



# ENDOSO

## Plan de Salud Grupal



Concesionario Independiente de la Blue Cross and Blue Shield Association

### ENDOSO PLAN DE SALUD GRUPAL

### UPR - ESTUDIANTES

Este endoso se firma a nombre de Triple-S Salud, Inc. por la Presidenta de la Corporación.

Madeline Hernández Urquiza, CPA  
Presidenta

Este endoso forma parte de la póliza a la cual se adhiere y el mismo se emite en consideración al pago de las primas correspondientes y por adelantado. Además, estará sujeto a los términos y condiciones de la póliza que no estén en conflicto con los términos y condiciones del endoso.

**Mediante este endoso se certifica que los beneficios descritos en la póliza grupal de UPR - Estudiantes (SP0004254) con fecha del 01 de julio de 2019, siguen vigentes, excepto por las siguientes partes enmendadas:**

Se modifican las siguientes partes del certificado para que lean como sigue:

---

#### LOS CAMBIOS EN EL PLAN EFECTIVOS EN SU NUEVO AÑO PÓLIZA

---

A continuación, presentamos un resumen de los cambios en su plan para este nuevo año póliza. Repase detenidamente los cambios en las Secciones de Beneficios de sus diferentes cubiertas.

#### CUBIERTA SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y DE DIAGNÓSTICO EN FORMA AMBULATORIA

- Se elimina requisito de límite de edad para asegurados diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 1 bajo beneficios de Equipo Médico Duradero (Ley177 de 13 de agosto de 2016, enmendada por Ley 19 de 12 de enero 2020).

Se sustituye la siguiente parte:

---

#### CUBIERTA DE SERVICIOS PREVENTIVOS

---

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

sólo se cubren estos servicios a través de proveedores participantes. Para la lista actualizada, así como información adicional sobre estos servicios, visite el siguiente enlace en internet: <https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/>.

## PREVENTIVOS PARA ADULTOS

Servicio Preventivo	Indicación
Aneurisma aórtico abdominal (AAA)	Un (1) servicio por ultrasonografía para el cernimiento del aneurisma aórtico abdominal (AAA) en personas aseguradas de 65 a 75 años de edad que hayan sido fumadores en algún momento
Abuso de alcohol	Cernimiento y consejería. Cernimiento clínico a adultos de 18 años en adelante por abuso de alcohol, así como intervención de consejería conductual para reducir el uso de alcohol para personas aseguradas que tienen un patrón de riesgo o un consumo peligroso de alcohol.
Suplido de aspirina para prevenir el riesgo de enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal: medicina preventiva	Uso de dosis baja de aspirina para adultos entre las edades de 50 a 59 años como prevención primaria de enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal que tienen un 10% o más de 10 años de riesgo cardiovascular, no tienen un riesgo alto de sangrado, tienen una expectativa de vida de al menos 10 años y están dispuestos a tomar aspirinas en dosis menores diariamente por al menos 10 años.
Cáncer colorrectal	Cernimiento de cáncer colorrectal mediante prueba de sangre oculta, sigmoidoscopia, colonoscopia o prueba serológica en adultos de 50 a 75 años. Los riesgos y beneficios de estos métodos de cernimiento varían.
Cernimiento de Depresión para adultos	Cernimiento de depresión en adultos, incluyendo personas aseguradas durante su embarazo o post-parto. El cernimiento debe realizarse en un sistema adecuado para garantizar un diagnóstico preciso, un tratamiento efectivo y un seguimiento apropiado.
Cernimiento de diabetes	Cernimiento para niveles de azúcar en la sangre anormales como parte de la evaluación de riesgo cardiovascular en adultos entre las edades de 40 a 70 años con sobrepeso u obesidad. Los médicos deben ofrecer o referir a las personas aseguradas con niveles de azúcar en la sangre anormales a intervenciones de consejería conductual intensivas para promover una dieta saludable y actividad física.
Prevención de caídas en adultos mayores: ejercicio o terapia física	Ejercicios, terapia física y vitamina D para prevenir caídas en adultos de 65 años en adelante que están a riesgo de sufrir caídas.
Dieta saludable y actividad física como prevención de enfermedades cardiovasculares en adultos con riesgo cardiovascular:	Ofrecer y referir a los adultos con sobrepeso u obesidad y con factores adicionales de riesgo de enfermedad cardiovascular a intervención de consejería conductual intensiva para promover una dieta saludable y actividad física como prevención de enfermedades cardiovasculares.

<b>Servicio Preventivo</b>	<b>Indicación</b>
Infección del virus de la Hepatitis B: cernimiento en adolescentes y adultos que no están en estado de embarazo	Cernimiento de Hepatitis B para adultos con alto riesgo de infección.
Cernimiento de infección del virus de la Hepatitis C: adultos	Cernimiento de infección del virus de la Hepatitis C para adultos con alto riesgo de infección y una prueba para adultos nacidos entre 1945 y 1965.
Cernimiento de hipertensión	Cernimiento de hipertensión para adultos de 18 años en adelante. Se deben obtener las medidas fuera del entorno clínico para confirmar el diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.
Prueba de cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH): adolescentes y adultos que no están en estado de embarazo	Cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) para adultos de 15 a 65 años, así como adolescentes menores y adultos mayores con alto riesgo. Según requerido por la ley 45-2016, incluye una prueba de VIH por año como parte de la evaluación médica de rutina, excepto para personas aseguradas durante su embarazo a las cuales les aplican los requisitos del USPSTF.
Inmunización	Vacunas. Las dosis, edades y población recomendada varían: Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes Zoster, Virus de Papiloma Humano, Influenza, MMR, Meningococo, Neumococo, Tétano, Difteria, Tos Ferina y Varicela. Las vacunas de seguimiento ( <i>catch up</i> ) están cubiertas.
Cernimiento de cáncer del pulmón	Cernimiento anual para cáncer del pulmón a través de tomografía computadorizada para adultos entre las edades de 55 a 80 años con historial de fumar treinta (30) paquetes al año, que fuma actualmente o haya dejado de fumar durante los últimos 15 años. El cernimiento se discontinuará una vez la persona haya dejado de fumar por 15 años consecutivos o desarrolle un problema de salud que sustancialmente limite la expectativa de vida o la habilidad o probabilidad de tener una cirugía pulmonar para curar la enfermedad.
Cernimiento y consejería de obesidad para adultos	Cernimiento de obesidad para adultos. Los médicos pueden ofrecer o referir pacientes que tengan un Índice de Masa Corporal, (BMI por sus siglas en inglés) de 30kg/m <sup>2</sup> o más a intervenciones conductuales intensivas de múltiples componentes.
Enfermedades de transmisión sexual	Consejería conductual intensiva para adolescentes y adultos sexualmente activos con un riesgo alto de contraer enfermedades de transmisión sexual.

Servicio Preventivo	Indicación
<p>Estatinas para prevenir accidentes cardiovasculares en adultos: Medicamentos Preventivos</p>	<p>Para los adultos sin historial de enfermedad cardiovascular (por ejemplo, enfermedad arterial coronaria sintomática o accidente cerebrovascular isquémico) a utilizar dosis baja o moderada de estatinas para prevenir accidentes cardiovasculares y mortalidad cuando todos los siguientes criterios se cumplen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• entre 40 a 75 años</li> <li>• tienen uno o más factores de riesgo (dislipidemia, diabetes, hipertensión o fumar), y</li> <li>• tienen un riesgo calculado de 10 años de tener un evento cardiovascular de 10% o más. La identificación de dislipidemia y el cálculo de 10 años del riesgo del evento cardiovascular requiere un cernimiento de lípidos universal para adultos entre las edades de 40 a 75 años.</li> </ul> <p>Las estatinas se cubren por la cubierta de farmacia; hacer referencia a la sección Beneficios de Farmacia.</p>
<p>Cernimiento de sífilis en personas aseguradas que no estén en estado de embarazo</p>	<p>Cernimiento de infección de sífilis a todas las personas aseguradas que tengan un riesgo alto de infección</p>
<p>Cesar el uso de tabaco y medicinas: adultos que no están en estado de embarazo</p>	<p>El USPSTF recomienda que los médicos deben preguntar a todos los adultos sobre el uso del tabaco, aconsejar dejar el tabaco, ofrecer intervenciones de conducta y los medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA). Para aquellos que utilizan los productos para cesar el uso de tabaco, este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la FDA por noventa (90) días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año.</p>
<p>Cernimiento de Tuberculosis: adultos</p>	<p>Cernimiento de infección de tuberculosis en poblaciones de alto riesgo.</p>
<p>Consumo dañino de alcohol: adultos</p>	<p>Cernimiento sobre el consumo dañino de alcohol en lugares de atención primaria en adultos con 18 años o más, incluyendo personas aseguradas en estado de embarazo, proveyéndole breves intervenciones de asesoramiento conductual para reducir el consumo de alcohol dañino a las personas involucradas en el consumo riesgoso o peligroso.</p>

## SERVICIOS PREVENTIVOS PARA ADULTOS, INCLUYENDO EMBARAZOS

Servicio Preventivo	Indicación
Cernimiento de bacteriuria para personas aseguradas embarazadas	Cernimiento para personas aseguradas durante su embarazo que no muestren síntomas de bacteria en cultivo de orina, entre las 12 y 16 semanas de embarazo, o en la primera visita prenatal, si es luego de ese término de embarazo.
BRCA: Evaluación de Riesgo	Los proveedores de atención primaria deben realizar un cernimiento a personas que han tenido familiares con cáncer de seno, ovario, trompas o peritoneal, a través de herramientas diseñadas para identificar historial familiar que pudiera estar asociado con un aumento del riesgo de mutaciones potencialmente perjudiciales en los genes de susceptibilidad al cáncer de seno (BRCA1 o BRCA2). Las personas aseguradas que tengan un resultado positivo deben recibir consejería genética y, si es indicado luego de la consejería, la prueba BRCA.
Cáncer de seno: medicamentos preventivos	Orientación clínica a pacientes de alto riesgo. El USPSTF recomienda que los médicos involucren a sus pacientes de alto riesgo de cáncer de seno en la determinación de utilizar medicamentos para reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad. El médico debe ofrecer el recetar medicamentos para reducir el riesgo de desarrollar cáncer de seno, como <i>tamoxifen</i> o <i>raloxifene</i> , para pacientes que se encuentran en alto riesgo de desarrollar la enfermedad y que tienen un riesgo bajo de reacciones adversas a medicamentos.
Cernimiento de cáncer de seno	Mamografía de cernimiento, con o sin examen clínico de seno, cada uno (1) o dos (2) años para personas aseguradas mayores de 40 años. El USPSTF recomienda bianual para personas aseguradas entre 50 y 74 años.
Lactancia	Apoyo y consejería, a través de un proveedor adiestrado en lactancia, durante el embarazo y/o en el periodo post parto, así como acceso al equipo de lactancia y los suplidos, por nacimiento. Intervenciones durante el embarazo y luego del nacimiento para apoyar la lactancia.
Cernimiento de cáncer cervical	Cernimiento de cáncer cervical en personas aseguradas entre las edades de 21 y 29 años con la prueba de Papanicolaou cada tres (3) años o para personas entre las edades de 30 a 65 años que quieran hacerse la prueba menos frecuente en combinación con una prueba del virus de papiloma humano (HPV) cada cinco
Cernimiento de clamidia	Cernimiento de clamidia para todas las personas aseguradas durante su embarazo y en personas aseguradas sexualmente activas de 24 años o menos, o mayores que tengan alto riesgo de infección

Servicio Preventivo	Indicación
Métodos Anticonceptivos	<p>Todos los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA, procedimientos de esterilización, consejería y educación para todas las personas aseguradas con capacidad reproductiva según prescrito. Se cubre la inserción y remoción de cualquier dispositivo.</p> <p>La esterilización quirúrgica de implantes y cirugías de esterilización se cubren por la cubierta básica. Los demás métodos anticonceptivos se cubren por farmacia.</p>
Cernimiento para la violencia doméstica: personas aseguradas en edad reproductiva	Cernimiento de violencia en la relación íntima de pareja a las personas aseguradas en edad reproductiva, tales como violencia doméstica y ofrecer y referir a las personas que den positivo al cernimiento a los servicios de intervención. Esta recomendación aplica a las personas aseguradas que no presenten signos o síntomas de abuso.
Ácido fólico	Para todas las mujeres aseguradas que estén planificando o puedan quedar embarazadas deben tomar un suplemento diario de ácido fólico de 0.4 a 0.8 mg (400 a 800ug)
Diabetes Mellitus gestacional	Cernimiento para diabetes mellitus gestacional en personas embarazadas que no tienen síntomas después de las 24 semanas de gestación y para aquellas identificadas con alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional
Cernimiento de gonorrea	Cernimiento de gonorrea en personas aseguradas sexualmente activas de 24 años o menos, o mayores que tengan alto riesgo de infección
Cernimiento de Hepatitis B: personas aseguradas embarazadas	Para personas aseguradas embarazadas, cernimiento de infección del virus de Hepatitis B en la primera visita prenatal
Cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH): Personas aseguradas durante su embarazo	<p>Los médicos deben realizar un cernimiento de HIV a todas las personas embarazadas, incluyendo aquellas que se presentan para el parto y no se han realizado la prueba y que se desconoce su estatus de VIH. Se cubre sin copago para las personas embarazadas las siguientes pruebas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Primera prueba de VIH durante el primer trimestre de gestación en la primera visita prenatal, y</li> <li>b. Segunda prueba durante el tercer trimestre de gestación (entre las 28 y 34 semanas de embarazo).</li> </ol>
Cernimiento de osteoporosis	Cernimiento para osteoporosis con pruebas de medición ósea en personas aseguradas de 65 años de edad o mayores y en posmenopáusicas menores de 65 años de edad con mayor riesgo de osteoporosis para prevenir fracturas.

Servicio Preventivo	Indicación
Cernimiento Osteoporosis: personas aseguradas postmenopáusicas menores de 65 años en mayor riesgo de osteoporosis	Cernimiento para osteoporosis con prueba de densidad de hueso para prevenir fracturas osteoporóticas en personas aseguradas postmenopáusicas menores de 65 años que están en mayor riesgo de osteoporosis, según sea determinado por alguna herramienta clínica formal de evaluación de riesgo.
Cernimiento osteoporosis: personas aseguradas de 65 años o más	Cernimiento para osteoporosis con prueba de densidad de hueso para prevenir fracturas osteoporóticas en personas aseguradas de 65 años o más.
Depresión Perinatal: consejería e intervención	Se recomienda al personal clínico proveer consejería intervencional o referir personas aseguradas en estado de embarazo o personas aseguradas luego del parto en riesgo de depresión perinatal.
Prevención de preclamsia: aspirina	Uso de aspirina de dosis baja (81mg/d) como medicamento preventivo después de las 12 semanas de gestación en personas aseguradas con alto riesgo de preclamsia
Cernimiento de preclamsia	Cernimiento de preclamsia para personas aseguradas durante su embarazo, con mediciones de presión arterial durante todo el embarazo
Cernimiento incompatibilidad Rh(D)	Pruebas del tipo de sangre Rh(D) y de anticuerpos para todas las personas aseguradas durante su embarazo en la primera consulta prenatal. Incluye repetir la prueba de anticuerpos a personas aseguradas durante su embarazo con pruebas RH(D) negativo no sensibilizado entre las 24 a 28 semanas de gestación, a menos que el padre biológico sea Rh(D) negativo.
Cernimiento de infección de sífilis durante el embarazo	Cernimiento de infección de sífilis a todas las personas aseguradas durante su embarazo. USPSTF recomienda la detección temprana de la infección por sífilis en todas las personas embarazadas.
Uso de tabaco y cesación de fumar en personas aseguradas embarazadas	Los médicos deben preguntar a todas las personas aseguradas durante su embarazo sobre el uso del tabaco, aconsejar detener el uso del tabaco y proveer intervenciones conductuales para el cese del mismo a las personas aseguradas que usen tabaco
Visitas preventivas para personas aseguradas	Visita anual preventiva (dependiendo de la salud, necesidades de salud y otros factores de riesgo de la persona asegurada) para que las personas aseguradas adultas obtengan sus servicios preventivos recomendados que sean apropiadamente desarrollados para su edad, incluyendo cuidado prenatal y servicios necesarios para el cuidado prenatal. Esta visita anual preventiva debe, cuando sea apropiado, incluir otros servicios preventivos enumerados. Si el médico determina que el paciente requiere visitas adicionales, las mismas se cubrirán sin copago.

## SERVICIOS PREVENTIVOS PARA MENORES DE EDAD

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

Servicio Preventivo	Indicación
Abuso de alcohol	Cernimiento y consejería. Cernimiento clínico para adultos de 18 años en adelante por abuso de alcohol, así como intervención de consejería conductual para reducir el uso de alcohol para personas aseguradas que tienen un patrón de riesgo o consumo peligroso de alcohol.
Anemia/Hierro	Realizar evaluación de riesgos o pruebas de detección según corresponda, según las recomendaciones en la edición actual de la AAP Pediatric Nutrition: Policy of the American Academy of Pediatrics (capítulo de hierro). Suplemento de hierro para menores de 4 meses hasta los 21 años que tengan riesgo de anemia
Cernimiento de Autismo	Para menores de edad entre los 12 y 36 meses
Evaluación de salud conductual	Evaluación para menores de todas las edades: 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15 a 17 años
Desplazamiento cervical	Cernimiento para personas aseguradas sexualmente activas
Hipotiroidismo	Cernimiento de hipotiroidismo congénito para recién nacidos
Cernimiento de caries dentales en menores hasta los 5 años	Suplementos orales de fluoruro a partir de los 6 meses para menores cuyo suministro de agua es deficiente en fluoruro. Aplicación (tópica) de barniz de fluoruro a dientes primarios para infantes y menores desde la erupción de los dientes primarios.
Cernimiento de depresión en adolescentes	Cernimiento para desórdenes de depresión en adolescentes de 12 a 18 años. El cernimiento debe realizarse en un sistema adecuado para garantizar un diagnóstico preciso, un tratamiento efectivo y un seguimiento apropiado.
Cernimiento de desarrollo y vigilancia	Cernimiento para menores de 3 años y vigilancia durante toda la niñez
Dislipidemia	Cernimiento para menores de edad a riesgo de desórdenes de lípidos. Edades: 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-16 años
Profilaxis ocular para gonorrea: medicamento preventivo	Medicamento tópico ocular para la prevención de Gonorrea en recién nacidos
Audición	Cernimiento de audición para todos los recién nacidos
Crecimiento de estatura, peso e índice de masa corporal	Cernimiento para los menores. Edades 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-17 años

Servicio Preventivo	Indicación
Enfermedad de célula falciforme (hemoglobinopatías)	Cernimiento de enfermedad de células falciformes en recién nacidos
Vacunas	Vacunas recomendadas desde el nacimiento hasta los 21 años. Las dosis, edades y población recomendadas varían: Difteria, Tétano, Tos Ferina, Haemophilus Influenza B, Hepatitis A, Hepatitis B, Virus del Papiloma Humano (HPV), Poliovirus inactivo, Influenza, MMR, Meningococo, Neumococo, Rotavirus y Varicela. Las vacunas de seguimiento están cubiertas. HPV comienza desde los 9 años en menores y adolescentes con historial de abuso sexual o asalto quienes no han iniciado o completado las 3 dosis (recomendación <i>Advisory Committee on Immunization Practices</i> (ACIP))
Historial médico	Para todo menor de edad durante el desarrollo de 0 a 21 años
Cernimiento de obesidad en menores y adolescentes	Para menores y adolescentes de 6 años en adelante, intervenciones intensas comprensivas de comportamiento para promover un mejoramiento en el peso del menor
Salud oral	Evaluación de riesgo para menores de 0 a 11 meses, 1 a 4 años y 5 a 10 años
Cernimiento fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) en recién nacidos	Fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) en recién nacidos
Cáncer de la piel: Consejería	Consejería a menores de edad, adolescentes y adultos jóvenes entre 6 meses a 24 años que tienen piel blanca para minimizar su exposición a la radiación ultravioleta y reducir el riesgo de cáncer de piel
Uso de tabaco en menores y adolescentes	Intervenciones, incluyendo educación y consejería, para menores en edad escolar y adolescentes para prevenir el inicio del uso de tabaco
Uso de tabaco, alcohol y drogas	Cernimiento para menores de 11 a 21 años de edad
Tuberculosis	Prueba para menores de edad en alto riesgo de tuberculosis. Edades: 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-21 años
Cernimiento de visión: menores	Cernimiento de visión, por lo menos una (1) vez, para todos los menores entre las edades de 3 y 5 años para detectar ambliopía o factores de riesgo
Plomo	Cernimiento a menores de edad de 1 a 6 años con alta concentración de plomo en la sangre, quienes tienen un riesgo promedio o elevado y a personas aseguradas durante su embarazo que no tengan síntomas.

## SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y DE DIAGNÓSTICO EN FORMA AMBULATORIA

Se sustituye la siguiente parte:

<p><b>Ley Núm. 19 de 12 de enero de 2020, para enmendar el Título y los Artículos 1, 2 y 4, de la Ley Núm. 177 de 2016:</b></p> <p>Los siguientes servicios se cubren asegurados diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 1, según requerido por la Ley Núm. 19 de 12 de enero de 2020, para enmendar el Título y los Artículos 1, 2 y 4, de la Ley Núm. 177 de 2016:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Glucómetros aprobados por la FDA, hasta uno por año póliza. Si el endocrinólogo ordena un glucómetro en específico, debido al tratamiento de la persona asegurada, el endocrinólogo someterá una justificación. En este caso se cubrirá la marca del glucómetro ordenada por el endocrinólogo con sus aditamentos en aquellos pacientes que presenten un cuadro clínico de predisposición o mayor cantidad de factores de riesgo de desarrollar la condición de Diabetes Mellitus Tipo I.</li> <li>• Lancetas, hasta 150 por 30 días</li> <li>• Tirillas, hasta 150 por 30 días</li> <li>• Bomba de infusión de insulina y suplidos ordenados por el endocrinólogo para personas aseguradas diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 1. El endocrinólogo determinará la marca de la bomba de infusión de insulina considerando la edad, el nivel de actividad física y el conocimiento de la condición de la persona asegurada o cuidador. <b>Requiere precertificación.</b></li> </ul>	<p>20% de coaseguro; \$0.00 por los suplidos para la bomba de insulina para <b>proveedores participantes.</b></p> <p>10% de coaseguro para <b>proveedores no participantes;</b> \$0.00 por los suplidos para la bomba de insulina para <b>proveedores no participantes.</b></p>
--	---

Se sustituye la siguiente parte:

## APELACIONES DE DETERMINACIONES ADVERSAS DE BENEFICIOS

### DERECHO A SOLICITAR UNA APELACION LUEGO DE UNA DETERMINACION ADVERSA

#### ¿Qué es una Determinación Adversa?

- Una determinación hecha por el asegurador o una organización de revisión de utilización, en la que se deniega, reduce o termina un beneficio, o no se paga el beneficio, parcial o totalmente, ya que al aplicar las técnicas de revisión de utilización, a base de la información provista, el beneficio solicitado, según el plan médico, no cumple con los requisitos de necesidad médica e idoneidad, lugar en que se presta el servicio o el nivel o

eficacia del cuidado o se determina que es de naturaleza experimental o investigativa;

- La denegación, reducción, terminación o ausencia de pago de un beneficio, sea parcial o en su totalidad, por parte del asegurador o una organización de revisión de utilización, basado en la determinación sobre la elegibilidad de la persona asegurada de participar en el plan médico;
- La determinación que resulte de una revisión prospectiva o revisión retrospectiva en la que se deniega,

reduce, termina o no se paga, parcial o totalmente, el beneficio;

- Rescisión de cubierta: la decisión del plan de cancelar su contrato con efecto retroactivo a la fecha de efectividad u otra fecha previa a la notificación de la cancelación, siempre y cuando la razón de la determinación de cancelación no sea falta de pago de primas, fraude o falsa representación que esté prohibida por el plan y haya sido cometida intencionalmente. Las cancelaciones se notifican por escrito treinta (30) días previos a la fecha de efectividad.

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

## **DERECHO A APELAR UNA DETERMINACIÓN ADVERSA**

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

## **PROCEDIMIENTO DE APELACIONES**

### **1. Primer Nivel Interno de Apelación Estándar**

Usted o su representante autorizado, debe presentar su apelación por escrito dentro de **180 días calendarios** a partir de la fecha en que recibió la notificación inicial escrita de la determinación adversa para que sea evaluada independientemente de si se acompaña la misma con toda la información necesaria para hacer la determinación. En la presentación de su apelación, usted puede solicitar la asistencia del Comisionado de Seguros, el Procurador de la Salud o de un abogado de su preferencia (a su costo).

Para solicitar asistencia, puede comunicarse o escribir a:

**Oficina del Comisionado de Seguros**  
División de Investigaciones  
B5 Calle Tabonuco Suite 216 PMB 356  
Guaynabo PR 00968-3029  
**Teléfono:** 787-304-8686  
**Procurador de la Salud**  
PO BOX 11247  
San Juan PR 00910-2347  
**Teléfono:** 787-977-0909

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

**Triple-S Salud, Inc.**  
Departamento de Querellas y Apelaciones  
PO Box 11320  
San Juan, PR 00922-9905.  
**Fax Apelaciones:** 787-706-4057  
**Correo electrónico:** qacomercial@ssspr.com

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

Triple-S Salud acusa recibo a la persona asegurada de la solicitud de apelación no más tarde de tres (3) días laborables a partir del recibo de la misma. Además, le informa los derechos que le asisten sobre la radicación de la apelación.

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

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

administrativas que se siguen con otras personas aseguradas en circunstancias similares; o

- constituyen declaraciones de política o directrices del plan relacionadas con el servicio de cuidado de la salud o tratamiento denegado y el diagnóstico de la persona asegurada, independientemente de si se tomaron o no en consideración al momento de hacer la determinación adversa inicial.

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

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

Dicha determinación incluye:

- Los títulos y credenciales de los revisores que participaron en la evaluación
- La explicación clara de la determinación que hicieron los revisores.
- La determinación de los revisores con la justificación médica o base contractual para que la persona asegurada o su representante personal pueda responder a los planteamientos;
- La evidencia o documentación usada como base de la determinación

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

- Las razones específicas de la determinación adversa;
- Referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;
- Una declaración sobre los derechos que tiene la persona asegurada para acceder u obtener de forma gratuita copias de los documentos, registros y otra información pertinente utilizada en la evaluación de la apelación, incluyendo cualquier regla, guía o protocolo interno u otro criterio similar utilizado para fundamentar la determinación.
- Si la determinación adversa se basa en la necesidad médica o la naturaleza experimental o investigativa del tratamiento o en una exclusión o limitación similar, una explicación escrita del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación o una declaración de que se provee una explicación a la persona asegurada o si fuera aplicable a su representante personal, de manera gratuita a su solicitud.
- De aplicar, debe incluir las instrucciones para solicitar copia de la regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar en que se basó la determinación, una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación y la descripción del proceso para obtener una revisión voluntaria adicional, así como los plazos para la misma, en caso de que la persona asegurada interese solicitarla. De igual forma, debe incluir una descripción de cómo obtener una revisión externa independiente, si la persona asegurada decidiera que no va a solicitar una revisión voluntaria y el

derecho de la persona asegurada a establecer una demanda ante un tribunal competente.

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

## **2. Segundo Nivel Interno de Apelación**

Si usted no queda satisfecho con la respuesta de Triple-S Salud a su primera apelación, usted tiene derecho a someter una segunda apelación interna ante Triple-S Salud dentro de **60 días calendario** a partir de la fecha en que recibió la notificación de la revisión adversa de su primera apelación.

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 les dará deferencia a decisiones previas de Triple-S Salud. Usted tiene derecho a solicitarle a Triple-S Salud que le informe 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 calendario 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 en esta sección bajo Derecho a ser Asistido.

## **3. Revisiones Ordinarias de Querellas No Relacionadas con una Determinación Adversa**

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

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

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

Debe también incluir:

- la determinación de los revisores en términos claros y la base contractual o justificación médica para que pueda responder a los planteamientos de la misma;

- Referencia a la evidencia o documentación usada como base de la determinación;
- En caso de aplicar:
  - una declaración escrita que incluya la descripción del proceso para obtener una revisión voluntaria adicional en caso de que la persona asegurada interese solicitarla
  - El procedimiento a seguir y los plazos requeridos para la revisión
  - Una descripción de los procedimientos para obtener una revisión externa independiente, si la persona asegurada decidiera que no solicitará una revisión voluntaria.
  - El derecho de la persona cubierta o asegurado a incoar una demanda ante un tribunal competente.
  - Triple-S Salud y usted podrían tener otras opciones de resolución voluntaria de las controversias, tales como la mediación o el arbitraje. Para determinar las opciones disponibles, comuníquese con el Comisionado de Seguros
  - una notificación del derecho que asiste 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 con el número telefónico y la dirección de la Oficina del Comisionado y de la Oficina del Procurador de la Salud. Usted tiene derecho a comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros o con la Oficina del Procurador de la Salud para solicitarle ayuda. La información para comunicarse con estas Oficinas aparece a continuación.

#### **DERECHO A SER ASISTIDO**

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

- La Oficina del Comisionado de Seguros está ubicada en GAM Tower, Urb. Caparra Hills

Industrial Park 2, Calle Tabonuco Suite 400, Guaynabo, PR o puede comunicarse al (787) 304-8686.

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

#### **DERECHO A NOMBRAR UN REPRESENTANTE**

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

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

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

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

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

#### **4. Nivel Voluntario de Revisión**

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

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

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

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

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

Triple-S Salud nombra un panel de revisión compuesto de personas, empleados o representantes de Triple-S Salud, que no participaron en la revisión de primer nivel para considerar la solicitud al cual usted o su representante autorizado puede comparecer en

persona o por vía telefónica para exponer su solicitud. Una persona que haya participado en la revisión de primer nivel podrá ser miembro del panel o comparecer ante el panel solo para proveer información o responder a las preguntas del panel. Triple-S Salud se asegurará de que las personas que realizan la revisión voluntaria adicional sean profesionales de la salud con la pericia adecuada y que el personal que realiza la revisión voluntaria adicional no sea un proveedor del plan médico de la persona cubierta ni tendrá ningún interés económico en el resultado de la revisión.

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

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

De realizarse la vista, el panel conduce su evaluación y toma en consideración todo comentario, documento, registro y otra información relacionada con la solicitud de revisión voluntaria adicional que presente usted o su representante autorizado, independientemente de si la información se presentó o consideró al tomar la determinación en las revisiones anteriores (primer nivel). La determinación de la revisión es expedida no más tarde de 10 días calendario luego de la vista. De no realizarse una vista, Triple-S Salud expide la determinación del panel no más tarde de 45 días contados desde: 1) la fecha en que la persona indique que no va a solicitar 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, la determinación escrita debe incluir:

La decisión de la revisión acelerada se tomará y se notificará a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, con la premura que requiera la condición médica de la persona cubierta o asegurado, pero en ningún caso a más de cuarenta y ocho (48) horas del recibo de la solicitud de revisión acelerada.

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

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

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

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

Si la solicitud de revisión voluntaria adicional se relaciona con una revisión ordinaria, la mayoría de las personas que componen el panel serán empleados o representantes de Triple-S Salud que no participaron en la revisión ordinaria realizada. Un empleado o representante de

Triple-S Salud que haya participado en la revisión ordinaria podrá ser miembro del panel o comparecer ante el panel para proveer información o responder preguntas.

## **5. Primer Nivel Interno de Apelación Expédita**

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

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

Para solicitar asistencia, puede comunicarse o escribir a:

**Oficina del Comisionado de Seguros**  
División de Investigaciones  
B5 Calle Tabonuco Suite 216 PMB 356  
Guaynabo PR 00968-3029  
**Teléfono:** 787-304-8686  
**Procurador de la Salud**  
PO BOX 11247  
San Juan PR 00910-2347  
**Teléfono:** 787-977-0909

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

**Triple-S Salud, Inc.**

Departamento de Querellas y Apelaciones  
PO Box 11320  
San Juan, PR 00922-9905.  
**Fax Apelaciones:** 787-706-4057  
**Correo electrónico:** [gacomercial@ssspr.com](mailto:gacomercial@ssspr.com)

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

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

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

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

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

Si la persona asegurada no ha provisto suficiente información para que Triple-S Salud pueda tomar una determinación, Triple-S Salud notificará la deficiencia a la persona asegurada, ya sea verbalmente o, si la persona asegurada

así lo solicita, por escrito, y le indicará la información específica que se necesita, a la brevedad posible, pero en ningún caso en un término mayor de veinticuatro (24) horas, contadas a partir del recibo de la solicitud.

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

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

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

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

A los fines de calcular los plazos en que se requiere que Triple-S Salud tome sus determinaciones, el plazo comenzará en la fecha en que Triple-S Salud reciba la solicitud

conforme a los procedimientos para la radicación de solicitudes que haya establecido, independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para tomar la determinación.

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

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

La notificación de la decisión incluye:

- Los títulos y credenciales de los revisores que participaron en la evaluación
- Una declaración de la interpretación que hicieron los revisores
- La determinación de los revisores con la justificación médica o base contractual para que la persona asegurada o su representante personal pueda responder a los planteamientos;
- La evidencia o documentación usada como base de la determinación

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

- Información suficiente que permita identificar el beneficio solicitado o la reclamación hecha, incluyendo los datos que sean aplicables entre los siguientes: la fecha del servicio; el proveedor; la cuantía de la reclamación; el Código de diagnóstico y su significado y el Código de tratamiento y su significado.
- Las razones específicas de la determinación adversa, el código de denegación y su significado, así como una descripción de los estándares, si alguno, utilizados en la denegación del beneficio o reclamación.
- Una referencia a las disposiciones específicas de la póliza en las que se basa la determinación.
- Una descripción de todo material o información adicional que se necesite para que la persona asegurada pueda completar la solicitud, incluyendo una explicación de por qué dicho material o información es necesaria.
- Una descripción de los procedimientos internos de querellas de Triple-S Salud, establecidos a tenor con el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos.
- Una descripción de los procedimientos internos de revisión acelerada de querellas de Triple-S Salud establecidos a tenor con el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos.
- Si para formular la determinación adversa Triple-S Salud se fundamentó en una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá libre de costo, a la persona asegurada, una copia de dicha regla, guía o protocolo interno u otro criterio similar.
- Si la determinación adversa se basa en el juicio sobre la necesidad médica del servicio o tratamiento, en la naturaleza experimental o investigativa del mismo o en una exclusión o límite similar, la modificación incluirá una explicación del

razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, y al aplicar los términos de la póliza a las circunstancias de la persona asegurada.

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

## **6. Procedimiento de Revisión Externa Estándar**

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

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

**Oficina del Comisionado de Seguros  
División de Investigaciones**  
B5 Calle Tabonuco Suite 216 PMB 356  
Guaynabo, PR 00968-3029

- **Por correo electrónico:** [salud@ocs.pr.gov](mailto:salud@ocs.pr.gov)

### **Evaluación Preliminar**

Cuando el evaluador de revisión externa recibe la solicitud de revisión externa, el evaluador le solicita 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 cinco (5) días laborables. El evaluador revisa la información que reciba de Triple-S Salud y puede solicitar información adicional si la estima necesaria para la revisión externa. Si el evaluador solicita información adicional, Triple-S Salud provee la información dentro de 5 días laborables a partir de la fecha en que recibió la solicitud.

El evaluador revisa 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 notifica por escrito en un plazo de un (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 calendario 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 revisa la información provista por Triple-S Salud y le envía 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 puede reconsiderar su decisión original sobre la reclamación. La revisión externa solo se puede 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 da por concluida la revisión externa.

Sin embargo, si la revisión externa no se da por terminada por la razón expuesta anteriormente, el evaluador continúa con la revisión y notifica 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 incluye:

- 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 acepta la decisión y provee 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.

## 7. Revisión Externa Expedita

Su determinación de beneficios adversa puede 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) puede 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 sigue el proceso de revisión que se describe en los párrafos anteriores y debe proveer la notificación de la decisión final en un plazo de 72 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 en esta sección bajo Derecho a ser Asistido.

## 8. Proceso de Revisión Externa

Triple-S Salud ha optado por acogerse al proceso de Revisión Externa de Reclamaciones a través del Comisionado de Seguros (OCS). Si luego de agotar los niveles de apelación interna, usted no está satisfecho con la determinación adversa final, usted puede radicar una solicitud de revisión externa independiente en la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico. Como parte del proceso de revisión externa,

Se sustituye la siguiente parte:

---

### **AVISO: INFORMANDO A LOS INDIVIDUOS SOBRE LOS REQUISITOS DE NO DISCRIMEN Y ACCESO Y LA DECLARACION DE NO DISCRIMEN: EL DISCRIMEN ESTÁ EN CONTRA DE LA LEY**

---

Triple-S Salud, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, sexo o incapacidad.

Triple-S Salud, Inc.

- Proporciona mecanismos auxiliares y servicios gratuitos a las personas con incapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes en lenguaje de señas certificados,
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros).
- Proporciona servicios de traducción gratuitos a personas cuyo primer idioma no es el español, tales como:
  - Intérpretes certificados,
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, contacte a un Representante de Servicio.

Si considera que Triple-S Salud, Inc. no le ha provisto estos servicios o han discriminado de cualquier otra manera por motivos de raza,

usted pagará un costo nominal no mayor de \$25.00 por cada revisión. Disponiéndose, que para una misma persona cubierta el costo no puede exceder de setenta y cinco dólares (\$75.00) por año póliza. La cantidad pagada por usted se le reembolsa si se obtiene una determinación a su favor.

origen nacional, color, edad, sexo o incapacidad, comuníquese con:

#### **Representante de Servicio**

PO Box 363628, San Juan, PR 00936-3628  
Teléfono: (787) 749-6060 o 1-800-981-3241  
TTY: (787) 792-1370 o 1-866-215-1999  
Fax: (787) 706-2833  
Email: [TSACompliance@sssadvantage.com](mailto:TSACompliance@sssadvantage.com)

Puede presentar su querrela en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar su querrela, un Representante de Servicio está disponible para ayudarle.

Usted puede presentar su querrela por violación a los derechos civiles con el Departamento de Salud y de Recursos Humanos de Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles de forma electrónica a través de su portal: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo, o por teléfono al:

200 Independence Ave, SW Room 509F, HHH  
Bldg Washington, D.C. 20201  
Teléfono: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697

---

Call the customer service number on your ID card for assistance.

請撥打您 ID 卡上的客服號碼以尋求中文協助。

Gọi số dịch vụ khách hàng trên thẻ ID của quý vị để được hỗ trợ bằng Tiếng Việt.

한국어로 도움을 받고 싶으시면 ID 카드에 있는  
고객 서비스 전화번호로 문의해 주십시오.

Para sa tulong sa Tagalog, tumawag sa numero  
ng serbisyo sa customer na nasa inyong ID  
card.

Обратитесь по номеру телефона  
обслуживания клиентов, указанному на  
Вашей идентификационной карточке, для  
помощи на русском языке.

اتصل برقم خدمة العملاء الموجود على بطاقة هويتك للحصول على  
المساعدة باللغة العربية.

Rele nimewo sèvis kliyantèl ki nan kat ID ou pou  
jwenn èd nan Kreyòl Ayisyen.

Pour une assistance en français du Canada,  
composez le numéro de téléphone du service à  
la clientèle figurant sur votre carte  
d'identification.

Ligue para o número de telefone de  
atendimento ao cliente exibido no seu cartão de

Se modifica la siguiente disposición general:

## Disposiciones Generales de la Póliza

- **ACCIONES DE TERCERAS PERSONAS:** Si por culpa o negligencia de un tercero, la persona asegurada o cualquiera de sus dependientes sufre alguna enfermedad o lesión, cubierta bajo la póliza, Triple-S Salud tiene derecho a subrogarse en los derechos de la persona asegurada, para reclamar y recibir de dicho tercero, una compensación equivalente a los gastos incurridos en el tratamiento de la persona asegurada, ocasionados por tales actos culposos o negligentes. Triple-S Salud sólo reclamará los gastos médicos que pagó relacionados con el accidente ocasionado por el tercero.

La subrogación es un proceso legal mediante el cual un asegurador asume los derechos de la persona asegurada ante un tercero que le ha ocasionado daños. Si la persona asegurada tiene un accidente ocasionado por la culpa o negligencia de un tercero (por ejemplo: escuela, supermercado u otro establecimiento público o privado) debe llenar el Reporte de Incidente del lugar en que tuvo el accidente. La persona asegurada debe

identificação para obter ajuda em português.

Aby uzyskać pomoc w języku polskim, należy zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer podany na identyfikatorze.

日本語でのサポートは、IDカードに記載のカスタマーサービス番号までお電話でお問い合わせください。

Per assistenza in italiano chiamate il numero del servizio clienti riportato nella vostra scheda identificativa.

Rufen Sie den Kundendienst unter der Nummer auf Ihrer ID-Karte an, um Hilfestellung in deutscher Sprache zu erhalten.

مشتری خدمات شماره با ، فارسی زبان به راهنمایی دریافت برای  
بگیرید تماس است شده درج شما شناسایی کارت روی بر که

proveer copia a Triple-S Salud de este informe lo más pronto posible, con su nombre y número de contrato. Esta información puede enviarse a través del correo electrónico [subrogation@ssspr.com](mailto:subrogation@ssspr.com) o entregar al administrador del plan el cual puede remitir estos documentos a Triple-S Salud.

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

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

- **PROGRAMA BLUECARD® Y SERVICIOS FUERA DEL ÁREA:** Triple-S Salud tiene una variedad de relaciones

con otros licenciarios de Blue Cross y/o Blue Shield generalmente llamados “*Inter-Plan Arrangements*.” Estos *Inter-Plan Arrangements* funcionan bajo las normas y procedimientos emitidos por la Blue Cross Blue Shield Association (“*Association*”). Cuando los asegurados acceden servicios de salud fuera del área geográfica que Triple-S Salud sirve, la reclamación por esos servicios puede tramitarse por uno de esos *Inter-Plan Arrangements*. Los *Inter-Plan Arrangements* se describen en forma general a continuación.

Típicamente, cuando accede atención fuera del área geográfica que Triple-S Salud sirve, los asegurados pueden obtener atención de los proveedores de salud que tengan un acuerdo contractual (“proveedor participante”) con el licenciario de Blue Cross y/o Blue Shield en esa otra área geográfica (“*Host Blue*”). En algunos casos, los asegurados pueden obtener atención de proveedores de salud en el área geográfica del *Host Blue* que no tengan un acuerdo contractual (“Proveedores no participantes”) con el *Host Blue*. Triple-S Salud continúa siendo responsable ante usted por cumplir con nuestras obligaciones contractuales. Nuestras prácticas de pago para ambos casos se describen a continuación.

#### Tipos de reclamaciones

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

#### **A. Programa BlueCard®**

El Programa BlueCard® es un *Inter-Plan Arrangement*. Conforme a este acuerdo, cuando los asegurados acceden servicios cubiertos dentro del área geográfica de un *Host Blue*, el *Host Blue* será responsable por contratar y tratar todas las interacciones con sus proveedores de salud participantes. Las condiciones financieras del Programa BlueCard se

describen de forma general a continuación.

#### Método de Cálculo de Responsabilidad por Reclamación

A menos que esté sujeto a un copago fijo en dólares, el cálculo de la responsabilidad del asegurado sobre las reclamaciones por los servicios cubiertos será calculado según los cargos facturados por servicios cubiertos del proveedor participante o el precio negociado hecho disponible a Triple-S Salud por el *Host Blue*.

Los *Host Blues* determinan un precio negociado, el cual es señalado en las condiciones de cada uno de los contratos con los *Host Blue*. El precio negociado hecho disponible a Triple-S Salud por el *Host Blue* puede ser representado por uno de los siguientes:

- (i) El precio real. El precio real es la tasa de pago vigente en el momento que la reclamación es tramitada sin cualquier otro aumento o reducción, o
- (ii) El precio aproximado. El precio aproximado es una tasa de pago negociado, vigente en el momento que una reclamación es tramitada, reducida o aumentada mediante un porcentaje para tener en cuenta ciertos pagos negociados con el proveedor y otras transacciones que están relacionadas y no relacionadas con las reclamaciones. Tales transacciones pueden incluir, pero no se limitan a recuperación de fraude y abuso, reembolsos para proveedores no aplicados a una reclamación específica, arreglos retrospectivos y pagos relacionados al desempeño o incentivos, o
- (iii) El precio promedio. El precio promedio es un porcentaje de los cargos facturados por servicios cubiertos vigentes en el momento que una reclamación es tramitada representando los pagos totales negociados por el *Host Blue* con todos sus proveedores de cuidado de salud o una clasificación similar

con sus proveedores y otras transacciones que sean relacionadas y no relacionadas con reclamaciones. Tales transacciones pueden incluir las mismas que son indicadas anteriormente para un precio aproximado.

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

#### **B. Impuestos Federales/Estatales/Recargos /Tarifas**

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

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

Cuando los servicios cubiertos sean provistos fuera del área de servicio de Triple-S Salud por proveedores que no participantes en la red, las cantidades que un asegurado paga por tales servicios generalmente estará basada en cualquiera de los dos: el pago local al proveedor que no participa con el Host

Blue o los acuerdos de pago requeridos por la ley aplicable del Estado. En estas situaciones, el asegurado puede ser responsable por la diferencia entre la cantidad que el proveedor no participante facture y el pago que Triple-S Salud realizará por los servicios cubiertos según lo establecido en este párrafo. Los pagos por servicios de emergencia fuera de la red son gobernados por leyes federales y estatales aplicables.

#### **D. Programa Blue Cross Blue Shield Global ® Core (sólo para personas aseguradas con la cubierta de Gastos Médicos Mayores)**

##### Información general

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

##### Servicio para pacientes internados

En la mayoría de los casos, si las personas aseguradas se comunican con el Blue Cross Blue Shield Global Core Service Center para recibir ayuda, los hospitales no requerirán a las personas aseguradas pagar por los servicios cubiertos de paciente internado, excepto por su copago/deducible/coaseguro. En tales casos, el hospital presentará las reclamaciones de la persona asegurada al

Blue Cross Blue Shield Global Core Service Center para iniciar el proceso de reclamación. Sin embargo, si la persona asegurada realiza el pago total al momento de recibir el servicio, la persona asegurada tiene que presentar una reclamación para poder recibir un reembolso por los servicios cubiertos. **Las personas aseguradas deben comunicarse con Triple-S Salud para obtener precertificación de servicios de paciente internado que no sean de emergencia.**

Servicios para pacientes ambulatorios

Los médicos, centros de urgencia y otros proveedores para pacientes ambulatorios ubicados fuera del área de servicio de BlueCard, típicamente requieren que las personas aseguradas paguen el monto total cuando reciban el servicio. Las personas aseguradas deben presentar una reclamación para obtener un reembolso por los servicios cubiertos.

Cómo presentar una reclamación a Blue Cross Blue Shield Global Core

Cuando las personas aseguradas pagan por los servicios cubiertos fuera del área de servicio de BlueCard, ellos deben presentar una reclamación para recibir reembolso. Para las reclamaciones institucionales y profesionales, las personas aseguradas deben completar un formulario de reclamación de Blue Cross Blue Shield Global Core y enviar el formulario de reclamación con el estado de cuenta detallado del proveedor a la dirección de Blue Cross Blue Shield Global Core Service Center para iniciar el proceso de reclamación. Usted puede obtener el formulario de reclamación llamando a Triple-S Salud, al Blue Cross Blue Shield Global Core Service Center o en línea en [www.bcbsglobalcore.com](http://www.bcbsglobalcore.com). Las personas aseguradas que necesiten ayuda para presentar sus reclamaciones, deben llamar a Blue Cross Blue Shield Global Core Service Center al 1-800-810-BLUE (2583) o llamar a cobro revertido al 1-804-673-1177, las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Se sustituye la siguiente parte:

---

**SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO PACIENTE**

---

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

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

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

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

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

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

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

Todo individuo tiene derecho a:

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

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

En caso de cancelación del proveedor o que el plan de salud cese, la persona asegurada tiene que ser notificada de dicha cancelación con por lo menos 30 días de anticipación. En caso de

cancelación y sujeto al pago de la prima, la persona asegurada tiene derecho a continuar recibiendo los beneficios por un período de transición de 90 días. En caso de que se encuentre hospitalizado al momento de la fecha de cancelación y la fecha de alta haya sido programada antes de la fecha de terminación, el período de transición se extiende 90 días después de la fecha en que sea dado de alta. En caso de una persona asegurada durante su embarazo y la cancelación ocurre en el segundo trimestre, el período de transición se extiende hasta la fecha de alta de la persona asegurada después del parto o de la fecha de alta del neonato, la que fuera última. En caso de pacientes diagnosticados con una condición terminal, antes de la fecha de terminación del plan y que continúe recibiendo servicios por esa condición antes de la fecha de terminación del plan, el período de transición se extiende durante el tiempo restante de la vida del paciente.

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

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

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

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

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

plenamente de las decisiones sobre su cuidado médico.

- Recibir toda la información necesaria y las opciones de tratamiento disponibles, los costos, riesgos y probabilidades de éxito de dichas opciones.
- Uso de directrices o guías adelantadas en relación a su tratamiento, o designar a una persona que actúe como su tutor en caso de ser necesario para la toma de decisiones. Su proveedor de servicios de salud debe respetar y acatar sus decisiones y preferencias de tratamiento.
- Ningún plan de cuidado de salud puede imponerle cláusulas de mordaza, penales o de otro tipo que interfieran con la comunicación médico-paciente.
- Todo profesional de la salud debe proveerle la orden médica para pruebas de laboratorio, rayos X o medicamentos para que pueda escoger la instalación en que reciba los servicios.

#### **Derecho en cuanto a respeto y trato igual**

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

#### **Derecho a confidencialidad de información y récords médicos**

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

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

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

#### **Derechos en cuanto a quejas y agravios**

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

#### **Su responsabilidad como paciente es:**

- Proveer la información necesaria sobre planes médicos y el pago de cualquier cuenta. Conocer las reglas de coordinación de beneficios.

- Informar al asegurador cualquier instancia o sospecha de fraude contra el seguro de salud. En caso de sospecha de fraude contra el seguro de salud, usted debe comunicarse con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 787-774-6060 o a través de nuestro portal de Internet [www.ssspr.com](http://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.

Se sustituye la siguiente parte:

---

## NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

---

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

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

### NUESTRA RESPONSABILIDAD LEGAL

Triple-S Salud, Inc. es requerida por ley de mantener la confidencialidad, privacidad y seguridad de su información de salud. De igual forma es requerida por ley de proveerle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad y sus derechos con respecto a su información de salud. Seguiremos las prácticas de privacidad descritas en este aviso mientras el mismo esté en vigor.

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

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

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

### RESUMEN DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

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

- Información que usted provee en solicitudes y otros documentos para obtener un producto o servicio.

- Información que proviene de transacciones efectuadas con nosotros o con nuestras afiliadas.
- Información que proveen las agencias de crédito.
- Información de proveedores de servicios de salud.
- Programas de salud gubernamentales.

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

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

## LEYES Y REGULACIONES

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

**HITECH:** Ley titulada como “Health Information Technology for Economic and Clinical Health” (HITECH). Esta ley promueve la adopción y el uso significativo de la tecnología de información

de salud. También se ocupa de privacidad y seguridad asociada a las transmisiones electrónicas de información de salud, en parte, a través de varias disposiciones que fortalecen la ejecución civil y criminal de las Reglas de HIPAA.

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

## USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACION DE SALUD

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

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

**Divulgaciones a usted:** Estamos obligados a divulgarle a usted la mayor parte de su PHI. Esto incluye, pero no está limitado, a toda información relacionada con su historial de reclamaciones y utilización del plan. Por ejemplo: Usted tiene el derecho a solicitar historial de reclamaciones, historial de medicamento y cualquier otra información que sea relacionadas a su información protegida de salud.

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

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

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

para proveer información de elegibilidad a su proveedor de servicios de salud cuando reciba tratamiento.

**Operaciones de cuidados de salud:** Para servicios legales y de 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. Por ejemplo: El plan puede utilizar o divulgar su información de salud para comunicarse con usted para proveerle recordatorios de reuniones, citas o información sobre tratamientos.

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

**Entidades Cubiertas Afiliadas:** En las funciones como administrador del seguro o beneficio, podremos usar y divulgar PHI a Triple-S Advantage, Inc.

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

**Su patrono u organización que auspicia su seguro grupal de salud:** Podemos divulgar su información de salud al patrono u otra organización que auspicie su plan de salud grupal, con el fin de facilitar la administración del mismo, como las altas y bajas del plan de salud. También podemos divulgar información de salud resumida. Esta resume el historial de reclamaciones, gastos por reclamaciones o cubiertas, o tipos de reclamaciones experimentadas por los participantes del plan.

**Para propósitos de investigación:** Podemos utilizar o divulgar su PHI a investigadores, si una Junta Revisora Institucional o un Comité de Ética ha revisado la propuesta de investigación y ha establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información y ha aprobado la investigación como parte de un conjunto limitado de datos que no incluye identificadores individuales.

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

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

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

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

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

**Actividades de monitoreo de agencias reguladoras:** Podemos divulgar información médica a una agencia de reguladora como Departamento de Salud Federal (DHHS) para los propósitos de auditorías, monitoreo de cumplimiento con la regulación, investigaciones, inspecciones o licencia. Estas divulgaciones

pueden ser necesarias para ciertas agencias estatales y federales para monitorear el sistema de atención de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.

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

- Actividades de salud pública, incluyendo el informe de estadísticas de enfermedades e información vital, funciones gubernamentales especializadas, entre otros;
- Monitoreo de Agencias Reguladoras y Prevención de Fraude
- Informar abuso o negligencia contra menores o adultos o violencia doméstica;
- Actividades de las agencias reguladoras;
- Respuesta a órdenes judiciales o administrativas;
- A los oficiales del orden público o asuntos de seguridad nacional;
- Para prevenir una amenaza inminente a la salud o seguridad públicas;
- Para propósitos de almacenamiento o trasplantes de órganos, ojos o tejidos;
- Para propósitos de investigaciones estadísticas;
- Para propósitos de descendientes;
- Según requerido o permitido por las leyes aplicables.

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

**Servicios relacionados con su salud:** Podemos usar su información de salud para ofrecerle información sobre beneficios y servicios relacionados con su salud, o alternativas de tratamiento que pudieran ser de interés. Usaremos su información para llamarle o escribirle para recordarle sus citas médicas o las pruebas preventivas que necesite de acuerdo 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 divulgada por el recipiente de la misma y no estar protegida por las leyes de privacidad aplicable. Usted tiene derecho a revocar la autorización por escrito en cualquier momento, pero su revocación no afectará los usos o divulgaciones permitidos por su autorización mientras la misma estuvo vigente. Nosotros guardaremos registro de las autorizaciones o revocaciones otorgadas por usted.

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

Antes de divulgar su información médica a alguna persona relacionada con su cuidado médico o con el pago de los servicios de salud, le provereemos la oportunidad de objetar dicha

divulgación. Si usted no se encuentra presente, está incapacitado(a) o es una situación de emergencia, utilizaremos nuestro juicio profesional en la divulgación de información que entendamos resultará en su mejor interés.

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

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

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

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

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

**Informe de Divulgaciones:** Usted tiene derecho a recibir una lista de las instancias ocurridas en que nosotros o nuestros socios de negocio hayamos divulgado su información de

salud para asuntos no relacionados a tratamiento médico, pago de servicios de salud, operaciones de cuidado de salud, o según su autorización. El informe indicará la fecha en que se hizo la divulgación, el nombre de la persona o entidad a la que se divulgó su información, una descripción de la información divulgada y la razón para la divulgación. Si usted solicita este informe más de una vez dentro de un 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. Nosotros no tenemos que estar de acuerdo con su solicitud, pero si la aceptamos, nos regiremos por la misma (excepto en caso de una emergencia). Su solicitud y nuestro acuerdo de implementar restricciones adicionales en el manejo de su información de salud debe ser por escrito.

**Comunicación confidencial:** Usted tiene el derecho de solicitar que nuestras comunicaciones hacia usted relacionadas con su información de salud sean realizadas por métodos alternos o dirigidas a direcciones alternas. Debe presentar una solicitud por escrito. Podríamos aceptar su solicitud si ésta es razonable, especifica las formas o localizaciones alternas.

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

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

**Aviso en caso de violaciones de Privacidad y Seguridad en que su información esté en riesgo:** Nosotros le notificaremos de manera oportuna si ocurre un incidente que comprometa la privacidad, seguridad y confidencialidad de su información protegida de salud. **Aviso por medios electrónicos:** Si usted recibió este aviso por medio del portal [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com) o por correo electrónico (e-mail), usted tiene derecho a recibir una copia a papel del mismo.

### PREGUNTAS Y QUEJAS

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

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

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

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

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

Email to [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)

Customer Response Center: (800) 368-1019  
Fax: (202) 619-3818 TDD: (800) 537-7697

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

If you would like to receive an English version of this notice, please contact us at the address above or visit our website at <https://salud.grupotriples.com/en/privacy-policy/>.