud indique que el servicio no está disponible en Puerto Rico y los coordine con un proveedor en Estados Unidos. Para recibir los servicios, es requisito obtener la preautorización de Triple-S Salud antes de su prestación. Si la persona asegurada no recibe una preautorización, tendrá que pagar el costo total y no será elegible para reembolso. Triple-S Salud cubre los servicios bajo esta póliza basándose en las tarifas que recibe del Plan Blue Cross Blue Shield del área si el proveedor que presta los servicios es participante de esta red. Si el proveedor no es participante de esta red, no podrá facturar el exceso y la persona asegurada no será responsable de la cantidad excedente aplicable que si hubiese recibido los servicios de un proveedor contratado. En estos casos, Triple-S Salud paga: • El por ciento de la tarifa para proveedores no participantes establecida por el plan local de la Blue Cross Blue Shield Association • lo mayor de las siguientes tres cantidades (ajustadas a los costos compartidos de la red de proveedores participantes): tarifa negociada con los proveedores participantes, la cantidad del cargo usual, acostumbrado y razonable (UCR, por sus siglas en inglés), o la cantidad que paga Medicare. La persona asegurada es responsable de pagar el deducible, copago y/o coaseguro aplicable. La persona asegurada puede solicitar Asignación de Beneficios si el proveedor no es participante de la Blue Cross Blue Shield Association, sujeto a una preautorización por Triple-S Salud. Al aceptar la Asignación de Beneficios, el proveedor no participante puede facturar a través del plan local por los servicios brindados y cubiertos en esta póliza.	[PLATA: 60% ORO: 50%]

Sección 1.03

Cubierta de Servicios Preventivos

Esta póliza cubre los servicios preventivos requeridos por las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA), Health Resources & Services Administration, Advisory Committee on Immunization Practices de CDC, el Departamento de Salud y según establecidos por el United States Preventive Services Task Force (USPSTF). Estos pueden ser modificados durante el año. Los siguientes servicios de cuidado preventivo, se incluyen en la cubierta médica o de farmacia y no tienen deducible ni costo compartido (\$0 copago o 0% de coaseguro) siempre y cuando sean provistos a través de médicos y proveedores participantes en Puerto Rico. Para la lista actualizada, así como información adicional sobre estos servicios, visite el siguiente enlace en internet: <https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/>.

Preventivos para Adultos

Servicio Preventivo	Indicación
Aneurisma Aórtico Abdominal	Un (1) servicio por ultrasonografía para el cernimiento del aneurisma aórtico abdominal (AAA) en personas aseguradas de 65 a 75 años de edad que hayan sido fumadores en algún momento
Cernimiento para Trastornos de Ansiedad	USPSTF recomienda el cernimiento para trastornos de ansiedad en adultos (64 años de edad o menos), incluyendo personas embarazadas o en postparto.
Cáncer Colorrectal	De acuerdo con la orden administrativa 334 del Departamento de Salud, se cubre un cernimiento anual de cáncer colorrectal mediante prueba de sangre oculta en adultos de 40 años en adelante. Si la persona tiene historial familiar de cáncer colorrectal, el cernimiento anual se realiza mediante la colonoscopia y no por la prueba de sangre oculta. El USPSTF recomienda cernimiento de cáncer colorrectal mediante prueba de sangre oculta, sigmoidoscopia, colonoscopia o prueba serológica en adultos de 45 a 75 años. Los riesgos y beneficios de estos métodos de cernimiento varían. También, USPSTF recomienda una colonoscopia de seguimiento luego de un resultado positivo de una prueba no invasiva. Esta prueba es un cernimiento y los pacientes no tendrán algún gasto de su bolsillo.
Cernimiento de Depresión y Riesgo de Suicidio para adultos	USPSTF recomienda el cernimiento de depresión en la población adulta, incluyendo personas durante su embarazo o post-parto, así como adultos mayores (65 años de edad o más).
Prevención de caídas en adultos mayores: ejercicio o terapia física	Ejercicios y terapia física para prevenir caídas en adultos de 65 años en adelante que están a riesgo de sufrir caídas.
Dieta saludable y actividad física como prevención de enfermedades cardiovasculares en adultos con riesgo cardiovascular	Ofrecer y referir a los adultos con sobrepeso u obesidad y con factores adicionales de riesgo de enfermedad cardiovascular a intervención de consejería conductual intensiva para promover una dieta saludable y actividad física como prevención de enfermedades cardiovasculares.
Cernimiento de infección del virus de Hepatitis B	La USPSTF recomienda el cernimiento de infección del virus de Hepatitis B para adultos con alto riesgo de infección.
Cernimiento de infección del virus de la Hepatitis C: adolescentes y adultos	Detección de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) en adultos de 18 a 79 años.
Cernimiento de hipertensión para personas aseguradas que no tienen un diagnóstico de la condición	Cernimiento de hipertensión para adultos de 18 años en adelante. Se deben obtener las medidas fuera del entorno clínico para confirmar el diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.
Prevención de la Adquisición del VIH: Preexposición Profilaxis: adolescentes y adultos con mayor riesgo de VIH	USPSTF recomienda que los médicos prescriban profilaxis previa a la exposición utilizando terapia antirretroviral a personas que tienen un mayor riesgo de contraer el VIH para disminuir el riesgo de contraer VIH. Consulte la sección Consideraciones de Práctica de USPSTF para obtener más información sobre la identificación de personas con mayor riesgo y sobre terapia antirretroviral eficaz.
Prueba de cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH): adolescentes y adultos que no están en estado de embarazo	Cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) para adultos de 13 a 65 años, así como adolescentes menores y adultos mayores con alto riesgo. Según requerido por la ley núm. 45 de 2016, incluye una prueba de VIH por año como parte de la evaluación médica de rutina, excepto para personas aseguradas durante su embarazo a las cuales les aplican los requisitos del USPSTF.
Inmunización	Vacunas. Las dosis, edades y población recomendada varían: Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes Zoster, Virus de Papiloma Humano, Influenza, Measles, Mumps, Rubella (MMR), Meningococo, Neumococo, Tétano,

Servicio Preventivo	Indicación
	Difteria, Tos Ferina y Varicela, Haemophilus influenza type b. Las vacunas de seguimiento están cubiertas. Vacuna del COVID-19 para personas con 19 años de edad y adultos mayores, de acuerdo a las recomendaciones del <i>Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC)</i> y en acuerdo con el artículo 2.050 © del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. Vacuna Mpox recomendada para cualquier persona con riesgo de infección por Mpox. Vacuna contra el virus sincitial respiratorio (VRS) recomendada para administración estacional durante el embarazo y adultos mayores de 60 años. Consulte las recomendaciones de los CDC.
Detección de infección latente de tuberculosis	El USPSTF recomienda realizar pruebas de detección de infección latente de tuberculosis en poblaciones con mayor riesgo. Ver la Sección "Evaluación de riesgos" de USPSTF para obtener información adicional sobre adultos con mayor riesgo.
Cernimiento de cáncer del pulmón	Cernimiento anual para cáncer del pulmón a través de tomografía computarizada para adultos entre las edades de 50 a 80 años con historial de fumar veinte (20) paquetes al año, que fuma actualmente o haya dejado de fumar durante los últimos 15 años. El cernimiento se discontinuará una vez la persona haya dejado de fumar por 15 años consecutivos o desarrolle un problema de salud que sustancialmente limite la expectativa de vida o la habilidad o probabilidad de tener una cirugía pulmonar para curar la enfermedad.
Cernimiento y consejería de obesidad para adultos	Los médicos pueden ofrecer o referir pacientes que tengan un Índice de Masa Corporal, (BMI por sus siglas en inglés) de 30kg/m2 o más a intervenciones conductuales intensivas de múltiples componentes.
Detección de prediabetes y diabetes tipo 2 en adultos asintomáticos de 35 a 70 años con sobrepeso u obesidad	El USPSTF recomienda la detección de prediabetes y diabetes tipo 2 en adultos de 35 a 70 años que tienen sobrepeso u obesidad. Los médicos deben ofrecer o referir a los pacientes con prediabetes a intervenciones preventivas efectivas.
Enfermedades de transmisión sexual	Consejería conductual intensiva para adolescentes y adultos sexualmente activos con un riesgo alto de contraer enfermedades de transmisión sexual.
Estatinas para prevenir accidentes cardiovasculares en adultos: Medicamentos Preventivos	La USPSTF recomienda prescribir una estatina para la prevención primaria de CVD para los adultos entre las edades de 40 a 75 años quienes tienen uno o más factores de riesgo de CVD (por ejemplo, dislipidemia, diabetes, hipertensión o fumar) y tienen un riesgo estimado de un evento cardiovascular de un 10% o más en 10 años.
Cernimiento de infección de sífilis en adolescentes y adultos que no estén en estado de embarazo	La USPSTF recomienda el cernimiento para la infección de sífilis en personas asintomáticas, que sean adultos o adolescentes que no estén en estado de embarazo y que están en un riesgo elevado de infección.
Cesar el uso de tabaco y medicinas: adultos que no están en estado de embarazo	El USPSTF recomienda que los médicos deben preguntar a todos los adultos sobre el uso del tabaco, aconsejar dejar el tabaco, ofrecer intervenciones de conducta y los medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA). Para aquellos que utilizan los productos para cesar el uso de tabaco, este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la FDA por noventa (90) días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año.
Cernimiento de Tuberculosis: adultos	Cernimiento de infección de tuberculosis en poblaciones de alto riesgo.
Consumo dañino de alcohol: adultos	Cernimiento sobre el consumo dañino de alcohol en lugares de atención primaria en adultos con 18 años o más, incluyendo personas aseguradas en estado de embarazo, proveyéndole breves intervenciones de

Servicio Preventivo	Indicación
	asesoramiento conductual para reducir el consumo de alcohol dañino a las personas involucradas en el consumo riesgoso o peligroso.
Consumo dañino de Drogas en adultos	Cernimiento sobre el consumo dañino de drogas en adultos con 18 años o más proveyéndole breves intervenciones de asesoramiento conductual. El cernimiento debe realizarse cuando los servicios para un diagnóstico preciso, tratamiento efectivo y una atención adecuada pueden ser ofrecidos o referidos.

Preventivos para Adultos, Incluyendo Embarazo

Servicio Preventivo	Indicación
Cernimiento de bacterias en personas embarazadas	El USPSTF recomienda la detección de bacteriuria asintomática utilizando cultivo de orina en personas embarazadas.
BRCA: Evaluación de Riesgo	Los proveedores de atención primaria deben realizar un cernimiento a personas que han tenido familiares con cáncer de seno, ovario, trompas o peritoneal, a través de herramientas diseñadas para identificar historial familiar que pudiera estar asociado con un aumento del riesgo de mutaciones potencialmente perjudiciales en los genes de susceptibilidad al cáncer de seno (BRCA1 o BRCA2). Las personas aseguradas que tengan un resultado positivo deben recibir consejería genética y, si es indicado luego de la consejería, la prueba BRCA.
Cáncer de seno: medicamentos preventivos para reducir riesgo	El USPSTF recomienda que los médicos se ofrezcan el recetar medicamentos para reducir el riesgo, como tamoxifeno, raloxifeno o inhibidores de aromatasa, a mujeres que tienen un mayor riesgo de sufrir cáncer de mama con 35 años o más de edad y con bajo riesgo de sufrir efectos adversos por los medicamentos.
Cernimiento de cáncer de seno	Conforme la Ley Núm. 10 de 3 de enero de 2020 "Ley del Derecho a la Detección Efectiva del Cáncer de Seno" establece que dentro de los beneficios de cuidado preventivo se cubra: • Una mamografía, personas aseguradas entre treinta y cinco (35) y treinta y nueve (39) años. • Una mamografía anual personas aseguradas de cuarenta (40) años o más. • Una mamografía anual, tratamiento de seguimiento o pruebas de diagnóstico suplementarias (MRI/Sonomamografías) personas aseguradas de cuarenta (40) años o más, que tienen senos de tejido clasificado como heterogéneamente denso o extremadamente denso. • Una mamografía anual, tratamiento de seguimiento o pruebas de diagnóstico suplementarias, a las mujeres con alto riesgo de desarrollar cáncer de seno debido a su historial familiar, a su propio historial como paciente de cáncer, a la presencia de marcadores de alto riesgo en su perfil genético o a algún otro factor determinado por su médico.
Lactancia	Servicios integrales de apoyo a la lactancia (que incluyen consultas, asesoramiento, educación por parte de médicos y servicios de apoyo entre pares, y equipos y suministros para la lactancia materna) durante los períodos prenatal, perinatal y posparto para optimizar el inicio y el mantenimiento exitoso de la lactancia materna. Los equipos y suministros para la lactancia materna incluyen, entre otros, extractores de leche eléctricos dobles (incluidas las piezas y el mantenimiento del extracto) y suministros de almacenamiento de leche materna. El acceso a extractores eléctricos dobles debe ser una prioridad para optimizar la lactancia materna y no debe basarse en un fallo previo de un extractor manual. El equipo de lactancia materna también puede incluir equipos y suministros según esté clínicamente indicado para apoyar a las dadas con dificultades de lactancia y a aquellas que necesitan servicios adicionales. No se aplican límites monetarios.

	El equipo y los suministros de lactancia materna no se pueden proporcionar a través de un reembolso o en la cobertura médica mayor opcional
Cernimiento de cáncer cervical	Cernimiento de cáncer cervical en personas aseguradas entre las edades de 21 y 29 años con la prueba de Papanicolaou cada tres (3) años. Para personas aseguradas entre las edades de 30 a 65 años una prueba cada 3 años con citología cervical, cada cinco (5) años con la prueba de alto riesgo para el virus del papiloma humano (hrHPV) o cada cinco (5) años con la prueba hrHPV en combinación con citología.
Cernimiento de clamidia	Cernimiento de clamidia para todas las personas aseguradas durante su embarazo y en personas aseguradas sexualmente activas de 24 años o menos, o mayores que tengan alto riesgo de infección.

Servicio Preventivo	Indicación
Métodos Anticonceptivos	Los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA, procedimientos de esterilización, cernimiento, educación y consejería para todas las personas aseguradas con capacidad reproductiva según prescrito. Se cubre la inserción y remoción de cualquier dispositivo. También se considera parte del cuidado contraceptivo las visitas de seguimiento.
Consejería para un peso saludable y aumento de peso en personas embarazadas	Intervenciones de consejería conductual para adolescentes y adultos dirigidas a promover un aumento de peso saludable y prevenir el aumento excesivo durante el embarazo.
Violencia de pareja, abuso de personas mayores y abuso de Adultos Vulnerables: Cernimiento: mujeres en edad reproductiva	Cernimiento de violencia en la relación íntima de pareja a las personas aseguradas en edad reproductiva, tales como violencia doméstica y ofrecer y referir a las personas que den positivo al cernimiento a los servicios de intervención.
Suplementación con ácido fólico para prevenir defectos del tubo neural: medicina preventiva	Para todas las personas que estén planificando o que pueden quedar embarazadas deben tomar un suplemento diario de ácido fólico de 0.4 a 0.8 mg (400 a 800ug).
Diabetes Mellitus gestacional	La Iniciativa de Servicios Preventivos en la Mujer (WPSI, por sus siglas en inglés), recomienda el cernimiento en mujeres embarazadas con diabetes melitus gestacional (GDM, por sus siglas en inglés) después de 24 semanas de embarazo (preferiblemente entre 24 y 28 semanas de gestación) para prevenir resultados adversos en el alumbramiento. WPSI recomienda el cernimiento en mujeres embarazadas con factores de riesgo a diabetes tipo 2 o GDM antes de las 24 semanas de gestación – idealmente, en la primera visita prenatal.
Cernimiento de gonorrea	Cernimiento de gonorrea en personas sexualmente activas de 24 años o menos, o mayores que tengan alto riesgo de infección.
Cernimiento de Hepatitis B: personas aseguradas embarazadas	Para personas aseguradas embarazadas, cernimiento de infección del virus de Hepatitis B en la primera visita prenatal.
Cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH): Personas aseguradas durante su embarazo	Los médicos deben realizar un cernimiento de HIV a todas las personas embarazadas, incluyendo aquellas que se presentan para el parto y no se han realizado la prueba y que se desconoce su estatus de VIH. Se cubre sin copago para las personas embarazadas las siguientes pruebas: a. Primera prueba de VIH durante el primer trimestre de gestación en la primera visita prenatal, y b. Segunda prueba durante el tercer trimestre de gestación (entre las 28 y 34 semanas de embarazo).
Cernimiento para la Infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	• Todas las mujeres adolescentes y adultas, mayores de 15 años, se someten a una prueba de detección del VIH al menos una vez durante su vida. • Las pruebas de detección más tempranas o adicionales deben basarse en el riesgo, y una nueva prueba de detección anual o más frecuente puede ser adecuada a partir de los 13 años para mujeres adolescentes y adultas con un mayor riesgo de infección por VIH. • Evaluación de riesgos y educación para la prevención de la infección por el VIH a partir de los 13 años y continuando según lo determine el riesgo. • Se recomienda una prueba de detección del VIH para todas las mujeres embarazadas al iniciar la atención prenatal con una nueva prueba durante el embarazo en función de los factores de riesgo. • Se recomienda la prueba rápida de VIH para las mujeres embarazadas que se presentan en trabajo de parto activo con un estado de VIH indocumentado. La detección durante el embarazo permite la prevención de la transmisión vertical.

Servicio Preventivo	Indicación
Prevención de la obesidad en mujeres de mediana edad.	Asesoramiento a mujeres de mediana edad de 40 a 60 años con índice de masa corporal (IMC) normal o con sobrepeso (18,5-29,9 kg/m ²) para mantener el peso o limitar el aumento de peso para prevenir la obesidad. La consejería puede incluir una discusión individualizada sobre alimentación saludable y actividad física.
Asesoramiento y Cernimiento del virus de la inmunodeficiencia humana	Asesoramiento anual y cernimiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana para todas las mujeres sexualmente activas.
Cernimiento Osteoporosis: personas aseguradas postmenopáusicas menores de 65 años en mayor riesgo de osteoporosis	Cernimiento para osteoporosis con prueba de densidad de hueso para prevenir fracturas osteoporóticas en personas aseguradas postmenopáusicas menores de 65 años que están en mayor riesgo de osteoporosis, según sea determinado por alguna herramienta clínica formal de evaluación de riesgo.
Cernimiento osteoporosis: personas aseguradas de 65 años o más	Cernimiento para osteoporosis con prueba de densidad de hueso para prevenir fracturas osteoporóticas en personas aseguradas de 65 años o más.
Depresión Perinatal: consejería e intervención	Se recomienda al personal clínico proveer consejería intervencional o referir personas aseguradas en estado de embarazo o personas aseguradas luego del parto en riesgo de depresión perinatal.
Prevención de preclamsia: aspirina	Uso de aspirina de dosis baja (81mg/d) como medicamento preventivo después de las 12 semanas de gestación en personas aseguradas con alto riesgo de preclamsia.
Trastornos hipertensivos del embarazo personas embarazadas asintomáticas	Cernimiento de preclamsia para personas durante su embarazo, con mediciones de presión arterial durante todo el embarazo.
Cernimiento incompatibilidad Rh(D)	Pruebas del tipo de sangre Rh(D) y de anticuerpos para todas las personas aseguradas durante su embarazo en la primera consulta prenatal. Incluye repetir la prueba de anticuerpos a personas aseguradas durante su embarazo con pruebas RH(D) negativo no sensibilizado entre las 24 a 28 semanas de gestación, a menos que el padre biológico sea Rh(D) negativo.
Exámenes de detección de ansiedad	La Iniciativa de Servicios Preventivos para La Mujer recomienda la detección de ansiedad en mujeres adolescentes y adultas, incluyendo las que están embarazadas o posparto. Se desconocen los intervalos óptimos de detección y se debe utilizar el juicio clínico para determinar la frecuencia de la evaluación. Dada la alta prevalencia de trastornos de ansiedad, la falta de reconocimiento en la práctica clínica y múltiples problemas asociados con la ansiedad no tratada, los médicos deben considerar la detección de mujeres que no han sido examinadas recientemente.
Cernimiento de diabetes mellitus después del embarazo	La Iniciativa de Servicios Preventivos para Mujeres (WPSI, por sus siglas en inglés) recomienda la detección del tipo 2 diabetes en mujeres con antecedentes de diabetes mellitus gestacional (DMG, por sus siglas en inglés) que actualmente no están embarazadas y que no hayan sido diagnosticadas previamente con diabetes tipo 2. Pruebas iniciales, idealmente, deben ocurrir dentro del primer año posparto y puede realizarse tan pronto como 4-6 semanas posparto. Mujeres que no fueron examinadas en el primer año posparto o aquellas con resultado inicial negativo, el resultado de la prueba de detección posparto debe evaluarse al menos cada 3 años durante un mínimo de 10 años después del embarazo. Para aquellas con un resultado positivo en la prueba de detección en el periodo temprano de posparto, la prueba debe repetirse al menos 6 meses después del parto para confirmar el diagnóstico de diabetes independientemente del tipo de prueba inicial (por ejemplo, glucosa plasmática en ayunas, hemoglobina A1C, prueba de tolerancia a la glucosa). La repetición de

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

Preventivos para Menores de Edad

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

Servicio Preventivo	Indicación
Anemia/Hierro	Realizar evaluación de riesgos o pruebas de detección según corresponda, según las recomendaciones en la edición actual de la AAP Pediatric Nutrition: Policy of the American Academy of Pediatrics (Capítulo de hierro). Suplemento de hierro para menores de 4 meses a 21 años que tengan riesgo de anemia.
Ansiedad en niños y adolescentes: Cernimiento: niños y adolescentes entre las edades de 8 a 18 años	La USPSTF recomienda el cernimiento para la ansiedad en niños y adolescentes entre las edades de 8 a 18 años.
Cernimiento de Autismo	Para menores de edad entre 18 y 24 meses.
Cernimiento de comportamiento, social y emocional	La Academia Americana de Pediatría (AAP, por sus siglas en inglés), recomienda una evaluación anual desde recién nacido hasta los 21 años.
Cernimiento de bilirrubina	Cernimiento para recién nacidos.
Presión arterial	Cernimiento para menores: 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-17 años.
Análisis de sangre	Cernimiento para recién nacidos.
Desplazamiento cervical	Cernimiento para personas aseguradas sexualmente activas.
Cernimiento de depresión y riesgo de suicidio en niños y adolescentes	La Academia Americana de Pediatría (AAP, por sus siglas en inglés) y la USPSTF recomienda el cernimiento para el trastorno de depresión mayor (MDD, por sus siglas en inglés) en adolescentes entre las edades de 12 a 21 años.
Cernimiento de desarrollo y vigilancia	Cernimiento para menores de 3 años y vigilancia durante toda la niñez.
Dislipidemia	Cernimiento para menores, una vez entre 9 y 11 años y una vez entre 17 y 21 años. Cernimiento para menores de edad a riesgo de desórdenes de lípidos. Edades: 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-17 años.
Profilaxis ocular para gonorrea: medicamento preventivo	Medicamento tópico ocular para la prevención de Gonorrea en recién nacidos.
Audición	Cernimiento de audición para todos los recién nacidos y para menores una vez entre 11-14 años, una vez entre 15-17 años y una vez entre 18-21 años.
Crecimiento de estatura, peso e índice de masa corporal	Cernimiento para los menores. Edades 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-17 años.
Cernimiento hematocrito o de hemoglobina	Cernimiento para todos los menores de edad cuando exista un factor de riesgo.
Enfermedad de célula falciforme (hemoglobinopatías)	Cernimiento de enfermedad de células falciformes en recién nacidos.
Cernimiento de infección del virus Hepatitis B	La USPSTF y la Academia Americana de Pediatría (AAP, por sus siglas en inglés), recomienda el cernimiento para la infección con el virus de hepatitis B (HBV, por sus siglas en inglés), en recién nacidos hasta la adultés temprana (21 años de edad) que están en alto riesgo de infección.
Hipotiroidismo	Cernimiento de hipotiroidismo congénito para recién nacidos.
Vacunas	Vacunas recomendadas desde el nacimiento hasta los 21 años. Las dosis, edades y población recomendadas varían: Difteria, Tétano, Tos Ferina, Haemophilus Influenza B, Hepatitis A, Hepatitis B, Virus del Papiloma Humano (HPV), Poliovirus inactivo, Influenza, Measles, Mumps, Rubella (MMR), Meningococo, Neumococo, Rotavirus y Varicela. Las vacunas de seguimiento están cubiertas. HPV comienza desde los 9 años en menores y adolescentes con historial de abuso sexual o asalto quienes no han iniciado o completado las 3 dosis (recomendación <i>Advisory Committee on Immunization Practices</i>)

Servicio Preventivo	Indicación
	(ACIP)) Vacuna contra COVID-19 como parte de la inmunización preventiva para infantes y niños a partir de 6 meses hasta los 12 años y adolescentes de 13 a 18 años de acuerdo a las recomendaciones del <i>Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC)</i> y en acuerdo con el artículo 2.050 © del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. Vacuna contra el dengue para niños de 9 a 16 años que viven en áreas endémicas de dengue y tienen confirmación de laboratorio de infección previa por dengue: serie de 3 dosis administradas a las 0, 6 y 12 meses según las recomendaciones del Comité Asesor en Inmunización Practices (ACIP) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Vacuna Mpox recomendada para personas de 18 años con riesgo de infección por Mpox. Vacunación contra el virus sincitial respiratorio para jóvenes embarazadas de 11 a 12 años hasta los 18 años. 1 dosis de vacuna materna RSV durante las semanas 32 a 36 de embarazo, administrada entre septiembre a enero. Abrysvo es la única vacuna contra el VRS recomendada durante el embarazo. Consulte las recomendaciones de los CDC. Se recomienda la vacunación contra el virus sincitial respiratorio: 1 dosis de nirsevimab para todos los infantes de 8 meses y menos nacidos durante o entrando en su primera temporada del virus sincitial respiratorio. 1 dosis de nirsevimab para bebés y niños de 8 a 19 meses que tienen un mayor riesgo de sufrir del virus sincitial respiratorio grave enfermedad y entrando en su segunda temporada de RSV. Consulte las recomendaciones de los CDC.
Plomo	Cernimiento a menores de edad de 1 a 6 años con alta concentración de plomo en la sangre, quienes tienen un riesgo promedio o elevado y a personas aseguradas durante su embarazo que no tengan síntomas.
Depresión maternal	Cernimiento para madres de recién nacidos en las visitas de 1, 2, 4 y 6 meses.
Historial médico	Para todo menor de edad durante el desarrollo de 0 a 21 años.
Cernimiento de obesidad en menores y adolescentes	Para menores y adolescentes de 6 años en adelante, intervenciones intensas comprehensivas de comportamiento para promover u n mejoramiento en el peso del menor.
Salud oral	Evaluación de riesgo para menores de 0 a 11 meses, 1 a 4 años y 5 a 10 años.
Cernimiento fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) en recién nacidos	Fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) en recién nacidos.
Prevención de caries dentales en niños menores de 5 años: Cernimiento e intervenciones: niños menores de 5 años	La USPSTF recomienda que los médicos de cuidado primario prescriban suplementos orales de fluoruro desde la edad de 6 meses para niños cuyo suprido de agua sea deficiente en fluoruro. De igual forma, la Academia Americana de Pediatría (AAP, por sus siglas en inglés), recomienda que, si la fuente primaria de agua es deficiente en fluoruro, se debe considerar suplementar con fluoruro oral. La USPSTF recomienda que los médicos de cuidado primario apliquen barniz de fluoruro a los dientes primarios de todos los infantes y niños comenzando en la edad de erupción de dientes primarios. Una vez el

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

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:

Sección 1.04 Cubierto Estándar de Vacunas para Menores de Edad, Adolescentes y Adultos

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

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

Vacunas cubiertas con \$ 0 copago:

- Hib-HepB
- ROTA- Rotavirus Vaccine
- ROTA- Rotavirus Vaccine, human – Rotarix
- IPV- Inactivated Poliovirus Vaccine – injectable
- Hib- Haemophilus Influenza B Vaccine
- Menomune- Meningococcal Polysaccharide Vaccine
- MCV- Meningococcal Conjugate Vaccine – Menactra y Menveo
- PPV- Pneumococcal Polysaccharide Vaccine
- FLU- Influenza Virus Vaccine
- PCV- Pneumococcal Conjugate Vaccine - Prevnar 13
- DTaP- Diphtheria, Tetanus Toxoid and Acellular Pertussis Vaccine
- DT- Diphtheria, Tetanus Toxoid
- HPV*- Human Papilloma Virus (Gardasil, Cervarix, 9vHPV)
- Tdap- Tetanus, Diphtheria and Acellular Pertussis

- Zoster- Shingrix
- MMR- Measles, Mumps and Rubella Vaccine
- VAR- Varicella Virus Vaccine
- HEP A Hepatitis A Vaccine
- HEP A-HEP B Hepatitis A and Hepatitis B Vaccine
- Td- Tetanus and Diphtheria Toxoid Adsorbed
- HEP B- Hepatitis B Vaccine
- Meningococcal B
- Pentacel
- DtaP-IPV-HEP B (Pediarix)
- Kinrix
- Dengue**
- Prevnar 20
- COVID

Vacunas cubiertas con coaseguro. La persona asegurada es responsable de pagar el coaseguro establecido en la Sección 1.02 de este Capítulo.

- Inmunoprofilaxis para el virus sincitial respiratorio (Synagis, Palivizumab)- **Requiere preautorización** siguiendo el protocolo establecido por Triple-S Salud.

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

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

Nota: Para una versión actualizada, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente. Se cumple con la Orden Administrativa Núm. 2023-579 del Departamento de Salud, la ley núm. 101 del 30 de agosto de 2023.

SECCIÓN 2 Beneficio de Farmacia

Sección 2.01 Información General

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 el Formulario 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 genérico y la diferencia en costo entre el medicamento de marca y el genérico.

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

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

que su uso es contraindicado para el tratamiento de la indicación para la cual se prescribe. Además, incluye los servicios médicamente necesarios que estén asociados con la administración del medicamento.

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 el Formulario de Medicamentos que especifique dicha receta; y no efectúa cargo ni cobrará cantidad alguna a la persona asegurada que resulte en exceso de lo establecido en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros que aparece al final de esta sección. 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 cubierto 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 el Formulario 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 con 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 el [Formulario de Medicamentos Select] el cual es aprobado por 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 el Formulario de Medicamentos y aprueba cambios durante el año póliza de acuerdo a lo siguiente:

- a) Todo medicamento nuevo que salga al mercado durante la vigencia de esta póliza será evaluado en un término no mayor de 90 días luego de su aprobación por la FDA para determinar si se incluye en el Formulario de Medicamentos.
- b) 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 el Formulario 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 treinta (30) días de antelación a la fecha de efectividad

Descripción del Beneficio de Farmacia

Esta póliza cuenta con la [Red de Farmacia Better Value 2025] y el [Formulario de Medicamentos Select 2025] y se requiere una receta médica para el despacho de medicamentos.

Están cubiertos los medicamentos genéricos, marca preferidos, marca no preferidos, productos especializados preferidos y productos especializados no preferidos incluidos en el Formulario de Medicamentos que contengan en su etiqueta 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) incluidos en la Lista de OTC del Formulario de Medicamentos que aplica a esta póliza

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)*, según establecidos por el *United States Preventive Services Task Force (USPSTF)* y por Health Resources and Services Administration (HRSA). Solo se cubrirán los medicamentos preventivos incluidos en el Formulario 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:

- Métodos anticonceptivos – Solo se cubrirán los medicamentos aprobados por FDA e incluidos en la lista de Anticonceptivos en el Formulario 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)*. Aplica \$0 copago a los servicios que son parte integral del servicio preventivo brindado. El genérico se cubrirá como única opción excepto en las categorías donde no exista en el mercado la versión genérica. Métodos anticonceptivos que no estén en el formulario de medicamentos de esta póliza, serán evaluados por el proceso de excepción médica y estarán cubiertos con \$0 copago cuando sea médicamente necesario y determinado por su médico.
- 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.
- Estatinas para prevenir accidentes cardiovasculares: dosis baja o moderada de estatinas para adultos entre las edades de 40 a 75 años sin historial de enfermedad cardiovascular que tengan uno o más factores de riesgo (dislipidemia, diabetes, hipertensión o fumar) y un riesgo calculado de 10 años de tener un evento cardiovascular de 10% o más. Se cubren los genéricos de Simvastatin 5, 10, 20 y 40 mg; Atorvastatin 10 y 20 mg, Pravastatin 10, 20, 40 y 80 mg, Rosuvastatin 5 y 10 mg; Lovastatin 10, 20 y 40 mg y Fluvastatin 20 y 40 mg.
- Prevención de cáncer colorrectal: recetas de gastroenterólogos de preparaciones intestinales para procedimiento de colonoscopia en adultos de 50 años o más solo se cubrirán los siguientes medicamentos con leyenda: Na Sulfate-K Sulfate-Mg Sulf Oral Solution 17.5-3.13-1.6 GM/177ML (genérico de Suprep) y PEG (polyethylene Glycol).
- Medicamentos para Profilaxis Pre-Exposición para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV PrEP) Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil Fumarate 200mg/300mg, éste requiere preautorización para validación de diagnóstico. Solo estará cubierto la tableta genérica bioequivalente.
- Para más información sobre los medicamentos preventivos a los que aplican estas disposiciones de ley, puede acceder el siguiente enlace: [<http://www.healthcare.gov/center/regulations/prevention.html>.]
- Este plan cubre los medicamentos con leyenda federal para cumplir con la Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las Personas con Autismo (conocida como Ley BIDA), sujeto a los copagos y coaseguros establecidos en 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 medicamento de mantenimiento es provista conforme a la receta original y hasta cinco (5) repeticiones, todas con abastecimiento de 30 días, para un total de 180 días de suplido por receta. El médico tiene que indicar en la receta la cantidad de repeticiones y podrá obtenerlas en un periodo de un año desde la fecha original de la receta.

El abastecimiento de noventa (90) días aplica a algunos medicamentos de mantenimiento, como medicamentos para Hipertensión, Diabetes (insulina y tabletas orales), Tiroides, Colesterol, Epilepsia (Anticonvulsivos), Estrógeno, Alzheimer (no aplican los parchos), Parkinson, Osteoporosis, Próstata, Inhibidores de aromatasa, Anti-Estrógenos, Asma (tabletas y líquido, excluye inhaladores y nebulizador) y Anticoagulantes (excluye warfarina); despachados a través de los programas de Envío de Medicamentos por Correo, envío de medicamentos a través de Triple-S en casa o el Despacho de Medicamentos para 90 días en Farmacias. No aplica a los Productos Especializados en los Niveles 4 y 5.

Sección 2.02 Procedimientos de Manejo

Guías de Referencia

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, el Formulario 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.

- Medicamentos que requieren preautorización (PA):** Ciertos medicamentos necesitan una preautorización para ser obtenidos por el paciente. Los mismos se identifican en el Formulario 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 [\$1,500] 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.

- Medicamentos que requieren terapia escalonada (ST):** 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. 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.
- 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.
- 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.
- Límites de edad (AL, por sus siglas en inglés):** En el Formulario 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:
 - o Coordinación del cuidado del paciente con su médico
 - o Educación personalizada al paciente y cuidadores de acuerdo con la condición
 - o Manejo y coordinación de pre-autorización de los medicamentos
 - o Seguimiento de signos y síntomas de la condición
 - o Seguimiento de adherencia a la terapia
 - o Utilización apropiada de medicamentos
 - o Optimización de dosis
 - o Interacciones droga-droga
 - o Manejo de efectos secundarios
 - o Coordinación de repeticiones
 - o Asistencia a través de personal especializado en su condición
 - o Facilidad de entrega de medicamentos en el lugar de preferencia del paciente
 - o Acceso a personal farmacéutico 24 horas al día, los 7 días de la semana
 - o Material educativo sobre su condición

Para información sobre las farmacias participantes de la Red de Farmacias Especializadas, favor referirse al Directorio de Proveedores 2025 en la red [Blue Select Network], 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 el Formulario de Medicamentos para más información.

- g. **Programa de Triple-S en Casa:** Triple-S en Casa es un servicio de entrega de medicamentos recetados no especializados que se ofrece exclusivamente a los asegurados de Triple-S Salud con beneficio de farmacia. Este servicio está diseñado para mejorar la experiencia del paciente mientras simplifica la dispensación de sus recetas y manejo de medicamentos. Tendrá acceso al Programa registrándose al servicio, a través de la aplicación móvil Triple-S en Casa. Aceptamos recetas electrónicas enviadas por su médico o recetas impresas enviadas a través de la aplicación. Puede optar por recibir los medicamentos directamente en su hogar, oficina o alguna otra dirección de su elección. Se hacen entregas en todos los municipios de Puerto Rico excepto Vieques y Culebra." El Programa de Triple-S en Casa no tiene un costo adicional; el copago o coaseguro del medicamento será el correspondiente al beneficio de farmacia.

Sección 2.03	Estructura del Beneficio de Farmacia y Despacho de Medicamentos
---------------------	--

Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros al final de esta sección para conocer su responsabilidad de pago según su plan.

Abastecimiento para 30 días:

- Nivel 1 - Medicamentos Genéricos
- Nivel 2 - Medicamentos de Marca Preferidos
- Nivel 3 - Medicamentos de Marca No Preferidos
- Nivel 4 - Productos Especializados Preferidos
- Nivel 5 - Productos Especializados No Preferidos
- Quimioterapia oral
- Lista de medicamentos *Over-The-Counter*.

Medicamentos requeridos por ley federal, incluyendo los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico, están limitados a los que se encuentran en el Formulario de Medicamentos.

Sección 2.04	Programas para el Sumido Extendido de Medicamentos de Mantenimiento a 90 días
---------------------	--

Triple-S Salud ofrece programas para el despacho de 90 días en algunos medicamentos de

mantenimiento. Los medicamentos de mantenimiento aplican para las siguientes condiciones: Hipertensión, Diabetes (insulina y tabletas orales), Tiroides, Colesterol, Epilepsia (Anticonvulsivos), Estrógeno, Alzheimer (no aplican los parchos), Parkinson, Osteoporosis, Próstata, Inhibidores de aromatasa, Anti-Estrógenos, Asma (tabletas y líquido, excluye inhaladores y nebulizador) y Anticoagulantes (excluye warfarina). No aplica a los productos especializados. Las personas aseguradas de Triple-S Salud tienen la flexibilidad de seleccionar la opción de preferencia para el recibo de algunos medicamentos de mantenimiento a través de: las farmacias participantes o en la comodidad de su hogar registrándose en el Programa de Farmacia de Triple-S Salud por correo.

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.

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

Abastecimiento para 90 días

- Nivel 1 - Medicamentos Genéricos
- Nivel 2 - Medicamentos de Marca Preferidos
- Nivel 3 - Medicamentos de Marca No Preferidos
- Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo los anticonceptivos orales aprobados por la FDA con receta del médico.

*Favor referirse a el Formulario de Medicamentos [Select]

Sección 2.05 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 el Formulario 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.

Sección 2.06 Procedimiento de Trámite de Preautorizaciones para Medicamentos

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

1. Evaluar la documentación recibida
2. De no recibirse la información clínica requerida, se solicitará al médico, persona asegurada o farmacia
3. Notificarle su determinación

Al momento de Triple-S Salud recibir una petición de preautorización de un medicamento de parte de una farmacia, médico o persona asegurada, Triple-S Salud evalúa toda la documentación recibida.

Si faltara alguna información clínica de parte de la persona asegurada, farmacia o médico, Triple-S Salud envía una notificación a la persona asegurada, farmacia o médico, la cual indica que tiene 5 días calendario para proveer la información clínica faltante.

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

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

Sección 2.07 Proceso de Excepción al Formulario 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 nuestro Formulario de Medicamentos y no sea una exclusión.
- Cubrir su medicamento que ha sido o será descontinuado del Formulario de Medicamentos por motivos que no sean de salud o porque el manufacturero no puede suplirlo o lo haya retirado del mercado.
- Una excepción de manejo que implica que el medicamento recetado no está cubierto hasta que se cumpla con el requisito de terapia escalonada o que tenga un límite en la cantidad permitida.
- Una excepción de terapia duplicada si existe un cambio de dosis o le recetan otro de la misma categoría terapéutica.

Proceso de Petición de Excepción

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 relacionado con el medicamento objeto de la solicitud
- Razón por la cual no puede utilizar ningún medicamento de receta en el Formulario 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 el Formulario 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.

Procesamiento de Petición de Excepción

1. Al recibir una solicitud de excepción médica, Triple-S Salud se asegurará de que sea revisada por profesionales de la salud adecuados, dependiendo de la condición de salud para la cual se solicita la excepción médica, 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, científica sólida; y las guías de práctica pertinentes a tenor con las leyes estatales, federales y reglamentos correspondientes; y siempre y cuando el servicio provisto sea reconocido por las normas generalmente aceptadas de la práctica médica y de la salud, a la luz de los medios modernos de comunicación y enseñanza.
2. Los profesionales de la salud designados por Triple-S Salud para revisar las solicitudes de excepción médica, se asegurarán de que las determinaciones tomadas correspondan a los beneficios y exclusiones que se disponen en el plan médico de la persona asegurada. Estos profesionales deberán poseer experiencia en el manejo de medicamentos. Las referidas determinaciones deberán constar en un informe en el cual se hará constar las cualificaciones de los profesionales de la salud que hicieron la determinación.
3. Triple-S Salud tomará la determinación de la solicitud presentada y notificará a la persona asegurada o su representante personal con la premura que requiere la condición médica pero no más tarde de 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, facsímil o algún otro medio electrónico.
 - En caso de que la persona asegurada sea la que sometió la petición, y se requiera información clínica adicional para completar la evaluación del medicamento, se contacta a la persona asegurada mediante llamada telefónica, se le indica la información clínica 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 clínica 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 el Formulario 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.
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 del Formulario de Medicamentos, preautorización, terapia escalonada, límite de cantidad, terapia duplicada, uso no aprobado por la FDA, incluye:
- a. Las razones específicas de la denegación;
 - b. Referencias a la evidencia o documentación, las cuales incluyen los criterios de revisión clínica y las guías de práctica, así como la evidencia clínica, médica y científica consideradas al denegar la solicitud;
 - c. Instrucciones sobre cómo solicitar una declaración escrita de la justificación clínica, médica o científica de la denegación;
 - d. Descripción del proceso y procedimientos para presentar una solicitud de apelación para la denegación

Sección 2.08 Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros	
FARMACIA – A través de la Red de Farmacias Better Value	Lo que Usted Debe Pagar en Pocket [PLATA, ORO]
Aplica Formulario de Medicamentos [Select]	[Sí]
Deducible inicial, no aplica a los medicamentos clasificados como preventivos por ley federal	No aplica deducible
1er nivel de cubierta por persona	[Plata: \$1,000 Oro: \$2,000]
Copagos o coaseguros en el primer nivel de cubierta para 30 días	
Nivel 1 – Medicamentos Genéricos	[Plata: \$10 (\$0 Triple-S En Casa) Oro: \$5 (\$0 Triple-S En Casa)]
Nivel 2 – Medicamentos de Marca Preferidos	[Plata: 60% min \$20 Oro: 35% min \$20]
Nivel 3 – Medicamentos de Marca No Preferidos	[Plata: 60% min \$25 Oro: 50% min \$30]
Nivel 4 – Productos Especializados Preferidos	[Plata: 80% Oro: 75%]
Nivel 5 – Productos Especializados No Preferidos	[Plata: 80% Oro: 75%]
Quimioterapia oral	30%
Medicamentos requeridos por ley federal (incluyendo los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico)	\$0
Programa de medicamentos <i>Over The Counter</i> (OTC)	\$1
Coaseguro luego del primer nivel de cubierta	[Plata: 90% Oro: 80%]
Programa de Medicamentos Por Correo o Suministro de 90 días	

Nivel 1 – Medicamentos Genéricos	[Plata: \$20 Oro: \$10]
Nivel 2 – Medicamentos de Marca Preferidos	[Plata: 45% min \$40 Oro: 27% min \$40]
Nivel 3 – Medicamentos de Marca No Preferidos	[Plata: 45% min \$50 Oro: 38% min \$60]
Nivel 4 – Productos Especializados Preferidos	No aplica
Nivel 5 – Productos Especializados No Preferidos	No aplica
Algunas quimioterapias orales*	[Plata: 30% Oro: 30%]
Medicamentos requeridos por ley federal (incluyendo los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico)	[Plata: \$0 Oro: \$0]
Programa de medicamentos <i>Over The Counter</i> (OTC)	No aplica
Coaseguro luego del primer nivel de cubierta	[Plata: 90% Oro: 80%]

* Para información, favor referirse a el Formulario de Medicamentos

SECCIÓN 3 Beneficios Dentales

Sección 3.01 Información General

El beneficio dental está diseñado para proveer los servicios dentales que sean necesarios y en cumplimiento con las leyes.

En cumplimiento con la Ley Núm. 352 de 22 de diciembre de 1999, esta póliza cubre la anestesia general y los servicios de hospitalización requeridos para determinados casos de procedimientos dentales cubiertos para menores de edad, adolescentes o personas con impedimentos físicos o mentales, según los siguientes criterios establecidos en esta ley:

- Cuando un dentista pediátrico, un cirujano oral o maxilofacial miembro de la facultad médica de un hospital, licenciado por el Gobierno de Puerto Rico, conforme a la Ley Núm. 75 de 8 de agosto de 1925, según enmendada, determine que la condición o padecimiento del paciente es significativamente compleja conforme a los criterios establecidos por la Academia Americana de Odontología Pediátrica.
- Cuando el paciente por razón de edad, impedimento o incapacidad está imposibilitado de resistir o tolerar dolor, o cooperar con el tratamiento indicado en los procedimientos dentales;
- Cuando el infante, menor de edad, adolescente o persona asegurada con impedimento físico o mental tenga una condición médica en que sea indispensable llevar a cabo el tratamiento dental bajo anestesia general en un centro quirúrgico ambulatorio o en el hospital, que de otra forma podría representar un riesgo significativo a la salud del paciente;
- Cuando la anestesia local sea inefectiva o contraindicada por motivo de una infección aguda, variación anatómica o condición alérgica;
- Cuando el paciente sea un infante, menor de edad, adolescente, persona con impedimento físico o mental, y se encuentre en estado de temor o ansiedad que impida llevar a cabo el tratamiento dental bajo los procedimientos de uso tradicional de tratamientos dentales y su condición sea de tal magnitud, que el posponer o diferir el tratamiento resultaría en dolor, infección, pérdida de dientes o morbilidad dental;
- Cuando un paciente haya recibido un trauma dental extenso o severo donde el uso de anestesia local comprometería la calidad de los servicios o sería inefectiva para manejar el dolor y aprehensión.

Este servicio **requiere predeterminación** y aplican los copagos y coaseguros correspondientes a su cubierta. Los siguientes documentos deben ser enviados a Triple-S Salud para la evaluación correspondiente:

- Diagnóstico de la persona asegurada
- Condición médica de la persona asegurada
- Razones que justifican que la persona asegurada reciba anestesia general para realizar el tratamiento dental de acuerdo a los criterios establecidos previamente.

Triple-S Salud tiene hasta dos (2) días laborables a partir de la fecha en que se reciban los documentos para aprobar o denegar la solicitud.

Sección 3.02 Servicios Diagnósticos y Preventivos

1. Evaluación comprensiva inicial (evaluación inicial en pacientes nuevos) hasta uno (1) cada tres (3) años. (por dentista/ oficina de la misma especialidad).
2. Evaluación periódica de rutina (evaluación y seguimiento), de emergencia y profilaxis dentales (limpieza) hasta dos (2) por año póliza cada uno, por persona asegurada, a intervalos de no menos de seis (6) meses desde la última fecha de servicio.
3. Las radiografías periapicales individuales se cubren hasta seis (6) por año póliza, por persona asegurada.
4. Imágenes radiográficas de mordida "bitewings" (una, dos) hasta (1) par por año póliza, por persona asegurada.
5. Aplicación (tópica) de barniz de fluoruro a menores de 5 años de edad, hasta (2) por año póliza a un intervalo no menos de seis (6) meses. (fluoruro de barniz o fluoruro tópico uno o el otro, no ambos)
6. Aplicaciones (tópicas) de fluoruro a menores de diecinueve (19) años de edad hasta (2) por año póliza a un intervalo no menos de seis (6) meses.

7. Aplicaciones (tópicas) de fluoruro sólo para adultos con condiciones especiales hasta (2) por año póliza a un intervalo no menos de seis (6) meses.

Sección 3.03 PREDETERMINACIÓN DE SERVICIOS

Cuando la persona asegurada utilice los servicios de dentistas participantes, éstos se encargan de solicitar la predeterminación de Triple-S Salud, antes de prestar los servicios mencionados.

Sección 3.04 Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros

Beneficios Dentales

Servicios Diagnósticos y Preventivos	\$0.00
--------------------------------------	--------

SECCIÓN 4 Beneficios Cubiertos por Ley

Emergencias siquiátricas	En cumplimiento con la Ley Núm. 183 del 6 de agosto de 2008, las emergencias siquiátricas estarán cubiertas, así como la transportación entre instituciones proveedoras de servicios de salud incluyendo ambulancias que estén certificadas por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud conforme lo establece el último párrafo del artículo 4.20 (b) de la Ley Núm. 183 de 6 de agosto de 2008.
Pruebas de Cernimiento	En cumplimiento con la Ley Núm. 218 del 30 de agosto de 2012, se cubren las pruebas de cernimiento para Cáncer, Presión Alta y Colesterol, Diabetes, Osteoporosis y Enfermedades de Transmisión Sexual, entre otras, según establecidas por Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, por sus siglas en inglés).
Cernimiento y tratamiento depresión postparto	De conformidad con la Ley Núm. 101 de 30 de agosto de 2023, esta póliza cubre el cernimiento y tratamiento físico y emocional de las personas aseguradas que tengan síntomas de depresión preparto y postparto o que sean identificadas o referidas a profesionales o instituciones de salud emocional como pacientes en riesgo.
Cuidado para madres y recién nacidos durante el periodo post-parto	En cumplimiento con la Ley Núm. 248 de 15 de agosto de 1999, Ley para Garantizar un Cuidado Adecuado para las Madres y sus Recién Nacidos Durante el Periodo Post-Parto: - No se limitan las estadías de la madre o el recién nacido, que son consecuencia de un parto, a menos de 48 horas en caso de parto natural o menos de 96 horas en caso de partos por cesáreas. - Las aseguradoras pueden, sin embargo, cubrir estadías menores a estos periodos, si el médico, luego de consultar a la madre, ordena el alta de la madre o el recién nacido antes de cumplirse los términos indicados anteriormente. - Si la madre y el recién nacido son dados de alta en un periodo de tiempo menor al dispuesto en el inciso (a) de este artículo, pero de conformidad con el inciso (b), la cubierta provee para una visita de seguimiento dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes. Los servicios 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 diseñan beneficios o incluyen copagos o coaseguros que impliquen un trato desfavorable a alguna porción de la estadía hospitalaria. - Además, la ley no permite requerir preautorización para estadías que están dentro de las disposiciones de la ley. Sin embargo, la ley permite que se requiera una preautorización para utilizar algunos proveedores o para reducir los desembolsos en que pueda incurrir una persona

	asegurada. Triple-S Salud no requiera esta preautorización.
Cernimiento para menores de edad	En cumplimiento con la ley Núm. 296 de 1 de septiembre de 2000, conocida como Ley de Conservación de la Salud de Niños y Adolescentes de Puerto Rico se cubren los servicios preventivos de cernimiento, de acuerdo a la edad preescolar del menor. De acuerdo a la carta normativa Núm.-AV-7-8-2001, el departamento de educación tiene la responsabilidad de asegurar que al inicio de cada año escolar cada niño haya recibido su evaluación médica anual. Dicha evaluación médica deberá incluir evaluación física, mental, salud oral, cernimiento de visión y audición, además de todos los cernimientos periódicos recomendados por la academia americana de pediatría.
Cirugía bariátrica	En cumplimiento con la ley Núm. 212 de 9 de agosto de 2008, esta póliza cubre la cirugía de bypass gástrico en Puerto Rico para el tratamiento de obesidad mórbida, hasta una cirugía de por vida, si está disponible en Puerto Rico. El primer tratamiento debe ser dietético y cambios en el estilo de vida. El médico debe documentar los intentos fallidos de reducción de peso supervisado. La instalación de salud en que se realizará la cirugía debe contar con la acreditación del Joint Commission y una de las siguientes dos entidades: la American College of Surgeons o de la American Society for Metabolic and Bariatric Surgery. Las cirugías para la remoción de la piel excesiva están cubiertas, si el médico certifica que es necesario remover la piel en exceso, porque afecta el funcionamiento de alguna parte del cuerpo. Estos procedimientos quirúrgicos requieren preautorización de Triple-S Salud.
Ventilador mecánico	En cumplimiento con la ley 125 de 21 de septiembre de 2007, enmendada por la ley 62 de 4 de mayo de 2015, se cubren los servicios médicos necesarios, pruebas y equipos para personas aseguradas menores de edad y que aún luego de rebasar los 21 años requieran el uso de equipo tecnológico cuyo uso sea necesario para que el usuario pueda mantenerse con vida, un mínimo de un (1) turno diario de ocho (8) horas por paciente, de servicios de enfermeras(os) diestros con conocimientos en terapia respiratoria o especialistas en terapia respiratoria con conocimientos en enfermería o de técnicos (as) de emergencias médicas-paramédico(a) (TEM-P)/ debidamente licenciado con cursos/ certificaciones y adiestramientos aprobados y convalidados o los requerimientos de destrezas y conocimientos establecidos mediante reglamentación por su respectiva Junta Examinadora relacionados hacia el cuidado y manejo de dichos pacientes y sus equipos médicos según autorizado en la Ley 69 de 27 de diciembre de 2021. Se cubren los suplidos que conllevan el manejo de los equipos tecnológicos, terapia física y ocupacional necesaria para el desarrollo motor de éstos pacientes, así como medicamentos mediante prescripción médica, los cuales deben ser despachados en una farmacia participante, libremente seleccionada por la persona asegurada, y autorizada bajo las leyes de Puerto Rico (bajo el beneficio de farmacia). La cubierta dispone para que cada persona asegurada tenga a su alcance anualmente los exámenes de laboratorio e inmunización apropiados para su edad y condición física.

	Estos servicios están cubiertos, sujeto a que la persona asegurada o su representante, presenten evidencia de justificación médica y de la suscripción de la persona asegurada en el registro que el Departamento de Salud ha diseñado para este propósito. Incluye suministros necesarios para el manejo de los equipos tecnológicos del Ventilador Mecánico.
Autismo	En cumplimiento con la Ley Núm. 220 de 4 de septiembre de 2012 para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las Personas con Autismo (conocida como Ley BIDA), esta póliza cubre los servicios dirigidos al diagnóstico y tratamiento de las personas con Desórdenes dentro del Continuo del Autismo, incluyendo exámenes neurológicos, inmunología, pruebas genéticas con preautorización, pruebas de laboratorio, gastroenterología, nutrición, terapia física, ocupacional y del habla/lenguaje, visitas al siquiatra, psicólogo y trabajador social. Estos servicios se ofrecen sin límite alguno, a todas las personas aseguradas que tengan diagnosticada alguna de las condiciones dentro del Continuo del Autismo, sujeto a los deducibles, copagos y coaseguros establecidos en la póliza para estos servicios. En cumplimiento con la Ley núm. 63 de 19 de julio de 2019 para el Tratamiento de Oxigenación Hiperbárica para la Personas con Trastorno de Espectro de Autismo, se cubre el tratamiento de terapias de oxigenación hiperbárica para personas con autismo siempre y cuando éste sea recomendado por un facultativo médico y el tratamiento sea permitido por las leyes y regulaciones federales; incluyendo indicación al respecto por parte de la FDA.
Síndrome de Down	En cumplimiento con la ley núm. 97 de 15 de mayo de 2018 (Carta de Derechos de las Personas que tienen el Síndrome de Down), enmendada por la ley 13 de 25 de marzo 2022, esta póliza cubre los servicios requeridos para las personas aseguradas con Síndrome de Down desde su nacimiento, incluyendo pruebas genéticas (requieren preautorización), neurología, inmunología, gastroenterología y nutrición, visitas médicas y las pruebas referidas médicamente y los servicios terapéuticos como las terapias físicas, ocupacionales y del habla, así como cualquier otra terapia necesaria, con enfoque remediador para vida independiente o vivienda asistida para adultos mayores de 21 años de edad. Se cubrirá de acuerdo con las cantidades y frecuencia ordenadas por el proveedor o especialista; sujeto a los deducibles, copagos y coaseguros establecidos en la póliza.
Albinismo y Síndrome de Hermansky-Pudlak	En cumplimiento con la ley núm. 109 del 22 de diciembre de 2022, Ley para establecer la Política Pública del Gobierno de Puerto Rico en torno a la población con Albinismo y el Síndrome de Hermansky-Pudlak, se cubren los servicios para el tratamiento y manejo para estas condiciones sin referido, siempre que sean validados científicamente como eficaces y recomendadas para diagnosticar y tratar la condición y los trastornos genéticos y que respondan a las necesidades específicas del paciente. Estos servicios se cubrirán de acuerdo a los términos de esta póliza, incluyendo límites y los deducibles, copagos y coaseguros establecidos en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros, en la sección Servicios Médico-Quirúrgicos y de Diagnóstico en Forma Ambulatoria. La cubierta incluye: a) Los servicios, pruebas y procedimientos médicamente necesarios de seguimiento por un oftalmólogo o dermatólogo para el manejo de la condición una vez establecido el diagnóstico; b) En los casos de Síndrome de Hermansky-Pudlak y Chediak-Higashi, se cubrirán, además los servicios, prueba y procedimientos ofrecidos por un hematólogo; c) Medicamentos prescritos por: oftalmólogos, dermatólogos y en los casos del Síndrome de Hermansky-Pudlak, aquellas prescritas por hematólogos, neumólogos para tratar condiciones o complicaciones en el manejo y prevención de complicaciones en esta población;

	d) Lentes y espejuelos especialmente prescritos para protección, prevención y mejora de la visión; e) Cremas de protección solar específicas para prevención de complicaciones por exposición a los rayos ultravioletas. Estas lociones o cremas tienen que ofrecer al menos un factor de protección solar SPF de 50 o más y proteger contra rayos ultravioletas A y B (UVA y UVB). Sujeto a validación de Triple-S Salud; y f) Cualquier otro servicio, tratamiento o medicamento que se entienda pertinente el incluir por esta ley. Además, se cubre el costo de la prueba genética de HPS tipo 1, a pacientes recién nacidos visiblemente con albinismo.
Braille	En cumplimiento con la ley núm. 162 de 30 de diciembre de 2020, Triple-S Salud entregará a las personas aseguradas no videntes que lo soliciten la evidencia de cubierta y la tarjeta de identificación en el sistema Braille.
Preparado de Aminoácidos Libre de Fenilalanina	En cumplimiento con la ley núm. 139 de 8 de agosto de 2016, esta póliza cubre el preparado de aminoácidos libre de fenilalanina para pacientes diagnosticados con el trastorno genético denominado como fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) sin exclusiones de edad de la persona asegurada. En adición, se cubre para la atención, diagnóstico, prevención y tratamiento de personas con errores innatos del metabolismo.
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA/VIH)	En cumplimiento con la ley núm. 349 de 2 de septiembre de 2000, se cubre para personas con el diagnóstico de VIH o SIDA todos los beneficios ofrecidos en esta póliza, incluyendo los requeridos por ley local o federal.
Salud mental y abuso de sustancias	En cumplimiento con la ley estatal núm. 183 de 6 de agosto de 2008 y la ley federal <i>Mental Health Parity and Addiction Equity Act of 2008</i> esta póliza cubre los servicios de salud mental y abuso de sustancias controladas, la cual promueve la equidad en el cuidado de enfermedades de salud mental y abuso de sustancias. Esta póliza no tiene restricciones mayores en límites con los beneficios médico-quirúrgicos, tales como límites de días o visitas, para beneficios/abuso de sustancias de salud mental que se aplican a los beneficios médico-quirúrgicos, los copagos no tienen restricciones mayores a los beneficios médico-quirúrgicos. Todos los servicios de salud mental descritos incluyen el tratamiento para madres que reflejen síntomas de depresión preparto y posparto, de conformidad con la Ley 101 del 30 de agosto de 2023.
Carta de derechos de pacientes con cáncer y sobrevivientes de cáncer	En cumplimiento con la ley núm. 275 de 27 de septiembre de 2012, esta póliza cubre exámenes pélvicos y todos los tipos de citología vaginal que puedan ser requeridos por especificación de un médico para detectar, diagnosticar y tratar en etapas tempranas anomalías que puedan conducir al cáncer cervical. Triple-S Salud no rechaza o deniega ningún tratamiento que esté pactado y/o dentro de los términos y condiciones del contrato de salud suscrito entre las partes a cualquier paciente diagnosticado con cáncer o sobreviviente de cáncer, cuando medie una recomendación médica a esos fines. Cubre todos los servicios y beneficios preventivos mencionados bajo la ley federal ACA para la detección temprana de cáncer de seno y también estudios y pruebas de monitoreo de cáncer de seno, tales como visitas a especialistas, exámenes clínicos de mamas, mamografías, mamografías digitales, mamografías de resonancia magnética, sonomamografías, y tratamientos como pero no limitados a, mastectomías, cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía para la reconstrucción del seno extraído, la reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica, las prótesis de seno, tratamiento por complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía, incluyendo el linfedema (inflamación que a veces ocurre después del tratamiento de cáncer de seno), así como cualquier cirugía reconstructiva post-mastectomía necesaria para la recuperación física y emocional del paciente.

Pruebas diagnósticas, tratamientos y medicamentos de cáncer	En cumplimiento con la Ley Núm. 79 de 1 de agosto de 2020, Ley Especial para Asegurar el Acceso al Tratamiento y Diagnóstico de los Pacientes de Cáncer en Puerto Rico” conocida como “Ley Gabriela Nicole Correa”, se establece lo siguiente: Triple-S Salud no rechaza o deniega ningún tratamiento que esté pactado y/o dentro de los términos y condiciones del contrato de salud suscrito entre las partes a cualquier paciente diagnosticado con cáncer o sobreviviente de cáncer, cuando medie una recomendación médica a esos fines. Esto incluye los tratamientos, medicamentos y pruebas diagnósticas, incluidas en las guías de la Red Nacional Integral del Cáncer (“NCCN Guideliness”) y/o aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA, por sus siglas en inglés), así como los necesarios para atender y minimizar sus efectos adversos, sujeto a las disposiciones de la presente Ley. También se utilizará el “Local Coverage Determinations-LCD from First Coast Service Options, INC”, “Medicare Approved Compendia List”, “National Coverage Determinations Alphabetical Index”, “Milliman Care Guidelines” las Guías internas de ASES. Los derechos establecidos en esta Ley son adicionales a los provistos por la Ley 275-2012, según enmendada, conocida como la “Carta de Derechos de los Pacientes y Sobrevivientes de Cáncer”, y tendrán el alcance y se rigen de conformidad con los requisitos y procedimientos dispuestos por la Ley Pública 111-148, conocida como “Patient Protection and Affordable Care Act”, la Ley Pública 111-152, conocida como “Health Care and Education Reconciliation Act” y la reglamentación federal y local adoptada al amparo de esta y cualquier otra ley o reglamento sucesor o aplicable en el ámbito federal o local. Toda persona asegurada tiene derecho a recibir el tratamiento que su médico le recomiende de mayor efectividad y de vanguardia disponible en el mercado, de conformidad con la cubierta, así como con los protocolos establecidos en las guías indicadas en el inciso anterior y por la Junta Asesora sobre el Cuido y Tratamiento Del Paciente y Sobreviviente de Cáncer. Esta póliza no dispone que la interpretación final de los términos del contrato está sujeta a discreción por parte del asegurador, ni contiene normas de interpretación o revisión que contravengan lo dispuesto en esta Ley. Si selecciona un médico de cabecera o primario, se permite que se designe, en pacientes de cáncer, un médico especializado en oncología, en calidad de proveedor de cuidado primario; siempre y cuando ese profesional de la salud emita su consentimiento a tal designación. Triple-S Salud remite su aprobación o denegación de medicamentos, tratamientos y pruebas diagnósticas enumeradas en las guías de la Red Nacional Integral del Cáncer (“NCCN Guideliness”) o de las aprobadas por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA), dentro de un término de 24 a 72 horas de recibida la solicitud o dentro del término de 24 horas, de tratarse de un caso marcado urgente o expedito. Si no se emite determinación dentro de dicho término, se entiende que los medicamentos, tratamientos y / o pruebas diagnósticas fueron aprobados. Conforme a los requisitos de la Ley Núm. 107 del año 2012, esta póliza establece igualdad de cubierta para el tratamiento de quimioterapia contra el cáncer en sus varios métodos de administración: vía intravenosa, oral, inyectable o intratecal; según sea la orden médica del médico especialista u oncólogo. La quimioterapia oral está cubierta bajo el beneficio de farmacia.
---	--

<i>Women's Health and Cancer Rights Act (WHCRA)</i>	De conformidad con la ley <i>Women's Health and Cancer Rights Act</i> de 1998, esta póliza cubre la reconstrucción del seno en el cual se llevó a cabo una mastectomía, la reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica, las prótesis y las complicaciones físicas que surjan en todas las etapas de la mastectomía. Estos beneficios son provistos en consulta entre la persona asegurada y su médico y están sujetos a los coaseguros y copagos establecidos en esta póliza.
--	--

Ley de facturas sorpresa	El propósito es detener las llamadas facturas sorpresa en la facturación de los planes de salud, establecer protecciones al consumidor, transparencia, control de costos y responsabilidad, fuera de la red de proveedores; y para otros fines relacionados. De acuerdo con la ley Núm. 134 de 12 de agosto de 2020, usted tiene derecho a: • Obtener una descripción clara de los beneficios de salud fuera de la red de proveedores contratados, incluyendo la metodología utilizada por Triple-S Salud para determinar el monto permitido para los servicios fuera de la red. Favor de referirse al Capítulo 5: Cómo Funciona su Plan en la sección Servicios Fuera de la Red de Proveedores Contratados en Puerto Rico. • Obtener información sobre la cantidad permitida que Triple-S Salud reembolsará e información sobre la responsabilidad de la persona asegurada de pagar la diferencia entre el monto permitido y los cargos facturados por un proveedor fuera de la red de proveedores contratados. Favor de referirse al Capítulo 5: Cómo Funciona su Plan en la sección Servicios Fuera de la Red de Proveedores Contratados en Puerto Rico. • Obtener ejemplos de los costos anticipados para servicios fuera de la red de proveedores contratados facturados con frecuencia. Por ejemplo, pueden cobrarle sobre \$140 por una interpretación de una tomografía computadorizada realizada por un radiólogo, recibir una factura de sobre \$2,500 por una cirugía asistida por un robot (<i>robotic assisted surgery</i>) Estos ejemplos son para propósitos ilustrativos y la cantidad cobrada puede ser diferente a lo presentado ya que el proveedor no participante es el que determina el costo del servicio. • Obtener información sobre si un proveedor de servicios médicos o de salud es miembro de la red de proveedores contratados. • Acceder a una línea telefónica directa que operará al menos (16) horas diarias, (7) días a la semana para informarse sobre el estatus de la red de proveedores participantes y los costos. Favor de referirse al Capítulo 5: Cómo Funciona su Plan, Sección 1.07 Proveedores Participantes de Nuestra Red. • Sólo pagar el deducible, copago o coaseguro establecido en su póliza para los servicios prestados por proveedores participantes de Triple-S Salud. Si recibe una autorización para realizarse un servicio cubierto con un proveedor participante y el estatus del proveedor cambia a no participante antes de obtener el servicio, recibirá una notificación tan pronto sea posible. Si no recibe el aviso al menos 30 días antes de que se realice el servicio autorizado, su responsabilidad económica será la misma como si hubiese continuado el proveedor siendo uno participante. Los cargos inadvertidos e involuntarios por proveedores no participantes que se encuentran en una facilidad contratada no están sujetos a cobro o factura más allá de la responsabilidad económica incurrida bajo los términos del contrato de servicio dentro de la red (no aplica si usted fue notificado del costo y a sabiendas y voluntariamente determinó obtener el servicio). Cualquier intento por parte del proveedor de cobrar o facturar deberá ser informado inmediatamente al Departamento de Servicio al Cliente al 787-774-6060. Usted tiene derecho a comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros para informar o impugnar un cargo de un servicio provisto por un proveedor no participante: Oficina del Comisionado de Seguros División de Investigaciones 361 Calle Calaf
---------------------------------	---

	PO Box 195415 San Juan, PR 00919-5415 Edificio World Plaza 268 Ave. Muñoz Rivera San Juan, PR 00918 Teléfono: 787-304-8686 www.ocs.pr.gov
COVID	En cumplimiento con la ley Núm. 43 de 16 de abril de 2020 (Ley para combatir el COVID-19) Triple-S Salud no requerirá copago, coaseguro, deducible, preautorización o referido a la persona asegurada por cuidado médico, estudios, análisis, diagnóstico y tratamiento de COVID-19, incluyendo hospitalización, siempre y cuando estos servicios sean brindados en Puerto Rico. Esto incluye, además, pruebas de detección o el diagnóstico del virus del COVID.
Ciberterapia	En cumplimiento con la Ley Núm. 48 de 29 de abril de 2020, Ley para regular la Ciberterapia en Puerto Rico, Triple-S Salud cubrirá como si fuera un servicio prestado de forma presencial, los servicios por todo profesional de la salud licenciado autorizado a ejercer la práctica de la fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla-lenguaje, psicología, consejería, trabajo social, consejería en rehabilitación y terapia educativa en Puerto Rico.
Ambulancia terrestre para emergencias médicas	En cumplimiento con la ley núm. 129 de 1 de agosto de 2019, cuando la persona asegurada utilice el servicio de una ambulancia terrestre a través del sistema 9-1-1 por una emergencia médica, se pagará directamente al proveedor.
Diabetes Mellitus Tipo 1	En cumplimiento con la ley núm. 177 de 13 de agosto de 2016, enmendada por la ley 19 de 12 de enero de 2020, Triple-S Salud cubre como parte de su cubierta médica para las personas aseguradas con Diabetes Mellitus Tipo 1 un monitor de glucosa por año póliza, 150 tirillas y 150 lancetas cada mes, la bomba portátil de infusión de insulina ordenada por un médico especialista en endocrinología pediátrica o endocrinólogo el cual determinará la marca de la bomba considerando la edad, nivel de actividad física y conocimiento de la condición de la persona asegurada o cuidador, siempre y cuando los mismos cumplan con los criterios de cualificación para un paciente diabético que requiera el uso de dicha bomba, y una (1) inyección de glucagón y reemplazo de la misma en caso de su uso o por haber expirado. Si el endocrinólogo ordena un glucómetro en específico, debido al tratamiento de la persona asegurada, el endocrinólogo someterá una justificación. En este caso, se cubrirá la marca del glucómetro ordenada por el endocrinólogo, con sus aditamentos, en aquellos pacientes que presenten un cuadro clínico de predisposición o mayor cantidad de factores de riesgo de desarrollar la condición de Diabetes Mellitus Tipo I.
Menores de 21 años postrados en cama	De acuerdo a la Ley Núm. 40 de 21 de febrero de 2023, esta póliza cubre para menores de 21 años postrados en cama con diversidades físicas o fisiológicas complejas, con justificación médica según los criterios establecidos en los protocolos del Departamento de Salud y según el plan de cuidado en el hogar, un mínimo de un turno diario de ocho (8) horas de personal de enfermería; o de técnicos de emergencias médicas-paramédicos(as) (TEMP-P) debidamente licenciados con cursos, certificaciones y adiestramientos aprobados y convalidados o los requerimientos de destrezas y conocimientos establecidos mediante reglamentación por su respectiva Junta Examinadora relacionados hacia el cuidado y manejo de estos pacientes y sus equipos médicos según autorizados en esta ley.
Hepatitis A, B y C	En cumplimiento con la Ley Núm. 67 de 12 de junio de 2023, esta póliza cubre una prueba de detección del virus de Hepatitis A, B y C por año, incluyendo una

	prueba por embarazo, así como la secuencia de pruebas de anticuerpos reactivas, como parte de los estudios de rutina de toda evaluación médica. Para personas aseguradas con condiciones o exposiciones reconocidas se cubrirán de acuerdo a la frecuencia establecida en las recomendaciones del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés). El tipo, secuencia y frecuencia de pruebas será conforme a lo recomendado por el CDC.
Pruebas de laboratorio sin orden médica	Según la Ley Núm. 29 del 18 de enero de 2024, se reconoce su derecho en la participación en la toma de decisiones de su tratamiento. Cada paciente, usuario o consumidor de servicios médicos y hospitalarios en Puerto Rico, tiene el derecho de solicitar servicios de un laboratorio clínico y requerir que se cubran las siguientes pruebas y eximirle del requisito de presentar una orden médica, siempre y cuando el paciente sufrague el costo de éstas: glucosa en ayunas, prueba de embarazo cualitativa, progesterona, hemograma completo, panel metabólico completo, hemoglobina glicosilada, análisis de orina, urocultivo, microalbúmina en orina, sangre oculta en heces, antígeno prostático específico, hepatitis, paneles de lípidos y tiroides, pruebas para la detección de enfermedades adquiridas, virus de inmunodeficiencia, pruebas de detección de sífilis, gonorrea, clamidia, influenza, micoplasma, mononucleosis y herpes simple, pruebas de tiempo de coagulación de protrombina y tromboplastina, hemocisteína, vitaminas B12 y D y proteína C reactiva (cualitativa y cuantitativa), pruebas de detección de COVSARS-2, virus respiratorio sincitial (VRS) y cualquier otra prueba clasificada como exenta según la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés). Triple-S Salud no reembolsará a ningún asegurado las pruebas que no tengan orden médica.
Angiodema Hereditario	Se cubre el diagnóstico y tratamiento de la condición Angioedema Hereditario (AEH), conforme con la Ley núm. 62 del 16 de abril de 2024, Según dispone la ley, se cubren los medicamentos, tratamientos, terapias y pruebas que no sean experimentales ni de modificación genética y validadas científicamente como eficaces y recomendadas para diagnosticar y tratar esta condición, según las necesidades específicas del paciente sin necesidad de referido. El asegurado también puede contar con apoyo del plan si tiene problemas de acceso llamando al centro de llamadas de servicio al cliente de Triple-S Salud para apoyarlo en la coordinación de acceso de no encontrar ningún proveedor.
Orden Administrativa 2023-579	La Orden Administrativa establece la obligación de todas las organizaciones de servicios de salud que administran un plan de la salud pública o privada, a proporcionar tratamientos, medicamentos y pruebas diagnósticas al Asegurado con síntomas de influenza. Para conocer los medicamentos cubiertos, hacer referencia al Formulario de Medicamentos.

SECCIÓN 5 Exclusiones de la Cubierta Médica

Los siguientes servicios y gastos relacionados están excluidos de su cubierta:

1. Servicios que se presten mientras el seguro de la persona no esté en vigor.
2. Servicios que puedan recibirse con arreglo a Leyes de Compensación por Accidentes del Trabajo (CFSE), responsabilidad de la persona asegurada, planes privados de compensación por accidentes, enfermedad o lesión corporal en el trabajo, accidentes de automóvil (ACAA), u otra dependencia gubernamental en Puerto Rico o Estados Unidos, y servicios disponibles con arreglo a legislación estatal o federal, por los cuales la persona asegurada no esté legalmente obligada a pagar. Igualmente están excluidos dichos servicios cuando los mismos sean denegados por las agencias gubernamentales concernientes, por razón del incumplimiento o violación de los requisitos o disposiciones de las leyes antes indicadas, aunque dicho incumplimiento o violación no constituya un

delito.

3. Servicios para tratamientos que surjan como resultado de que la persona asegurada cometió un delito o no cumplió con las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico u otro país, excepto aquellas lesiones que resulten por un acto de violencia doméstica o servicios de emergencia.
4. Servicios que sean recibidos gratuitamente o sufragados mediante donativos.

Gastos o servicios de comodidad personal como teléfono, televisión, servicios de cuidado custodial o residencial, casa de descanso, casa de convalecencia o cuidado a domicilio, servicios suministrados para conveniencia personal o de comodidad, excepto servicios post hospitalarios provistos a través de una Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar y descritos en esta póliza.
5. Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina u odontología, excepto audiólogos, optómetras, podiatras, psicólogos, trabajadores sociales, quiroprácticos y otros especificados en esta póliza.
6. Reembolso de gastos ocasionados por pagos que una persona asegurada le haga a cualquier médico o proveedor participante sin estar obligada por esta póliza a hacerlos.
7. Gastos por servicios prestados por médicos, hospitales, laboratorios y otros proveedores no participantes en Puerto Rico, excepto para los siguientes servicios:
 - a. espejuelos o lentes de contacto para personas aseguradas mayores de 21 años
 - b. casos de emergencia que se cubren de acuerdo a lo establecido en esta póliza
 - c. ambulancia aérea
 - d. Servicios que no son de emergencia y provistos por proveedores no participantes en facilidades participantes cuando no existe consentimiento por parte del asegurado.
8. Gastos por servicios recibidos cubiertos sin una preautorización de Triple-S Salud, cuando la misma es requerida, según lo establece esta póliza, excepto en casos de emergencia.
9. 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 según las políticas médicas de Triple-S Salud.
10. Gastos o servicios por procedimientos médicos y equipos nuevos o medicamentos nuevos no considerados experimentales o investigativos, excepto que sea requerido por ley estatal o federal.
11. No están cubiertos los gastos por estudios o tratamientos clínicos investigativos (esto es, *clinical trials*), aparatos, medicamentos experimentales o investigativos administrados para ser utilizados como parte de estos estudios, servicios o productos que se proveen para obtención de datos y análisis, y no para el manejo directo del paciente y artículos o servicios sin costos para la persona asegurada que comúnmente ofrece el auspiciador de la investigación. Esto aplica aun cuando la persona asegurada se haya inscrito en el estudio para tratar una enfermedad que amenace su vida, para la cual no haya tratamiento efectivo y obtenga la aprobación del médico para su participación en el estudio, porque éste ofrece al paciente un beneficio potencial. En estos casos, Triple-S Salud cubre los gastos médicos rutinarios del paciente según los términos y condiciones establecidos en esta póliza. Gastos médicos rutinarios son aquellos gastos médicamente necesarios que se requieren para el estudio (*clinical trials*) y que normalmente están disponibles para las personas aseguradas bajo este plan, estén o no participando en un ensayo clínico, así como los servicios para diagnosticar y tratar las complicaciones resultantes del estudio, de acuerdo a la cubierta establecida en esta póliza.
12. Gastos por cirugías cosméticas o de embellecimiento, tratamientos para corregir defectos de apariencia física, (excepto cuidado y tratamiento de anormalidades y defectos congénitos para los recién nacidos, recién adoptados o colocados para adopción), septoplastia, rinoseptoplastia mamoplastías o reconstrucción de cirugía plástica del seno para reducción o aumento de su tamaño (excepto la mamoplastía y reconstrucción luego de una mastectomía por cáncer del seno), mamoplastía por ginecomastia, tratamientos de liposucción, abdominoplastía, ritidectomías abdominales y ritidectomías faciales, blefaroplastias, implantes de pelo, autoplastias, rinoplastias, e inyecciones de soluciones esclerosantes en venas varicosas de las piernas y tratamientos de acné como procedimiento cosmético. Se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas a éstas, independientemente si existe o no justificación médica para el procedimiento.
13. Intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos cuyo propósito sea el control de la obesidad, (excepto el tratamiento para la obesidad mórbida o el síndrome metabólico, incluyendo la cirugía bariátrica, definida por Ley Núm. 212 de 9 de agosto de 2008 en Puerto Rico y definida en la Sección Definiciones de esta póliza). Refiérase a la Sección **Beneficios Cubiertos por Ley** para más información.
14. Métodos anticonceptivos que no sean aprobados por el FDA o aprobados por el proceso de excepción médica.

Servicios de tratamientos para infertilidad, concepción por medios artificiales y restablecer la habilidad de procrear (por ejemplo, fertilización in vitro, inyecciones intracitoplásmica de espermatozoides, transferencia de embriones, fertilización donante). Se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas con éstos, así como los medicamentos y hormonas. Estarán cubiertos los laboratorios ordenados para el tratamiento de la infertilidad, siempre y cuando sea un laboratorio cubierto bajo esta póliza.

15. Gastos por servicios de escalenotomía - división del músculo escaleno (anterior) *anticus* sin resección de la costilla cervical.
16. Gastos por tratamientos de terapia alternativa, excepto los especificados como cubiertos en el Programa Triple-S Natural y que sean prestados por los proveedores participantes de este Programa.
17. Gastos por servicios de medicina deportiva, psicoanálisis y rehabilitación cardíaca.
18. Servicios de analgesia intravenosa y por inhalación de gases administrados en la oficina del cirujano oral o dentista.
19. Servicios relacionados al síndrome de la articulación temporomandibular (articulación de la quijada) ya sea mediante la aplicación de aparatos prostéticos o de cualquier otro método.
20. Servicios necesarios para corregir la dimensión vertical u oclusión.
21. Gastos por los implantes relacionados a la cirugía ortognática (osteotomía mandibular o maxilar - *Le Fort*).
22. Gastos por inmunoterapia para alergia.
23. Servicios prestados por motivo de un aborto provocado.
24. Servicios prestados en Centros de Cirugía Ambulatoria para procedimientos que se puedan hacer en la oficina del médico.
25. Hospitalizaciones por motivo de servicios o procedimientos que puedan practicarse en forma ambulatoria (excepto en aquellos casos donde por motivos o condiciones del paciente, su estado de salud estaría en riesgo al no practicarse en un ambiente hospitalario).
26. Gastos relacionados con la administración del programa de detección de drogas del patrono, tales como: coordinación, toma de muestra y administración de pruebas de detección aun cuando se provisto por un proveedor participante, coordinación de servicios al empleado que deban ser realizados por el patrono o la entidad responsable de administrar el programa, entre otros. Se excluyen los gastos para el cuidado, suplidos, tratamiento y/o servicios que la persona asegurada obtiene del patrono sin costo y los servicios prestados por el Programa de Asistencia al Empleado del Patrono como parte del programa de detección de drogas de dicho patrono. Estarán cubiertos los servicios de salud mental y abuso de sustancias una vez la persona asegurada finalice el Programa de Detección de Drogas del Patrono independientemente si la condición fue detectada en el mismo.
27. Gastos ocasionados por guerra, insurrección civil o conflicto internacional armado; excepto en aquellos casos donde los servicios recibidos están relacionados a una lesión sufrida mientras que la persona asegurada estuvo activa en el ejército (*service connected*), en cuyo caso Triple-S Salud recupera a la Administración de Veteranos.
28. Pruebas de laboratorio que no están codificadas en el Manual del Laboratorio, así como las consideradas experimentales o investigativas no se reconocerán para pago por Triple-S Salud.
29. Inmunizaciones para propósitos de viajes o contra peligros y riesgos ocupacionales.
30. Gastos por servicios prestados por ambulancia marítima. Además, gastos por servicios prestados por ambulancia aérea, excepto cuando el traslado sea dentro de Puerto Rico.
31. Gastos por remoción de skin tags, reparación de ptosis e inyección en tendón/puntos de gatillo.
32. Gastos por pruebas de laboratorios de *heavy metals*; dopaje; *HLA Typing*; pruebas de paternidad.
33. Gastos por servicios de enfermeras especiales.
34. Servicios prestados por facilidades de Tratamiento Residencial fuera de Puerto Rico, sin justificación médica y sin preautorización para tratamiento.
35. Gastos ocasionados por motivo de trasplantes de órganos y tejidos, excepto cornea, injerto de piel y hueso así como las hospitalizaciones y complicaciones, quimioterapias y medicamentos inmunosupresores relacionados al trasplante.
36. Gastos por aparatos ortopédicos u ortóticos, prótesis o implantes (excepto la prótesis luego de una mastectomía) y otros dispositivos artificiales. Están cubiertos los servicios hospitalarios y médico-quirúrgicos necesarios para la implantación de los mismos.
37. Gastos en exceso de los primeros 30 días para recién nacidos de los dependientes directos de la persona asegurada(a) principal luego del parto excepto si cumple con la definición de dependiente directo según establecido en esta póliza.
38. Gastos por terapia ocupacional y terapia del habla/lenguaje, excepto las ofrecidas bajo los servicios post-hospitalarios en una Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar, ventilador mecánico, autismo (Ley BIDA) y Síndrome Down.

39. Servicios preventivos prestados por proveedores fuera de Puerto Rico.
40. Hormonas de crecimiento y todo tratamiento relacionado.
41. Nuevos servicios o procedimientos de diagnóstico o terapéutico que están aprobados por FDA y equipos y aparatos que aparecen disponibles luego de la fecha de efectividad de esta póliza a menos que sean requeridos por una ley local o federal.
42. Pruebas genéticas realizadas con el propósito de ofrecer consejería genética (Offspring o planificación familiar).
43. Gastos o servicios realizados con una nueva tecnología médica disponible en el mercado durante el año póliza y no cubierta por Triple-S Salud, excepto para casos de cáncer de acuerdo a la ley 79 de 1 de agosto de 2020 o cuando sean requeridos por una ley local o federal u ordenada por la Oficina de Comisionado de Seguros de Puerto Rico.
44. Complicaciones relacionadas a perforaciones en el cuerpo (*piercing / tatuaje*) y cualquier otro procedimiento relacionado.
45. Nuevos beneficios requeridos por ley local legislados durante el año calendario de vigencia de la póliza o posterior a la aprobación de las tarifas de dicha cubierta, a no ser expresamente requerido por la OCS o por la misma ley local.
46. Todo servicio relacionado a terapia antienvjecimiento (Anti-aging) ó estética.
47. Terapia de genes: Cualquier tratamiento, medicamento o dispositivo aprobado por la FDA cuyo propósito o condición para la cual fue aprobado sea la alteración de genes del cuerpo, la corrección genética o expresión de los genes.
48. Cargos por drogas o medicamentos suministrados en visitas médicas que no estén cubiertos en esta póliza.
49. Cargos por exceso de los límites establecidos en esta póliza.
50. Terapia de células T con receptor de antígeno quimérico (CAR-T por sus siglas en inglés): cualquier tratamiento o terapia donde se modifique las propias células inmunitarias del paciente (células T) para expresar un receptor en su superficie que reconoce estructuras (antígenos) en la superficie de las células malignas.
51. Gastos por medicamentos administrados en una facilidad ambulatoria, incluyendo medicamentos inyectables, excepto quimioterapia, radioterapia y medicamentos utilizados para preparación de quimioterapia conforme a la Ley Núm. 79 del 1 de agosto de 2020, medicamentos con propósitos diagnósticos, vacunas mencionadas como cubiertas y aquellos requeridos por regulación federal o estatal.
52. Cirugía con asistencia robótica.
53. Navegación quirúrgica asistida por computadoras en procedimientos ortopédicos.
54. Servicios o tratamientos que no estén descritos específicamente como beneficios cubiertos, excepto por los servicios y beneficios incluidos en una nueva ley que sean requeridos ofrecer en la cubierta de salud.
55. Gastos por cuidado de hospicio y cuidado paliativo.
56. Gastos por exámenes físicos cuando sean requeridos por el patrono.
57. Servicios para tratamientos de acupuntura, excepto los servicios cubiertos en el programa Triple-S Natural.
58. Las cirugías para la remoción de la piel excesiva post cirugía bariátrica o *bypass* gástrico no estarán cubiertas, excepto si el médico certifica que es necesario porque afecta el funcionamiento de algún miembro del cuerpo.
59. Servicios para corregir la disfunción eréctil y la condición de impotencia, incluyendo procedimientos diagnósticos, tratamientos, implantes y cirugías.
60. Cirugías y tratamientos, incluyendo tuboplastías, cuyo propósito sea devolver la habilidad de procrear.
61. Maternidad delegada o subrogada.
62. Procedimientos y pruebas diagnósticas requeridas para propósitos de actividades sociales, viajes de cualquier índole, requeridas por instituciones educativas y patronos como requisito de empleo, cuando ocurre una declaración de pandemia.
63. Gastos relacionados a Cannabis Medicinal, incluyendo, y sin limitarse a, medicamentos recetados que contengan Cannabis, gastos relacionados y compras de productos de Cannabis incluyendo comestibles.
64. Servicios que sean recibidos sin costo, sufragados por donativos, sin cargos o bajo cualquier plan del gobierno.
65. Gastos por servicios de exámenes físicos para fines de un certificado médico u otro propósito que no sea preventivo.
66. Mastectomía subcutánea, incluyendo la reconstrucción de areola y pezón, excepto cuando sea por

cáncer de seno.

67. Gastos por servicios de termografía ofrecidos u ordenados por quiroprácticos o cualquier otro médico.
68. Equipo auditivo aun cuando exista justificación médica.
69. Cargos por pruebas psicométricas, excepto las requeridas por ley BIDA y para Síndrome de Down.
70. Gastos por servicios en clínicas de salud en masa y que son ofrecidos y provistos por el patrono a sus empleados o por terceros.
71. Diálisis, hemodiálisis, servicios hospitalarios relacionados y facilidades renales, servicios médicos y quirúrgicos y complicaciones asociadas luego de agotar los noventa (90) días cubiertos en esta póliza.
72. Servicio de anestesia epidural durante el parto.
73. Asistencia quirúrgica en cirugías ambulatorias o en hospital.
74. Cámara hiperbárica, excepto para personas diagnosticadas con el Trastorno del Espectro de Autismo, según requerido por ley.
75. Equipo médico duradero que no esté expresamente cubierto en esta póliza, incluyendo equipo personalizado, hecho a la medida y equipo y servicio para Optune.
76. Servicios de amniocentesis de maduración fetal o genética, *fetal non-stress test* y ecocardiograma fetal.
77. Gastos por servicios solicitados cubrir por reembolso y que no estén expresamente indicados en esta póliza como servicio con derecho a reembolso.
78. Máquinas de presión positiva continua de aire y de presión positiva de aire de dos niveles (CPAP y BiPAP, por sus siglas en inglés) y los suplidos relacionados, incluyendo, pero sin limitarse a: mascarillas faciales oral/nasal, almohadillas, arnés, entre otros suplidos.
79. Se excluyen servicios prestados fuera de Puerto Rico y Estados Unidos.

SECCIÓN 6 Exclusiones del Beneficio 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.
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 en todas sus presentaciones y métodos de administración. 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, monobenzone, dihydroxyacetone, Onabotulinumtoxin A, Botulinum A toxin, bimatoprost).
 - 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 (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), Olumiant, Litfulo.
 - 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, semaglutide, tirzepatide, setmelanotide).
 - f. Productos dietéticos (Foltx®, Metans®, Folbalin Plus® y Cerefolin®)
 - g. Medicamentos para el tratamiento de infertilidad (follitropin, clomiphene, menotropins, urofollitropin, ganirelix, cetrorelix acetate progesterone vaginal insert, leuprolide acetate inj kit 5 mg/ml (1mg/0.2ml)), y fertilidad
 - h. Impotencia (tadalafil, alprostadil, vardefanil, sildenafil, 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 médica)
 - 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 que están en la cubierta médica, o que pueden estar incluidos en el pago del procedimiento o prueba diagnóstica, y que son administrados por un profesional de la salud en facilidad u oficina médica: (thyrotropin, dipyridamole IV 5mg/ml, gonadorelin HCl, cosyntropin, glucagón Diagnostic Injection Kit 1 MG (esto no aplica para pacientes diagnosticados con diabetes Mellitus tipo 1), barium sulfate, diatrizoate, iohexol, iopamidol, iopromide, lidodixanol, othalamate, loversol, manitol, technetium gadoterate, gadopentetate, gadodiamide, tricophyton, tropicamide, tuberculin, antígenos y leuprolide acetate inj kit 5 mg/ml (1mg/0.2ml)), Corticorelin Ovine Triflutate, Adenosine, Secretin Acetate, Dexamethasone Diagnostic Test Oral Kit, Aminolevulinic Acid, Glucose Tolerance Test, Histamine Phosphate Intradermal, Indigotindisulfonate Sodium, Cardio-Green Injection, Lymphazurin, Sincalide, Regadenoson, Macimorelin, metyrapone, Histamine, Benzylpenicilloyl Polylysine, Methacholine, Arginine HCl, Secretin Acetate, Geref Diagnostic, Indocyanine Green.
 - 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, diphtheria, immune globulin, respiratory syncytial virus, palivizumab, pagademase bovine, dengue, 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, recomendado como servicio preventivo
 - 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, somatogon, somapacitan)
 - r. Productos para el cuidado de heridas (collagen, dressing, Plata pad, balsam, bismuth tribromophenate, wound cleansers or dressings, dimethicone-allatoin)
 - s. Los ingredientes que sean utilizados para realizar mezclas o formulaciones extemporáneas que estén clasificados como exclusiones categóricas. Para las mezclas, solo se estarán cubriendo, con receta médica, los ingredientes incluidos en el formulario de medicamentos que no sean parte de una exclusión categórica.
 - 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 esta póliza. 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 esta póliza.

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 médica 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 Formulario de Medicamentos. 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 el Formulario de Medicamentos el medicamento nuevo. Incluso, cualquier medicamento nuevo de las clasificaciones terapéuticas (categoría) excluidas se considerará también una exclusión.
10. Se excluyen todas las presentaciones, métodos administrativos de los siguientes medicamentos y cualquier indicación aprobada por FDA que ocurra durante el año calendario, excepto cuando alguna ley estatal o federal lo requiera: 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 intrapleurales (prevenir la efusión pleural maligna), solución para diálisis peritoneal y los productos homeopáticos en todas sus presentaciones (productos naturales utilizados para tratar diferentes condiciones de forma individualizada). Se excluyen los medicamentos (su marca y genérico): Xuriden (tratamiento de aciduria orotica hereditaria y antídoto de fluorouracil y capecitabine), Signifor (tratamiento de acromegalia y enfermedad de Cushing), Cuprimine (tratamiento de artritis reumatoide, enfermedad de Wilson y cistinuria), 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), Upravi (tratamiento de hipertensión pulmonar), Impavido (tratamiento parásito de leishmaniasis), Emflaza (tratamiento de distrofia muscular), HP-Acthar (tratamiento para espondilitis anquilosante, desordenes del ojo, espasmo infantil/epilépticos, esclerosis múltiple, síndrome nefrótico, polimiositis, artritis psoriásica, artritis reumatoide, sarcoidosis, síndrome de Steven-Johnson, lupus, gota, sarcoidosis, esclerosis lateral amiotrófica), Tepezza (tratamiento para enfermedad ocular tiroidea), Givlaari (tratamiento para porfiria hepática aguda), Zokinvy (tratamiento para el síndrome Hutchinson-Gilford), Oxlumo (tratamiento para hiperoxaluria primaria, tipo I), Danyelza (tratamiento para neuroblastoma), Evkeeza (Hipercolesterolemia familiar), Nulibry (Deficiencia combinada de enzima molibdeno flavoproteína, Tipo A), Rebif (tratamiento para esclerosis múltiple), Ilaris (artritis idiopática juvenil sistémica), Isturisa (tratamiento para enfermedad de Cushing), Elaprase (tratamiento para mucopolisacaridosis tipo II), Xyrem (tratamiento para narcolepsia), Ponvory (tratamiento para esclerosis múltiple), Lupkynis (tratamiento para lupus nefritis), Aduhelm (tratamiento para enfermedad de Alzheimer), Bylvay (tratamiento para pruritos con colestasis intrahepática familia progresiva), Nexvazyme (tratamiento para de enfermedad Pompe), Leqvio (tratamiento para hipercolesterolemia de baja densidad (LDL-C)), sabatolimab HR-MDS (tratamiento para el síndrome mielodisplásico), Ligelizumab (tratamiento para urticaria crónica), Elfabrio (tratamiento de la enfermedad de Fabry), Roxadustat (tratamiento para anemia en pacientes con CKD no dependiente (NDD-CKD) y pacientes en diálisis), Cibinqo (tratamiento para dermatitis atópica), Opzelura (versión tópica para el tratamiento de dermatitis atópica), Saphnelo (tratamiento para lupus eritematoso sistémico), Gefapixant (tratamiento para tos crónica), Korsuva (tratamiento para pruritos moderado a grave asociado con

enfermedad renal crónica en determinadas poblaciones), Skytrofa (tratamiento para baja estatura debido a la secreción inadecuada de la hormona del crecimiento endógena), Tezspire (tratamiento para asma grave no controlada), Qulipta (tratamiento para prevención de migraña), Livmarli (tratamiento para prurito colestásico asociado con el síndrome de Alagille), Winrevair (tratamiento para hipertensión pulmonar), Rezurock (tratamiento para enfermedad de injerto contra huésped), Recarbio (tratamiento de infecciones), Scenesse (tratamiento para protoporfiria eritropoyética), Krystexxa (tratamiento para prevención de condición de gota), Artesunate (tratamiento de malaria), Uplizna (tratamiento de neuro mielitis óptica), Enspryng (tratamiento para neuromielitis óptica), Oxbryta (tratamiento para sickle cell anemia), Cosentyx (tratamiento para psoriasis de placa/artritis, espondiloartritis, espondilitis anquilosante), Vuity (tratamiento para presbicia), Rethymic (tratamiento para atimia congénita), Ryplazim (tratamiento para deficiencia de plasminógeno), Vyvgart (tratamiento para miastenia gravis generalizada), Cortrophin Gel (tratamiento para espondilitis anquilosante, desordenes del ojo, espasmo infantil/epilépticos, esclerosis múltiple, síndrome nefrótico, polimiositis, artritis psoriásica, artritis reumatoide, sarcoidosis, síndrome de Steven-Johnson, lupus, gota, sarcoidosis, esclerosis lateral amiotrófica), Addyi (tratamiento de mujeres premenopáusicas con enfermedades adquiridas trastorno generalizado del deseo sexual hipoactivo), Vyleesi (tratamiento de mujeres premenopáusicas con enfermedades adquiridas trastorno generalizado del deseo sexual hipoactivo), Entereg (tratamiento post operatorio de ileus), Zynrelef (tratamiento para dolor somático post operatorio), Pyrukind (tratamiento para anemia hemolítica), Vabysmo (tratamiento para macular edema y degeneración macular), Enjaymo (tratamiento para anemia hemolítica autoinmune), Mozobil (movilizador de células madre hematopoyéticas), Somryst (tratamiento digital para insomnio crónico), Remicade (tratamiento para espondilitis anquilosante, crohn's, psoriasis de placa, psoriasis artrítica, artritis reumatoide, colitis ulcerosa), Simponi (tratamiento para espondilitis anquilosante, artritis reumatoide, artritis idiopática juvenil poliarticular, psoriasis artrítica y colitis ulcerosas), Tremfya (tratamiento para psoriasis de placa y psoriasis artrítica), Zytlego (tratamiento para beta talasemia, en pacientes que requieren transfusiones periódicas de glóbulos rojos), Amvuttra (tratamiento para polineuropatía amiloide familiar), Onpattro (tratamiento para polineuropatía amiloide familiar), Cablivi (tratamiento para trombocitopénica trombótica púrpura adquirida), Tarpeyo (tratamiento para nefropatía primaria IgA), Terlivaz (tratamiento para síndrome hepatorenal con lesión renal aguda), Altuviio (tratamiento para hemofilia), Skyclarys (tratamiento para Ataxia Friedreich), Filspari (tratamiento para nefropatía primaria IgA), Syfovre intravitreal (tratamiento para degeneración macular senil no exudativa), Adcirca (formulación de marca, tratamiento para hipertensión pulmonar), Adempas (tratamiento para hipertensión pulmonar), Amphadase (utilizado para procedimientos de extravasación, contraste y clisis para administración de fluidos), Ampyra (formulación de marca, tratamiento para esclerosis múltiple), Aubagio (formulación de marca, tratamiento para esclerosis múltiple), Avonex (tratamiento para esclerosis múltiple), Bafiertam (tratamiento para esclerosis múltiple), Briumvi (tratamiento para esclerosis múltiple), Bronchitol (tratamiento de fibrosis quística), Cabtreo (tratamiento para acné), Cimzia (tratamiento para artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, crohn, espondiloartritis, psoriasis placa, psoriasis artrítica), Copaxone (formulación de marca, tratamiento para esclerosis múltiple), Cuvrior (tratamiento para enfermedad Wilson), Daybue (tratamiento síndrome Rett), Enbrel (tratamiento para artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, psoriasis placa, psoriasis artrítica, psoriasis artrítica juvenil, artritis idiopática juvenil), Extavia (tratamiento para esclerosis múltiple), Fabrazyme (tratamiento para enfermedad Fabry), Gilenya (formulación de marca, tratamiento para esclerosis múltiple), Hylenex (utilizado como contraste para procedimiento), Iheezo (tratamiento anestésico), Joenja (tratamiento para síndrome delta PI3K activado), Kalydeco (tratamiento de fibrosis quística), Kesimpta (tratamiento para esclerosis múltiple), Lamzede (tratamiento para mannosidosis), Lemtrada (tratamiento para esclerosis múltiple), Leqembi (tratamiento para enfermedad de alzheimer), Letairis (formulación de marca, tratamiento para hipertensión pulmonar), Liquev (tratamiento para hipertensión pulmonar), Lumryz (tratamiento para narcolepsia y cataplexia, somnolencia excesiva), Ocrevus (tratamiento para esclerosis múltiple), Omisirge (tratamiento para trasplante), Onpattro (tratamiento para polineuropatía amiloide familiar), Opsumit (tratamiento para hipertensión pulmonar), Opvee (tratamiento para sobreuso de opiáceos), Orenitram (tratamiento para hipertensión pulmonar), Pulmozyme (tratamiento de fibrosis quística), Remodulin (tratamiento para hipertensión pulmonar), Revatio (formulación de marca, tratamiento para hipertensión pulmonar),

Rinvoq (tratamiento para artritis reumatoide, espondilitis alquilosante, crohn, espondiloartritis axial no-radiográfica, psoriasis artrítica, colitis ulcerativa, dermatitis atópica), Rivfloza (tratamiento para hiperoxaluria primaria tipo 1), Skyrizi (tratamiento para crohn, psoriasis de placa, psoriasis artrítica), Sohonos (tratamiento para fibrodisplasia ossificans progresiva), Symdeko (tratamiento de fibrosis quística), Tadliq (tratamiento para hipertensión pulmonar), Tascenso (tratamiento para esclerosis múltiple), Tecfidera (formulación de marca, tratamiento para esclerosis múltiple), Tracleer (formulación de marca, tratamiento para hipertensión pulmonar), Trikafta (tratamiento de fibrosis quística), Tysabri (tratamiento para esclerosis múltiple), Tyvaso (tratamiento para hipertensión pulmonar), Veletri (tratamiento para hipertensión pulmonar), Ventavis (tratamiento para hipertensión pulmonar), Veopoz (tratamiento para enteropatía CD55 deficiente de proteína/enfermedad de chapple), Vumerity (tratamiento para esclerosis múltiple), Vyjuvek (tratamiento para epidermólisis bullosa distrófica), Wainua (tratamiento para polineuropatía debido a amiloidosis heredada por transtiretina), Wakix (tratamiento para cataplexia y narcolepsia, somnolencia excesiva, apnea de sueño obstructiva), Xdemvy (tratamiento para blefaritis), Xiaflex (tratamiento para Dupuytren, Peyronie), Xywav (tratamiento para cataplexia y narcolepsia, somnolencia excesiva, hipersomnia idiopática), Zilbrysq (tratamiento para miastenia grave AChR positivo), Voxzogo (tratamiento para achondroplasia), Rezdiffra (non-alcoholic esteatohepatitis), Eohilia (esofagitis eosinofílica), Alyglo (primary humoral immunodeficiency), Zelsuvmi (Molluscum contagiosum), Exblifep (Infección tracto urinario), Tryvio (hipertensión), Vafseo (Anemia debido a enfermedad renal crónica), Zevtera (Infecciones bacterianas), Lumisight (agente de imagen óptico), Palopegteriparatide (Hipoparatioidismo), Glepaglutide (Síndrome del intestino corto), Mavorixafor (Verrugas, infecciones hipogammaglobulinemia, Síndrome mielocathexis), Seladelpar (Colangitis biliar primaria), Rezzayo (Candidemia/Candidiasis), Xacduro (Pneumonia), Pombiliti (Enfermedad Pompe), Izervay (Degeneración macular), Omvoh (Colitis ulcerativa), Rebyota (Clostridioides difficile), Jesdubroq (Anemia debido a enfermedad renal crónica), Veozah (calores súbitos debido a menopausa), Miebo (Enfermedad de ojo seco), Inpefa (Fallo cardíaco), Vowst (Clostridioides difficile), Rystiggo (Miastenia grave), Velsipity (Colitis ulcerativa), Bimzelx (Psoriasis de placa), Filsuvez (epidermólisis bullosa), Donanemab (Enfermedad de Alzheimer).

11. Productos utilizados para tratamiento de trombocitopenia púrpura idiopática (Promacta, Nplate, Tavalisse, Doptelet, Alvaiz)
12. Productos utilizados para tratamiento para amiloidosis (Tafamidis, Vyndamax, Vyndaquel).
13. Productos utilizados para tratamiento para esclerosis lateral amiotrófica (Radicava, Radicava ORS, Relyvrio, Qalsody).
14. Productos utilizados para tratamiento para fibrosis pulmonar idiopática (Ofev, Esbriet).
15. Productos utilizados para tratamiento de hemoglobulinuria nocturna paroxismal (Soliris, Ultomiris, Empaveli, Fabhalta, Voydeya).
16. Productos utilizados para tratamiento para colangitis biliar primaria (Ocaliva).
17. Productos utilizados para tratamiento de atrofia muscular espinal (Spinraza, Zolgensma, Evrysdi).
18. Productos utilizados para tratamiento de Distrofia muscular de Duchenne (Exondys 51, Vyondys 53, Viltepso, Amondys 45, Agamree, Elevidys, Duvyzat).
19. Antihemofílicos (Hemlibra, Advate, Adynovate, Afstyla, Alphanate, Alphanate/VWF Complex/Human, AlphaNine SD, Alprolix, Bebulin, BeneFIX, Coagadex, Corifact, Elocate, Feiba, Fibryga, Helixate FS, Hemofil M, Humate-P, Idelvion, Ixinity, Kcentra, Koate, Koate-DVI, Kogenate FS, Kogenate FS Bio-Set, Kovaltry, Monoclate-P, Mononine, Novoeight, NovoSeven RT, Nuwiq, Obizur, Profilnine, Profilnine SD, Rebinyn, Recombinate, Refacto, RiaSTAP, Rixubis, SevenFact, Tretten, Wilate, Xyntha, Xyntha Solofuse, Roctavian, Prademagene zamikeracel, Marstacimab, Altuviiio).
20. Productos utilizados para tratamiento de enfermedad Gaucher (Vpriv, Zavesca/Miglustat, Cerezyme, Eleyso, Ceredase, Cerdelga).
21. Productos para prevención y/o tratamiento para migraña: Aimovig, Nurtec, Trudhesa, Ubrelvy, Qulipta, Reyvow, Vyepti, Zavzpret, Elyxib.
22. Productos para dermatitis atópica: Adbry, Rinvoq, Cinbigo, Dupixent (aplica como exclusión para todas sus indicaciones aprobadas por la FDA), Lebrikizumab.
23. Productos para diabetes mellitus tipo 2: Bydureon, Byetta, Mounjaro, Ozempic, Rybelsus, Tanzeum, Victoza, Adlyxin.
24. Medicamentos utilizados para trasplante de órganos y tejidos (cyclosporine modified, tacrolimus, sirolimus, cyclosporine, mycophenolate sodium, everolimus, azathioprin, belatacept y basiliximab).

25. Productos utilizados para el tratamiento de abstinencia del hábito de fumar (varenicline). Es una exclusión categórica excepto los requeridos por las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA).
26. Sangre y sus componentes (hetastarch 6%/nacl IV, rehomacrodex IV, albúmina humana y fracciones de proteínas Plasmáticas).
27. Un medicamento cuando la FDA ha determinado que su uso es contraindicado para el tratamiento de la indicación para la cual se prescribe.
28. Tratamiento para los síntomas de ataques repentinos de porfiria relacionados con el ciclo menstrual (*Hemin, Panhematin*).
29. Terapia de genes: Cualquier tratamiento, medicamento o dispositivo que altere los genes del cuerpo, la corrección genética o expresión de los genes (Abecma, Breyanzi, Imlygic, Luxturna, Tecartus, Yescarta, Zolgensma, Carvykti (ciltacabtagene autoleucel), Skysona, Xenpozyme, Hemgenix, Roctavian, Casgevy, Lenmeldy, Eladocogene exuparvovec, Fordadistrogene, Atidarsagene autotemcel, Prademagene zamikeracel, Fidanacogene, Kresladi, Adstiladrin).
30. Terapia de células: cualquier tratamiento donde ocurra la transferencia de células vivas intactas a un paciente para ayudar a aliviar o curar una enfermedad. Las células pueden provenir del paciente (células autólogas) o de un donante (células alogénicas) (Allocord, Clevecord, Ducord, Gintuit, Hemacord, Kymriah, Laviv, Maci, Provenge, Ryplazim, StrataGraft).
31. Terapia de células T con receptor de antígeno quimérico (CAR-T por sus siglas en inglés): cualquier tratamiento o terapia donde se modifique las propias células inmunitarias del paciente (células T) para expresar un receptor en su superficie que reconoce estructuras (antígenos) en la superficie de las células malignas (Carvykti (ciltacabtagene autoleucel)).
32. Especializados nuevos que sean aprobados por la FDA. Excepto las quimioterapias orales y cuando sea requerido por ley local o federal o la oficina del comisionado de seguros.
33. Medicamentos nuevos que están aprobados por FDA que aparecen disponibles luego de la fecha de efectividad de esta póliza a menos que sean requeridos por una ley local o federal.
34. Gastos por agentes inyectables que requieran ser administrados por un profesional de la salud. Los que estén relacionados a cáncer que requieran ser administrados por un profesional de la salud se cubren bajo la cubierta médica.

SECCIÓN 7 Exclusiones de los Beneficios Dentales

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

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

1. Todo servicio no incluido como servicio cubierto en la descripción de esta cubierta.
2. Servicios para las reconstrucciones orales totales (*Full-Mouth Reconstruction*).
3. Servicios dentales restaurativos, endodoncias, periodoncia, prótesis, quirúrgicos y ortodoncia.
4. Gastos por servicios de reemplazo o reparación de aparatos.
5. El tratamiento de barniz de fluoruro es mutuamente excluyente del tratamiento de fluoruro tópico, (es uno o el otro), no ambos.
6. Servicios prestados por dentistas no participantes en Puerto Rico; excepto en casos de emergencia.
7. Servicios dentales prestados fuera de Puerto Rico.
8. Servicios dentales que se presten con fines estéticos o por razones puramente cosméticas.
9. Todos los servicios dentales prestados en unidades móviles no se reconocerán para pago. Se entenderá por unidades móviles aquellos vehículos tales como guaguas o camiones equipados para ofrecer servicios básicos de salud que se desplazan a diferentes lugares.
10. Tratamientos necesarios relacionado con accidente de automóvil.

CAPÍTULO 5: Cómo Funciona su Plan

SECCIÓN 1 Descripciones de Cubierta

Sección 1.01 Su Cubierta Bajo Esta Póliza

Usted (el "Tenedor de la Póliza") ha adquirido una póliza de Triple-S Salud y mantiene un contrato con Triple-S Salud. Su póliza, solicitud de ingreso y otros documentos que completó al momento de ingresar al plan forman parte de su contrato con Triple-S Salud. Usted y sus dependientes tienen derecho a los beneficios descritos en esta Póliza.

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

Los beneficios que provee esta póliza básica no son de carácter acumulativo. Además, no están sujetos a periodos de espera cuando se suscribe dentro del periodo fijo de suscripción anual o como resultado de un evento calificador según se establece en el Capítulo 3, sección 2.

Sección 1.02 Su Plan

Este es un **plan híbrido** que se adapta a sus necesidades. Triple-S Salud le ofrece la atención primaria y la atención de urgencia en visita a oficina médica o visita virtual, a través de su red [Pocket Network] dentro de la red [Blue Select Network], para brindarle la ayuda, las respuestas y la atención que necesita. Para detalles de la atención virtual, referirse a la sección de Teleconsulta MD.

Con este modelo de plan POS, la persona asegurada puede obtener un cuidado coordinado para atender sus necesidades de salud. Los servicios cubiertos están disponibles a través de los proveedores participantes, incluyendo médicos, hospitales, facilidades y otros proveedores, con la libertad de visitar el proveedor de su preferencia a través de la red [Blue Select Network] y [Pocket Network].

La diferencia entre visitar un proveedor de la red [Blue Select Network] o [Pocket Network] de Triple-S Salud está en la cantidad que paga por el servicio cubierto.

Le recomendamos que siempre seleccione un médico de cabecera (PCP) para coordinar sus servicios con otros proveedores. Éste le ayudará a identificar el cuidado médico que necesite con otros médicos especialistas de la red [Pocket Network].

Sección 1.03 La Persona Asegurada Puede Acceder los Servicios Médicos de Varias Maneras

1. Visitando al médico de cabecera (PCP). También, puede realizar una visita virtual a través de Teleconsulta MD.
2. **Utilizando una consulta, escrita o electrónica, de un médico de cabecera en la red [Pocket Network] para visitar un especialista, subespecialista o profesional de la salud.**
Visitando a un PCP o a los proveedores de Teleconsulta MD, y de ser necesario, éste le dará una consulta escrita para visitar a un especialista, subespecialista o profesional de la salud de Pocket Network.
 - a. La consulta solo será necesaria para visitar a un especialista, subespecialista o profesional de la salud de Pocket Network. Para otros servicios cubiertos con orden médica de un especialista, subespecialista o profesional de la salud de Pocket Network (según aplique), podrá accederlos sin una consulta.
 - b. La persona asegurada no paga por la visita al especialista o subespecialista, dentro de la red [Pocket Network].
3. **Sin utilizar una consulta, escrita o electrónica, de un médico de cabecera (PCP) de la red [Pocket Network] para visitar un especialista, subespecialista o profesional de la salud:**
Visitando a un especialista, subespecialista o profesional de la salud de la red [Pocket Network] o de la red [Blue Select Network] de Triple-S Salud **sin una consulta, escrita o electrónica**, de un PCP.

- a. La persona asegurada paga un copago por la visita al especialista, subespecialista o profesional de la salud, de la red [Blue Select Network] o [Pocket Network].
- b. Si selecciona un médico de cabecera (PCP) y decide visitar directamente a un especialista o subespecialista sin consulta del PCP, el asegurado pagará el copago establecido para los proveedores de la red [Blue Select Network].

Usted debe visitar los médicos y proveedores participantes, incluyendo hospitales, de la red [Blue Select Network] de Triple-S Salud o [Pocket Network] para que sus servicios estén cubiertos, excepto en casos de emergencia o según requerido por ley; de lo contrario, el servicio no estará cubierto.

Puede visitar cualquier farmacia o dentista participante de Triple-S Salud, así como proveedores de Triple-S Natural, servicios de Laboratorios y de Centros de Imágenes dentro de la red [Blue Select Network] sin una consulta del médico de cabecera o PCP. Para estos servicios siempre aplicará el mismo copago o coaseguro.

Existen ciertas reglas del plan de Triple-S Salud que usted debe seguir para que los servicios estén cubiertos, tales como: visitar a ciertos proveedores para recibir servicios específicos, preautorización para servicios antes de recibirlos, uso del Formulario de Medicamentos, medicamentos genéricos como primera opción y uso de los médicos y proveedores de la red, entre otras reglas.

Por otro lado, en caso de que una organización de seguros de salud o asegurador no tenga una cantidad o variedad suficiente de proveedores participantes para proveer un beneficio cubierto, dicha organización de seguros de salud o asegurador deberá garantizar que las personas cubiertas o asegurados obtengan los beneficios cubiertos al mismo costo que hubieran incurrido si hubiesen obtenido el servicio de proveedores participantes.

Sección 1.04 Servicios Medicamento Necesarios

Triple-S Salud cubre los beneficios descritos en esta póliza, siempre y cuando sean medicamento necesarios. Favor referirse a la Sección, Apelaciones de Determinaciones Adversas de Beneficios para su derecho a una apelación de una determinación adversa sobre los beneficios de un servicio considerado no medicamento necesario.

Sección 1.05 Servicios Médico-Quirúrgicos Durante una Hospitalización

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

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

Sección 1.06 Servicios de Hospitalización

Debe visitar los hospitales participantes de la red [Blue Select Network] de Triple-S Salud.

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

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

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

Cuando una persona asegurada utilice una habitación privada en un hospital participante, Triple-S Salud

cubre lo que hubiese pagado por una habitación semiprivada. El hospital puede cobrar al paciente la diferencia entre el costo normal de la habitación privada y la tarifa establecida por Triple-S Salud para una habitación semiprivada, excepto en casos que sea médicamente necesario y con previa notificación a Triple-S Salud. Los demás gastos de hospitalización de la persona asegurada cubiertos por esta póliza están incluidos en la contratación entre el hospital participante y Triple-S Salud y por ello no puede cobrar diferencia alguna a la persona asegurada.

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

Sección 1.07 Proveedores Participantes de Nuestra Red

Nosotros tenemos un contrato con médicos, facilidades y proveedores a través de toda la Isla para que provean servicios a las personas aseguradas. Es importante que usted conozca y acceda en cualquier momento nuestro Directorio de Proveedores 2025 en la red [Blue Select Network] y antes de obtener un servicio verifique si es participante.

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

- Verifique en el Directorio de Proveedores 2025 en la red [Blue Select Network] de Triple-S Salud que tenga disponible.
- Para una versión actualizada, visite nuestro portal de Internet en www.ssspr.com. El directorio de proveedores online se actualiza diariamente y le permite realizar búsquedas por especialidad y pueblo.
- Acceda a nuestra aplicación móvil Mi Triple-S. Una vez complete el proceso de registro, puede acceder al Directorio de Proveedores 2025.
- Llame al Departamento de Servicio al Cliente para preguntas de un proveedor específico al [787-774-6060] (libre de cargos: [1-800-981-3241]) de lunes a domingo de 6:00am a 10:00pm AST (Tiempo Estándar del Atlántico). El número de Servicio al Cliente aparece en la parte posterior de la tarjeta del plan.

Sección 1.08 Redes Preferidas en Facilidades Ambulatorias

Los planes disponibles bajo esta póliza cuentan con Redes Preferidas para visitas médicas, laboratorios clínicos, rayos-X, radiología e imágenes que se prestan de forma ambulatoria. Estas Redes Preferidas están identificadas como:

- Clínicas SALUS: En las Clínicas SALUS usted puede obtener servicios de visitas médicas (generalistas, especialistas y subespecialistas), rayos-x, entre otros. Usted tiene derecho a visitar otros médicos participantes.

Es importante que revise el Directorio de Proveedores 2025 en la red [Blue Select Network] antes de recibir los mismos para asegurarse que el proveedor del cual recibe los servicios es uno participante de estas Redes Preferidas.

Sección 1.09 Contrataciones Especiales por Manejo

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

Sección 1.10 Compensación a los Proveedores de la Red

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

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

Sección 1.11 Administradores de Beneficios Contratados

Triple-S Salud contrata con otras organizaciones (proveedores o entidades) para realizar ciertos servicios de salud tales como: Administrador de Beneficios de Farmacia para medicamentos recetados, desarrollar

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

Debe consultar esta póliza para verificar la cubierta de su plan médico y si hay algún límite de beneficios. De tener alguna duda sobre sus beneficios, puede comunicarse con Servicio al Cliente a través de cualquiera de los canales de servicio disponibles en el Capítulo 1, Cómo Comunicarse con su Plan.

Sección 1.12	Servicios Fuera de la Red de Proveedores Contratados en Puerto Rico
---------------------	--

Los servicios cubiertos por esta póliza que sean prestados por proveedores no participantes de [Blue Select Network] de Triple-S Salud, están cubiertos únicamente en casos de emergencia, incluyendo ambulancia aérea, o según requerido por ley y son pagados directamente al proveedor a base de la tarifa contratada que se hubiese pagado a un proveedor participante, luego de descontar el copago y/o coaseguro aplicable, según establecido en la póliza. El proveedor no participante está obligado a aceptar el pago por una cantidad que no será menor a la contratada para los proveedores participantes para ofrecer los mismos servicios. En caso de que los servicios de emergencia sean provistos por un proveedor no contratado por Triple-S Salud, el paciente no será responsable de un pago por los servicios que exceda la cantidad aplicable, si hubiese recibido dichos servicios de un proveedor contratado por Triple-S Salud.

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

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

Bajo otras circunstancias, los proveedores fuera de la red no están cubiertos por esta póliza y usted es responsable del costo total de los servicios.

Sección 1.13	Cuando un Proveedor Abandona la Red de Triple-S Salud o el Plan de Salud Cesa
---------------------	--

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

En caso de cancelación de un proveedor o el cese del plan de salud, sujeto al pago de la prima, la persona asegurada tiene derecho a continuar recibiendo los beneficios por un período de transición de 90 días. En caso de que se encuentre hospitalizado al momento de la fecha de cancelación y la fecha de alta haya sido programada antes de la fecha de terminación, el periodo de transición se extiende 90 días después de la fecha en que sea dado de alta.

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

Sección 1.14 Nuevas Personas Aseguradas con un Tratamiento en Curso

Si la persona asegurada está en un tratamiento en curso con un proveedor no participante cuando la cubierta de esta póliza se haga efectiva, la persona asegurada puede recibir sus servicios cubiertos para el tratamiento en curso con el proveedor no participante durante un máximo de 60 días a partir de la efectividad de la cubierta con Triple-S Salud. Este curso de tratamiento debe ser para una enfermedad o condición que amenaza la vida o una condición o enfermedad degenerativa e incapacitante.

Las personas aseguradas pueden continuar con los cuidados de un proveedor no participante si se encuentra en el segundo o tercer trimestre del embarazo cuando la cubierta de esta póliza entre en vigor. Las personas aseguradas pueden continuar con el cuidado médico hasta la fecha de parto y cualquier servicio post-parto directamente relacionado con el mismo.

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

Sección 1.15 Servicios de Emergencia

Triple-S Salud cubre servicios de emergencia para el tratamiento de una condición de emergencia en un hospital o una sala de emergencia independiente. La cubierta de servicios de emergencia para el tratamiento de una condición de emergencia se proporciona a la persona asegurada independientemente de si el proveedor es participante. El plan cubre solo aquellos servicios de emergencia y suministros que son médicamente necesarios y se realizan para tratar o estabilizar la condición de emergencia de una persona asegurada.

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

Sección 1.16 Cuidado de Urgencias

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

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

Sección 1.17 Maximice sus Beneficios del Plan

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

Evite utilizar la sala de emergencia para servicios que son de urgencia o de rutina y que no son una emergencia. La visita a sala de emergencia en estos casos puede redundar en costos más altos para el

plan de salud y desembolsos mayores para usted en comparación a una visita médica. Observe los siguientes ejemplos:

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

Visite un médico de cabecera o primario en vez de visitar múltiples médicos especialistas para diagnosticar y tratar adecuadamente una condición. Conforme la ley 79-2020, Triple-S Salud podrá permitir que, en pacientes de cáncer, un oncólogo podría ser considerado un PCP, pero en tal caso, el oncólogo debe ofrecer su consentimiento. Éste coordina los servicios necesarios y preventivos acordes a su edad y condición de salud, además del cuidado de salud necesario con los médicos especialistas y otros proveedores de la red de Triple-S Salud.

Su médico de cabecera o primario conoce todo sobre su salud y mantiene un récord completo de su condición de salud. Recuerde que usted no necesita referidos para recibir los servicios cubiertos de cualquier proveedor de la red de Triple-S Salud.

- Utilice medicamentos genéricos como primera opción siempre que estén disponibles para el tratamiento de su condición.
 - o Un medicamento genérico es una copia de un medicamento de marca cuya patente ha caducado. La patente es la que le ofrece a la compañía farmacéutica el derecho único para vender el medicamento mientras es efectiva. Cuando la patente se vence, las compañías pueden vender versiones genéricas del medicamento de marca disponible.
 - o Un medicamento genérico tiene el mismo uso y trabaja de igual manera en el cuerpo que los medicamentos de marca. Tienen el mismo ingrediente activo, son iguales en dosis, seguridad y calidad, por exigencia de la Administración Federal de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés).
 - o Por otro lado, los medicamentos genéricos pueden significar ahorros para su bolsillo, ya que cuestan mucho menos que los de marca. Los copagos y/o coaseguros por los medicamentos genéricos usualmente son menores. Por favor observe que, si usted está utilizando un medicamento de marca para el cual existe un genérico disponible, usted puede estar recibiendo los mismos beneficios a un costo menor.
- Utilice medicamentos OTC bajo el programa de Triple-S Salud. La lista incluye medicamentos para condiciones del estómago, alergias y gotas oftálmicas que han demostrado ser seguros y efectivos, además de que representan un costo menor para el plan de salud. Recuerde que tiene que presentar una receta del médico para el medicamento OTC.
- Evalúe con su médico los medicamentos que forman parte de su tratamiento y que se incluyen en nuestra Formulario de Medicamentos. Use los medicamentos preferidos los cuales son costo-efectivos y ya probados para el tratamiento de condiciones. Además, han sido seleccionados por el Comité de Farmacia y Terapéutica por su efectividad. Usted tiene desembolsos mayores cuando utiliza los medicamentos que no son preferidos. Verifique su descripción de cubierta y Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros en el Capítulo 4 para que pueda ver cuánto es su desembolso por concepto de copagos y coaseguros.

- Utilice su cubierta de servicios preventivos para detectar condiciones a tiempo.
Nuestro plan ofrece todos los servicios preventivos requeridos por ley sin costo alguno para usted. Esto significa que usted no paga de su bolsillo para servicios como exámenes físicos anuales, citas ginecológicas preventivas, mamografía preventiva, vacunas, entre otros. Estos son pasos importantes para mantenerse saludable, por lo que debe aprovechar de esto para detectar a tiempo cualquier condición de salud.
- Reduzca sus desembolsos significativamente utilizando siempre proveedores de la red.
- Si tiene un seguro de salud adicional, informe a Triple-S Salud y a su otro plan para que coordine beneficios entre ambos planes. Favor referirse a la Sección, Coordinación de Beneficios para mayor información sobre las reglas para determinar qué plan será primario.

Sección 1.18 Teleconsulta

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

Este programa es atendido por personal clínico calificado el cual le ofrece ayuda y orientación sobre su condición. Estos profesionales evalúan los síntomas de la persona asegurada con el propósito de determinar el tratamiento más apropiado.

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

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

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 del Plan. Recuerde, cuando llame a **Teleconsulta**, tener a la mano su tarjeta del plan.

Teleconsulta es un servicio exclusivo de Triple-S Salud para sus a personas aseguradas, el cual es administrado por un contratista independiente de servicios de orientación e información telefónica de salud.

Sección 1.19 Preautorización de Servicios / Preautorización de Medicamentos

Hay ciertos servicios y medicamentos que requieren la aprobación previa de Triple-S Salud antes que la persona asegurada pueda recibirlos. Algunos de los objetivos de la preautorización son: evaluar si el servicio es médicamente necesario, evaluar la adecuacidad del lugar de servicio, verificar la elegibilidad de la persona asegurada para el servicio que se está solicitando y si el mismo está disponible en Puerto Rico. Las preautorizaciones se evalúan a base de las políticas de preautorizaciones que Triple-S Salud establezca de tiempo en tiempo. La persona asegurada o el proveedor son responsables de solicitar una preautorización del servicio, cuando sea requerido según las disposiciones de ésta póliza. Favor referirse a las secciones Preautorizaciones y Procedimiento de Trámite y Preautorizaciones para medicamentos para obtener una lista detallada de los servicios que requieren una preautorización de servicios o preautorización de medicamentos y el proceso que la persona asegurada o proveedor deben seguir para obtener la preautorización del plan. Triple-S Salud no es responsable por el pago de dichos servicios si los mismos han sido prestados o recibidos sin dicha preautorización por parte de Triple-S Salud.

Sección 1.20 Obtenga una Copia Actualizada del Formulario de Medicamentos

Su cubierta de medicamentos bajo esta póliza está sujeta a un Formulario de Medicamentos. Este Formulario de Medicamentos se encuentra disponible en nuestro portal de internet en www.ssspr.com. Si interesa una copia del Formulario de Medicamentos, llame a Servicio al Cliente.

Sección 1.21 Manejo Clínico

Los beneficios que ofrece esta Póliza están sujetos a preautorizaciones (revisión prospectiva), 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.

Sección 1.22 Programa de Manejo de Casos

El Programa de Manejo de Casos asiste en la coordinación de servicios para las personas aseguradas con necesidades de atención médica debido a condiciones crónicas de salud tales como:

- Diabetes

- Fallo Congestivo del Corazón
- Asma
- Enfermedad Obstructiva Pulmonar
- Prenatal-embarazos alto riesgo
- Enfermedad Crónica del Riñón

A través de un plan de cuidado individualizado, el Programa de Manejo de Caso realiza intervenciones educativas con personas aseguradas que reflejan alta utilización de los servicios de salud, ya sea por el tratamiento requerido por su condición u otras razones, incluyendo a los asegurados con condiciones crónicas. Algunos diagnósticos identificados para que la persona asegurada reciba los servicios del Programa de Manejo de Cuidado son:

- Desordenes inmunológicos (Ejemplo VIH o SIDA)
- Enfermedades cerebrovasculares
- Fibrosis Cística
- Enfermedades degenerativas (Ejemplo esclerosis múltiple, ALS)
- Lesiones de piel (úlceras III y IV)
- Enfermedad mental y abuso de sustancias
- Accidentes cerebrovasculares
- Hipertensión Pulmonar
- Cáncer en tratamiento de quimioterapia continua (cabeza/cuello, gastrointestinal, pulmón, ovario/útero, cerebro, metástasis o fase terminal)

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

La persona asegurada puede ser referida al programa por su médico, trabajador social, hospital, planificador de alta, un familiar o por su cuenta, así como otras fuentes.

La elegibilidad para participar en el programa dependerá de la existencia de opciones efectivas para el tratamiento de la condición de salud de la persona asegurada de acuerdo con el plan de cuidado individualizado.

Si la persona asegurada cumple con los criterios del programa y está de acuerdo en participar, un equipo interdisciplinario con amplia experiencia clínica, evaluarán las necesidades de salud de la persona asegurada y determinarán las alternativas disponibles de cuidado. Cuando la persona asegurada es admitida en el programa, el manejador de casos realizará un plan de cuidado individualizado y dará seguimiento a través de llamadas telefónicas y visitas personales.

De necesitar información adicional, favor de comunicarse con nosotros a los números de teléfono o por correo electrónico (e-mail) que aparecen en el Capítulo: Cómo Comunicarse con su Plan.

Sección 1.23	Programa de Manejo Clínico
---------------------	-----------------------------------

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

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

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

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

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

Programa	Descripción
Programa de Diabetes	Ofrece al asegurado una guía personalizada, a través de un profesional de la salud (enfermera) que identificará el factor de riesgo específico y las necesidades del asegurado al realizar una evaluación de riesgo relacionada con la condición integral. Educará al asegurado sobre el uso y manejo de los medicamentos, la prevención de futuras complicaciones reforzará los hábitos de nutrición (si es necesario, referirá al especialista en nutrición), la actividad física y el uso del glucómetro, entre otros. También se lleva a cabo la coordinación de servicios, que depende de las necesidades del afiliado.
Programa de Asma	Está diseñado para ofrecer una guía a nuestros asegurados, motivándolos a desarrollar las habilidades necesarias para identificar los riesgos y auto cuidado de su condición de asma. El asegurado recibirá información y orientación sobre su condición, a través de una enfermera especializada en afecciones respiratorias. Con la ayuda de personal de manejo clínico, educadores y terapeutas, las personas aseguradas, que padecen de asma, reciben información sobre su condición y factores que pueden provocar ataques de asma, síntomas, señales de alerta y medicamentos para establecer estrategias para controlarla. Se le ofrece orientación sobre el uso correcto de los inhaladores tanto de mantenimiento como de rescate. Se le asiste en la coordinación de cita.
Programa de Hipertensión	Diseñado para aquellos asegurados mayores de 18 años que sufren de hipertensión (presión arterial alta o descontrolada) se benefician de las actividades educativas que ofrece este programa. Aprenden qué es hipertensión, sus señales o síntomas, modificación de estilos de vida, cómo controlar la presión arterial y se le educa sobre posibles modificaciones en los estilos de vida que pueden afectar la condición de hipertensión. Se le asiste en la coordinación de cita.
Programa de Fallo Cardíaco	Personas aseguradas que padecen de fallo cardíaco (enfermedad del corazón que provoca que el bombeo de sangre al cuerpo no sea normal). Cuando la condición es severa, reciben material educativo en su hogar y orientación de parte de nuestros profesionales de enfermería del Programa de Manejo de Fallo Cardíaco, sobre cómo cuidarse y así lograr sentirse mejor. Las personas aseguradas cuya condición no es severa son citados por los educadores en salud para actividades educativas. Todo esto les ayuda a controlar su condición, evitar complicaciones y mejorar su calidad de vida.
Programa de COPD	Los asegurados mayores de 40 años, con la condición de COPD (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) recibirán una guía y un plan de cuidados personalizados sobre su condición, revisión de medicamentos y orientación sobre el uso correcto de los mismos, identificar signos y síntomas de complicaciones y el profesional de la salud (enfermera) reforzará la importancia del seguimiento médico. Nuestros profesionales ayudarán a los participantes a conocer su enfermedad y a adoptar estilos de vida saludables para evitar futuras complicaciones y disfrutar de una mejor calidad de vida.

Programa	Descripción
Programa Contigo Mamá	Este programa educa a las personas aseguradas sobre la importancia del cuidado prenatal temprano y sobre los factores de riesgos a los que deben estar pendientes. Las personas aseguradas durante su estado de embarazo reciben folletos educativos sobre el cuidado del embarazo y del bebé. La etapa prenatal, aunque no es una enfermedad crónica, puede desarrollar una serie de complicaciones debido a enfermedades o condiciones preexistentes. Al registrarse y participar del programa prenatal la asegurada embarazada recibe orientación por teléfono de un especialista de manejo clínico en el área de prenatal, orientaciones en talleres educativos ofrecidos por los educadores en salud y ayuda a coordinar la bomba de Zofrán para las aseguradas con hiperémesis gravídarum y Progesterona para prevenir el parto prematuro en las embarazadas de alto riesgo. También al registrarse y participar de los módulos de Contigo Mamá la persona asegurada podrá obtener el servicio Postnatal de Asistencia en el Hogar (<i>In-home Support</i>). De no registrarse, ni participar en el programa, el beneficio no estará cubierto. Este beneficio consiste en apoyo en el hogar para actividades de la vida diaria, tales como limpieza doméstica liviana (limpieza, lavandería, lavar los platos), preparación de comidas, ayuda para bañarse, vestirse y recordatorios de medicamentos. El beneficio cubre hasta 16 horas (cuatro (4) horas por día para un máximo de cuatro (4) días) por año póliza, luego de haber dado a luz a su bebé.
Programa Cesación de Fumar	Es un programa educativo que ofrece orientación y educación general sobre los efectos de fumar en la salud y los beneficios de modificar o eliminar esta adicción. El mismo está dirigido a personas que padecen condiciones crónicas y aquellos que desean dejar esta adicción. El Programa es libre de costo para las personas aseguradas y se ofrece vía teléfono. El asegurado en coordinación con la especialista en educación que ofrece el programa indicará el día y horario de su predilección. Este programa apoya a las personas aseguradas participantes en el proceso de cesar o disminuir, contribuyendo a reducir los riesgos a la salud. Para más información, puede comunicarse por email a [servpreven@ssspr.com.]
Programa Contigo Mujer	Programa educativo dirigido a la salud integral de la mujer mediante actividades que promuevan la prevención y promoción de la salud. Trimestralmente se ofrecerán campañas con diferentes iniciativas. Los temas de las campañas serán: Mujer y Salud, Hermosa y saludable, Finanzas y la salud y Saludable en las fiestas.
Programa Contigo Relax	Programa educativo enfocado en temas de salud mental y conductual para todas las edades. El contenido incluye videos, presentaciones y eventos. Se accede a través de la plataforma Mi Triple-S.

De necesitar información adicional o para participar del programa, favor de comunicarse con nosotros a los números de teléfono o al correo electrónico (*e-mail*) que aparecen en el **Capítulo 1** de esta póliza.

Sección 1.24 Su Cubierta Cuando Participa en un Ensayo Clínico

Si usted participa en un ensayo clínico le detallamos lo que el plan cubre y no cubre.

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

Nuestro plan cubre:

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

resultantes del estudio.

Nuestro plan no cubre:

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

Sección 1.25	Centros Preventivos
---------------------	----------------------------

Triple-S Salud, cuenta con Centros de Cuidado Preventivo los cuales están disponibles para 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 una lista de los Centros de Cuidado Preventivo participantes, refiérase al Directorio de Proveedores 2025 en la red [Blue Select Network].

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

Sección 1.26	Triple-S Natural
---------------------	-------------------------

Triple-S Natural es un programa que le permite recibir ciertos servicios médicos utilizando un modelo de medicina alternativa. La persona asegurada es responsable de pagar el copago establecido que se presenta en el Capítulo 4.

Este programa integra las especialidades de la medicina convencional y complementaria hasta 6 servicios por año póiza, por persona asegurada e incluye los siguientes tipos de terapia:

- **Acupuntura Médica:** La acupuntura utiliza como base la capacidad del cuerpo para regenerarse y curarse a través de estímulos producidos por la inserción y manipulación de agujas u otro instrumental en determinados puntos de la piel. Dichos puntos han sido clínicamente definidos con propósitos terapéuticos.
- **Masaje Terapéutico:** El masaje tiene como fundamento la concepción del ser humano como un total y concibe la enfermedad como la ruptura del flujo constante de energía, nutriente y bienestar que garantizan el estado óptimo de salud de la persona. A través de una combinación de técnicas especializadas, se utilizan las manos, codos y algunos instrumentales auxiliares que faciliten la activación del flujo sanguíneo y de energía necesaria para la reconstrucción del paciente.
- **Medicina Naturopática:** Significa el sistema de cuidado practicado por un Doctor en Naturopatía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de condiciones de salud humana mediante el uso de medicina natural, terapias y educación al paciente con el fin de mantener y estimular el sistema intrínseco de autosanación de cada individuo.
- **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.

El programa está disponible solo a través de proveedores participantes del plan. Favor referirse al Directorio de Proveedores 2025 en la red [Blue Select Network] para una lista de los proveedores participantes. Visite nuestro portal de Internet en www.ssspr.com, nuestra aplicación móvil o llame a Servicio al Cliente para un proveedor participante cercano a usted.

Sección 1.27	Herramienta para Evaluar Riesgos a la Salud (HRA, por sus siglas en inglés)
---------------------	--

La Evaluación de Riesgos a la Salud, (HRA, por sus siglas en inglés) es una herramienta que evalúa estilos de vida, factores de riesgo y condiciones existentes. El HRA ayuda a tener un perfil claro de las personas aseguradas y a determinar hacia dónde dirigir los esfuerzos de educación en salud y estrategias de prevención. También ayuda a las personas aseguradas a hacer una autoevaluación para conocer dónde se encuentran en términos de cumplimiento con los exámenes preventivos, los cambios que necesitan

hacer y les invita a consultarlos con su médico de cabecera y así tener una mayor conciencia para prevenir problemas de salud en el futuro. **Regístrese hoy en nuestro portal [\[www.mitriples.com\]](http://www.mitriples.com) y complete su cuestionario. ¡Manténgase activo, manténgase saludable!**

Sección 1.28 Materiales Educativos en el Portal de Internet

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

Sección 1.29 Encuestas de Satisfacción

La opinión de nuestras personas aseguradas cuenta.

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

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

Sección 1.30 Beneficios No Cubiertos por el Plan

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

Le recomendamos que verifique el Capítulo 4, secciones Exclusiones de la Cubierta Médica, Exclusiones del Beneficio de Farmacia y Exclusiones de los Beneficios Dentales antes de recibir el servicio médico, tratamiento o medicamento, así como cualquier endoso que se adhiera para comprobar si está cubierto o no. También, le recomendamos que explore con su médico o proveedor de servicios alternativas de tratamiento que estén cubiertas bajo el plan para que reduzca sus pagos u opciones de cubierta bajo programas con otras organizaciones que le puedan proveer ayuda adicional.

Sección 1.31 Instrucciones Previas o Directrices Anticipadas

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

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

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

Para más información sobre Directrices Anticipadas, visite nuestro portal de internet [\[www.mitriples.com\]](http://www.mitriples.com) o llame a Servicio al Cliente al número que aparece en la parte posterior de la tarjeta de la persona asegurada.

Sección 1.32 Decisiones Informadas Sobre el Cuidado de su Salud

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

- ¿Cuál es mi diagnóstico?

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

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

Sección 1.33 Cuidado de Servicios por Ley Local o Federal

Esta póliza le provee a la persona asegurada, todos los beneficios ofrecidos en esta póliza incluyendo los servicios requeridos por ley local y federal. Para más información, refiérase al Capítulo **Beneficios Cubiertos**, secciones Cuidado de Servicios Preventivos, Cuidado Estándar de Vacunas y Beneficios Cubiertos por Ley.

Sección 1.34 Usted Puede Solicitar la Siguiete Información Adicional Para Entender Mejor su Plan y Conocer de la Compañía

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

Sección 1.35 Actos de Discrimen Indebido para Víctimas de Maltrato

Constituye discrimen indebido:

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

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

Constituye un acto discriminatorio terminar la cubierta grupal de una víctima de maltrato por motivo de que la cubierta se hubiere emitido originalmente a nombre del maltratante y éste se haya divorciado o separado de la víctima de maltrato o haya perdido la custodia de la víctima, o porque la cubierta del maltratante haya terminado de cualquier otra manera voluntaria o involuntaria. Lo aquí dispuesto no impide que Triple-S Salud requiera que la víctima de maltrato pague la prima completa de la cubierta del plan médico o que requiera, como condición de cubierta, que la víctima de maltrato resida o trabaje dentro del área de servicio del plan médico, si los requisitos se aplican igualmente a todas las personas aseguradas, actuales o potenciales.

La comisión de uno o más de los siguientes actos se considera maltrato, bien fueren ejecutados por un

miembro o ex miembro de la familia de la víctima, algún residente de su casa, compañero o compañera sentimental o cualquier persona a cargo de su cuidado:

- Intentar causar o causar, de manera intencional o negligente, daño corporal, daño físico, angustia mental grave, trauma psicológico, ultraje, agresión sexual o relaciones sexuales involuntarias;
- Llevar a cabo, a sabiendas, una conducta de persecución en contra de la víctima, lo que incluye perseguirla, sin la debida autorización, en circunstancias que la víctima pudiera entender razonablemente que su integridad física peligra;
- Restringir la libertad de la víctima; o
- Causar, a sabiendas o de manera negligente, daños a la propiedad con el objetivo de intimidar o controlar el comportamiento de la víctima.

Sección 1.36 Cómo Funciona su Cubierta

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

Además del pago mensual que realiza por su plan - llamado "prima", la persona asegurada paga una parte de los costos cuando recibe el cuidado que el plan cubre. Hay diferentes tipos de costos que debe pagar de su propio bolsillo: deducible, copago y coaseguro hasta alcanzar el desembolso máximo anual de la cubierta. Para detalles de los copagos, coaseguros y deducibles de su plan, favor referirse al Capítulo Beneficios Cubiertos.

SECCIÓN 2 Coordinación de Beneficios (COB, por sus siglas en inglés)

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

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

- a) Salvo por lo que se dispone en el subpárrafo (b) de este párrafo, el plan que cubre a una persona como no dependiente (por ejemplo, el plan que cubre a una persona como empleado, persona asegurada, suscriptor, tenedor de la póliza, o retirado) es el plan primario y el plan que cubre a la persona como dependiente es el plan secundario.
- b) (i) Si la persona es beneficiaria de Medicare y como resultado de las disposiciones del Título XVIII de la Ley del Seguro Social y sus reglamentos, Medicare es:
 - (I) Secundario al plan que cubre a la persona como dependiente; y
 - (II) Primario al plan que cubre a la persona como no dependiente
 (ii) Entonces el orden de beneficios se revierte, de tal manera que el plan que cubre a la persona como no dependiente es secundario y el otro plan que cubre a la persona como dependiente es primario.
- 2) Hijo Dependiente Cubierto Bajo Más de Un Plan
 A menos que exista una orden de un tribunal que diga lo contrario, los planes que cubren a un hijo dependiente pagan sus beneficios en el siguiente orden:
 - a) En el caso de un hijo dependiente cuyos progenitores estén casados o estén viviendo juntos, aunque nunca se hayan casado:
 - (i) El plan del progenitor cuyo cumpleaños sea primero dentro de un año natural es el plan primario; o
 - (ii) Si ambos progenitores cumplen en el mismo día del año, el plan que haya cubierto a uno de los progenitores por el mayor periodo de tiempo es el plan primario.
 - b) En el caso de un hijo dependiente cuyos progenitores estén divorciados o separados o no estén viviendo juntos, aunque nunca se hayan casado:
 - (i) Si una orden de un tribunal dispone que uno de los progenitores es responsable por los gastos médicos del hijo dependiente o por proveerle al hijo de un plan médico, y el plan de dicho progenitor tiene conocimiento de dicho decreto, ese plan es primario. Si el progenitor con dicha responsabilidad no tiene un plan médico que cubra los gastos del hijo dependiente, pero el cónyuge de dicho progenitor sí tiene tal plan, el plan del cónyuge del progenitor con la responsabilidad es el plan primario. Esta disposición no aplica con respecto a cualquier año en el cual se pagaron o proveyeron servicios antes que dicho plan tenga conocimiento de la orden judicial correspondiente.
 - (ii) Si una orden de un tribunal dispone que ambos progenitores son responsables por los gastos médicos del hijo dependiente o por proveerle un plan médico, las reglas establecidas en el subpárrafo (a) de este párrafo determinan el orden de los beneficios.
 - (iii) Si una orden de un tribunal dispone que los progenitores tienen custodia compartida sin especificar que uno de ellos es responsable de los gastos médicos del hijo dependiente o por proveerle un plan médico, las reglas establecidas en el subpárrafo (a) de este párrafo determinan el orden de los beneficios.
 - (iv) Si no existe una orden de un tribunal asignando responsabilidad a uno de los progenitores por los gastos médicos del hijo dependiente o por proveerle un plan médico, entonces el orden de los beneficios se determina de la siguiente forma:
 - I. El plan que cubra al progenitor custodio;
 - II. El plan que cubra al cónyuge del progenitor custodio;
 - III. El plan que cubra al progenitor no custodio; y por último
 - IV. El plan que cubra al cónyuge del progenitor no custodio.
 - c) En el caso de un menor de edad cubierto como dependiente bajo más de un plan de personas que no sean progenitores de dicho menor, el orden de los beneficios se determina bajo los subpárrafos (a) o (b) de este párrafo, según aplique, como si tales personas fueran los progenitores de dicho menor.
 - d)
 - i. Para un hijo dependiente que tiene cubierta bajo el plan de uno o ambos padres y también tiene su propia cubierta como dependiente bajo el plan del cónyuge, la regla del párrafo (5) se aplica.
 - ii. En el caso de la cubierta del hijo menor dependiente bajo el plan del cónyuge que comenzó en la misma fecha que la cubierta bajo uno o los planes de ambos padres, el orden de los beneficios se determina mediante la aplicación de la regla de cumpleaños en el párrafo (a) el padre (s) del menor dependiente (s) y el cónyuge dependiente.

- 3) Empleado Activo o Retirado o Ex Empleado
 - a) El plan que cubre a una persona como empleado activo, esto es un empleado que no es un ex empleado o retirado, o como dependiente de un empleado activo es el plan primario. El plan que cubra a una persona como empleado retirado o ex empleado, o como dependiente de un empleado retirado o un ex empleado es el plan secundario.
 - b) Si el otro plan no tiene esta regla, y como resultado, los planes no se ponen de acuerdo en el orden en que deban pagarse los beneficios, esta regla es ignorada.
 - c) Esta regla no aplica si la regla en el Párrafo (1) puede determinar el orden de los beneficios.
- 4) COBRA o Extensiones de Cubierta Bajo Ley Estatal
 - a) Si una persona que tiene una cubierta extendida bajo la Ley COBRA o una cubierta extendida bajo otra ley federal o estatal similar también tiene cubierta bajo otro plan, el plan que cubra a dicha persona como empleado, persona asegurada, suscriptor o retirado o que cubra a dicha persona como dependiente de un empleado, persona asegurada, suscriptor o retirado es el plan primario y el plan que cubra a esa persona bajo la Ley COBRA o bajo una extensión de cubierta bajo otra ley federal o estatal similar es el plan secundario.
 - b) Si el otro plan no tiene esta regla, y los planes no se ponen de acuerdo sobre el orden en que se deban pagar los beneficios, esta regla es ignorada.
 - c) Esta regla no aplica si la regla en el Párrafo (1) puede determinar el orden de los beneficios.
- 5) Tiempo de Cubierta Más Largo o Más Corto
 - a) Si ninguna de las reglas anteriores determinara el orden de los beneficios, el plan que haya cubierto a la persona asegurada por el periodo de tiempo más largo es el plan primario y el plan que haya cubierto a la persona por el periodo de tiempo más corto es el plan secundario.
 - b) Para efectos de determinar el periodo de tiempo que una persona ha estado cubierta bajo un plan, dos planes sucesivos se tratan como uno sólo si la persona fue elegible para participar del segundo plan dentro de un periodo de veinticuatro (24) horas luego de la terminación del primer plan.
 - c) El comienzo de un nuevo plan no incluye:
 - i. Un cambio en la cantidad o alcance de los beneficios del plan;
 - ii. Un cambio en la entidad que paga, provee o administra los beneficios del plan; o
 - iii. Un cambio en el tipo de plan, como, por ejemplo, de un plan de patrono sencillo a un plan de patronos múltiples.
 - d) El periodo de tiempo que una persona ha estado cubierta bajo un plan se mide desde la fecha en que comenzó la cubierta de dicha persona bajo ese plan. Si no se pudiera determinar tal fecha en el caso de un plan grupal, la fecha en que la persona se convirtió en persona asegurada del grupo por primera vez se utiliza para determinar el periodo de tiempo en que la persona ha estado cubierta bajo dicho plan grupal.
- 6) Si ninguna de las reglas anteriores determinara el orden de los beneficios, los gastos son compartidos por los planes en partes iguales.

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