

A los Estudiantes de la Universidad de Puerto Rico

BIENVENIDOS A TRIPLE-S SALUD

Nuestra prioridad es servirle en todas las etapas de su vida.

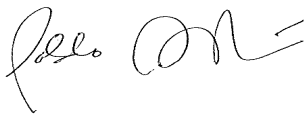
Por más de 50 años hemos cuidado de la salud de miles de puertorriqueños ofreciendo servicios de excelencia y calidad. Nuestra prioridad es servirle en todas las etapas de su vida y esforzarnos día a día en desarrollar iniciativas que respondan a este compromiso.

Triple-S Salud le provee una amplia gama de servicios de cuidado integral que velan por su BIENESTAR TOTAL y contribuyen a mejorar su calidad de vida. Además, provee más y mejores servicios con horarios extendidos en nuestra sala de información y teléfonos, acceso directo a través de toda la isla en nuestras Oficinas Regionales y Centros de Servicios en los principales centros comerciales del país y servicios 24 horas todos los días a través de Teleconsulta, Telexpreso y nuestra página de Internet, www.ssspr.com.

Este documento le ayudará a conocer los beneficios y servicios que la Universidad de Puerto Rico ha contratado con Triple-S Salud para usted y su familia.

Le exhortamos a que se familiarice con este documento, el cual es su Guía del Asegurado, y lo mantenga a su alcance para referencia.

Nuestro mayor deseo es que continúe siendo parte de nuestra gran familia donde “Cuidamos lo máspreciado para usted y su familia: su salud”.



Pablo Almodóvar Scalley
Presidente y Principal Oficial Ejecutivo

Triple-S Salud

Índice

Página

Oficinas de Triple-S Salud.....	3
Definiciones.....	5
Elegibilidad.....	8
Periodos de Cubierta	10
Tabla de Deducibles y Coaseguros.....	12
Cubierta Básica.....	13
Servicios de Hospitalización.....	13
Servicios Médico Quirúrgicos Mientras el Paciente está Hospitalizado.....	15
Términos y Condiciones de la Cubierta de Servicios Médico Quirúrgicos.....	15
Servicios en Sala de Emergencia.....	17
Servicios Médicos en la Universidad.....	18
Servicios Médico Ambulatorio.....	18
Servicios Preventivos.....	21
Términos y Condiciones de la Cubierta de Servicios Médico Ambulatorios.....	25
Servicios para Cáncer.....	26
Servicios de Salud Mental.....	26
Maternidad.....	27
Pruebas Diagnósticas Especializadas.....	28
SIDA.....	28
Indemnización al Asegurado	31
Exclusiones de la Cubierta de la Cubierta Básica.....	32
Teleconsulta.....	38
Cubiertas Opcionales.....	39
Cubierta de Medicinas en Farmacia.....	39
Exclusiones de la Cubierta de Medicinas en Farmacia.....	53
Cubierta de <i>Major Medical</i>	56
Exclusiones de la Cubierta <i>Major Medical</i>	58
Cubierta Dental.....	59
Exclusiones de la Cubierta Dental.....	61
Procedimiento para Solicitar Preautorizaciones.....	63
Procedimiento para Solicitar Reembolso.....	66
Ley HIPPA (<i>Health Insurance Privacy Protection Act</i>).....	68
Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente.....	70
Aviso de Prácticas de Privacidad.....	74
Programa <i>BlueCard</i>	83
Coordinación de Beneficios.....	83
Cláusula de Conversión.....	85
Disposiciones Generales de la Póliza.....	87
Apelaciones de Determinaciones Adversas de Beneficios.....	89
Cláusula de <i>Blue Cross and Blue Shield Association</i>	103

Oficinas de Triple-S Salud

Triple-S Salud ofrece acceso a servicios en todo momento a través de:

Página de Internet www.ssspr.com

Dirección de correo electrónico customerservice@ssspr.com

Unidad Dedicada Estudiantes evrodri@ssspr.edu

Dirección Postal Servicio al Cliente

Departamento de Servicio al Cliente
PO Box 363628
San Juan, PR 00936-3628

Precertificaciones

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

Números de teléfono de contacto y número de facsímil

Servicio al Cliente 787-774-6060 (TTY 787-792-1370)

Horario de Operaciones del Centro de Llamadas:

lunes a viernes: 7:30 a.m. - 8:00 p.m.
sábado: 9:00 a.m. - 6:00 p.m.
domingo: 11:00 a.m. - 5:00 p.m.

Facsímiles - Servicio al Cliente

787-706-4014 / 787-706-2833

Facsímil - Reembolsos

787-749-4032

Centros de Servicio

Plaza Las Américas (Segundo nivel)

L-V: 8 a.m.-7 p.m.
Sáb: 9 a.m.-6 p.m.
Dom: 11 a.m.-5 p.m.

Plaza Carolina (2do. nivel)

L-V: 9 a.m.-7 p.m.
Sáb: 9 a.m.-6 p.m.
Dom: 11 a.m.-5 p.m.

Caguas

Edificio Angora
Ave. Luis Muñoz Marín Esq.
Calle Troche
L-V: 8:00 a.m. - 5 p.m.

Arecibo

Edificio Caribbean Cinemas
Suite 101, Carretera #2
L-V: 8:00 a.m. - 5 p.m.

Ponce

2760 Ave. Maruca
L-V 8:00 a.m. – 5:00 p.m.

Mayagüez

Carr. 114, Km. 1.1
(cerca de la intersección de la Comunidad
Castillo)
Bo. Guanajibo
L-V 8:00 a.m. – 5:00 p.m.

Oficina Central

1441 Avenida Roosevelt
LV: 8:00 a.m.– 4:30 p.m.

Triple-S Salud
Resumen de Cubierta¹
Plan de Salud de Libre Selección
Universidad de Puerto Rico - Estudiantes

Este documento constituye el Resumen de Cubierta para los estudiantes y dependientes directos elegibles de la **Universidad de Puerto Rico** (en adelante Grupo), a quienes se les han extendido los beneficios del Plan de Libre Selección de Triple-S Salud. En el mismo se recogen los términos y condiciones de las cubiertas seleccionadas al suscribirse la póliza grupal entre el Grupo y Triple-S Salud.

Nuestra Misión Corporativa es contribuir con la buena salud de nuestros asegurados, financiando la entrega de cuidados de salud y servicios aliados de calidad; efectiva y eficientemente; manejando el cuidado provisto a nuestros asegurados y participando activamente en el desarrollo de sistemas de cuidados de salud.

Cumpliremos con nuestra misión corporativa:

- Manteniendo la estabilidad financiera a largo plazo.
- Aumentando el número de personas, regiones y mercados servidos
- Continuando con nuestro compromiso de servicios de alta calidad para nuestros clientes.
- Asociándonos con una amplia gama de proveedores comprometidos a mejorar la calidad de los servicios de salud provistos a nuestros asegurados. Asegurando nuestro continuo compromiso hacia los aspectos sociales de nuestra misión.

¹ "Este certificado de póliza no es una póliza o contrato complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada (*Medicare*). Si la persona es elegible al Programa *Medicare*, debe examinar la guía para compradores de Pólizas Complementarias al Programa *Medicare* que la compañía puede suplirle.

Definiciones

- **Año póliza/ año póliza/ año académico:** Periodo de doce (12) meses que constituye el año académico del sistema universitario. En armonía con lo acordado por las partes, la fecha de comienzo es el primer día de clases.
- **Asegurado/ persona asegurada/ participantes:** Cualquier persona que haya solicitado cubierta al Plan Médico de Estudiantes de la Universidad de Puerto Rico y se le haya expedido una tarjeta como asegurado (a) y cuya validez no haya sido terminada.
- **Asegurador:** Triple-S Salud organización contratada para proveer a los (as) estudiantes y sus dependientes elegibles los beneficios estipulados en el Plan Médico de Estudiante de la Universidad de Puerto Rico.
- **Cirugía electiva:** Aquella que no necesita hacerse inmediatamente y que puede programarse a conveniencia y opción de las facilidades médicas y de la persona cubierta.
- **Congénito:** Peculiaridades, defectos o enfermedades existentes al momento del nacimiento.
- **Coaseguro:** Cantidad porcentual relativa al costo del servicio establecido en el contrato, a ser pagada por el (la) participante cubierto (a) directamente al médico o proveedor al momento de recibir los servicios. Esta cantidad no es reembolsable Triple-S Salud.
- **Copago:** Porción que paga el participante del plan médico para completar el costo del servicio médico y no es reembolsable por Triple-S Salud.
- **Contrato:** La relación contractual entre la Universidad de Puerto Rico y Triple-S Salud para que éste último provea los servicios de cuidado de salud a los estudiantes y dependientes elegibles, según términos y condiciones establecidos en acuerdo con la Universidad.
- **Deducible:** Cantidad fija establecida en el contrato, a ser pagada por el (la) participante cubierto(a) al momento de recibir los servicios y que no es reembolsable por Triple-S Salud.
- **Desembolso Máximo:** Es la cantidad máxima establecida que la persona debe pagar durante el año póliza por los servicios médicos y hospitalarios. Antes de alcanzar la cantidad de desembolso máximo establecida en esta póliza, la persona asegurada pagará los deducibles, copagos o coaseguros por el cuidado médico y hospitalario recibido a través de los proveedores participantes del plan. Una vez usted alcance la cantidad de desembolso máximo establecida en esta póliza, el plan

le pagará el 100% de los gastos médicos cubiertos bajo esta póliza. Los servicios prestados a través de proveedores no participantes, pagos por servicios dentales y los servicios no cubiertos bajo esta póliza así como la prima mensual pagada a Triple-S Salud por el plan no se consideran gastos elegibles para la acumulación del desembolso máximo.

- **Embarazo:** Estado grávido o gestacional debidamente diagnosticado.
- **Emergencia:** Condición súbita o accidente imprevisto que puede agravarse o poner en riesgo la vida del (paciente) estudiante y que es imperativo atender con prontitud, pero en ningún caso después de veinticuatro (24) horas de haberse presentado la misma.
- **Enfermedad:** Es cualquier condición de salud, enfermedad o dolencia que afecte al (la) participante mientras está cubierto(a) por esta póliza.
- **Estudiante:** Todo estudiante matriculado diurno o nocturno subgraduado o graduado que ha cumplido con los requisitos de elegibilidad establecidos para el Plan Médico de Estudiantes de la Universidad de Puerto Rico.
- **Facilidad participante:** Médico, hospital, laboratorio o farmacia (según sea el caso) identificado en el listado de facilidades médicas contratadas por Triple-S Salud o la entidad subcontratada para proveer servicios cubiertos por el plan.
- **Hospital:** Institución legalmente autorizada a operar como hospital y que provea cuidado de enfermería las veinticuatro (24) horas diarias y facilidades para diagnósticos y tratamientos a personas lesionadas o enfermas, proporcionados por médicos-cirujanos.
- **Hospital no participante:** Es un hospital legalmente autorizado como tal pero no ha firmado contrato con Triple-S Salud, Inc. para prestar servicios de hospital.
- **Hospital participante:** Es aquel hospital legalmente autorizado como tal por el Departamento de Salud del Gobierno de Puerto Rico y que haya firmado contrato con Triple-S Salud, Inc. para prestar servicios de hospital.
- **Laboratorio:** Institución legalmente autorizada por las autoridades correspondientes para prestar los servicios de laboratorio.
- **Laboratorio no participante:** Es un laboratorio legalmente autorizado como tal pero no ha firmado contrato con Triple-S Salud para prestar servicios de laboratorio.

- **Laboratorio participante:** Es un laboratorio legalmente autorizado como tal por el Departamento de Salud del Gobierno de Puerto Rico y que haya firmado contrato con Triple-S Salud para prestar los servicios de laboratorio.
- **Lesiones:** Es cualquier lesión corporal que sufra el participante mientras esté cubierto por esta póliza y requiera tratamiento médico y/o servicios de hospital.
- **Médico-cirujano:** Es un doctor en medicina legalmente autorizado por medio de una licencia a practicar la profesión de médico cirujano.
- **Médico-cirujano no participante:** Es un médico-cirujano legalmente autorizado como tal, con licencia regular, pero no ha firmado contrato con Triple-S Salud para prestar servicios médicos.
- **Médico-cirujano participante:** Es un médico-cirujano legalmente autorizado como tal, con licencia regular expedida por el Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico, que haya firmado contrato con Triple-S Salud para prestar los servicios médicos.
- **Médico consultor:** Aquel médico designado por Triple-S Salud.
- **Preautorización:** Requisito establecido en el contrato para solicitar una autorización previa a obtener un servicio de salud.
- **Plan individual:** Es el que le brinda cubierta solamente al (la) estudiante que cumple con los requisitos de elegibilidad previamente establecido en el contrato.
- **Plan Familiar:** Es el que brinda cubierta al estudiante que cumple con los requisitos de elegibilidad y a sus dependientes directos elegibles según los requisitos previamente establecidos en el contrato.
- **Pre-existencia:** Cualquier condición que comience, sea diagnosticada o sea recomendada para tratamiento antes de la fecha de efectividad de la cubierta del estudiante asegurado. Dicha condición dejará de ser considerada pre-existente en la fecha en que el seguro del (la) participante haya estado en vigor sin interrupción en cubierta sea esta la ofrecida por la Universidad de Puerto Rico y/o cualquier otra entidad autorizada durante el periodo de seis (6) meses consecutivos previos a la efectividad de la cubierta. Se ha de requerir evidencia a tales efectos.
- **Prima/Cuota:** Cantidad de dinero a ser pagada por el (la) estudiante en cada periodo de matrícula por concepto del plan médico (semestre, verano, trimestre, cuatrimestre, o anual, según sea el caso).
- **Sesiones:** Son las visitas a la oficina de un psiquiatra o psicólogo para tratamiento de condiciones mentales.

Elegibilidad y Condiciones Especiales

Los (as) estudiantes tienen la oportunidad de elegir entre una cubierta individual y una cubierta familiar, cumpliendo con los requisitos de elegibilidad, las condiciones aplicables y el pago de la prima correspondiente a la cubierta elegida.

Elegibilidad Estudiantes

- Será elegible para acogerse al plan médico todo estudiante diurno o nocturno que se haya pagado matrícula en la Universidad de Puerto Rico, en no menos de tres (3) créditos universitarios en programas conducentes a grado o no menos de tres (3) créditos en programas conducentes a grado durante las sesiones de verano. Todos los (las) estudiantes matriculados (as) en la sesión académica de verano, su cubierta de plan médico comenzará el primer día de clases de la sesión académica para la cual realizó el pago de matrícula. En esta definición se incluye a los (as) estudiantes graduados, matriculados en cursos de maestría o doctorado para el periodo académico correspondiente que lleven un mínimo de un (1) curso de continuación de tesis o de trabajos de investigación sin crédito. Además, son elegibles aquellos (as) estudiantes subgraduados que estén realizando su práctica académica o que sean candidatos (as) a graduación. No son elegibles los (as) estudiantes clasificados bajo Mejoramiento Profesional.
- Se exceptúan de esta disposición los (as) estudiantes que presenten evidencia de otro plan médico con vigencia durante el periodo de estudio y no interesen acogerse a esta cubierta. En caso de que un estudiante no se haya acogido al plan médico durante el periodo correspondiente podrá hacerlo fuera del periodo si cumple con lo siguiente:
 - Pierde elegibilidad en el plan médico privado por muerte, divorcio o pérdida de empleo del asegurado principal (padre o madre)
 - Cierre de operaciones del asegurador que brinda la cubierta del Padre o la Madre, por decisión de la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico.
 - Además, si la compañía aseguradora decide cesar operaciones en Puerto Rico. (Cualquiera que sea la causa, se requerirá la evidencia correspondiente)

Dependientes Directos:

- Cónyuge legítimo del (la) estudiante de la Universidad de Puerto Rico es elegible para recibir los beneficios del Plan Médico de Estudiantes a la fecha de efectividad del mismo, al momento de la matrícula, presentando la evidencia que acredite la elegibilidad (Certificado de Matrimonio).

- Todo (a) estudiante que contraiga matrimonio durante la vigencia del contrato, tiene derecho a incluir a su cónyuge en el Plan Médico de Estudiante y cambiar el programa de Plan Individual a Plan Familiar haciendo una petición formal de cambio directamente con Triple-S Salud y pagando la diferencia en prima correspondiente. Para ello tiene que proveerle directamente a Triple-S Salud con su petición de cambio, el Certificado de Matrimonio.
- La fecha de efectividad de la cubierta será como se indica a continuación:
 - Si la petición para incluir al cónyuge se solicita dentro de los primeros treinta (30) días siguientes a la fecha de matrimonio, el cónyuge será elegible luego de emitir el pago correspondiente por el cambio del programa a Triple-S Salud para recibir beneficios efectivo a la fecha de matrimonio.
 - Si la petición de inclusión del cónyuge se solicita después de los treinta (30) días de haber contraído matrimonio, el cónyuge será elegible el primer día del mes siguiente a la radicación de la solicitud y haber efectuado el cambio de programa y el pago correspondiente a Triple-S Salud.
 - En caso de divorcio, el cónyuge divorciado del (la) estudiante pierde la elegibilidad el primer día del mes siguiente en que se haga final y firme la sentencia emitida por el tribunal o al cumplirse el término de los treinta (30) días a partir de que se redacta la misma, disponiéndose que esta cláusula deberá ser coordinada con cualquier legislación u orden de algún tribunal con jurisdicción a estos efectos.
 - El (la) estudiante es responsable de notificar su divorcio directamente a Triple-S Salud y someter copia de la sentencia de divorcio. La prima pagada no es reembolsable.
 - Los servicios utilizados por ex cónyuge después de la fecha en que perdió la elegibilidad serán responsabilidad exclusiva del (la) estudiante. Deberá rembolsar los costos de los mismos directamente a Triple-S Salud.
 - Los ex cónyuges que pierden la elegibilidad pueden acogerse al Plan de Pago Directo que tenga disponible Triple-S Salud dentro del periodo de treinta (30) días.

Normas y Disposiciones para Hijos (as):

- Hijos (as) reconocidos o adoptados son elegibles para los beneficios del Plan Médico de Estudiantes y el (la) estudiante debe presentar evidencia al momento de la matricula. (Certificado de Nacimiento).
- Todo (a) estudiante que durante la vigencia del contrato se convierta en padre o

madre, tiene derecho a incluir a su hijo (a) en el Plan Médico de Estudiante y cambiar el programa de Plan Individual a Plan Familiar haciendo una petición formal de cambio directamente con Triple-S Salud y pagando la diferencia en prima correspondiente. Para ello tiene que proveer directamente a Triple-S Salud con su petición de cambio, el Certificado de Nacimiento.

- Recién nacidos – los hijos (as) de los (as) estudiantes que nacen estando sus padres cubierto bajo el Plan Familiar son elegibles a partir de la fecha de su nacimiento siempre y cuando se notifique a Triple-S Salud dentro de los (30) días siguientes a su nacimiento.
 - El (la) estudiante tiene la responsabilidad de presentar la evidencia con la petición de inclusión del recién nacido directamente a Triple-S Salud (Certificado de Nacimiento).
 - Si el (la) estudiante no notifica el nacimiento del hijo y no presenta la evidencia requerida dentro del tiempo establecido directamente con Triple-S Salud la efectividad de la cubierta será a partir de la fecha en que notifique o presente la evidencia del nacimiento del hijo (a) directamente a Triple-S Salud.
 - Todos los hijos (as) serán automáticamente excluidos del Plan Médico de Estudiantes al cumplir diecinueve (19) años.
 - De igual forma hijos (as) que contraen matrimonio pierde elegibilidad al Plan Médico de Estudiantes.
 - Hijos (as) que pierden la elegibilidad cualifican para un Plan Pago Directo que tenga disponible Triple-S Salud.
 - Los servicios utilizados por los hijos (as) del (la) estudiante después de la fecha de perder la elegibilidad serán responsabilidad exclusiva del (la) estudiante el rembolsar el costo de los mismos directamente a Triple-S Salud.

Periodos de Cubierta

- La cubierta contempla anualmente tres (3) sistemas académicos diferentes:
 - **Semestres** -Las unidades que utilizan el sistema académico de semestres necesitarán la prima para tres (3) periodos de cubierta, a saber, primer semestre académico, segundo semestre académico (incluye verano) y verano exclusivamente.
 - **Trimestres /Cuatrimestres** -Las unidades que utilizan el sistema académico de trimestres o cuatrimestres, necesitan la prima anual dividida en tres partes. Estos trimestres comienzan en agosto, noviembre y marzo de cada año académico. En el caso de cuatrimestres comienzan en septiembre, enero y abril.

- **Anual** -La unidad que utiliza el sistema académico anual necesita una sola prima para cubrir al estudiante por todo el año.
- El inicio de cubierta será el primer día regular de clases de cada periodo académico. Los (as) estudiantes suscriptos (as) durante un periodo académico estarán cubiertos (as) hasta finalizar el día anterior al primer día regular de clases del siguiente periodo académico.
- Todos los términos de cubierta empezarán y terminarán a la 00:01 A.M. hora oficial de Puerto Rico.
- Triple-S Salud se compromete a cubrir a los (las) estudiantes de la Universidad de Puerto Rico contra gastos médicos-quirúrgicos por consultas, tratamientos y servicios provistos por médicos-cirujanos, especialistas y sub-especialistas, de hospitalización, laboratorios, etc., que resulten de lesiones o enfermedades.
- El (la) estudiante de la Universidad de Puerto Rico será elegible de forma individual o familiar para la cubierta ofrecida bajo el contrato y quedará cubierto (a) efectivo el primer día de clases después de su registro o matrícula y de haberse pagado la prima correspondiente al Plan Individual o al Plan Familiar. Triple-S Salud se compromete a prestar el servicio médico a aquellos (as) estudiantes que de manera involuntariamente la Universidad no haya pagado su seguro médico, siempre y cuando la Universidad certifique que el estudiante tenía derecho a dicho servicio y que se remita la prima correspondiente a la cubierta elegida.
- La cubierta de cualquier estudiante, sea bajo el Plan Individual o el Plan Familiar, terminará (a) en la fecha en que termine el contrato; (b) si el estudiante se retira de la Universidad, el primer día regular de clases del semestre escolar que siga al semestre de su retiro. El (la) estudiante tendrá derecho a convertir la cubierta de seguro médico a un seguro individual o familiar de pago directo dentro de los treinta (30) días inmediatamente siguientes a la terminación, sujeto a los términos establecidos por Triple-S Salud dentro de su ofrecimiento. La terminación del seguro no afectará ninguna reclamación por tratamiento en servicios efectuados antes de la fecha de terminación. Tampoco afectará a ninguna reclamación de un (a) participante que estuviera hospitalizado (a) al momento de la terminación. Esto es, la cubierta de seguro médico se extenderá hasta que el (la) participante sea dado de alta de dicha hospitalización, nunca ha de transcurrir más de noventa (90) días luego de terminado el periodo por el cual pagó la prima y sujeto al límite de beneficios establecidos en la cubierta.

Tabla de Deducibles y Coaseguros	
Cubiertas	Deducibles y Coaseguros
Servicios Médicos en el Recinto o Unidad	
Todos los servicios médicos	0%
Servicios Hospitalarios	
Admisión al hospital	\$25.00
Emergencia traumática (accidente)	\$0.00
Emergencia médico aguda (enfermedad)	\$10.00
Visitas Médicas	
Consulta médico generalista	\$3.00
Consulta médico especialista y optómetras	\$3.00
Consulta médico subespecialista, siquiátras, sicólogos y podiatras	\$3.00
Servicios Ambulatorios	
Radioterapia, quimioterapia, cobalto y braquiterapia	0%
Laboratorios clínicos y rayos x	20%
Pruebas de alergia	20%
Sonogramas, tomografías computadorizadas (CT), medicina nuclear, resonancia magnética (MRI), pruebas cardiovasculares, vasculares y neurológicas, endoscopias y laparoscopias	25%
Vacunas	\$5.00
Terapia respiratoria	\$2.00
Terapia física	\$2.00
Medicinas en Farmacia (FQ-48)	
Medicamentos genéricos únicamente mandatorios	\$8.00 \$0 copago por anticonceptivos orales y contraceptivos aprobados por la FDA con receta del médico.
Medicinas en Farmacia (FI-14)	
Medicamentos genéricos mandatorios y marca	\$5.00 \$0 copago por anticonceptivos orales y contraceptivos aprobados por

	la FDA con receta del médico.
Major Medical	
Deducible por estudiante Deducible	\$100.00 (individual) \$300.00 (familia)
Desembolso máximo por estudiante	\$2,000
Coaseguro	20%
Dental (DE-13)	
Servicios preventivos	0%
Servicios restaurativos	25%
Servicios de Ortodoncia	30%

Bajo nuestro plan, existe un máximo de desembolsos que las personas pagan por los servicios médicos-hospitalarios cubiertos según su tipo de contrato. La cantidad máxima de desembolso es de \$6,350 en un contrato individual y \$12,700 en contrato pareja o familiar. Esta es la cantidad máxima que los asegurados pagan durante el año póliza por concepto de deducibles, copagos y coaseguros al recibir servicios médicos-hospitalarios cubiertos bajo la póliza cuando visita a los proveedores dentro de la red. Una vez la persona asegurada alcance la cantidad que le aplica según su tipo de contrato, no tendrá que hacer desembolsos adicionales por el resto del año póliza para sus servicios médicos-hospitalarios. Los servicios prestados a través de proveedores no participantes, **servicios no esenciales**, pagos por servicios dentales y los servicios no cubiertos bajo esta póliza así como la prima mensual pagada a Triple-S Salud por el plan, no se consideran gastos elegibles para la acumulación del desembolso máximo.

Además, no están considerados gastos elegibles para la acumulación del desembolso máximo los siguientes servicios:

- Medicina alternativa (Triple-S Natural)
- Trasplante de órganos y tejidos
- Servicios de no participantes en PR

Cubierta Básica

Servicios de Hospitalización

- Cama en habitación semi-privada sin límite de días
- Comidas, incluye dietas especiales
- Servicios usuales de enfermería

- Uso de sala de operaciones
- Uso de sala de recuperación, si la hubiese disponible
- Anestesia y su administración
-
- Pruebas de laboratorios y rayos x
- Electrocardiogramas
- Quimioterapia en sus métodos de administración (intravenosa, oral, inyectable o intratecal), según sea la orden del médico especialista u oncólogo. La quimioterapia oral está cubierta bajo el beneficio de farmacia.
- Tratamientos de radioterapia y cobalto
- Uso de unidad de cuidado intensivo y coronaria
- Terapia respiratoria, limitadas a siete (7) por condición
- Uso de materiales de curación y medicinas
- Sangre, plasma y sus derivados para transfusiones
- Pruebas patológicas de los tejidos
- Oxígeno
- Terapia física, máximo de veinte (20) terapias por condición.
- Electroencefalogramas
- Ambulancia terrestre para transportar al paciente entre una institución hospitalaria y otra, por recomendación médica, hasta un máximo de ochenta (\$80) dólares por ocurrencia a base de reembolso y/o cualquier servicio prestado a través del sistema 9-1-1.
- Servicios preventivos cubiertos con cero copago o coaseguro, según requerido por las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA).
- Cualquier otro servicio necesario para el tratamiento del paciente, que usualmente se ofrece por el hospital dentro de lo acordado en la negociación con Triple-S Salud.

Servicios Médico-Quirúrgicos Mientras el Paciente está Hospitalizado

- Cirugía
- Administración de anestesia
- Servicios profesionales
- Consultas a especialistas y sub-especialistas
- Patología (Biopsias)
- Cirugía de bypass gástrico para el tratamiento de obesidad mórbida, hasta una (1) cirugía de por vida, siempre y cuando los servicios estén disponibles en Puerto Rico. Requiere precertificación.

Términos y Condiciones de la Cubierto de Hospitalización y la Cubierto de Servicios Médico Quirúrgicos

- El (la) participante escogerá libremente el hospital, el médico especialista y el laboratorio dentro de aquellos que hayan sido contratados por Triple-S Salud. Aquellos casos que requieran ser hospitalizados pueden ser ordenados por los médicos especialistas y sub-especialistas. Todas las cirugías y hospitalizaciones deben ser preautorizadas por Triple-S Salud. El (la) participante que sea hospitalizado (a) sin haber cumplido con este requisito se le aplicará una penalidad de cien dólares (\$100) correspondientes a los servicios médicos prestados por dicha hospitalización.
- En casos de emergencias, no se requerirá preautorización para obtener el servicio.
- Si el (la) participante ha sido autorizado (a) por escrito por un médico participante del plan a recibir servicios de hospitalización y este (a) escogiera utilizar los servicios de hospitales no contratados por Triple-S Salud ya sea dentro o fuera de los límites geográficos de Puerto Rico por emergencia, el (la) participante deberá pagar por los servicios obtenidos. Triple-S Salud le reembolsará hasta un máximo de cien dólares (\$100) diarios por todos los servicios cubiertos por el Plan Médico. El (la) estudiante es responsable de hacer la reclamación directamente a Triple-S Salud.
- Si el (la) participante ha sido autorizado (a) por escrito por un médico participante del plan a recibir servicios médico-quirúrgicos durante periodos de hospitalización y éste (a) decide utilizar los servicios de médicos-cirujanos no contratados por Triple-S Salud el (la) participante deberá pagar por los servicios obtenidos. El reembolso en este caso estará limitado al noventa por ciento (90%) de la cantidad que Triple-S Salud le hubiese pagado a un médico contratado si el servicio es prestado dentro de

los límites geográficos de Puerto Rico. Si los servicios son prestados fuera de los límites geográficos de Puerto Rico por emergencia, el reembolso será el gasto incurrido hasta un máximo de la cantidad que le hubiese sido pagado a un médico contratado por un servicio similar. El (la) participante del Plan Médico es responsable de hacer la reclamación de reembolso directamente a Triple-S Salud.

- Cuando un (a) participante escoja una habitación privada será responsabilidad de éste (a) pagar la diferencia entre el cincuenta por ciento (50%) del *perdiem* que paga Triple-S Salud al hospital y la tarifa que tenga establecida para una habitación privada. En este caso el hospital podrá cobrar al (la) paciente la diferencia entre lo que le paga Triple-S Salud y la tarifa usual y acostumbrada.
- Todo (a) participante al que se le recomiende alguno de los siguientes procedimientos quirúrgicos en forma electiva deberá obtener una preautorización del asegurador, previo a practicarse el procedimiento. El (la) participante que sea intervenido quirúrgicamente sin haber cumplido con este requisito se le aplicará una penalidad de cien dólares (\$100) correspondientes a la deuda de los servicios médicos prestados por estos procedimientos quirúrgicos. Se dispone en esta cláusula que toda certificación previa emitida por Triple-S Salud al participante deberá ser honrada. Por cirugías electivas deberán entenderse las siguientes:
 - **Septoplastia** -Operación para reparar tabique nasal
 - **Tonsilectomía** -Operación para remover amígdalas
 - **Adenoidectomía** -Operación para remover adenoides
 - **Hemorroidectomía** -Operación para cortar hemorroides (Almorranas)
 - **Herniorrafía** -Operación para reparación de una hernia
 - **Colecistectomía** -Operación para remover la vesícula biliar
 - **Histerectomía** -Operación para remover la matriz
 - **Cesáreas Electivas** -Se consideran electivas a partir de la segunda
 - **Preparación de los Tubos de Falopio** -Operación para abrir o unir los tubos de falopio
 - **Varicocelelectomía** -Operación para extirpar un varicocele, localizado en el testículo
 - **Laminectomía** -Operación para corregir condición de discos en la espina dorsal, donde se saca parte del disco

- **Fusión Espinal para Escoliosis** -Operación para corregir defecto en la curvatura de la espina dorsal
- **Fusión Espinal con Remoción del Disco Intervertebral** -Operación similar a la anterior, pero con unión de las vértebras
- **Operación por Incisión de Venas Varicosas**
- **Reparaciones de Útero para Corregir Relajamiento Pélvico**
- **Enterocoele, Cistocoele, Rectocoele**
- **Discos**

Servicios de Emergencia

Emergencias ocasionadas por enfermedad estarán cubiertas al cien por ciento (100%), luego de cubrir el deducible estipulado. Además, las emergencias ocasionadas por accidentes estarán cubiertas al cien por ciento (100%), sin deducible.

- En casos de emergencia por accidentes, siempre y cuando el (la) participante cubierto (a) solicite los servicios dentro de las primeras veinticuatro (24) horas después de haber ocurrido el accidente, es elegible para recibir, de ser necesario, en forma ambulatoria los siguientes servicios:
 - Uso de sala de emergencia
 - Servicios usuales de enfermería
 - Uso de sala de operaciones
 - Uso de sala de recuperación, de haber disponible
 - Anestesia
 - Pruebas de laboratorio
 - Rayos X
 - Pruebas patológicas
 - Todos los medicamentos que sea necesario administrar en la sala de emergencia
 - Oxígeno
 - Sangre, plasma y sus derivados para transfusiones

- Bandejas, yeso, materiales quirúrgicos, gasas y cualquier otro material curativo
- Evaluación médica
- Consultas con especialistas y sub-especialistas
- Cualquier otro servicio rutinario de sala de emergencia
- En casos de emergencia por condiciones médico agudas (que no son resultado de un accidente, pero que requieren atención médica inmediata y que de no recibir la atención, la condición puede agravarse y peligrar la vida del paciente) el (la) participante estará cubierto (a) por todos los servicios recibidos en la sala de emergencia de acuerdo al *perdiem* contratado por Triple-S Salud. Este servicio está sujeto a un deducible de diez dólares \$10.00.

Servicios Médicos en la Universidad

- Todos los estudiantes de la Universidad de Puerto Rico tienen a su disposición todos los servicios médicos que se provean en el Recinto o Unidad. Este servicio es exclusivamente para los estudiantes, no aplica a los miembros de la familia.
- Además, puede acudir a los proveedores participantes de Triple-S Salud.

Servicios Médico Ambulatorios

- Visitas a oficinas de médicos para consultas, tratamientos y curaciones por médicos generalistas, especialistas y sub-especialistas en forma ilimitada
- Cirugía ambulatoria
- Terapia física por indicación médica de un ortopeda o fisiatra, hasta un máximo de veinte (20) sesiones de terapias por condición.
- Endoscopias gastrointestinales
- Servicios de optometría, una (1) prueba de refracción por año póliza.
- Servicios por condiciones de tuberculosis
- Servicios de laboratorio y rayos-X que sean ordenados por un médico.
- Prueba de Papanicolau, una (1) por año póliza.
- Terapia respiratoria, sin límites
- Pruebas de alergia hasta un máximo de cincuenta (50) por año póliza.

- Prueba de audiometría, una (1) por año póliza por persona asegurada, siempre y cuando sea ordenada por un médico, a través de reembolso.
- Pruebas de embarazo en sangre, hasta una (1) por año, por participante.
- Servicios por condiciones mentales, dependencia a sustancias controladas y alcohol.
- Servicios de ambulancia hasta un máximo de ochenta dólares (\$80) por ocurrencia. Ésta se limitará al transporte del (la) paciente en caso de emergencia del lugar del accidente hasta el hospital más cercano y al transporte del (la) paciente entre una institución hospitalaria a otra, por recomendación médica y/o cualquier servicio prestado a través del sistema 911, según los estándares o el protocolo establecido.
- Vacunas

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

A. Vacunas Preventivas

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

Reforma de Salud Federal – Vacunas Preventivas Estándar que no Conllevan Copago	
Desde 2 meses:	
• ROTA (Rotavirus Vaccine)(90680) – Hasta los 8 meses • ROTA (Rotavirus Vaccine, human - Rotarix) (90681) – Hasta los 8 meses • IPV* (Inactivated Poliovirus Vaccine – injectable (90713) – Hasta los 18 años • Hib* (Haemophilus Influenza B Vaccine) (90645; 90646; 90647, 90648) – Hasta los 6 años	
Desde 2 años:	
• PPV (Pneumococcal Polysaccharide Vaccine) (90732) • Menomune (Meningococcal Polysaccharide Vaccine) (90733) • MCV (Meningococcal Conjugate Vaccine - Menactra) (90734)	
Hasta 5 años*:	
• PCV (Pneumococcal Conjugate Vaccine - Prevnar) (90669) • PCV (Pneumococcal Conjugate Vaccine - Prevnar 13) (90670)	
Hasta los 7 años*:	
• DTaP (Diphtheria, Tetanus Toxoid and Acellular Pertussis Vaccine) (90700)	
Desde 11 años:	
• Tdap* (Tetanus, Diphtheria and Acellular Pertussis)(90715) • HPV* (Human Papilloma Virus) (Gardasil-90649, Cervarix-90650)	
Desde 60 años:	
• Zoster (Zostavax) (90736)	

Edades variables:

- **FLU** (Influenza Virus Vaccine)
 - (90654) Desde los 18 años hasta los 65 años*
 - (90655, 90657) Hasta los 3 años (2 dosis)
 - (90656, 90658) Desde los 3 años
 - (90660, 90672) (for intranasal use)
- **MMR** (Measles, Mumps and Rubella Vaccine) (90707) – sin límite de edad
- **VAR** (Varicella Virus Vaccine) (90716) – sin límite de edad
- **DT** (Diphtheria, Tetanus Toxoid) (90702) – Desde los 4 meses
- **HEP A** (Hepatitis A Vaccine):
 1. (90633, 90634) – Desde 1 año
 2. (90632) – Desde los 18 años
- **Td** (Tetanus and Diphtheria Toxoid Adsorbed) (90714; 90718) – sin límite de edad
- **HEP B** (Hepatitis B Vaccine):
 1. (90744) – Hasta los 20 años*
 2. (90746) – Desde los 20 años
 3. (90747) – sin límite de edad

*Vacuna se cubre hasta que el individuo alcance la edad indicada, según el itinerario de vacunas establecido por el *U.S. Preventive Services Task Force* (USPSTF) y el Departamento de Salud, incluyendo las de seguimiento (“catch-up”).

B. OTRAS VACUNAS CUBIERTAS**Vacunas con \$0.00 copago**

- **Pentacel*** (90698) – Hasta los 5 años (**PPACA**)
- **DtaP-IPV-HEP B*** (Pediarix) (90723) Hasta los 7 años (**PPACA**)
- **Kinrix*** (90696) Hasta los 7 años (**PPACA**)
- **Tetanus Toxoid** (90703) – sin límite de edad

Vacunas con 20% de coaseguro

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

*Vacuna se cubre hasta que el individuo alcance la edad indicada, según el itinerario de vacunas establecido por el *U.S. Preventive Services Task Force* (USPSTF) y el Departamento de Salud, incluyendo las de seguimiento (“catch-up”).

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

Servicios Preventivos

Cubierta de Servicios por Ley Local o Federal

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

Esta póliza cubre los servicios preventivos requeridos por las leyes federales *Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA)* y la *Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA)* y según establecidos por el *United States Preventive Services Task Force (USPSTF)*. Los servicios de cuidado preventivo, que se detallan a continuación, se incluyen en la cubierta básica y tienen \$0 copago ó 0% de coaseguro siempre y cuando sean provistos a través de médicos y proveedores participantes solamente en Puerto Rico:

- Examen físico rutinario, uno (1) por año póliza por participante
- Un cernimiento de por vida para aneurisma aórtica abdominal (AAA) por ultrasonografía en hombre entre las edades de 65 a 75 años de edad que hayan sido fumadores
- Cernimiento y consejería conductual en adolescentes por abuso de alcohol y drogas, y por alcohol en adultos de 18 años o mayores que tienen un patrón de riesgo o están en peligro de caer en un patrón de riesgo en el consumo de alcohol, incluyendo intervenciones conductuales
- Suplemento de aspirina para hombres y mujeres de ciertas edades
- Cernimiento para alta presión en niños de todas las edades y adultos de 18 años en adelante
- Cernimiento de colesterol o trastorno de los lípidos para hombres entre las edades de 20 a 35 años, si están en alto riesgo de enfermedad cardiovascular coronaria; hombres de 35 años de edad o mayores; mujeres de 45 años de edad o mayores, si están en alto riesgo de enfermedad cardiovascular coronaria; y para niños de todas las edades
- Prueba de sangre oculta para cernimiento para cáncer colorectal; sigmoidoscopia o colonoscopia en adultos comenzando a la edad de 50 años hasta la edad de 75 años
- Cernimiento de depresión para adultos y cernimiento de desorden severo de depresión para adolescentes (edades 12 a 18 años), cuando el procedimiento ha sido establecido para asegurar un diagnóstico preciso, psicoterapia, (cognitiva-conductual o interpersonal) y seguimiento

- Cernimiento para diabetes tipo 2 en adultos asintomáticos con una presión arterial sostenida (ya sea con o sin tratamiento) sobre 135/80mmg
- Consejería nutricional para adultos en alto riesgo de enfermedades crónicas
- Pruebas de cernimiento para VIH en adolescentes en alto riesgo y adultos desde 15 a 65 años. Adolescentes más jóvenes y adultos mayores que estén en alto riesgo también deben examinarse, así como todas las mujeres embarazadas
- Cernimiento de obesidad para adultos y aquellos con una masa corporal de 30kg/m² o más, deben ser referidos a intervenciones de multicomponentes conductuales intensivas
- Consejería preventiva de infecciones transmitidas sexualmente para adultos en alto riesgo
- Cernimiento de tabaco para todos los adultos e intervenciones para el cese de su uso en usuarios de tabaco; consejería extendida a mujeres fumadoras embarazadas
- Cernimiento de sífilis para todos los adultos y mujeres embarazadas en alto riesgo
- Cernimiento rutinario para anemia por deficiencia de hierro en mujeres embarazadas asintomáticas
- Cernimiento para bacteriuria asintomática por medio de un cultivo de orina a mujeres embarazadas entre las 12 a 16 semanas de gestación o en la primera visita prenatal, si es más tarde
- Consejería sobre pruebas genéticas del virus de susceptibilidad al cáncer de seno y ovarios para mujeres en alto riesgo
- Mamografía de cernimiento para cáncer de seno cada uno o dos años para mujeres sobre 40 años de edad; bianual para mujeres entre 50 y 75 años de edad
- Consejería sobre quimioterapia preventiva de cáncer de seno para mujeres en alto riesgo
- Apoyo y consejería en lactancia por un proveedor adiestrado en lactancia durante el embarazo o el periodo post parto; incluyendo el equipo de lactancia
- Cernimiento de cáncer cervical para mujeres sexualmente activas entre las edades de 21 a 65 años por medio de citología (PaP cada tres años). Prueba de virus de papiloma humano en combinación con citología cada 5 años para mujeres entre las edades de 30 a 65 años
- Cernimiento para infección de clamidia en todas las mujeres embarazadas de 24 años o menos de edad y en mujeres mayores que estén en alto riesgo, estén o no embarazadas
- Todos los métodos anticonceptivos para la mujer aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), procedimientos de esterilización, anticonceptivos orales, educación y consejería para todas las mujeres con capacidad reproductiva; según se receten.
- Cernimiento y consejería sobre violencia doméstica e interpersonal
- Suplementos de ácido fólico para mujeres que pudiesen quedar embarazadas
- Cernimiento para diabetes gestacional en mujeres embarazadas entre 24 y 28

- semanas de gestación y en la primera visita prenatal para mujeres en alto riesgo
- Pruebas de cernimiento de gonorrea a todas las mujeres sexualmente activas, incluyendo aquellas embarazadas si están en un alto riesgo de infección
 - Cernimiento de Hepatitis B a mujeres embarazadas en su primera visita prenatal
 - Cernimiento del ADN del virus del papiloma humano en mujeres con resultados citológicos normales, a partir de los 30 años cada 3 años
 - Cernimiento para osteoporosis en mujeres de 65 años de edad o mayores y en mujeres más jóvenes cuyo riesgo de fracturas es igual o mayor al de una mujer de raza blanca de 65 años que no tenga riesgos adicionales
 - Prueba de tipo de sangre Rh (D) y anticuerpos para todas las mujeres embarazadas durante su primera visita de cuidado prenatal y posteriormente para todas las mujeres Rh (D) negativo entre las 24 y 28 semanas de gestación que no han sido desintetizadas, a menos que no se sepa que el padre biológico sea Rh (D) negativo
 - Cuidado preventivo anual para mujeres adultas y con el propósito de recibir los servicios preventivos recomendados que sean apropiados para su desarrollo y para su edad, incluyendo cuidado preconceptivo y servicios necesarios para el cuidado prenatal. Esta visita *well-woman* es anual, aunque *Health and Human Services* (HHS, por sus siglas en inglés) reconoce que varias visitas puedan ser necesarias para obtener todos los servicios preventivos recomendados, dependiendo del estado de salud de la mujer, sus necesidades de salud y otros factores de riesgo.
 - Cernimiento de autismo para niños a los 18 meses y a los 24 meses
 - Cernimiento de comportamiento para niños de todas las edades
 - Cernimiento de displasia cervical para mujeres sexualmente activas
 - Cernimiento de hipotiroidismo congénito en recién nacidos
 - Cernimiento y monitoreo de desarrollo para niños menores de 3 años
 - Cernimiento de desórdenes de los lípidos en niños de todas las edades
 - Suplementos de flúor para los niños cuyas fuentes de obtención de agua no tiene flúor
 - Cernimiento de audición para recién nacidos
 - Historial médico para todos los niños a través de su desarrollo en las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años y 5 a 10 años
 - Cernimiento de hematocrito y hemoglobina para niños
 - Suplementos de hierro para niños entre las edades de 6 a 12 meses en riesgo de anemia
 - Cernimiento de plomo para niños en riesgo de estar expuestos
 - Cernimiento de obesidad para niños de 6 años o mayores y ofrecimiento de referidos a intervenciones comprensivas e intensivas de conducta para promover la mejoría del estatus de peso
 - Medicamentos preventivos para los ojos de todos los recién nacidos para la prevención de Gonorrea
 - Medición de altura, peso e índice de masa corporal para niños de todas las edades

- Cernimiento de hemoglobinopatía o enfermedad de células falciformes para recién nacidos
- Evaluación de riesgo oral para niños jóvenes en las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años y 5 a 10 años
- Cernimiento para el desorden genético fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)
- Consejería conductual de alta intensidad sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual para todos los adolescentes sexualmente activos
- Prueba para niños de todas las edades en alto riesgo de tuberculosis
- Cernimiento de visión para todos los niños al menos una vez entre los 3 a 5 años, para detectar la presencia de ambliopía

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

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

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

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

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

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

Esta póliza cubre todos los servicios y beneficios preventivos mencionados bajo la ley federal ACA para la detección temprana de cáncer de seno. Conforme a la Ley Número 275 de 27 de septiembre de 2012, esta póliza también cubre estudios y pruebas de monitoreo de cáncer de seno, tales como visitas a especialistas, exámenes clínicos de mamas, mamografías, mamografías digitales, mamografías de resonancia magnética y sonomamografías, y tratamientos como pero no limitados a, mastectomías, cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía para la reconstrucción del seno extraído, la reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica, las prótesis de seno, tratamiento por complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía, incluyendo el linfedema (inflamación que a veces ocurre después del tratamiento de cáncer del seno), así como cualquier cirugía reconstructiva post mastectomía necesaria para la recuperación física y emocional del paciente.

La persona asegurada será responsable de pagar directamente al participante el copago o coaseguro estipulado en las Tablas de Beneficios que se especifican en esta póliza.

Esta póliza le provee a cualquier asegurado elegible, incluyendo aquellos con diagnóstico de VIH o SIDA, con incapacidad física o mental, todas las cubiertas ofrecidas en la misma.

Términos y Condiciones de la Cubierta de Servicios Médico Ambulatorio

- Los (as) participantes elegibles al Plan Médico de Estudiantes pagarán un co-pago de tres dólares \$3.00 al visitar un generalista, especialista o sub-especialista.
- Las consultas con neumólogos para condiciones de tuberculosis están cubiertas y sujeta al co-pago de tres dólares \$3.00.
- Los servicios prestados por psiquiatras y psicólogos para tratar condiciones mentales relacionadas con dependencia a sustancias controladas y alcohol, están limitadas a veinte (20) visitas por participante durante el año académico. Aplicara el copago de tres dólares \$3.00.
- Los servicios correspondiente al tratamiento por dependencia a sustancias controladas, deberán ser prestados por médicos-cirujanos especialistas en psiquiatría o psicólogos. Aplica el co-pago de tres dólares \$3.00.

- En caso de hospitalización, se cubrirá hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días de hospitalización por año académico, a base del *Per-Diem* contratado por el asegurador. Estos servicios deberán ser preautorizados/precertificados por Triple-S Salud.
- Los servicios de fisioterapias están limitados a veinte (20) tratamiento por condición, hasta ocho (8) tratamientos adicionales justificados y certificados cada cuatro (4) tratamientos por el fisiatra a cargo del caso.
- El servicio de optometría es para cubrir una (1) refracción por año académico. El asegurador podrá ofrecer dicho servicio a través de oftalmólogos si no tiene contratación con los optómetras.
- Los médicos-cirujanos y laboratorios participantes facturaran al asegurador a base de las cantidades acordadas para tales propósitos.
- Si el (la) participante escogiera utilizar los servicios de médicos-cirujanos no contratados por el asegurador este deberá pagar por los servicios obtenidos. El reembolso en este caso estará limitado al noventa por ciento (90%) de la cantidad que Triple-S Salud le hubiese pagado a un médico contratado si el servicio es prestado dentro de los límites geográficos de Puerto Rico.
- Si los servicios son prestados fuera de los límites geográficos de Puerto Rico por emergencia, el reembolso será el gasto incurrido hasta un máximo de la cantidad que le hubiese sido pagada a un médico contratado por un servicio similar.
- Será la responsabilidad del asegurado el solicitar reembolso a Triple-S Salud y proveer toda la evidencia que ésta le requiera.
- Toda reclamación caducará a los tres (3) meses a partir de la fecha del servicio.

Servicios para Cáncer

- Todos los servicios incluidos en la cubierta de hospitalización.
- Servicios ambulatorios para tratamientos de radioterapia, quimioterapia y cobalto.

Servicios de Salud Mental

- Hospitalizaciones para condiciones mentales, se cubrirá hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco días (365) por participante por año póliza. Las hospitalizaciones por dependencia a sustancias controladas y alcohol, estarán limitadas a treinta (30) días por año póliza.

- Dos (2) días de hospitalización parcial, equivalen a un (1) día de hospitalización regular.
- Visitas al siquiatra y al sicólogo, sin límite.
- Visitas al siquiatra por dependencia a sustancias controladas y alcohol, cubre veinte (20) por año póliza.

Maternidad

Tendrá derecho a este beneficio toda estudiante asegurada casada o soltera y la esposa elegible del estudiante como dependiente directo. La estadía mínima para la paciente y su hijo recién nacido ha sido establecida por la Ley 248 del 15 de agosto de 1999, es de cuarenta y ocho (48) horas para parto natural y noventa y seis (96) horas para nacimiento por cesárea. Altas antes de lo estipulado por ley tendrán que ser determinadas por el proveedor asistente con el visto bueno de la paciente.

El beneficio de maternidad cubre la visita de seguimiento del médico durante las cuarenta y ocho (48) horas posteriores al alumbramiento, periodo en el cual el recién nacido también puede ser atendido en el hospital.

Beneficios incluidos:

- Servicios de visitas pre-natales y post-natales Hospitalización Parto normal o por cesárea Servicios de nursery para el recién nacido mientras la madre se encuentre hospitalizada.
- Una vez la madre sea dada de alta los servicios al recién nacido están excluidos de la cubierta. (Por servicio de nursery se entenderá el cuidado regular de un recién nacido sano.)
- Los participantes previamente acogidos al Plan Familiar solo tienen que presentar la evidencia directamente a Triple-S Salud (Certificado de Nacimiento) para incluir al recién nacido, dentro de treinta (30) días siguientes a su nacimiento.
- Aquellos (as) estudiantes acogidos a la cubierta individual tendrán la oportunidad de incluir al niño (a) recién nacido, dentro de treinta (30) días, solicitando un cambio de la cubierta Individual a Familiar directamente con Triple-S Salud y pagando la prima correspondiente. Para demostrar la elegibilidad presentará la evidencia (Certificado de Nacimiento) directamente a Triple-S Salud. Al efectuar el cambio de Plan Individual a Plan Familiar los beneficios en cubierta no podrán sufrir cambio alguno hasta su renovación.
- Servicios de esterilización para la mujer.

Pruebas Diagnósticas Especializadas

Los procedimientos descritos a continuación estarán cubiertos tanto en forma ambulatoria como en hospitalización, siempre y cuando los mismos sean ordenados por el médico que atiende al (el) participante.

Estos procedimientos requieren un referido por escrito del médico y preautorización de Triple-S Salud estarán limitados a uno (1) de cada uno por año académico por participante asegurado, excepto los sonogramas que cubre dos (2) por año académico, independientemente si son hospitalizados o ambulatorios. Cuando el procedimiento se ordene en sala de emergencia o en el hospital, no requerirá preautorización.

- Pruebas de Ultrasonido (sonogramas)
- Tomografía Computadorizada (CT)
- Pruebas de Medicina Nuclear (Scans)
- *Holter Test*
- *Stress Test*
- Ecocardiograma
- Endoscopias
- Cateterismo Cardíaco
- Prueba de Resonancia Magnética (MRI)
- Laparoscopias
- Pruebas cardiovasculares, vasculares y neurológicas

SIDA

Los beneficios de esta póliza son extensivos para el tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) para todos los servicios cubiertos bajo esta póliza, luego del diagnóstico.

Otros Servicios para el Tratamiento de Desórdenes dentro del Continuo del Autismo

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

- Exámenes neurológicos; aplica coaseguro de 25%

-
- Inmunología; aplica coaseguro de 20%
 - Pruebas genéticas; aplica coaseguro de 20%
 - Pruebas de laboratorio para autismo; aplica coaseguro de 20%
 - Servicios de gastroenterología; aplica coaseguro de 25%
 - Servicios de nutrición; no aplica copago
 - Terapia física; aplica \$2.00 de copago
 - Terapia ocupacional y del habla; aplica \$7.00 de copago
 - Visitas al psiquiatra, psicólogo (con maestría o doctorado y licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico) o trabajador social (por reembolso); aplica \$3.00 de copago.
-

Triple-S Natural

Cubre este programa modelo que combina terapias y tratamientos alternativos integrados a los sistemas tradicionales de salud. El programa cubre lo siguiente, sólo en la facilidad contratada para estos propósitos:

- Medicina primaria convencional- Cuidado médico convencional, ofrecido por especialistas en medicina de familia, medicina china y acupuntura.
- Salud integral y complementaria- Utilización de la medicina convencional, en conjunto con terapias, tratamiento, modalidades y enfoques terapéuticos que propician el estado de salud óptimo de una persona.
- Acupuntura médica
- Masaje terapéutico
- Medicina bioenergética (Pranic Healing)
- Medicina botánica - Uso de plantas o sus derivados con propiedades medicinales, para el tratamiento de las enfermedades.
- Aromaterapia
- Musicoterapia
- Hipnoterapia
- Medicina tradicional china
- Quiropraxia
- Reflexología
- Nutrición Clínica

Estos servicios están limitados a seis (6) visitas por año contrato. La persona participante debe llamar a la facilidad y coordinar su cita. Aplica \$15.00 de copago por visita.

Centros Preventivos

Este beneficio consiste en ofrecer los servicios requeridos por las leyes federales *Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA)* y la *Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA)* y según establecidos por el *United States Preventive Services Task Force (USPSTF)* en los centros participantes. La persona asegurada deberá coordinar la cita con el Centro Participante para recibir los servicios provistos en su póliza. Además, incluye una evaluación inicial y posterior a las pruebas realizadas.

Entre los servicios se encuentran:

Evaluación	✓ Historial Médico ✓ Exámen Físico ✓ Cernimiento de Depresión ✓ Consejería: Alcoholismo, Tabaco, Conductas de Riesgo, Sexualidad, Cáncer, Violencia Doméstica, Prevención de Caídas, Dieta y Nutrición	\$0.00 copago		
Pruebas de Cernimiento Preventivas De acuerdo al género y edad según las guías del <i>United States Preventive Services Task Force</i> (USPSTF). Para la lista detallada de los servicios con \$0 copago, refiérase a la Sub-sección de Cubierta de Servicios por Ley Local o Federal en el certificado de beneficios.	<table><tr><td> ✓ CBC ✓ Colesterol ✓ PAP (cáncer de cérvix) ✓ Clamidia </td><td> ✓ Gonorrea ✓ Sífilis ✓ HIV ✓ Hemoglobina glicosilada ✓ Examen de visión </td></tr></table>	✓ CBC ✓ Colesterol ✓ PAP (cáncer de cérvix) ✓ Clamidia	✓ Gonorrea ✓ Sífilis ✓ HIV ✓ Hemoglobina glicosilada ✓ Examen de visión	\$0.00 copago
✓ CBC ✓ Colesterol ✓ PAP (cáncer de cérvix) ✓ Clamidia	✓ Gonorrea ✓ Sífilis ✓ HIV ✓ Hemoglobina glicosilada ✓ Examen de visión			

Referidos	✓ Mamografía de Cernimiento ✓ Vacunas ✓ Densitometría Ósea	✓ Colonoscopia ✓ Sigmoidoscopia ✓ Otros	Según la cubierta
------------------	--	---	--------------------------

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

Indemnización al Asegurado

Si cualquier persona recibe los servicios cubiertos de profesionales o facilidades no participantes fuera de Puerto Rico y Estados Unidos, a causa de una emergencia, Triple-S Salud pagará directamente a la persona asegurada hasta la cantidad que hubiese pagado a un profesional o facilidad participante o hasta la cantidad correspondiente de acuerdo a lo especificado en el beneficio.

Si el servicio se presta en los Estados Unidos de América por un proveedor participante y no es emergencia, un servicio precertificado, o está disponible en Puerto Rico, el asegurado tendrá que pagar el mismo y no estará cubierto por Triple-S Salud.

Si el servicio se presta en Estados Unidos por un proveedor no participante y no es emergencia, el asegurado pagará el costo total de los servicios y los mismos no serán cubiertos por Triple-S Salud.

La persona asegurada deberá suministrar a Triple-S Salud todos los informes reglamentarios que se requieren en tales casos.

Exclusiones de la Cubierta Básica

- Servicios prestados mientras la cubierta del participante no estaba vigente.
- Servicios que el (la) participante tenga derecho a recibir y/o que resulten de enfermedades o lesiones cubiertas por:
 - Título XVIII de la Ley Federal del Seguro Social (*Medicare*)
 - Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACCA)
 - Fondo del Seguro del Estado
 - Cualquier otro asegurador o parte que tenga responsabilidad primaria (*other party liability*)
- Servicios que sean recibidos de forma gratuita, prestados por cónyuges, padres, hermanos o hijos de la persona asegurada.
- Servicios de enfermeras especiales.
- La admisión de pacientes con fines puramente de diagnóstico; gastos por servicios de descanso, convalecencia y servicio de custodia.
- Gastos por servicios y/o materiales para comodidad personal, durante una hospitalización, tales como teléfono, televisión, *Kit* de admisión, etc.
- Gastos por servicios médicos de acupuntura y otros tratamientos de terapia alternativa, que no estén especificados como cubiertos en el Programa Triple-S Natural para terapia alternativa y que sean prestados por proveedores no participantes del Programa aún cuando sean proveedores de la Red del plan.
- Gastos relacionados con enfermedades o lesiones que resulten de guerras.
- Trasplantes de órganos. Se excluyen, además, evaluaciones y pruebas diagnósticas pre y post trasplante.
- Servicios de asistentes quirúrgicos.
- Tratamientos para condiciones de la articulación temporomandibular (TMJ)
- Laboratorios que requieren inoculación animal.

- Laboratorios bionucleares
- Hospitalizaciones para servicios que puedan ser prestados de forma ambulatoria.
- Tuboplastías, vasectomías, vasovasostomías o cualquier procedimiento o servicio relacionado a conseguir la habilidad para procrear.
- Hospitalizaciones para realizar procedimientos que puedan ser practicados de forma ambulatoria.
- Gastos por métodos anticonceptivos, 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)*. Además, se excluyen los servicios relacionados y las complicaciones asociadas a éstos (ver programa Planificación Familiar Título X).
- Servicios, procedimientos y/o tratamientos con el propósito de controlar el peso (obesidad o aumentar de peso), excepto cirugía bariátrica (bypass gástrico).
- Las cirugías para la remoción de la piel excesiva luego de una cirugía bariátrica o bypass gástrico no estarán cubiertas, excepto si el médico certifica que es necesario remover la piel en exceso, porque afecta el funcionamiento de algún miembro del cuerpo. Requiere precertificación.
- Servicios de medicina deportiva (excepto para los estudiantes atletas certificados por la Universidad)
- Servicios de terapia rehabilitación y terapia del habla, excepto las ofrecidas bajo la Ley BIDA
- Cirugía plástica, con fines de embellecimiento (cosméticos o estéticos). Tratamientos o servicios para corregir defectos de apariencia, excepto cirugía plástica, por condiciones ocurridas después que el (la) participante tenga cubierta por el plan de la Universidad y que impidan al paciente el desarrollo de una vida normal, mediante previa certificación de Triple-S Salud.
- Gastos para aparatos ortopédicos, prótesis, marcapasos, válvulas y otros instrumentos, aparatos o dispositivos artificiales. Servicios, pruebas de diagnósticos y/o tratamientos ordenados y/o efectuados por naturópatas, naturistas, quiroprácticos u osteópatas.
- Laboratorios que requieran ser procesados fuera de Puerto Rico.
- Gastos por exámenes físicos de rutina requeridos por el patrono o para certificados

de salud, excepto los requeridos por la Universidad para los estudiantes atletas asegurados.

- Servicios dentales y cirugías orales, excepto, para aquellos casos de traumas como consecuencia de accidentes ocurridos durante la vigencia de la póliza y que se demanda el servicio dentro de las primeras 24 horas después de haber ocurrido el mismo. Explícitamente se excluye la prótesis.
- Mamoplastía, excepto la reconstrucción y prótesis del seno posterior a una mastectomía por condición de cáncer.
- Pruebas de embarazo, excepto por la indicada en la cubierta básica.
- El Plan Individual no provee cubierta a hijos (as).
- Uso de monitor fetal de forma ambulatoria y en aquellos hospitales participantes que no dispongan de dicho equipo.
- Pruebas de amniocentesis
- Esterilizaciones para hombres, independientemente de si existe o no necesidad o justificación médica.
- Servicios de ambulancia aérea ni marítima, excepto los servicios disponibles, según los estándares o el protocolo establecido.
- Servicios que no son razonables ni requeridos de acuerdo a las normas aceptadas en la práctica médica o servicios que se provean en exceso de los requeridos normalmente para el diagnóstico, prevención, tratamiento de una enfermedad, lesión o disfunción del sistema orgánico o condición de embarazo.
- Servicios de hemodiálisis y diálisis peritoneal
- Tratamientos para condiciones de acné están expresamente excluidos. De igual forma las visitas a médicos, consultas, procedimientos y medicamento para el tratamiento de acné.
 - El (la) estudiante de la Universidad de Puerto Rico tiene derecho a una (1) consulta que pueda solicitar exclusivamente el médico de Servicios Médicos del Sistema Universitario al dermatólogo.
 - A tales efectos, el (la) estudiante ha de ser referido (a) por el médico del Recinto. Este servicio es exclusivamente para el (la) estudiante.
- Procedimientos nuevos o experimentales que no hayan sido aprobados para

inclusión en la cubierta del plan médico por Triple-S Salud.

- Tratamientos de enfermedades que los hospitales participantes de acuerdo a sus reglamentos no puedan aceptar.
- Cuidado relacionado con el Servicio Militar, incluyendo incapacidad y otras condiciones para las cuales el estudiante asegurado está legalmente en derecho de recibir al igual por facilidades a las que tiene derecho por condiciones resultantes de guerras fuera declarada o no declarada. Estos son servicios suministrados por el Gobierno Federal.
- Servicios prestados u ordenados por iridiólogos.
- Terapia ocupacional y rehabilitativa, ni hospitalizaciones con estos propósitos, debido a accidentes o enfermedad, excepto las ofrecidas bajo la Ley Bida
- Rinoplastía, si es con fines cosméticos.
- Keloides y reparación de Keloides, si es con fines cosméticos.
- Tratamientos relacionados con fertilidad o infertilidad (impotencia)
- Terapia auditiva
- Pruebas diagnósticas adicionales por pérdida de audición, audiometría, audiogramas y timpanometría, debido a accidente o enfermedad. Igualmente se excluyen los aditamentos de audición y cualquier tipo de prótesis relacionada.
- Espejuelos y lentes de contacto (corrección visual) y cualquier tipo de prótesis relacionada.
- Medicinas recetas en forma ambulatoria, excepto para los participantes acogidos a la cubierta de farmacia.
- Gastos por equipos u aparatos utilizados para fines de diagnóstico como equipo para tomar presión arterial, equipo para medir azúcar en la sangre y otros.
- Hospicio, cuidado custodial, cuidado de descanso o convalecencia o cualquier otro tipo de cuidado, una vez la enfermedad esté controlada en los casos terminales o irreversibles.
- Viajes aun cuando sean ordenados por el médico como necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión.

- Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina (nutricionistas, dietistas, terapeutas en general y otros). Los servicios de nutricionista y dietista sólo se considerarán si son ordenados por un médico y con la preautorización de Triple-S Salud.
- Gastos que surjan por tratamiento, condiciones y procedimientos excluidos ni sus complicaciones.
- Inyecciones intraarticulares
- Tratamientos para las condiciones de alcoholismo y adicción a drogas fuera de Puerto Rico.
- Los (as) estudiantes acogidos (as) al seguro solo durante el verano, no están cubiertos (as) ni sus dependientes a los servicios de cirugía electiva, ni los servicios de maternidad.
- Para los estudiantes acogidos al seguro sólo durante el verano, no estarán cubiertos los servicios de cirugía electiva, ni los servicios de maternidad.
- Litotricia
- Servicios que sean brindado o cubiertos con arreglo a legislación estatal o federal.
- Servicios excluidos no se interpretarán como servicios cubiertos porque se hayan recibido en una situación de emergencia o urgencia.
- Circuncisión para niños y adultos.
- Dependientes del (la) estudiante si no ha presentado la evidencia de elegibilidad a Triple-S Salud, Inc. y pagado la prima correspondiente.
- Abortos electivos
- Vacunas requeridas para viajar.
- Liposucción, está excluida por ser considerada como un procedimiento para fines cosméticos.
- Estudios genéticos
- Servicios recibidos en los Estados Unidos, que no son definidos como emergencia y no fueron coordinados ni autorizados por Triple-S Salud.

- Servicios recibidos en los Estados Unidos en oficinas de médicos.
- Todo servicio fuera del territorio de Puerto Rico y los Estados Unidos.

Teleconsulta

Con el propósito de proveer a los estudiantes y su familia, acceso a más información sobre servicios de salud, Triple-S Salud le ofrece a todos los asegurados el servicio de orientación y consultas de salud telefónicas Teleconsulta. Este servicio, atendido por enfermeras graduadas, ofrece orientación sobre qué hacer en caso de síntomas, enfermedades, emergencias o tratamientos médicos. Teleconsulta brinda servicios las veinticuatro (24) horas los 365 días del año.

En Teleconsulta recibirá un asesoramiento profesional para decidir si debe:

- hacer cita médica
- atender tú mismo la condición de salud
- visitar una sala de emergencia

En Teleconsulta gustosamente contestarán sus preguntas de salud sobre cualquier tema que le interese o le preocupe, incluyendo:

- síntomas o condiciones
- nutrición, dietas y ejercicios
- manejo de condiciones crónicas como asma, diabetes e hipertensión

La información se ofrece de manera rápida, efectiva y confidencial.

Teleconsulta de Triple-S Salud te conecta a la salud
Teléfono Libre de Costos 1-800-255-4375

Cubiertas Opcionales

Cubierta de Farmacia (FQ-48) – Alternativa A (Genéricos únicamente)

Cubierta de Medicinas en Farmacia

El plan cubre toda prescripción de medicinas genéricas que sean ordenadas por escrito por un médico primario o consultor para tratamientos médicos cubiertos bajo la póliza, sujeto a las condiciones y limitaciones indicadas más adelante, a través de la Red de Farmacias Pharmpix.

Programa de Administración de Utilización de Medicamentos

Programa de garantía de calidad, diseñado para mantener los beneficios de medicinas dentro de los niveles razonables de costos. El mismo utiliza unas guías estándares aprobadas por la agencia federal *Food and Drug Administration* (FDA), las cuales permiten monitorear la utilización sin afectar la calidad del servicio. El objetivo del programa es asegurar:

- Que el medicamento y las cantidades recetadas son las adecuadas para la condición.
- Que la dosis es la indicada.
- Que no existen contraindicaciones con otros medicamentos que pudieran estar recetados para el mismo asegurado.
- Se implementan los siguientes programas:
 - Programa de Preautorización
 - Programa de Cantidad por Despacho

Programa de Preautorización

Este programa previene contra el uso inadecuado de algunos medicamentos y asegura la cubierta de terapias médicamente necesarias, utilizando reglas clínicas basadas en la información del asegurado (diagnóstico, edad, sexo, etc.), que incluye su historial de recetas de farmacia.

Programa de Cantidad por Despacho

Este programa limita el despacho de un medicamento a una cantidad definida según el tipo de medicamento. Ejemplo: El medicamento xxx debe tomarse dos (2) veces al día, por lo que se deben despachar sesenta (60) cápsulas al mes. Si el médico le receta tres (3) cápsulas al día, equivalente a noventa (90) cápsulas al mes, el sistema solo le aprobará el despacho de sesenta (60) cápsulas.

Procedimiento de los Programas

- El paciente acude con su receta a la farmacia.
- El farmacéutico procesa la receta, si cumple con los criterios o la cantidad establecidas la reclamación se procesa automáticamente y al asegurado le despachan su receta.
- Algunos medicamentos no requieren evaluación y están cubiertos si son recetados por un periodo de tiempo o una cantidad en específico. En estos casos, el paciente recibirá la cantidad específica del medicamento por despacho o duración.
- Si la receta no cumple con la cantidad establecida, pero el sistema autoriza el despacho, el farmacéutico le despachará dicha cantidad. Si la receta no cumple con los criterios o la cantidad establecidas y el sistema solicita una autorización para el despacho del medicamento:
 - El médico o el farmacéutico deberá llamar al 787-522-1596.
 - El farmacéutico, el paciente o el médico pueden iniciar el proceso llamando a Pharmpix. El farmacéutico de *Pharmpix* se comunicará con el médico que expidió la receta para obtener la información clínica necesaria.
 - Luego de obtener toda la información clínica necesaria, *Pharmpix* tomará la decisión correspondiente.
 - *Pharmpix* le notificará la decisión al paciente y al médico, en un periodo aproximado de cinco (5) días laborables.
- Si la receta no cumple con los criterios o la cantidad establecidas y el sistema deniega el despacho del medicamento:
 - El paciente o el médico podrán solicitar una apelación a *Pharmpix*.
 - La apelación por escrito deberá incluir la siguiente información:

- Nombre y número del contrato del paciente.
- Nombre del medicamento y cantidad recetada.
- Información adicional que sustente el uso del medicamento.
- *Pharmpix* notificará por escrito la decisión tomada al paciente y al médico.

De requerirse un cambio en la receta, el farmacéutico le orientará sobre los pasos a seguir con su médico.

Despachos de Emergencia

Ambos programas proveen para despachos de emergencia durante horas no laborables del número de asistencia 787-522-1596 (8:00 a.m. -8:00 p.m.)

El paciente, el médico o el farmacéutico podrán llamar a la línea de asistencia donde un mensaje grabado le indicará que si se entiende que el medicamento debe despacharse inmediatamente, podrá despachar hasta una cantidad equivalente a cinco (5) días.

Pharmpix se comunicará con usted durante su próximo día laborable con la autorización para adjudicar la reclamación.

Deducibles de la Cubierta de Farmacia

- \$8.00 dólares de copago por medicamentos genéricos únicamente
- Nada por medicamentos de quimioterapia
- \$0 copago por anticonceptivos orales y contraceptivos aprobados por la FDA con receta del médico.

Medicamentos Cubiertos

- Medicamentos que por ley federal o estatal se requiere que en su rotulación o etiqueta indique la frase: *Caution: Federal Law Prohibits Dispensing Without Prescription.*
- Medicinas compuestas en las cuales uno de los ingredientes es una droga de leyenda.
- Este plan sólo cubrirá medicamentos genéricos o bioequivalentes únicamente.

- La cantidad de medicinas despachadas conforme a una receta original estará limitada a un abastecimiento de quince (15) días consecutivos de tratamiento por vez.
- Para los siguientes medicamentos, el despacho estará limitado a un abastecimiento de treinta (30) días consecutivos por cada receta:
 - Productos de tiroides y sus derivados
 - Medicamentos para el asma
 - Medicamentos para condiciones cardiovasculares, incluye antihipertensivos
 - Desórdenes convulsivos
 - Medicamentos para diabetes
 - Medicamentos para condiciones psiquiátricas, incluye antidepresivos.
 - Las benzodiacepinas están cubiertas solamente para psiquiatras para 30 días con repeticiones. De ser prescrita por otra especialidad, no está cubierta.
 - Los psicoterapéuticos e hipnóticos estarán cubiertos para 30 días con repeticiones de ser prescritos por psiquiatra o neurólogo. Otra especialidad, se cubren para 15 días.
 - Los medicamentos para ADHD estarán cubiertos para 30 días de ser prescritos por psiquiatra, neurólogo o pediatra. Otra especialidad, se cubren para 15 días.
 - Reemplazo hormonal de estrógenos y progesteronas
 - Medicamentos para el tratamiento del SIDA, agentes antivirales
 - Medicamentos para el tratamiento de artritis
 - Antiartríticos
 - Diuréticos
 - Terapia para el cáncer
 - Anti Parkinson
 - Agentes psicoterapéuticos
 - Medicamentos utilizados para glaucoma

- Antagonistas H2
 - Inhibidores de la bomba de protón
 - Anticoagulantes
 - Medicamentos para otras condiciones crónicas que requieren preautorización de Triple-S Salud.
 - Se cubren algunas dosis de aspirina para asegurados mayores de 18 años de edad y anticonceptivos aprobados por la FDA.
- Cubre Gamma Globulina como tratamiento profiláctico para la prevención de hepatitis, siempre y cuando el suero se administre en un plazo no mayor de veinticuatro (24) horas después de que el asegurado haya contraído el riesgo de posible contaminación.
 - Las medicinas no podrán ser despachadas después de haber transcurrido quince (15) días desde la fecha original de la receta, excepto que de otra forma lo disponga la ley que controla el despacho de productos o sustancias farmacéuticas.
 - La repetición de medicamentos está cubierta hasta un máximo de dos (2) repeticiones por receta, durante el periodo de vigencia del plan, aplica solamente a los medicamentos de mantenimiento.
 - Los medicamentos para condiciones de dependencia a sustancias controladas y alcoholismo están cubiertos sujeto a preautorización y certificación de Triple-S Salud.

Reembolso por medicamentos

Aplica a asegurados que por alguna razón al momento de necesitar el servicio no tenían la tarjeta de identificación o el sistema de la farmacia lo rechaza porque no puede reconocer que disfruta de la cubierta.

- El suscriptor podrá presentar su reclamación a Triple-S Salud en el caso de obtener medicinas recetadas en farmacias participantes en Puerto Rico. Se reembolsará a base del cargo sometido menos el deducible correspondiente, si aplica.
- La reclamación de reembolso deberá someterse dentro de los seis (6) meses a partir de la fecha del servicio una vez pagado. Reclamaciones sometidas después de los seis (6) meses serán rechazadas
- Es necesario someter el original del recibo de pago

- Para tramitar los reembolsos se utilizará el formulario oficial de Triple-S Salud
- Deberá incluir la siguiente información (solicitudes incompletas serán rechazadas) en su solicitud.
 - Nombre y edad de paciente
 - Numero de grupo y contrato
 - Nombre del medicamento
 - Cantidad despachada
 - Dosis
 - Número de receta
 - Cantidad cobrada
 - Código del medicamento (NDC) – indicado por el farmacéutico
 - NPI de la Farmacia

Cubierta de Farmacia (FI-14) – Alternativa B

Cubierta de Medicinas en Farmacia

El plan cubre toda prescripción de medicinas que sean ordenadas por escrito por un médico primario o consultor para tratamientos médicos cubiertos bajo la póliza, sujeto a las condiciones y limitaciones indicadas más adelante, a través de la Red de Farmacias Pharmpix.

Programa de Administración de Utilización de Medicamentos

Programa de garantía de calidad, diseñado para mantener los beneficios de medicinas dentro de los niveles razonables de costos. El mismo utiliza unas guías estándares aprobadas por la agencia federal *Food and Drug Administration* (FDA), las cuales permiten monitorear la utilización sin afectar la calidad del servicio. El objetivo del programa es asegurar:

- Que el medicamento y las cantidades recetadas son las adecuadas para la condición.

- Que la dosis es la indicada.
- Que no existen contraindicaciones con otros medicamentos que pudieran estar recetados para el mismo asegurado.
- Se implementan los siguientes programas:
 - Programa de Preautorización
 - Programa de Cantidad por Despacho

Programa de Preautorización

Este programa previene contra el uso inadecuado de algunos medicamentos y asegura la cubierta de terapias médicamente necesarias, utilizando reglas clínicas basadas en la información del asegurado (diagnóstico, edad, sexo, etc.), que incluye su historial de reclamaciones de farmacia.

Programa de Cantidad por Despacho

Este programa limita el despacho de un medicamento a una cantidad definida según el tipo de medicamento. Ejemplo: El medicamento xxx debe tomarse dos (2) veces al día, por lo que se deben despachar sesenta (60) cápsulas al mes. Si el médico le receta tres (3) cápsulas al día, equivalente a noventa (90) cápsulas al mes, el sistema solo le aprobará el despacho de sesenta (60) cápsulas.

Procedimiento de los Programas

- El paciente acude con su receta a la farmacia.
- El farmacéutico procesa la receta, si cumple con los criterios o la cantidad establecidas la reclamación se procesa automáticamente y al asegurado le despachan su receta.
- Algunos medicamentos no requieren evaluación y están cubiertos si son recetados por un periodo de tiempo o una cantidad en específico. En estos casos, el paciente recibirá la cantidad específica del medicamento por despacho o duración.
- Si la receta no cumple con la cantidad establecida, pero el sistema autoriza el despacho, el farmacéutico le despachará dicha cantidad. Si la receta no cumple con los criterios o la cantidad establecidas y el sistema solicita una autorización para el despacho del medicamento:

- El médico o el farmacéutico deberá llamar al 787-522-1596.
- El farmacéutico, el paciente o el médico pueden iniciar el proceso llamando a Pharmpix. El farmacéutico de *Pharmpix* se comunicará con el médico que expidió la receta para obtener la información clínica necesaria.
- Luego de obtener toda la información clínica necesaria, *Pharmpix* tomará la decisión correspondiente.
- *Pharmpix* le notificará la decisión al paciente y al médico, en un periodo aproximado de cinco (5) días laborables.
- Si la receta no cumple con los criterios o la cantidad establecidas y el sistema deniega el despacho del medicamento:
 - El paciente o el médico podrán solicitar una apelación a *Pharmpix*.
 - La apelación por escrito deberá incluir la siguiente información:
 - Nombre y número del contrato del paciente.
 - Nombre del medicamento y cantidad recetada.
 - Información adicional que sustente el uso del medicamento.
 - *Pharmpix* notificará por escrito la decisión tomada al paciente y al médico.

De requerirse un cambio en la receta, el farmacéutico le orientará sobre los pasos a seguir con su médico.

Despachos de Emergencia

Ambos programas proveen para despachos de emergencia durante horas no laborables del número de asistencia 787-522-1596 (8:00 a.m. -8:00 p.m.)

El paciente, el médico o el farmacéutico podrán llamar a la línea de asistencia donde un mensaje grabado le indicará que si se entiende que el medicamento debe despacharse inmediatamente, podrá despachar hasta una cantidad equivalente a cinco (5) días.

Pharmpix se comunicará con usted durante su próximo día laborable con la autorización para adjudicar la reclamación.

Deducibles de la Cubierta de Farmacia

- \$5.00 dólares de copago por medicamentos genéricos
- \$5.00 dólares de copago por medicamentos de marca
- Nada por medicamentos de quimioterapia
- \$0 copago por anticonceptivos orales y contraceptivos aprobados por la FDA con receta del médico.

Medicamentos Cubiertos

- Medicamentos que por ley federal o estatal se requiere que en su rotulación o etiqueta indique la frase: *Caution: Federal Law Prohibits Dispensing Without Prescription*.
- Medicinas compuestas en las cuales uno de los ingredientes es una droga de leyenda.
- Insulina mediante prescripción médica.
- Este plan sólo cubrirá medicamentos genéricos o bioequivalentes y los productos de marca estarán cubiertos cuando el médico indique en la receta que no sustituya o si no existe uno genérico (bioequivalente) para el medicamento recetado.
- La cantidad de medicinas despachadas conforme a una receta original estará limitada a un abastecimiento de quince (15) días consecutivos de tratamiento por vez.
- Para los siguientes medicamentos, el despacho estará limitado a un abastecimiento de treinta (30) días consecutivos por cada receta:
 - Productos de tiroides y sus derivados
 - Medicamentos para el asma
 - Medicamentos para condiciones cardiovasculares, incluye antihipertensivos
 - Desórdenes convulsivos
 - Medicamentos para diabetes
 - Medicamentos para condiciones psiquiátricas, incluye antidepresivos

- Reemplazo hormonal de estrógenos y progesteronas
- Medicamentos para el tratamiento del SIDA, agentes antivirales
- Medicamentos para el tratamiento de artritis
- Antiartríticos
- Diuréticos
- Terapia para el cáncer
- Anti Parkinson
- Agentes sicoterapéuticos
- Medicamentos utilizados para glaucoma
- Antagonistas H2
- Inhibidores de la bomba de protón
- Anticoagulantes
- Medicamentos para otras condiciones crónicas que requieren preautorización de Triple-S Salud.
- Se cubren algunas dosis de aspirina para asegurados mayores de 18 años de edad y anticonceptivos aprobados por la FDA.
- Cubre Gamma Globulina como tratamiento profiláctico para la prevención de hepatitis, siempre y cuando el suero se administre en un plazo no mayor de veinticuatro (24) horas después de que el asegurado haya contraído el riesgo de posible contaminación.
- Las medicinas no podrán ser despachadas después de haber transcurrido quince (15) días desde la fecha original de la receta, excepto que de otra forma lo disponga la ley que controla el despacho de productos o sustancias farmacéuticas.
- La repetición de medicamentos está cubierta hasta un máximo de dos (2) repeticiones por receta, durante el periodo de vigencia del plan, aplica solamente a los medicamentos de mantenimiento.
- Los medicamentos para condiciones de dependencia a sustancias controladas y alcoholismo están cubiertos sujeto a preautorización y certificación de Triple-S Salud.

Reembolso por medicamentos

Aplica a asegurados que por alguna razón al momento de necesitar el servicio no tenían la tarjeta de identificación o el sistema de la farmacia lo rechaza porque no puede reconocer que disfruta de la cubierta.

- El suscriptor podrá presentar su reclamación a Triple-S Salud en el caso de obtener medicinas recetadas en farmacias participantes en Puerto Rico. Se reembolsará a base del cargo sometido menos el deducible correspondiente, si aplica.
- La reclamación de reembolso deberá someterse dentro de los seis (6) meses a partir de la fecha del servicio una vez pagado. Reclamaciones sometidas después de los seis (6) meses serán rechazadas
- Es necesario someter el original del recibo de pago
- Para tramitar los reembolsos se utilizará el formulario oficial de Triple-S Salud
- Deberá incluir la siguiente información (solicitudes incompletas serán rechazadas) en su solicitud.
 - Nombre y edad de paciente
 - Numero de grupo y contrato
 - Nombre del medicamento
 - Cantidad despachada
 - Dosis
 - Número de receta
 - Cantidad cobrada
 - Código del medicamento (NDC) – indicado por el farmacéutico
 - NPI de la Farmacia

PRECERTIFICACIONES PARA MEDICAMENTOS

Ciertos medicamentos necesitan una precertificación para ser adquiridos por el paciente. Los medicamentos que requieren precertificar 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 precertificados. Además, los medicamentos que requieren una precertificación están identificados en la Lista de Medicamentos o Formulario con las siglas PA en la columna a la derecha del medicamento, en cuyo caso, la farmacia gestiona la precertificación previo al despacho del medicamento.

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

Procedimiento de Trámite de Precertificaciones

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

- a. Notificarle su determinación ó
- b. Solicitarle documentación al médico, asegurado o farmacia, de no haber recibido la documentación requerida

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

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

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

PROCESO DE EXCEPCIONES A LA LISTA DE MEDICAMENTOS O FORMULARIO

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

Tipos de excepción

Existen varios tipos de excepciones que el asegurado puede solicitar:

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

¿Cómo hacer la petición?

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

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

Información requerida para aprobar su solicitud de excepción

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

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

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

Triple-S Salud tiene un periodo de 72 horas, desde la fecha de recibo de la solicitud o la fecha del recibo de la comunicación, para notificarle al asegurado o su representante personal su determinación sobre su solicitud de excepción. En el caso de los medicamentos controlados no excederá de 36 horas. Si la información no es recibida, procederemos a cerrar la solicitud y se les notificará inmediatamente. No obstante, el cierre de la solicitud no significa que la persona asegurada no pueda presentar nuevamente dicha reclamación.

Triple-S solicitará al médico o farmacia la información necesaria para evaluar la solicitud mediante teléfono, facsímil o algún otro medio electrónico.

En caso que el asegurado sea el que sometió la petición, se contactará mediante llamada telefónica, se le indicará la información adicional que debe ser suplida por el médico para evaluar el caso, el tiempo que tiene para enviarla y fax al cual debe enviar la información.

De no obtenerse la información en las horas establecidas, se procederá a cerrar el caso por falta de información. Se notificará en la denegación, el proceso de apelación, incluyendo el detalle de la información que faltaba. La notificación se hará a la persona asegurada y si fuera, aplicable, a su representante personal y al médico que expide la receta. El cierre de la solicitud no significa que la persona asegurada no pueda presentar nuevamente dicha reclamación.

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

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

Proceso de notificación de la determinación de cubierta

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

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

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

Exclusiones de la Cubierta de Medicinas en Farmacia

- No están cubiertos los instrumentos artificiales, agujas hipodérmicas, jeringuillas o recursos e instrumentos similares aunque sean utilizados con fines terapéuticos.
- Cualquier cargo por la administración o inyección de medicinas no está cubierto.
- Todas las medicinas para las cuales no se requiera prescripción médica a tenor con las leyes federales, medicinas sobre el mostrador, (*Over the counter, O.T.C.*), excepto los incluidos en el Programa de OTC de Triple-S Salud y algunas dosis de aspirina para asegurados mayores de 18 años de edad.
- Cualquier medicina cubierta o consumida en el lugar que se prescriba u ordene.
- Recetas que sean nulas o que hayan prescrito por disposiciones de la ley.

- Medicinas por las cuales el (la) participante pueda ser compensado bajo las leyes de trabajo, leyes de responsabilidad del patrono o por las cuales el (la) participante sin costo alguno reciba reembolsos de cualquier agencia del gobierno federal o estatal.
- Equipo o aparatos de cualquier tipo, aún cuando para comprar los mismos se requiera receta escrita, tales como equipos artificiales, prenda de soporte o cualquier otra sustancia no médica o equipos similares.
- Drogas con fines para el tratamiento de infertilidad (*follitropin*, *clomiphene*, *menotropins* y *urofollitropin*) o fertilidad.
- Medicinas rotuladas *Caution-Limited by Law to Investigational Use* o drogas de experimentación, aún cuando se le haga cargo alguno al individuo.
- Medicinas que tienen que ser tomadas o administradas en dosis completas o parciales, mientras el estudiante esté hospitalizado o en un hogar de convalecencia, sanatorio, tratamiento ambulatorio o cualquier institución similar, en los cuales se permita la operación de una facilidad para suministrar medicinas o productos farmacéuticos.
- Medicamentos para dejar de fumar (*bupropion HCL (smoking deterrent)*, *varenicline*).
- Productos dietéticos (*Foltx®*, *Metanx®*, *Limbrel®* y *Folbalin Plus®*).
- Hormonas para crecimiento (*somatropin*, *somatrem*).
- Medicamentos para la condición de impotencia (*tadalafil*, *alprostadil*, *vardefanil*, *sildenafil* y la yohimbina).
- Implantes (*levonorgestrel implant*, *goserelin*, *sodium hyaluronate*, *hyaluronan e hylan*).
- Medicamentos para bajar de peso, incluye el senical (*benzphetamine*, *diethylpropion*, *phendimetrazine*, *phentermine* y *mazindol*).
- Medicamentos usados para fines cosméticos (*hydroquinone*, *minoxidil solution*, *efformitine*, *finasteride*, *monobenzone*, *dihydroxyacetone* y *bimatropost*).
- Medicamentos naturales.
- Servicios de despacho de medicamentos después de expirada la cubierta.

- Repeticiones de medicamentos, excepto los medicamentos de mantenimiento descrito en la cubierta.
- Anticonceptivos que no sean aprobados por la FDA. Además, no se cubrirán anticonceptivos aprobados por la FDA sin la presentación de una receta del médico.
- Productos de fluoruro para uso dental (excepto para niños entre las edades de 6 meses y 6 años), condiciones dermatológicas como pediculosis y escabidas (*lindane*, *permethrin*, *crotamiton*, *malathion* e *ivermectin*), productos para el tratamiento de la caspa que incluyan champú (*pyrithione zinc 1%*), lociones y jabones, tratamientos de alopecia (calvicie) como *Rogaine® (minoxidil topical soln)* y medicamentos para el dolor (*Nubain®* y *Stadol®*).
- Productos utilizados como suplementos nutricionales para uso oral, excepto algunas dosis de ácido fólico para mujeres y algunas presentaciones de suplementos de hierro para niños entre los 6 y 12 meses de edad en conformidad a la regulación *Group Health Plans and Health Insurance Issuers Relating to Coverage of Preventive Services under the Patient Protection and Affordable Care Act*.
- Vitaminas orales (solas o en combinaciones con otras vitaminas, minerales y ácido fólico) y las inyectables (niacina, ácido ascórbico, tiamina, riboflavina, vitamina E, piridoxina, dihidrotaquisterol, múltiples vitaminas con minerales, múltiples vitaminas con hierro, múltiples vitaminas con calcio, complejo de vitamina B - biotina - D - ácido fólico, complejo vitamina B con vitamina C - ácido fólico y flavonoides).
- Medicamentos clasificados como tratamiento para medicina alternativa (raíz de valeriana, muérdago europeo, glucosamina-condroitina-PABA-vit E y ácido alfa lipoico).
- También estarán excluidos la solución azul tripán, la lacosamida intravenosa, los implantes intracraneales de carmustina, degarelix acetato inyectable, viaspan, tetradecil sulfato de sodio, polidocanol, murrato de sodio, talco intrapleural, solución para diálisis peritoneal y los productos homeopáticos en todas sus presentaciones.
- Medicamentos utilizados para trasplante de órganos y tejidos (*cyclosporine modified*, *tacrolimus*, *sirolimus*, *cyclosporine*, *mycophenolate sodium*, *everolimus*, *azathoprin*, *belatacept* y *basiliximab*).
- Productos considerados experimentales o investigativos para el tratamiento de ciertas condiciones, para los cuales la Administración de Drogas y Alimentos (*Food and Drug Administration*) no ha autorizado su uso. Tampoco están cubiertos los gastos médicos o de farmacia relacionados con estudios de tratamientos clínicos investigativos (esto es, *clinical trials*), o los exámenes y medicamentos administrados para ser utilizados como parte de estos estudios, ni los gastos

médicos o de farmacia que deben ser pagados por la entidad que lleva a cabo el estudio. Esta disposición es aplicable aun cuando el asegurado se haya inscrito en el estudio (*clinical trials*) para tratar una enfermedad que amenace su vida, para la cual no haya tratamiento efectivo y obtenga la aprobación del médico para su participación en el estudio porque éste ofrece al paciente un beneficio potencial.

- Sangre y sus componentes (hetastarch6%/nacl IV, rehomacrodex IV, albúmina humana y fracciones de proteínas plasmáticas).
- Medicamentos para el acné (*adapalene, benzoyl peroxide, isotretinoin, sulfur, tretinoin, clindamycin phosphate topical, erythromycin topical, sodium sulfacetamide/sulfur y sus combinaciones*).
- Nutrientes (*Dextrose, Lyposyn, Fructose, Alanicem, L-Carnitine, Tryptophan*).
- Medicamentos para la anaphylaxis (*epinephrine device*).
- Medicamentos utilizados en pruebas con fines diagnósticos (*thyrotropin, dipyridamole IV 5mg/ml, gonadorelin HCl, cosyntropin y glucagon*) y medicamentos para inmunización (*hepatitis A & B, influenza, encephalitis, measles, mumps, poliovirus, papillomavirus, rabies, rotavirus, rubella, varicella, yellow fever, zoster, cholera, haemophilus b, lyme disease, meningococcal, plague, pneumococcal, typhoid, tetanous toxoid, diphtheria, immune globulin, respiratory syncytial virus, palivizumab, pagademase bovine, staphage lyphates y sus combinaciones, pruebas de alergia*).
- Cualquier medicamento nuevo de las clasificaciones terapéuticas (categoría) excluidas se considerará también una exclusión.
- Triple-S Salud se reserva el derecho de seleccionar aquellos medicamentos que habrá de incluir en su cubierta de Farmacia. Cualquier gasto por medicamentos nuevos no estará cubierto hasta tanto dicho medicamento sea evaluado y recomendado para inclusión en la Cubierta de Farmacia pr el Comité de Farmacia y Terapéutica de Triple-S Salud.

Cubierta de *Major Medical*

Si un (a) participante asegurado como resultado de un accidente o enfermedad, incurre en gastos específicamente cubiertos por *Major Medical*, que no estén indicados en la cubierta básica y mientras el seguro esté en vigor, Triple-S Salud reembolsará el ochenta por ciento (80%) previamente establecido en el contrato, de los gastos incurridos en exceso del deducible acumulado. El pago por servicios puede ser coordinado con Triple-S Salud para que sea dirigido directamente al proveedor que ofreció el servicio.

Deducible

Bajo la propuesta de Plan Individual el estudiante acumulará en el año póliza la cantidad de cien dólares (\$100) de servicios prestados, antes de tener derecho al reembolso de gastos cubiertos por *Major Medical*. La propuesta de Plan Familiar, el (la) estudiante junto a sus dependientes elegibles acumulará la cantidad de trescientos dólares (\$300) antes de tener derecho al reembolso incurrido de gastos cubiertos bajo *Major Medical*. El periodo de acumulación iniciará a la fecha de efectividad de la póliza y terminará al vencimiento de la misma. De igual forma se acumulará en la renovación desde la fecha de efectividad hasta el vencimiento de la póliza.

Los gastos médicos elegibles bajo esta cubierta, se pagarán durante el año póliza, luego de haber satisfecho el coaseguro aplicable, según detallamos a continuación:

- Los primeros dos mil dólares (\$2,000) de gastos elegibles al ochenta por ciento (80%)
- El exceso de dos mil dólares (\$2,000) al cien por ciento (100%)

Aquellas partidas pagadas por el (la) participante asegurado (a) en facilidades no participantes, deducibles o coaseguros aplicables en la cubierta básica no son partidas elegibles para satisfacer el deducible de la cubierta de *Major Medical*.

Beneficios elegibles bajo el *Major Medical*

- En servicios prestados fuera de Puerto Rico y Estados Unidos, serán tratados de la siguiente manera:
 - El (la) participante asegurado (a) deberá estar acogido a la cubierta de *Major Medical* y que los servicios que solicite correspondan a los beneficios descritos en la misma.
 - Si se trata de emergencias médicas por causa de un accidente o enfermedad ocurrida durante un viaje fuera de Puerto Rico, no se requerirá preautorización. Es requerido que dicha eventualidad sea notificada a Triple-S Salud dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas para honrar la cubierta. Triple-S Salud reembolsará en estos casos al asegurado los costos establecidos por los mismos servicios en Puerto Rico.
 - El coaseguro de veinte por ciento (20%) hasta un máximo de dos mil dólares (\$2,000) será aplicado.
 - Todo reclamo para reembolso debe ser sometido dentro del periodo de noventa (90) días iniciando en la fecha en que se brindó el servicio.

- Si es necesaria la compra o el alquiler de una silla de ruedas manual, equipo para administrar oxígeno y cama de hospital, Triple-S Salud debe requerir una preautorización.
- Los aparatos ortopédicos están cubiertos y se requiere preautorización.
- Prótesis, una (1) por vida del (la) participante y se requiere preautorización.
- Para trasplantes de hueso, piel y córnea requieren de la coordinación con Triple-S Salud y preautorización.
- Las terapias respiratorias en exceso de las que están cubiertas en la básica.
- Las terapias físicas en exceso de las que están cubiertas en la básica.
- Los servicios diagnosticados y relacionados con enfermedades renales, tales como diálisis, hemodiálisis y complicaciones que estén relacionadas directamente con la enfermedad, estarán cubiertas hasta un máximo de noventa (90) días a partir de la fecha del diagnóstico de la enfermedad.
- Se brindará cubierta de cirugía cosmética debido a lesiones sufridas en un accidente mientras el (la) participante asegurado (a) esté acogido bajo la cubierta de *Major Medical*. El cuidado o tratamiento médico debe ser prestado durante los seis (6) meses siguientes al accidente.

Exclusiones de la Cubierta de *Major Medical*

- Todas las exclusiones contenidas en la cubierta básica que no estén específicamente cubiertas bajo *Major Medical*.
- Cargos por hospitalizaciones, procedimientos, tratamientos y condiciones no cubiertas específicamente bajo los beneficios descritos en el *Major Medical*.
- Cualquier beneficio amparado bajo la cubierta básica, excepto alguno que esté específicamente cubierto.
- Deducibles y coaseguros que sean de aplicabilidad a la cubierta básica y los que correspondan a cualquier otra cubierta opcional.
- Servicios prestados por profesionales y facilidades no participantes fuera de Puerto Rico, excepto en casos de emergencia.

Cubierta Dental (DE-13)

Los servicios de la cubierta dental estarán disponibles para todos los (as) participantes que se acojan y paguen la prima correspondiente por la misma. La cubierta pagará por servicios que se consideren médicamente necesarios.

Fase Diagnóstica – sin coaseguro

Código	Descripción
D0150	Inicial
D0120	Periódico
D0140	Emergencia

Radiografías – sin coaseguro

Código	Descripción
D0210	Radiografías de la boca completa (incluye radiografías de mordida)
D0220	Primera radiografía periapical (una radiografía simple de área específica)
D0230	Radiografías adicionales, hasta cuatro (4) para completar el diagnóstico o el tratamiento
D0272	Dos radiografías de mordidas
D0274	Cuatro radiografías de mordida
D0330	Panorámicas

Fase Preventiva – sin coaseguro

Código	Descripción
D1110	Profilaxis adultos
D1120	Profilaxis niños
D1203	Aplicación de fluoruro

Mantenedores de Espacio – sin coaseguro

Código	Descripción
D1510	Fijo unilateral
D1515	Fijo bilateral
D1520	Removable unilateral
D1525	Removable bilateral
D1550	Recementación de mantenedor de espacio

Amalgamas – 25% de coaseguro

Código	Descripción
D2140	Una superficie -permanente o deciduo
D2150	Dos superficies -permanente o deciduo
D2160	Tres superficies – permanente o deciduo
D2161	Cuatro o más superficies -permanente o deciduo

Resinas Compuestas en Dientes Anteriores – 25% de coaseguro

Código	Descripción
D2330	Resina de una superficie anterior
D2331	Resina de dos superficies anterior
D2332	Resina de tres superficies anterior
D2335	Resina de cuatro o más superficies anterior (incluye ángulo incisal)

Tratamiento de Canal (Endodoncia) – 25% de coaseguro

Código	Descripción
D3110	Tratamiento pulpal directo (excluye restauración final)
D3220	Pulpotomía vital (excluye restauración final)
D3221	Abertura y drenaje pulpal (si el beneficiario no completa el tratamiento de canal)
D3230	Terapia pulpal anterior primaria
D3310	Tratamiento de canal anterior (excluye restauración final)
D3320	Tratamiento de canal bicúspide (excluye restauración final)
D3330	Tratamiento de canal molar (excluye restauración final)

Extracciones – 25% de coseguro

Código	Diagnóstico
D7111	Remoción de residuos coronales de diente deciduo
D7140	Extracción diente erupcionado o raíz expuesta
D7210	Remoción quirúrgica de diente erupcionado
D7220	Extracción de diente impactado tejido blando
D7230	Extracción de diente parcialmente impactado
D7240	Extracción de diente completamente impactado
D7241	Extracción de un diente completamente impactado en hueso con complicaciones quirúrgicas no usuales

Tratamiento Paliativo o de Emergencia – 25% de coaseguro

Código	Diagnóstico
D2940	Cavidades profundas, excavadas y tratadas con Zoe, etc.
D9110	Hiperemia causada por accidentes traumáticos o mordidas menor -ajuste oclusal Pericoronitis, absceso periodontal, incisiones, úlceras, quemaduras, etc.

Ortodoncia

Ortodoncia (08000-08999) 30% de coaseguro. Este beneficio tendrá un límite máximo de ochocientos dólares (\$800) durante el año póliza por reembolso y los participantes pueden disfrutar del beneficio hasta el día en que cumplen veintiún (21) años de edad.

Limitaciones del Plan Dental

- Examen periódico para reevaluar la cavidad oral, posterior al examen inicial cada seis (6) meses.
- Una serie completa de radiografía incluye de catorce (14) radiografías en adelante. En pacientes menores de diecinueve (19) años, se considerará una serie radiográfica completa aquella que tenga de ocho (8) a catorce (14) exposiciones. Es requisito documentar la edad del paciente.
- Se considerará una serie radiográfica completa una radiografía panorámica y dos (2) radiografías de mordidas.
- La serie radiográfica completa (*Full Mouth*) y la radiografía panorámica están limitadas a una (1) serie cada veinticuatro (24) meses.
- Radiografías periapicales y de mordida están limitadas a un total de (5) radiografías por año póliza. Las radiografías de mordida están limitadas a una (1) izquierda y una (1) derecha cada doce (12) meses.
- La aplicación de fluoruro aplica dos (2) veces al año a partir de la fecha en que se hizo el tratamiento inicial. Incluye niños hasta los diecinueve (19) años, inclusive.
- La profilaxis de niños aplica una cada seis (6) meses para niños hasta los catorce (14) años.
- La profilaxis oral aplica dos (2) veces al año a partir de la fecha en que se hizo la limpieza inicial.
- Mantenedores de espacio para sustituir molares deciduos que se pierdan de forma prematura, se cubrirá uno por área, por asegurado de por vida.

Exclusiones del Plan Dental

- Cargos por limpieza por un higienista dental se pagarán si este servicio fue rendido bajo la supervisión del dentista facturado por el dentista. No se paga al higienista dental.
- Cargos relacionados con fluoruro en materiales restaurativos.
- Restauraciones servibles en amalgama no podrán ser reemplazadas con fines cosméticos.
- El uso generalizado de *composite* en dientes posteriores no es práctica dental aceptada para Triple-S Salud.
- Anestesia general o sedación.
- Servicios como consecuencia de un accidente del trabajo y aquellos otros que, de acuerdo con las Leyes de Puerto Rico o de los Estados Unidos, el asegurado tenga derecho a recibir sin costo alguno.
- Servicios que comenzaron con anterioridad a la fecha del contrato.
- Servicios para fines de embellecimiento o cosméticas
- Servicios para la restauración de la dimensión vertical u oclusión.
- Cualquier procedimiento de rehabilitación oral para corregir disfunción de la articulación temporomandibular.
- Puentes removibles o parciales, dentaduras, coronas y postes.
- Incrustaciones, sobredientes, coronas y fundas de metales preciosos o semipreciosos.
- Ortodoncia a asegurados (as) mayores de veintiún (21) años.
- Procedimientos experimentales o investigativos, ni los medicamentos relacionados.
- Injertos a los tejidos orales.
- Tratamientos hechos por personas que no sean dentistas con licencia.
- Servicios dentales hospitalizados.
- Gastos por servicios dentales que resulten de lesiones de guerra.

- Servicios que sean gratuitos o prestados por cónyuges, padres, hermanos o hijos de la persona asegurada.
- Servicios dentales no prestados durante el año póliza no podrán ser acumulados para el próximo año póliza.
- Gastos incurridos por ganchos de precisión o semi-precisión, implantes de cualquier tipo.
- Cualquier otro aparato protético, instrucción de control de placa dental o higiene oral, registros de mordida, ligación de dientes o servicios dentales no aceptados en forma uniforme por la comunidad profesional.
- Cualquier otro procedimiento dental no descrito bajo esta cubierta.

Procedimiento para Solicitar Preautorizaciones

Triple-S Salud, Inc. le ofrece servicios de primera. Para esto pone a su disposición el proceso de preautorización. Ésta le garantiza a usted y a su familia que recibirá un nivel de cuidado adecuado para su condición de salud. El objetivo de una preautorización es establecer medidas de cuido coordinado que aseguren que los servicios hospitalarios y ambulatorios se brinden en el lugar, en el momento y por el profesional adecuado. Además, verificar la elegibilidad del asegurado para el servicio que se está solicitando.

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

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

Algunos de los servicios para los cuales usted o su médico debe tramitar la preautorización directamente con Triple-S Salud siempre y cuando su cubierta incluya ese beneficio, son:

- Trasplante de órganos y tejidos
- Servicios en Estados Unidos
- Osteotomía maxilar o mandibular

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

Puede someter la información requerida vía facsímile o por correo.

Oficina Central: (787) 749-0265

Correo:

**Triple-S Salud
Departamento de Precertificaciones
P O Box 363628
San Juan, PR 00936-3628**

Procedimiento de Trámite de Preautorizaciones

Triple-S Salud tiene un período de 15 días luego del recibo de la solicitud de precertificación para lo siguiente:

1. Notificarle su determinación; o
2. Solicitarle información adicional. Usted tendrá hasta 45 días para proveer la información solicitada.
3. Indicarle que necesita más tiempo para tomar su decisión. Esta extensión puede ser de hasta quince (15) días adicionales.

PRECERTIFICACIONES EN CASOS URGENTES

Usted pudiera tener la necesidad de que Triple-S Salud considere su solicitud de precertificación de forma urgente. Esto se pudiera deber a una condición de salud que, bajo el criterio del médico que le esté atendiendo, pusiera en un serio riesgo su vida, salud o capacidad para recuperar su función máxima, o porque someterle a los términos de tiempo regulares para contestar una solicitud de precertificación le expondría a sufrir dolor severo, el cual no se puede manejar adecuadamente sin el tratamiento para el cual se esté solicitando la precertificación. En tal caso, el médico que le esté atendiendo deberá certificar el carácter de la urgencia. La solicitud para estos casos podrá hacerse de forma oral o escrita. Triple-S Salud deberá notificarle de su decisión de forma oral o escrita, a menos que usted solicite que sea de forma escrita, dentro de 24 horas a partir del recibo de su solicitud. En caso de que Triple-S Salud necesite información adicional para prestar su determinación, deberá notificarle de forma oral o escrita, a menos que usted solicite que sea de forma escrita dentro de las 24 horas del recibo de la solicitud. Usted o su representante tendrá un término no menor de 48 horas a partir de la notificación para someter cualquier información

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

La notificación de la determinación adversa indicará lo siguiente:

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

Usted tiene derecho a comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros o del Procurador de la Salud para solicitar ayuda en cualquier momento y tiene el derecho a proceder a demandar ante un tribunal competente cuando termine el proceso interno de querellas de Triple-S Salud. La Oficina del Comisionado de Seguros está ubicada en GAM Tower Urb. Caparra Hills, Industrial Park 2, Calle Tabonuco Suite 400, Guaynabo, PR y puede comunicarse al (787) 304-8686.

La Oficina del Procurador de la Salud está ubicada en Mercantil Plaza, Avenida Ponce de León 1501, Hato Rey, PR y puede comunicarse al (787) 977-0909 (Área Metro) o libre de cargos al 1-800-981-0031.

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

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

Procedimiento Para Solicitar Reembolso

El Plan Médico de Triple-S Salud es un plan de servicios, a través de proveedores participantes compuesto por médicos, hospitales, laboratorios clínicos y de rayos x, dentistas y farmacias, los cuales proveen servicios a través de toda la Isla. Mediante la presentación de su tarjeta sólo pagará el deducible correspondiente, es por esto le recomendamos que utilice nuestros proveedores participantes de todas las especialidades. Sin embargo, si utiliza proveedores no participantes esta información le ayudará a cotejar los recibos de gastos y así asegurarse que contengan toda la información necesaria antes de remitirla.

Procedimiento de Trámite para Reembolsos

1. Las solicitudes de reembolso deben ser enviadas a:

- Deben ser enviadas a: Triple-S Salud, PO Box 363628, San Juan, PR 00936-3628
- Deben incluir lo siguiente:
 - Nombre y número de contrato del asegurado que recibió el servicio
 - Fecha del servicio
 - Código de Diagnóstico (ICD-9)
 - Código de CPT
 - *National Provider Identifier (NPI)*
 - Sello o impreso del nombre, dirección y especialidad del proveedor
 - Cantidad y descripción de servicios recibidos

- Cantidad cobrada
 - Firma del proveedor o participante y licencia
 - Razón por la cual solicita reembolso
 - En caso de servicio de ambulancia, debe incluir información sobre la distancia recorrida, así como evidencia de la necesidad médica.
 - En caso de servicios que requieran precertificación, copia de ésta
- **Si solicita reembolso por servicios dentales debe añadir:**
 - El código de servicio, número de diente, número de superficies y cantidad pagada por cada servicio.
 - Si el asegurado paga en un recibo más de una visita debe enviar las fechas de servicio exactas (**MES, DÍA, AÑO**) por las que pagó.
 - En caso de servicios de ortodoncia, de tener suscrita la cubierta de ortodoncia, debe incluir el desglose de: visita de récord, pronto, mensualidades, costo y duración total del tratamiento activo.
 - En caso de tener suscritos los servicios de prótesis dental y periodoncia deben traer radiografías.
 - **Si solicita reembolso por Coordinación de Beneficios debe añadir:**
 - Número de contrato del otro plan
 - Si es para rembolsar por cantidades dejadas de pagar por su otro plan, debe incluir la Explicación de Beneficios del otro plan
2. Deberá darse aviso por escrito de la reclamación a Triple-S Salud dentro de los veinte (20) días después de haber ocurrido o, tan pronto como sea razonablemente posible por la persona asegurada o el patrono en un plazo que no exceda de un (1) año a partir de la fecha en que se prestó el servicio.
 3. Triple-S Salud tiene hasta 15 días para entregar acuse de recibo luego de notificársele una reclamación. Las notificaciones realizadas a una de las personas designadas por el asegurado para recibir reclamaciones en su nombre se considerarán notificaciones brindadas al asegurado, siempre que la autorización esté vigente y no se haya revocado. Si la persona no está autorizada y recibe una notificación a nombre del asegurado, deberá informarlo dentro de los 7 días siguientes al reclamante y deberá indicar nombre y dirección de la persona que debe recibir la notificación.

4. Triple-S Salud hará la investigación, ajuste y resolución de cualquier reclamación en el periodo razonablemente más corto dentro de 90 días después de haber recibido la solicitud. De Triple-S Salud no poder resolver en el tiempo anteriormente indicado, mantendrá en sus expedientes los documentos que evidencien justa causa para exceder este término. El Comisionado de Seguros tiene la autoridad para solicitar la resolución inmediata de cualquier reclamación si entiende que se está retrasando el proceso indebida o injustificadamente.

Ley HIPAA (*Health Insurance And Accountability Act*)

La ley *Health Insurance and Accountability Act (HIPAA)* fue aprobada en el 1996 por el Congreso de los Estados Unidos. Esta ley tiene varios propósitos, entre estos:

- Mejorar la eficiencia y efectividad del sistema de cuidado de salud.
- Estandarizar el intercambio de información electrónica de las transacciones de salud.
- Proteger la privacidad y seguridad de la información de salud de los participantes.

Con respecto a la Regla de Privacidad, el patrono tiene que comprometerse a proteger y salvaguardar cualquier tipo de información personal y confidencial que pueda identificar a un asegurado del plan médico.

El propósito principal de la Regla de Privacidad es proteger al asegurado contra discrimen por parte del patrono al tener información de privilegio sobre la salud del mismo.

De acuerdo con el propósito fundamental de la Regla de Privacidad, la Universidad de Puerto Rico se compromete y cumplirá con las disposiciones de HIPAA de la siguiente forma:

Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida

- No hacer uso ni divulgar información protegida, sólo como lo dispone la ley o como lo establece este resumen de beneficios.
- Asegurar que agentes y subcontratistas, a quienes la Universidad provee información protegida sobre el plan médico, acuerden y se comprometan a las mismas restricciones y condiciones que le aplican a la Universidad.
- No hacer uso o divulgar información protegida para acciones o decisiones relacionadas al empleo.

- No hacer uso o divulgar información protegida en conexión o en conjunto con cualquier otro beneficio o plan de beneficio de estudiantes de la Universidad.
- Informar al plan médico cualquier uso o divulgación de información protegida inconsistente con los requerimientos de acceso, según lo dispone HIPAA.
- Hacer disponible información protegida del asegurado a individuos, organizaciones y subcontratistas para la administración del plan médico de acuerdo con los requisitos de acceso, según lo establece HIPAA.
- Hacer disponible información protegida del paciente para enmiendas e incorporar cualquiera de esas enmiendas basadas en la Regla de Privacidad.
- Proveer información con el fin de realizar un recuento de las divulgaciones de información protegida.
- Proveer al Departamento de *Health and Human Services* las prácticas internas de la Universidad, libros y expedientes relacionados con el uso y divulgación de información privada del asegurado, recibidos del plan médico con el propósito de determinar el cumplimiento con HIPAA.
- Si es viable, la Universidad debe devolver o destruir toda información protegida recibida por parte de Triple-S Salud del plan médico mantenida en cualquier forma. Además, destruir copias de información protegida del asegurado cuando éstas ya no tengan uso o propósito de divulgación. Si la devolución o destrucción no es viable, acordar el limitar el uso y divulgación a aquellos propósitos que hacen la devolución o destrucción no viable.
- Para asegurar una separación adecuada entre Triple-S Salud y la Universidad, lo anterior requiere que el resumen de beneficios incluya lo siguiente:
 - Una descripción de los estudiantes o tipos de estudiantes (o cualquier otra persona bajo el control de la Universidad que tendrá acceso a información protegida del asegurado por parte del plan médico. Esto incluye individuos que reciben información protegida relacionada con el pago, operación de cuidado de salud o cualquier otro asunto en el curso regular del negocio.
 - Restricciones al acceso y uso de información protegida por individuos relacionados a funciones de administración que la Universidad realiza para el plan. La Universidad hará estricto uso de las herramientas de recursos humanos (documentación y procedimientos) para demostrar que las decisiones relacionadas con el trabajo del individuo son tomadas independientemente de la información protegida que se tenga.

- Un mecanismo efectivo para resolver aspectos de incumplimiento con relación al resumen de beneficios por el individuo con acceso a información protegida.

Limitaciones al Acceso y Divulgación de Información Protegida

La Universidad se reserva el derecho de nombrar un Asociado de Negocio externo a la institución para realizar; servicios de fiscalización del suplidor, servicios de cumplimiento de contrato, servicios de auditoría de reclamaciones y otros servicios de manejo de datos y administración del plan médico.

Incumplimiento

La Universidad proveerá mecanismos con el fin de resolver situaciones de incumplimiento, incluyendo sanciones disciplinarias.

Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente

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

Derecho a una alta calidad de Servicios de Salud

De la más alta calidad, consistentes con los principios generalmente aceptados de la práctica de la medicina.

Derechos en cuanto a la obtención y divulgación de información

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

- Primas y copagos a pagar
- Directorio de proveedores
- Acceso a especialistas y servicios de emergencia
- Proceso de precertificaciones y querellas

Derecho en cuanto a la selección de planes y proveedores

Todo individuo tiene derecho a:

- Seleccionar planes de cuidado de salud y proveedores de servicios de salud médico-hospitalarios que sean adecuados y suficientes para garantizar el acceso a cuidado y servicios de salud de alta calidad, de manera que pueda seleccionar aquellos planes de cuidado de salud y proveedores que mejor se ajusten a sus necesidades sin que sean discriminados por su condición socioeconómica, capacidad de pago, por condición médica preexistente o su historial médico, independientemente de su edad.
- Una red de proveedores autorizados y suficientes para garantizar que todos los servicios cubiertos por el plan estarán accesibles y disponibles sin demoras irrazonables y en razonable proximidad geográfica a las residencias y lugares de trabajo de las personas aseguradas, incluyendo el acceso a servicios de emergencia las veinticuatro (24) horas, los siete (7) días. Todo plan de cuidado de salud que ofrezca cubiertas sobre servicios de salud en Puerto Rico deberá permitir que cada paciente pueda recibir servicios de salud primarios de cualquier proveedor de servicios primarios participante que éste haya seleccionado conforme a lo dispuesto en el plan de cuidado de salud.
- Permitir que cada persona asegurada pueda recibir los servicios de salud especializados necesarios o apropiados para el mantenimiento de la salud, según los procedimientos de referido conforme al plan de cuidado de salud. Esto incluye el acceso a especialistas cualificados para servicios de salud a pacientes con condiciones o necesidades especiales de cuidado médico o de la salud, de manera que se garantice a las personas aseguradas acceso directo y rápido a los proveedores o especialistas cualificados de su selección de entre la red de proveedores del plan para cubrir sus necesidades de salud en tal sentido, y en caso de que se requiera autorización especial bajo el plan para tal acceso a proveedores o especialistas cualificados, el plan garantizará un número adecuado de visitas para cubrir las necesidades de salud de tales personas aseguradas.

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

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

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

Derecho en cuanto al acceso a servicios y facilidades de emergencia

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

Derecho a participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento

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

Derecho en cuanto a respeto y trato igual

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

Derecho a confidencialidad de información y récords médicos

- Comunicarse libremente y sin temor con sus proveedores de servicios médicos.
- Tener la confianza de que sus récords médicos serán mantenidos en estricta confidencialidad y no serán divulgados sin su autorización, excepto para fines médicos o de tratamiento, por orden judicial o por autorización específica de la ley.
- Obtener recibo de los gastos incurridos por concepto del pago total o parcial, de copagos o coaseguros. El mismo debe especificar la fecha del servicio, nombre,

número de licencia y especialidad del proveedor, nombre del paciente y de la persona que paga por los servicios, desglose de los servicios, cantidad pagada y firma del oficial autorizado.

- Acceder u obtener copia de su expediente médico. Su médico debe entregarle copia del expediente médico en un término de 5 días laborables contados desde su petición. Los hospitales, tienen un término de 15 días laborables. Pueden cobrarle hasta \$0.75 por página pero no más de \$25.00 por el expediente. De romperse la relación médico-paciente tiene derecho a solicitar el expediente original libre de costo, sin importar si tiene alguna deuda pendiente con el proveedor de servicios de salud.
- Recibir trimestralmente un informe de utilización que, entre otras cosas, incluya: nombre del asegurado, tipo y descripción del servicio, fecha y proveedor que brindó el servicio, así como la cantidad pagada por el servicio. La persona asegurada puede acceder al informe de utilización trimestral en que se desglosan los servicios pagados en beneficio de él y sus beneficiarios, registrándose como asegurado en el portal de Triple-S Salud (www.ssspr.com).

Derechos en cuanto a quejas y agravios

- Todo proveedor de servicios de salud o asegurador tendrá disponible un procedimiento para resolver de manera rápida y justa cualquier queja que un asegurado presente y tendrá mecanismos de apelación para la reconsideración de las determinaciones.

Su responsabilidad como paciente es:

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

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

Aviso de Prácticas de Privacidad

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

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

Nuestra Responsabilidad Legal

Triple-S tiene el firme compromiso de mantener la confidencialidad de su información de salud. Este aviso le informa sobre nuestras prácticas de privacidad y sus derechos con respecto a su información de salud. Seguiremos las prácticas de privacidad descritas en este aviso mientras el mismo esté en vigor.

Este aviso incluye ejemplos de la información que recopilamos y describe los tipos de usos y divulgaciones que podemos hacer. Los ejemplos son ilustrativos y no deben considerarse un inventario completo de nuestro manejo de la información.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso. Antes de realizar algún cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, enmendaremos este aviso y lo enviaremos a todos nuestros suscriptores activos a la fecha del cambio. **Este aviso cobrará vigencia a partir del 15 de septiembre de 2014.**

Organizaciones Cubiertas por este Aviso

TRIPLE-S SALUD, INC.,

INTERACTIVE SYSTEMS, INC.

Información que Recopilamos

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

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

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

Usos y Divulgaciones de Información de Salud

Compartimos información con nuestros socios de negocio, los cuales proveen servicios a nombre nuestro y participan en las funciones de administración del seguro o la coordinación de sus beneficios. Sólo compartimos la información mínima necesaria y requerimos que cada socio de negocio firme un contrato obligándose a mantener la confidencialidad de la información compartida y limitar el uso de la información a los propósitos establecidos en el contrato. Si el socio de negocio cerrara operaciones, nosotros mantendremos su información para continuar brindándole servicios.

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

Tratamiento: A un proveedor de servicios médicos para que le brinde tratamiento.

Pago: Para pagar por los servicios de salud prestados a usted; determinar la elegibilidad a los mismos bajo su póliza; coordinar beneficios; cobro de las primas; y otras actividades relacionadas.

Operaciones de Cuidados de Salud: Para servicios legales y de auditoría, incluyendo detección de fraude y abuso y cumplimiento, así como la planificación y desarrollo de negocios, actividades administrativas y de gerencia del negocio, actividades de *patient safety*, credencialización, manejo de enfermedades y adiestramiento de estudiantes de medicina o farmacia.

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

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

Su Patrono u Organización que Auspicia su Seguro Grupal de Salud: Podemos divulgar su información de salud al patrono u otra organización que auspicie su plan de salud grupal, con el fin de facilitar la administración del mismo, como las altas y bajas del plan de salud.

También podemos divulgar información de salud resumida. Esta resume el historial de reclamaciones, gastos por reclamaciones o cubiertas, o tipos de reclamaciones experimentadas por los participantes del plan.

Ayudas en Casos de Desastres y situaciones de emergencia

Programas gubernamentales de beneficios

Salud y seguridad Pública: Podemos usar o divulgar su información de salud según permitido o requerido por ley para los siguientes propósitos:

- Actividades de salud pública, incluyendo el informe de estadísticas de enfermedades e información vital, entre otros;
- Informar abuso o negligencia contra menores o adultos o violencia doméstica;
- Actividades de las agencias reguladoras;
- Respuesta a órdenes judiciales o administrativas;
- A los oficiales del orden público o asuntos de seguridad nacional;
 - Para prevenir una amenaza inminente a la salud o seguridad públicas;
 - Para actividades de investigación científica;
 - Según autorizado por las leyes de compensación de accidentes del trabajo;
 - Según requerido o permitido por las leyes aplicables.

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

Con Su Autorización: Usted nos puede autorizar por escrito a usar o divulgar su información a otras personas para cualquier propósito. Actividades como el mercadeo de productos no relacionados con salud o la venta de información de salud requieren su autorización. En estos casos, las pólizas de seguro y sus beneficios no se afectarán si usted deniega la autorización. La autorización tiene que estar firmada y fechada por usted, indicar la persona o entidad autorizada a recibir la información, breve descripción de la información a divulgarse y fecha de expiración de la autorización, la cual no excederá de 2 años contados desde la fecha en que se firma la misma. Salvo que se haya firmado la autorización para uno de los siguientes propósitos:

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

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

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

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

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

Medidas de seguridad: Hemos implantado medidas de seguridad físicas, técnicas y administrativas para limitar el acceso a su información. Nuestros estudiantes y socios de negocio conocen la responsabilidad de proteger y mantener la confidencialidad de su información y se han comprometido a seguir los más estrictos estándares de confidencialidad y seguridad en el manejo de su información.

Derechos Individuales

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

- Solicitud de tiempo adicional

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

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

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

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

Comunicación Confidencial: Usted tiene el derecho de solicitar que nuestras comunicaciones hacia usted relacionadas con su información de salud sean realizadas por métodos alternos o dirigidas a direcciones alternas para proteger su vida. Debe presentar una solicitud escrita en la que indique las razones que pueden ponerle en peligro si las comunicaciones no se realizan de forma confidencial. Podríamos aceptar su solicitud si ésta es razonable, especifica las formas o localizaciones alternas, y nos permite continuar con el cobro de las primas de su seguro de salud y el pago de las reclamaciones por los servicios recibidos, incluyendo el envío de explicaciones de beneficios.

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

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

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

Aviso en caso de violaciones de seguridad en que su información esté en riesgo: Usted tiene derecho a ser notificado por cualquier medio si la violación de seguridad es resultado de que su información no estuviera protegida por tecnologías o metodologías aprobadas por el Departamento de Salud de los Estados Unidos.

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

Preguntas y Quejas

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

Si entiende que nosotros o alguno de nuestros socios de negocio ha incurrido en alguna infracción de sus derechos de privacidad, o está en desacuerdo con alguna decisión nuestra sobre el acceso a su información de salud, puede presentar su queja en la dirección que aparece al final de este aviso. Usted también puede someter su queja por escrito al Departamento de Salud Federal (DHHS) a la siguiente dirección: Región II, Office for Civil Rights, US Department of Health and Human Services, Jacob Javits Federal Building, 26 Federal Plaza – Suite 3312, New York, New York, 10278; voice phone: (212) 264-3313; fax (212)264-3039; TDD (212)264-2355.

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

Oficina de Contacto: **OFICINA DE CUMPLIMIENTO Y PRIVACIDAD TRIPLE-S SALUD**

Teléfono: (787) 277-6686

Fax: (787) 706-4004

E-mail: privacidad@ssspr.com

Dirección: P. O. Box 363628, San Juan, PR 00936-3628

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

Ayudas en Casos de Desastres y Situaciones de Emergencia Programas gubernamentales de beneficios

- **Salud Pública:** Podemos usar o divulgar su información de salud según permitido o requerido por ley para los siguientes propósitos:
 - Actividades de salud pública, incluyendo el informe de estadísticas de enfermedades e información vital, entre otros;
 - Informar abuso o negligencia contra menores o adultos o situaciones de violencia doméstica;
 - Actividades de las agencias gubernamentales que regulan los servicios de salud;
 - Respuesta a órdenes judiciales o administrativas;
 - A los oficiales del orden público o asuntos de seguridad nacional;
 - Para prevenir una amenaza inminente a la salud o seguridad públicas;
 - Para actividades de investigación científica;
 - A instituciones correccionales en el caso de personas encarceladas; y
 - Según autorizado por las leyes de compensación de accidentes del trabajo.
- **Servicios Relacionados con su Salud:** Podemos usar su información de salud para comunicarnos con usted y ofrecerle información sobre beneficios y servicios relacionados con su salud, o sobre alternativas de tratamiento que pudieran ser de interés.
- **Terminación de la relación de servicio:** No compartimos información de aquellas personas que ya no mantienen cuentas, pólizas o servicios con nosotros, excepto según lo permita la ley.

- **Medidas de seguridad:** Hemos implantado medidas de seguridad física, técnicas y administrativas para limitar el acceso a su información. Nuestros estudiantes y socios de negocio conocen la responsabilidad de proteger y mantener la confidencialidad de su información y se han comprometido a seguir los más estrictos estándares de confidencialidad y seguridad en el manejo de su información.

Derechos Individuales

- **Acceso:** Usted tiene el derecho de examinar y obtener copia de su información personal, financiera, de seguros o de salud, dentro de los límites y excepciones que provee la ley. Para obtener acceso a su información de salud, usted debe presentarnos su solicitud por escrito. Puede obtener un modelo de solicitud comunicándose a la dirección que aparece al final de este aviso o puede enviarnos una carta. El primer informe que usted solicite será gratuito. Nos reservamos el derecho de cobrar por copias subsiguientes. Si usted solicita la información en un formato alternativo al que nosotros hemos establecido para este propósito, podría tener que pagar un cargo adicional por el informe.
- **Informe de Divulgaciones:** Usted tiene derecho a recibir una lista de las instancias ocurridas desde el 14 de abril de 2003 en que nosotros o nuestros socios de negocio hayamos divulgado su información de salud para asuntos no relacionados a tratamiento médico, pago de servicios de salud, operaciones de cuidado de salud, o según su autorización.

El informe indicará la fecha en que se hizo la divulgación, el nombre de la persona o entidad a la que se divulgó su información, una descripción de la información divulgada y la razón para la divulgación. Si usted solicita este informe más de una vez dentro de un período de doce (12) meses, podríamos cobrarle los costos de procesar la(s) solicitud(es) adicional(es).

- **Restricciones:** Usted tiene el derecho de solicitar que implementemos restricciones adicionales en nuestro manejo de su información de salud. Nosotros no tenemos que estar de acuerdo con su solicitud, pero si la aceptamos, nos regiremos por la misma (excepto en caso de una emergencia). Su solicitud y nuestro acuerdo de implementar restricciones adicionales en el manejo de su información de salud debe ser por escrito y firmada por un oficial autorizado.
- **Comunicación Confidencial:** Usted tiene el derecho de solicitar que nuestras comunicaciones hacia usted relacionadas con su información de salud sean realizadas por métodos alternos o dirigidas a direcciones alternas. Debe presentar una solicitud escrita en la que indique las razones que pueden ponerle en peligro si las comunicaciones no se realizan de forma confidencial. Podríamos aceptar su solicitud si ésta es razonable, especifica las formas o localizaciones alternas, y nos permite continuar con el cobro de las primas de su seguro de salud y el pago de las reclamaciones por los servicios recibidos, incluyendo el envío de explicaciones de beneficios.

- **Enmienda:** Usted tiene el derecho de solicitar que enmendemos su información de salud. Su solicitud debe ser por escrito, y contener una explicación o evidencia que justifique la enmienda. Podemos rechazar su solicitud si no originamos la información que usted solicita que se enmiende y quién la originó se encuentra disponible para recibir su solicitud, o por otras razones. Si rechazamos su solicitud, le proveeremos una explicación por escrito. Usted puede solicitar que se incluya una declaración suya indicando su desacuerdo con la determinación tomada por nosotros. Si aceptamos su solicitud, realizaremos esfuerzos razonables para informar a otros, incluyendo los socios de negocio, e incluiremos la enmienda en cualquier divulgación futura de tal información.
- **Notificación por Medios Electrónicos:** Si usted recibió esta notificación en nuestro portal de Internet o por correo electrónico (*e-mail*), usted tiene derecho a recibir una copia escrita de esta notificación.

Preguntas y Quejas

Si interesa obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o dudas, comuníquese con nosotros.

Si entiende que hemos incurrido en alguna infracción de sus derechos de privacidad, o está en desacuerdo con alguna decisión nuestra sobre el acceso a su información de salud, puede presentar su queja en la dirección que aparece al final de este aviso.

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

Región II, Office for Civil Rights
 US Department of Health and Human Services
 Jacob Javits Federal Building
 26 Federal Plaza – Suite 3312
 New York, New York, 10278
 Teléfono: (212) 264-3313
 Facsímil: (212)264-3039;
 TDD: (212)264-2355.

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

Oficina de Contacto: **OFICINA DE CUMPLIMIENTO Y PRIVACIDAD**

Teléfono: (787) 277-6686

Facsímil: (787)706-4004

Correo electrónico: privacidad@ssspr.com

Dirección: PO Box 363628, San Juan, PR 00936-3628

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

Linea de Información 1-800-810-2583

www.bcbsa.com

Programa *BlueCard*

Triple-S Salud es un concesionario independiente de la Asociación de Planes Cruz Azul y Escudo Azul (*Blue Cross and Blue Shield Association*). Al igual que otros planes Blue Cross and Blue Shield, Triple-S Salud participa en un programa llamado el Programa *BlueCard*. Este Programa beneficia a los asegurados que reciben servicios cubiertos fuera del área geográfica de Puerto Rico. Cada vez que un asegurado reciba servicios fuera del área geográfica de Puerto Rico, la factura (reclamación de pago) por los servicios recibidos puede ser canalizada a través del Programa *BlueCard* y su pago puede ser reclamado en conformidad con las reglas de acceso del Programa *BlueCard* que estén vigentes.

Bajo el Programa *BlueCard*, cuando un asegurado recibe servicios de salud cubiertos dentro del área geográfica de un Plan Cruz Azul o Escudo Azul fuera de Puerto Rico, (el Plan Anfitrión o "*Host Plan*"), Triple-S Salud seguirá siendo responsable de cumplir las obligaciones contraídas en el contrato del asegurado. Sin embargo, el Plan Anfitrión o "*Host Plan*" del área será responsable solamente, de conformidad con las políticas de *BlueCard* aplicables, si alguna, de proveer los servicios contratados con sus proveedores participantes y de manejar toda interrelación con sus proveedores participantes. A continuación una descripción general de los términos económicos del Programa *BlueCard*.

Coordinación De Beneficios

Si algún asegurado está cubierto también por otro plan de beneficios de salud o póliza de seguro de automóvil, exceptuando ACAA, los pagos por beneficios serán reducidos a la cantidad de beneficios disponibles por el asegurado bajo el plan o póliza aunque no se haga reclamación contra éste.

Si el asegurado tiene un accidente de automóvil, no tendrá derecho a los beneficios del contrato por lesiones que resulten de tal accidente hasta el punto que los mismos están cubiertos por el seguro de automóvil del asegurado.

En el caso de que la persona asegurada tenga derecho a recibir beneficios similares o iguales a los provistos por el contrato bajo el Programa *Medicare* o a través de cualquier asociación, organismo, compañía o entidad de la cual sea socio, asegurado o miembro, Triple-S Salud tendrá responsabilidad sobre dichos beneficios conforme a las reglas que se expresan en la póliza; disponiéndose que bajo ninguna circunstancia Triple-S Salud pagará una cantidad que resulte mayor al gasto realmente incurrido por la persona asegurada, ni tampoco mayor que aquella cantidad que de otro modo hubiese sido pagada por Triple-S Salud de no existir dicha otra cubierta.

Para establecer la responsabilidad en la determinación del pago de beneficios y manejar la duplicidad, incluimos un resumen de las reglas de coordinación de beneficios:

- El plan que no tenga la cláusula de coordinación de beneficios en su póliza es el plan primario.
- El plan que cubre a una persona como estudiante es primario sobre el que lo cubre como dependiente.
- El plan de un hijo dependiente es primario bajo el plan del padre cuyo mes de cumpleaños es primero en el año.
 - Por ejemplo, si el cumpleaños del padre es el 15 de octubre de 1960 y el de la madre es el 26 de marzo de 1963, el plan de la madre es primario porque esta regla considera solamente el mes, no el día ni el año.
 - Si ambos padres cumplen años el mismo día, los beneficios del plan que han cubierto a uno de los padres por más tiempo, se consideran primarios a los del padre que lo ha cubierto por menos tiempo.
- El plan que cubre a hijos de padres divorciados es primario; primero bajo el plan del padre que tenga la custodia del hijo; segundo bajo el plan del cónyuge del padre que tenga la custodia del hijo y finalmente bajo el plan del padre que no tenga la custodia del hijo, a menos que una corte determine otra cosa.
- El plan que cubre una persona como estudiante activo es primario sobre el que lo cubre como estudiante retirado.
- Si ninguna de estas reglas aplica, entonces el plan que ha cubierto a una persona por el periodo de tiempo más largo es primario.

Ejemplo: Si un paciente recibe servicios con un costo de \$1,650, y su plan primario sólo cubre \$1,000, el plan secundario pagará la diferencia de \$650, basado en las disposiciones de las cubiertas.

Claúsula de Conversión

- Si el seguro sobre una persona cubierta bajo la póliza cesa por razón de finalizar su empleo o su condición de miembro de una clase o clases elegibles para cubierta bajo la póliza, dicha persona tiene derecho a que Triple-S Salud le emita sin evidencia de asegurabilidad una póliza de Triple-S Directo. Las pólizas de Triple-S Directo disponibles para conversión son Triple-S Directo o Triple-S Directo Plus Alternativa I, exclusivamente. La solicitud escrita para la póliza de Triple-S Directo se hará, y la primera prima se pagará a Triple-S en o antes de treinta y un (31) días después de finalizar tal cese; y disponiéndose, además que:
 - El asegurado podrá seleccionar la póliza de Triple-S Directo más conveniente entre las opciones ofrecidas bajo esta cláusula y su cubierta estará sujeta a los términos y condiciones del seguro de Triple-S Directo seleccionado.
 - La prima de la póliza de Triple-S Directo será la tarifa entonces vigente en Triple-S Salud que aplique a la forma y los beneficios de la póliza de Triple-S Directo. La condición de salud al momento de la conversión no será una base aceptable para la clasificación de riesgo.
 - La póliza de Triple-S Directo deberá cubrir también al cónyuge o hijos dependientes del estudiante asegurado si éstos estaban cubiertos a la fecha de terminación del seguro grupal. A opción de Triple-S Salud, una póliza de Triple-S Directo, separada, podrá ser emitida para cubrir a la esposa y/o hijos dependientes.
 - La póliza de Triple-S Directo será efectiva a la terminación del seguro bajo la póliza de grupo.
 - Triple-S no estará obligada a emitir una póliza de Triple-S Directo que cubra a una persona que tenga derecho a recibir beneficios similares provistos bajo cualquier cubierta de seguro o bajo el Programa de *Medicare* de la Ley Federal del Seguro Social, según fuere subsiguientemente enmendada, si dichos beneficios, conjuntamente provistos bajo la póliza de Triple-S Directo, resultaran en un exceso de cubierta (*over insurance*) según las normas del asegurador.
- Si la póliza del grupo cesa o es enmendada en tal forma que termine el seguro de cualquier categoría de asegurados, toda persona incluida en dicha póliza de grupo en la fecha de dicho cese cuyo seguro termine, y que se haya mantenido así asegurada por lo menos tres (3) años antes de la fecha de dicho cese, tendrá derecho a que Triple-S Salud le emita una póliza de Triple-S Directo, sujeto a las condiciones y limitaciones provistas por el inciso a de esta sección.
- Sujeto a las condiciones y limitaciones por el inciso a de esta sección, el privilegio de conversión se le otorgará:

- al cónyuge o hijos dependientes de la persona asegurada cuya cubierta bajo la póliza de grupo cese por razón de la muerte de tal persona.
- al cónyuge o hijos dependientes de la persona cuya cubierta cese por razón de no cualificar como un miembro familiar bajo la póliza de grupo, aunque la persona asegurada continúe cubierta bajo la póliza de grupo.
- En caso de que un asegurado bajo la póliza de grupo sufra una pérdida cubierta bajo la póliza de Triple-S Directo descrita en el inciso a de esta sección, durante el periodo dentro del cual hubiere cualificado para que se le emitiera dicha póliza de Triple-S Directo y antes que dicha póliza de Triple-S Directo empiece a regir, los beneficios a que tuviere derecho bajo dicha póliza de Triple-S Directo serán pagaderos como reclamación bajo la póliza de grupo, aunque no se haya solicitado una póliza de Triple-S Directo o aunque no se haya hecho el pago de la primera prima.
- Si cualquier individuo asegurado bajo esta póliza de grupo adquiere el derecho de obtener una póliza de Triple-S Directo bajo los términos de la póliza de grupo sin tener evidencia de asegurabilidad sujeto a solicitar y pagar la primera prima dentro del periodo especificado en la póliza, y si a ese individuo no se le avisa de la existencia de este derecho por lo menos quince (15) días antes de la fecha de expiración de dicho periodo, entonces, en tal caso, el individuo tendrá un periodo adicional durante el cual puede ejercer su derecho, pero nada de esto implica la continuación de una póliza más allá del periodo provisto en dicha póliza.
- El periodo adicional expirará quince (15) días después de habersele avisado al individuo, pero en ningún caso se extenderá ése más de sesenta (60) días después de la fecha de expiración provista en la póliza. Una notificación escrita presentada al individuo o enviada por correo por el tenedor de la póliza a la última dirección conocida del individuo, según la suscriba el tenedor de la póliza, será considerada aviso para los efectos de este párrafo. Si se concede un periodo adicional para ejercer el derecho a convertir, según aquí provisto, y si la solicitud escrita para dicha póliza de Triple-S Directo, acompañada por la primera prima, se hace durante el periodo adicional, la efectividad de la póliza de Triple-S Directo será la terminación del seguro bajo la póliza de grupo.
- Sujeto a las demás condiciones antes expresadas, la persona asegurada tendrá derecho a la conversión, siempre y cuando la prima del seguro grupal haya sido pagada hasta una de las fechas que aparecen a continuación. Disponiéndose, que para acogerse al derecho de conversión, el asegurado podrá poner al día los pagos de la prima de su seguro en caso de que su patrono no lo haya hecho.
 - fecha de terminación de su empleo; o
 - fecha de terminación de su condición de miembro de una clase o clases elegibles para cubierta bajo el seguro grupal; o

- fecha de cese de la póliza de grupo; o
- fecha de enmienda de la póliza en tal forma que termine el seguro de la categoría de asegurados a la cual pertenece.

Disposiciones Generales de la Póliza

- **Acciones de Terceras Personas:** Si por culpa o negligencia de un tercero, el asegurado sufre alguna enfermedad o lesión, cubierta bajo la póliza, Triple-S Salud tendrá derecho a subrogarse en los derechos del asegurado, para reclamar y recibir de dicho tercero, una compensación equivalente a los gastos incurridos en el tratamiento del asegurado, ocasionados por tales actos culposos o negligentes.

El asegurado estará obligado a reconocer el derecho de subrogación de Triple-S Salud y tendrá la responsabilidad de notificarle a Triple-S Salud toda acción que inicie en contra de dicho tercero; disponiéndose, que en caso de que actúe en forma contraria, el asegurado será responsable de pagar por dichos gastos a Triple-S Salud. El asegurado reconoce el derecho de Triple-S Salud para tramitar en su nombre las acciones necesarias para obtener el recobro de los gastos incurridos como consecuencia de la culpa o negligencia del tercero.

- **Derechos Personales:** La persona asegurada no podrá ceder, traspasar o enajenar en favor de terceras personas ninguno de los derechos y beneficios que pueda reclamar en virtud de la póliza; disponiéndose, que Triple-S Salud se reserva el derecho de recobrar todos los gastos incurridos en caso de que la persona asegurada, con su consentimiento expreso o implícito, permita que personas no aseguradas utilicen la tarjeta de asegurado expedida a su favor por Triple-S Salud y disponiéndose además, que el recobro de tales gastos no impedirá que Triple-S Salud pueda cancelar el contrato de seguro en el momento en que descubra el uso ilegal de la tarjeta, ni impedirá la radicación de querrela para que se enjuicie criminalmente a la persona asegurada o a la persona que utilice ilegalmente dicha tarjeta.
- **Evidencia de Asegurabilidad:** Triple-S Salud se reserva el derecho de requerir a la persona asegurada la presentación de evidencia de asegurabilidad individual satisfactoria en los casos que determine necesario.
- **Exención de Responsabilidad para el Asegurado:** El proveedor no podrá facturarle al asegurado por los servicios cuyo pago haya sido denegado por Triple-S Salud por razón del incumplimiento de los criterios de razonabilidad y de necesidad médica establecidos por Triple-S Salud.

- **Identificación:** Triple-S Salud expedirá una tarjeta a cada persona asegurada, la que será requisito presentar a cualquier proveedor participante de Triple-S Salud al cual se le soliciten servicios, para que los mismos estén cubiertos por esta póliza.
- **Límite de Tiempo para Ciertas Defensas:** (a) Después de dos (2) años de expedida la póliza, ninguna declaración falsa (excepto declaraciones fraudulentas) hechas por alguna persona asegurada bajo la póliza podrá ser utilizada para anular el seguro sobre su persona o denegar una reclamación por servicios que comiencen después de transcurrido dicho periodo de dos (2) años. (b) Ninguna reclamación por servicios que comiencen después de transcurridos dos (2) años desde la fecha de expedición de esta póliza se reducirá o denegará por el fundamento de que, con anterioridad a la fecha de efectividad de la cubierta de esta póliza, existía una enfermedad o lesión física no excluida de la cubierta por su nombre o descripción específica, efectiva en la fecha del servicio.
- En caso de que el asegurado tenga alguna querella contra Triple-S Salud o reclame algún derecho deberá presentar su querella ante la oficina del Presidente de Triple-S Salud. De no estar conforme con la determinación del Presidente, el asegurado podrá solicitar la revisión ante la Oficina del Comisionado de Seguros.
- Ningún agente, representante u oficial de Triple-S Salud está autorizado a cambiar, o en forma alguna modificar los términos de esta póliza.
- Los servicios de la póliza son personales al asegurado y no se pueden asignar o transferir a otra persona. El uso indebido de la tarjeta de identificación constituye un acto fraudulento y es penalizarle por ley.
- Se dispone expresamente que a la fecha de efectividad de esta póliza comenzará a regir la cubierta de plan de salud bajo los términos y condiciones aquí estipuladas.
- Sujeto al límite de tiempo para ciertas defensas que establece el Código de Seguros y según se provee en la póliza, Triple-S Salud no será responsable del pago de servicios en caso de que se incluya una representación fraudulenta (que la persona rinde declaraciones falsas intentando engañar a la aseguradora de quién recibe servicios, conforme con las disposiciones de ley Número 18 del 8 de enero de 2004) en cualquier información anotada en la solicitud de ingreso, en alguna reclamación o cuenta por servicios alegadamente recibidos o extendidos, que en alguna forma afectara el status del paciente, de acuerdo al término de dos (2) años para ciertas defensas determinado por el Código de Seguros.
- Triple-S Salud no será responsable de ningún acto de negligencia maliciosa o de omisión por parte de un proveedor participante o algún empleado de éste, ni de ningún acto de omisión, negligencia o malicioso por parte de un asegurado o alguno de sus dependientes.

- Expresamente se conviene que Triple-S Salud no queda obligada a facilitar médicos ni a garantizar espacio o camas en los hospitales. Triple-S Salud únicamente queda comprometida a pagar por los servicios recibidos según los términos y condiciones de esta póliza.
- Las personas incapacitadas menores de sesenta y cinco (65) años que tengan las Partes A y B de *Medicare* pueden optar por suscribirse a cualquiera de los productos del Programa *Medicare Advantage* o póliza complementaria de Triple-S Salud.
- Los asegurados deberán familiarizarse con los horarios de los consultorios médicos, laboratorios clínicos, de rayos x, etc. y asegurarse de su condición de proveedores participantes. Será absoluta responsabilidad del asegurado el identificarse como tal.
- Los asegurados tienen derecho a solicitar reembolso por servicios prestados por proveedores no participantes dentro de un periodo no mayor de seis (6) meses a partir de la fecha del servicio. Se requerirá la presentación del recibo original de pago que indique el diagnóstico o procedimiento practicado. Para solicitar reembolso por servicios de ambulancia terrestre, es necesario que presente una certificación médica donde indique que la condición del paciente ameritaba el uso de dicho servicio.

Apelaciones de Determinaciones Adversas de Beneficios

Determinación adversa significa:

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

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

DERECHO A APELAR UNA DETERMINACIÓN ADVERSA

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

PROCEDIMIENTO DE APELACIONES

1. Primer Nivel Interno de Apelación

Usted o su representante autorizado (refiérase a los requisitos para nombrar un representante), deberá presentar su apelación por escrito dentro de 180 días a partir de la fecha en que recibió la notificación inicial de la determinación adversa para que sea evaluada, independientemente de si se acompaña la misma con toda la información necesaria para hacer la determinación. En la presentación de su apelación, usted podrá solicitar la asistencia del Comisionado de Seguros, Procurador de la Salud o de un abogado de su preferencia (a su costo). Para que su apelación sea considerada, la misma debe contener lo siguiente, según aplique:

- Nombre y número de contrato del miembro del plan que recibió los servicios apelados
- Fecha de servicio
- La cantidad de servicios y descripción de los servicios recibidos
- Recibo original de cualquier cantidad de dinero pagada por el apelante
- Facturas que tenga del proveedor
- Nombre y dirección del proveedor
- Evidencia de la precertificación concedida y/o certificado de necesidad médica, si es que alguno de éstos era requerido para recibir el servicio
- Formas CMS-1500 o UB-92 debidamente completadas por el proveedor
- Argumentación escrita sobre los fundamentos que tenga para alegar que Triple-S Salud erró en su determinación de reembolso, precertificación o beneficios al amparo de la póliza

Usted debe incluir cualquier otra evidencia o información que considere relevante a su apelación. Deberá enviar su apelación a Triple-S Salud, Inc., División de Servicio al Cliente, PO Box 363628, San Juan, PR 00936-3628. En este nivel de apelación, Triple-S Salud evaluará su solicitud. Para información sobre su solicitud, llame a los números de nuestro Departamento.

Triple-S Salud acusará recibo a la persona asegurada de la solicitud de querrela no más tarde de tres (3) días a partir del recibo de la misma y le confirmará el representante designado para coordinar la revisión en el primer nivel, incluyendo la información para contactarlo. Además le informará los derechos que le asisten sobre la radicación de la querrela.

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

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

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

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

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

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

Dicha determinación incluirá:

- Los títulos y credenciales de los revisores que participaron en la evaluación de la querella;
- Una declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la querella;
- La determinación de los revisores con la justificación médica o base contractual para que la persona asegurada o su representante personal pueda responder a los planteamientos;
- La evidencia o documentación usada como base de la determinación;
- En caso de ser una determinación adversa, deberá incluir también:
 - Las razones específicas de la determinación adversa;
 - Referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;
 - Una declaración sobre los derechos que tiene la persona asegurada para acceder u obtener de forma gratuita copias de los documentos, registros y otra información pertinente utilizado en la evaluación de la querella, incluyendo cualquier regla, guía o protocolo interno u otro criterio similar utilizado para fundamentar la determinación
 - Si la determinación adversa se basa en la necesidad médica o la naturaleza experimental o investigativa del tratamiento, o en una exclusión o limitación similar, una explicación escrita del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, o una declaración de que se proveerá una explicación a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, de manera gratuita, a su solicitud;
- De aplicar, deberá incluir las instrucciones para solicitar copia de la regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar en que se basó la determinación, una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación y la descripción del proceso para obtener una revisión voluntaria adicional así como los plazos para la misma, en caso de que la persona asegurada interese solicitarla. De igual forma, deberá incluir una descripción de cómo obtener una revisión externa independiente, si la persona asegurada decidiera que no solicitará una revisión voluntaria, y el derecho de la persona cubierta o asegurado a establecer una demanda ante un tribunal competente.

- De aplicar también, deberá incluir la siguiente declaración que indique otras opciones de resolución voluntaria de las controversias disponibles, tales como la mediación o el arbitraje y su derecho de comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros o la Oficina del Procurador de la Salud para orientación y solicitar ayuda así como la información de los números a llamar en estos casos.

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

En los casos de apelaciones de precertificaciones así como revisiones prospectivas, Triple-S Salud deberá responder dentro de 15 días a partir de la fecha en que reciba su apelación. En los demás casos, incluyendo revisiones retrospectivas, Triple-S Salud deberá responder dentro de 30 días a partir de la fecha en que reciba su apelación. El tiempo para contestar su querella comenzará tan pronto Triple-S Salud reciba la misma independientemente usted someta toda la documentación necesaria para realizar la determinación. Si la querella no tiene toda la información necesaria para hacer una determinación, Triple-S Salud indicará a la persona asegurada o su representante personal, las razones por las cuales no puede tramitar la querella e indicará los documentos o información adicional que debe someter el asegurado. De requerirse información adicional, usted deberá cumplir con dicho requisito dentro de 45 días a partir de la fecha en que se le notifique. De no recibir la información adicional solicitada dentro del término, Triple-S Salud podrá tomar su decisión a base de los documentos e información ya sometidos. Triple-S Salud podría, también, notificarle que su apelación está siendo considerada, pero que se necesitará un tiempo adicional. En dicho caso, Triple-S Salud tendrá 15 días adicionales para responder a su apelación. Una vez notificado de la decisión de Triple-S Salud, usted tiene el derecho de requerirle a Triple-S Salud que le descubra los nombres y títulos de los oficiales o peritos que intervinieron en la evaluación de su apelación, así como a una explicación de los fundamentos para su decisión.

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

2. Segundo Nivel Interno de Apelación

Si usted no quedara satisfecho con la respuesta de Triple-S Salud a su primera apelación, usted tiene derecho a someter una segunda apelación ante Triple-S Salud dentro de 60 días a partir de la fecha en que la decisión de Triple-S Salud de su primera apelación le haya sido notificada.

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

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

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

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

3. Nivel Voluntario de Revisión

Si usted no quedara satisfecho con la respuesta de Triple-S Salud en Primer Nivel Interno de Apelación, usted puede solicitar por escrito su interés de solicitar una revisión voluntaria de su caso. En el nivel voluntario usted puede proveer información adicional a su caso que no haya sido provista en el nivel anterior de revisión interna.

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

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

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

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

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

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

De realizarse la vista, el panel conducirá su evaluación y tomará en consideración todo comentario, documento, registro y otra información relacionada con la solicitud de revisión voluntaria adicional que presente usted o su representante autorizado, independientemente de si la información se presentó o consideró al tomar la determinación en las revisiones anteriores. La determinación de la revisión será expedida no más tarde de 10 días calendario luego de la vista. De no realizarse una vista, Triple-S Salud expedirá la determinación del panel no más tarde de 45 días contados desde: 1) la fecha en que la persona indique que no solicitará vista o 2) fecha en que vence el plazo para que la persona solicite vista ante el panel. Una vez notificado de la decisión de Triple-S Salud, usted tiene el derecho de requerirle a Triple-S Salud que le descubra los nombres y títulos de los oficiales o peritos que intervinieron en la evaluación de su apelación, así como a una explicación de los fundamentos para su decisión.

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

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

comunicarse con estas Oficinas aparece al final de esta Sección bajo Derecho a ser Asistido.

4. Proceso de Revisión Externa

Triple-S Salud ha optado por acogerse al proceso federal de Revisión Externa de Reclamaciones. Si luego de agotar todos los niveles de apelación interna, usted no está satisfecho con la determinación final, usted podría solicitar una revisión externa de una Organización de Revisión Externa (IRO, por sus siglas en inglés) a través de la Oficina de Administración de Personal (OPM, por sus siglas en inglés), libre de cargos para usted, si se cumplen con ciertos requisitos como se explica más adelante.

La IRO es una organización que está acreditada para llevar a cabo revisiones médicas independientes. Estas revisiones las lleva a cabo un médico independiente. La IRO no tiene afiliación material o interés con Triple-S Salud. La IRO actúa como fiduciaria del Plan respecto a las revisiones externas que se le delegan a la IRO.

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

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

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

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

Procedimiento de Revisión Externa Estándar

Usted podría solicitar una revisión independiente de una determinación de beneficios adversa que cumple con los requisitos expuestos en los párrafos anteriores.

Todas las solicitudes para revisiones externas deben someterse dentro de los 120 días siguientes a la fecha en que usted recibió la determinación adversa. Para solicitar una

revisión externa, usted o su representante autorizado pueden llamar para solicitar la revisión externa al número libre de cargos 1-888-866-6205. También puede completar el formulario para solicitud para revisión externa y enviarla por fax, correo regular o correo electrónico a MAXIMUS Federal Services como se indica a continuación:

- **Por Fax** al: 1-888-866-6190

- **Por correo regular:**

MAXIMUS Federal Services
3750 Monroe Ave., Suite 705
Pittsford, NY 14534

- **Por correo electrónico:** ferp@maximus.com

Recuerde, la información que usted provee en el formulario de solicitud se utilizará para solicitar a Triple-S Salud los documentos relevantes para que el examinador de revisión independiente pueda completar su evaluación. Usted también podrá someter información y documentos para apoyar su solicitud tales como carta de denegación nuestra, formularios de explicaciones de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) y cartas de sus médicos, entre otros. La organización de revisión independiente también podría solicitarnos que le proveamos la información que usamos para tomar nuestra determinación de beneficios adversa. **Si usted tiene alguna pregunta durante el proceso de revisión externa, usted puede llamar al número libre de cargos 1-888-866-6205.**

Evaluación Preliminar

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

- Certificado de cubierta o beneficios;
- Copia de la Determinación de Beneficios Adversa final;
- Resumen de la reclamación;
- Una explicación del plan o de quien emitió la Determinación de Beneficios Adversa;
- Todos los documentos e información que se tomaron en cuenta para tomar la Determinación de Beneficios Adversa o la Determinación de Beneficios Adversa final tomada internamente, incluyendo cualquier información adicional provista al plan o emisor de la determinación o que se tomó en cuenta durante el proceso de apelaciones externas.

Triple-S Salud debe proveer al evaluador la información que se indica en el párrafo anterior dentro de 5 días laborables. El evaluador revisará la información que reciba de

Triple-S Salud y podría solicitar información adicional si la estima necesaria para la revisión externa. Si el evaluador solicita información adicional, Triple-S Salud proveerá la información dentro de 5 días laborables a partir de la fecha en que recibió la solicitud.

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

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

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

Proceso de Revisión

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

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

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

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

Revisión externa expedita

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

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

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

Revisión Externa Voluntaria

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

de revisión. Usted no tendrá que pagar ninguna tarifa o costo como parte de esta revisión externa voluntaria.

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

Comuníquese con Triple-S Salud al número libre de cargos que aparece en su tarjeta de identificación del plan, para obtener más información sobre el proceso de revisión externa voluntario.

OPM mantendrá el expediente de su caso por un periodo de 6 años y estará disponible para evaluación, de usted o nosotros solicitarlo.

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

Se requiere que usted agote todos los procedimientos internos de apelación previamente descritos antes de presentar su reclamación ante la Oficina de Administración de Personal (OPM, por sus siglas en inglés), el Tribunal o la Oficina del Comisionado de Seguros.

Revisiones Ordinarias de Querellas No Relacionadas con una Determinación Adversa

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

Triple-S Salud le informará los derechos que le asisten dentro de tres (3) días laborables del recibo de la querella, conforme a dicho procedimiento y designará a una o más personas que no hayan participado anteriormente en la evaluación inicial de su querella. Además, proveerá la información del representante para realizar la revisión ordinaria de la querella.

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

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

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

DERECHO A SER ASISTIDO

Usted tiene derecho a ser asistido por la Oficina del Comisionado de Seguros o por el Procurador de la Salud en los procesos de apelación antes descritos. La Oficina del Comisionado de Seguros está ubicada en GAM Tower, Urb. Caparra Hills Industrial Park 2, Calle Tabonuco Suite 400, Guaynabo, PR o puede comunicarse al (787) 304-8686.

La Oficina del Procurador de la Salud está ubicada en Mercantil Plaza, Avenida Ponce de León 1501, Hato Rey, PR o puede comunicarse al (787) 977-0909 (Área Metro) o libre de cargos al 1-800-981-0031.

DERECHO A NOMBRAR UN REPRESENTANTE

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

- a. Nombre del asegurado y número de contrato
- b. Nombre de la persona designada como representante autorizado, dirección, teléfono y relación con el asegurado
- c. Gestión específica para la cual se designa al representante
- d. Fecha y firma en que se otorga la designación
- e. Fecha de expiración de la designación

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

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

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

Cláusula de *Blue Cross and Blue Shield Association*

Triple-S Salud es un concesionario independiente de la Asociación Blue Cross y Blue Shield. Al igual que otros Planes Blue Cross y Blue Shield, Triple-S Salud participa en un programa llamado el BlueCard Program. Este Programa beneficia a los asegurados que reciben servicios cubiertos fuera del área de servicio de Triple-S Salud.

Este beneficio se traduce en ahorros para el asegurado, pues cuando recibe servicios cubiertos fuera del área geográfica de Puerto Rico y las reclamaciones son procesadas mediante el Programa BlueCard, la cantidad (coaseguro, copago o deducible) que paga por dichos servicios se determina a base de lo que sea menor entre:

- el cargo facturado por los servicios cubiertos, o
- la cantidad o tarifa negociada que Triple-S Salud recibe del Plan Blue Cross o Blue Shield del área en que el asegurado recibe el servicio.

A menudo, la tarifa negociada es una cantidad fija. A veces es una cantidad estimada, equivalente a un ajuste del total de los pagos estimados como consecuencia de los acuerdos u otros arreglos entre el Plan Blue Cross o Blue Shield del área con sus proveedores participantes. La tarifa negociada puede ser también un descuento de los cargos facturados, equivalente al promedio de los ahorros que el Plan Blue Cross o Blue Shield del área espera recibir de todos o de un grupo específico de sus proveedores participantes.

El Plan Blue Cross o Blue Shield puede ajustar prospectivamente la cantidad estimada o descuento promedio para corregir las tarifas anteriores de las reclamaciones del Programa BlueCard, si los pagos fueron subestimados o sobrestimados. Sin embargo, la cantidad que usted paga es considerada una tarifa final.

No obstante lo anterior, las leyes de algunos estados requieren que los Host Blues donde se presta el servicio usen una fórmula determinada para calcular el coaseguro, copago o deducible por los servicios cubiertos, sin considerar los ahorros recibidos o estimados por determinada reclamación o añadan un recargo. En estos casos la cantidad del coaseguro, copago o deducible se determinará a base de los métodos que las leyes hayan establecido en dicho estado.

El asegurado participante podrá identificar las facilidades disponibles, como parte del *BlueCard Program*, a través de la página cibernética **www.bcbs.com** o comunicarse a nuestros Centros de Servicio al Cliente a los números que aparecen al dorso de la tarjeta de asegurado de Triple-S Salud.