

A los Estudiantes de la Universidad de Puerto Rico

BIENVENIDOS A TRIPLE-S SALUD

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

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

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

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

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

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



Juan R. Serrano
Director de Estrategia y Presidente

Tabla de Contenido

BIENVENIDOS A TRIPLE-S SALUD	1
CONTACTOS.....	3
DEFINICIONES.....	7
ELEGIBILIDAD Y CONDICIONES ESPECIALES	10
ELEGIBILIDAD ESTUDIANTES	10
PERIODOS DE CUBIERTA.....	13
CUBIERTA BÁSICA.....	17
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN	17
SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS MIENTRAS EL PACIENTE ESTÁ HOSPITALIZADO	18
SERVICIOS DE EMERGENCIA	20
SERVICIOS MÉDICOS EN LA UNIVERSIDAD.....	21
SERVICIOS MÉDICO AMBULATORIOS	21
CUBIERTA DE SERVICIOS POR LEY LOCAL O FEDERAL	24
CUBIERTA DE SERVICIOS PREVENTIVOS.....	25
TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA CUBIERTA DE SERVICIOS MÉDICO AMBULATORIO	43
SERVICIOS PARA CÁNCER.....	44
SERVICIOS DE SALUD MENTAL	44
MATERNIDAD	44
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS ESPECIALIZADAS	45
INDEMNIZACIÓN AL ASEGURADO	50
EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA BÁSICA.....	50
TELECONSULTA.....	57
CUBIERTAS OPCIONALES	58
CUBIERTA DE FARMACIA (FQ-48) – ALTERNATIVA A (GENÉRICOS ÚNICAMENTE)	58
CUBIERTA DE FARMACIA (FI-14) – ALTERNATIVA B	78
CUBIERTA DE <i>MAJOR MEDICAL</i>	99
EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DE <i>MAJOR MEDICAL</i>	100
CUBIERTA DENTAL (DE-13)	102
EXCLUSIONES DEL PLAN DENTAL	106
PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR PREAUTORIZACIONES	107
PROCEDIMIENTO DE TRÁMITE DE PREAUTORIZACIONES	108
LEY HIPAA (<i>HEALTH INSURANCE AND ACCOUNTABILITY ACT</i>)	112
USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA.....	113
LIMITACIONES AL ACCESO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA.....	114
SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO PACIENTE.....	115
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD	119
AYUDAS EN CASOS DE DESASTRES Y SITUACIONES DE EMERGENCIA	127
PROGRAMAS GUBERNAMENTALES DE BENEFICIOS	127
DERECHOS INDIVIDUALES.....	127
PROGRAMA <i>BLUECARD</i>	130
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS.....	130
CLAÚSULA DE CONVERSIÓN	132
DISPOSICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA	135
APELACIONES DE DETERMINACIONES ADVERSAS DE BENEFICIOS	141

CONTACTOS

Departamento de Servicio al Cliente Nuestro Departamento de Servicio al Cliente está disponible siempre que tenga una pregunta o preocupación acerca de beneficios o servicios que Triple-S Salud ofrece a las personas aseguradas suscritos en esta póliza. Además, le puede responder sus preguntas, ayudarle a entender sus beneficios y le proporciona información acerca de nuestras políticas y procedimientos.	
Teléfono de Servicio al Cliente	787-774-6060 o 1-800-981-3241 (libre de cargos) Usuarios TTY llamen al TTY 787-792-1370 o 1-866-215-1999 (libre de cargos)
Horario de Operaciones del Centro de Llamadas:	• Lunes a viernes: 7:30 a.m. - 8:00 p.m. (AST) • Sábado: 9:00 a.m. - 6:00 p.m. (AST) • Domingo: 11:00 a.m. - 5:00 p.m. (AST)
Fax- Servicio al Cliente	787-706-2833
Teleconsulta	1-800-255-4375 (24/7)
BlueCard	1-800-810-2583 www.bcbs.com
Dirección Postal Servicio al Cliente	Triple-S Salud, Inc. Departamento de Servicio al Cliente PO Box 363628 San Juan, PR 00936-3628
Dirección de correo electrónico:	servicioalcliente@ssspr.com
Precertificaciones	Triple-S Salud, Inc. Departamento de Precertificaciones PO Box 363628 San Juan, PR 00936-3628 Fax: 787-774-4824
Programa de Manejo de Casos Programas de Manejo Clínico (asma, diabetes, fallo cardíaco, hipertensión y COPD (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), prenatal y Cesación de Fumar	787-706-2552 Usuarios TTY llamen al 787-792-1370 o 1-866-215-1999 Lunes a viernes de 7:00am-6:30pm (AST) Sábados: 8:00am-4:30pm (AST) Fax: 787-774-4824 commercialclinicalmanagement@ssspr.com

Centros de Servicio	
Plaza Las Américas (Entrada del Estacionamiento Norte) Lunes a sábado: 9:00 a.m. - 6:00 p.m. (AST) Domingo: Cerrado	Plaza Carolina (Segundo nivel al lado del Correo) Lunes a sábado: 9:00 a.m. – 6:00 p.m. (AST) Domingo: Domingo: 11:00 a.m. – 5:00 p.m. (AST)
Caguas Edificio Angora Ave. Luis Muñoz Marín Esq. Troche Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m. (AST)	Arecibo Edificio Caribbean Cinemas, Suite 101 Carretera #2 Km. 81.0 Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m. (AST)
Ponce 2760 Ave. Maruca Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m. (AST)	Mayagüez Carretera 114 Km. 1.1 Barrio Guanajibo Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m. (AST)
Persons who may need assistance due to: <i>Spanish is not the primary language</i> <i>Special Needs</i>	This information is available for free in English. Also, if you need oral interpretation services into any language other than Spanish or English, please contact our Call Center at 787-774-6060. Call Customer Service if you need free help in another language and format. If you need help reading or understanding our documents, we can also help. Written materials may be available in other formats, including evidence of coverage and ID Card in Braille. For telephone services for the hearing-impaired (TTY), call 787-792-1370 or 1-866-215-1999 (toll free) in the following business hours: - Monday thru Friday: 7:30 a.m. - 8:00 p.m. (AST) - Saturday: 9:00 a.m. - 6:00 p.m. (AST) - Sunday: 11:00 a.m. - 5:00 p.m. (AST)
Personas con Necesidades Especiales	Llame a Servicio al Cliente si necesita ayuda en otro idioma o formato. Si desea hablar en otro idioma, o necesita ayuda para leer o entender un documento, le podemos ayudar. Los materiales impresos pueden estar disponibles en otros formatos, incluyendo la evidencia de cubierta y tarjeta del plan en Braille. Usuarios TTY pueden llamar a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al TTY 787-792-1370 o 1-866-215-1999 (libre de cargos) durante el siguiente horario: - Lunes a viernes: 7:30 a.m. - 8:00 p.m. (AST) - Sábado: 9:00 a.m. - 6:00 p.m. (AST) - Domingo: 11:00 a.m. - 5:00 p.m. (AST)

Portal de internet	www.ssspr.com Las personas aseguradas cuentan con la opción de registrarse a nuestro portal donde pueden realizar transacciones, tales como: • Obtener información sobre sus beneficios • Información educativa de salud • Obtener una Certificación de Cubierta • Solicitar duplicados de la tarjeta de identificación • Revisar estatus de reembolsos • Obtener una carta de certificación de estudiante • Revisar su historial de servicios
Aplicación Móvil, Triple-S Salud	Descargue nuestra aplicación móvil y obtén acceso a información importante sobre su cubierta del plan médico. Con la aplicación de Triple-S Salud podrá: • Ver y enviar a través de email la tarjeta del plan a doctores de manera que pueda recibir servicios en caso de que no tenga la tarjeta física. • Ver la cubierta y beneficios del plan médico. • Ver los servicios de salud que ha obtenido. De esta manera podrá mantener un registro de los servicios médicos que usted y su familia han recibido. • Hallar el proveedor de servicios de salud más cercano para sus necesidades. • Tener a la mano información de contacto de Triple-S Salud como teléfonos, oficinas y correo electrónico. Accede la dirección web: https://salud.grupotriples.com/mi-triple-s/ IMPORTANTE: La aplicación Mi Triple-S solo está disponible para asegurados y dependientes mayores de 18 años en los planes de salud de Triple-S Salud.
Telexpreso	Línea automatizada para resolver asuntos relacionados con el plan médico a cualquier hora. Al llamar al (787) 774-6060 o 1-800-981-3241 (libre de cargos) puede: • Verificar su elegibilidad y la de sus dependientes • Verificar estatus de un reembolso • Recibir orientación sobre algunos procesos tales como someter un reembolso, solicitar duplicados de tarjeta, certificaciones, entre otros

AST- Tiempo estándar del Atlántico

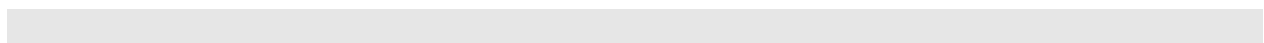
Triple-S Salud
Resumen de Cubierta¹
Plan de Salud de Libre Selección
Universidad de Puerto Rico - Estudiantes

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

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

Cumpliremos con nuestra misión corporativa:

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



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

Definiciones

- **Año póliza/ año póliza/ año académico:** Periodo de doce (12) meses que constituye el año académico del sistema universitario. En armonía con lo acordado por las partes, la fecha de comienzo es el primer día de clases.
- **Asegurado/ persona asegurada/ participantes:** Cualquier persona que haya solicitado cubierta al Plan Médico de Estudiantes de la Universidad de Puerto Rico y se le haya expedido una tarjeta como asegurado (a) y cuya validez no haya sido terminada.
- **Asegurador:** Triple-S Salud organización contratada para proveer a los (as) estudiantes y sus dependientes elegibles los beneficios estipulados en el Plan Médico de Estudiante de la Universidad de Puerto Rico.
- **Cirugía electiva:** Aquella que no necesita hacerse inmediatamente y que puede programarse a conveniencia y opción de las facilidades médicas y de la persona cubierta.
- **Congénito:** Peculiaridades, defectos o enfermedades existentes al momento del nacimiento.
- **Coaseguro:** Cantidad porcentual relativa al costo del servicio establecido en el contrato, a ser pagada por el (la) participante cubierto (a) directamente al médico o proveedor al momento de recibir los servicios. Esta cantidad no es reembolsable Triple-S Salud.
- **Copago:** Porción que paga el participante del plan médico para completar el costo del servicio médico y no es reembolsable por Triple-S Salud.
- **Contrato:** La relación contractual entre la Universidad de Puerto Rico y Triple-S Salud para que éste último provea los servicios de cuidado de salud a los estudiantes y dependientes elegibles, según términos y condiciones establecidos en acuerdo con la Universidad.
- **Deducible:** Cantidad fija establecida en el contrato, a ser pagada por el (la) participante cubierto(a) al momento de recibir los servicios y que no es reembolsable por Triple-S Salud.
- **Desembolso Máximo:** Es la cantidad máxima establecida que la persona debe pagar durante el año póliza por los servicios médicos y hospitalarios. Antes de alcanzar la cantidad de desembolso máximo establecida en esta póliza, la persona asegurada pagará los deducibles, copagos o coaseguros por el cuidado médico y hospitalario recibido a través de los proveedores participantes del plan. Una vez usted alcance la cantidad de desembolso máximo establecida en esta póliza, el plan le pagará el 100% de los gastos médicos cubiertos bajo esta póliza. Los servicios

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

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

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

Elegibilidad y Condiciones Especiales

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

Elegibilidad Estudiantes

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

evaluada por la aseguradora en un periodo no mayor de treinta (30) días a partir de la fecha del evento.

Dependientes Directos:

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

Normas y Disposiciones para Hijos (as):

- Hijos (as) reconocidos o adoptados son elegibles para los beneficios del Plan Médico de Estudiantes y el (la) estudiante debe presentar evidencia al momento de la matrícula. (Certificado de Nacimiento).
- Todo (a) estudiante que durante la vigencia del contrato se convierta en padre o madre, tiene derecho a incluir a su hijo (a) en el Plan Médico de Estudiante y cambiar el programa de Plan Individual a Plan Familiar haciendo una petición formal de cambio directamente con Triple-S Salud y pagando la diferencia en prima correspondiente. Para ello tiene que proveer directamente a Triple-S Salud con su petición de cambio, el Certificado de Nacimiento.
- Recién nacidos – los hijos (as) de los (as) estudiantes que nacen estando sus padres cubierto bajo el Plan Familiar son elegibles a partir de la fecha de su nacimiento siempre y cuando se notifique a Triple-S Salud dentro de los (30) días siguientes a su nacimiento.
 - El (la) estudiante tiene la responsabilidad de presentar la evidencia con la petición de inclusión del recién nacido directamente a Triple-S Salud (Certificado de Nacimiento).
 - Si el (la) estudiante no notifica el nacimiento del hijo y no presenta la evidencia requerida dentro del tiempo establecido directamente con Triple-S Salud la efectividad de la cubierta será a partir de la fecha en que notifique o presente la evidencia del nacimiento del hijo (a) directamente a Triple-S Salud.
 - Todos los hijos (as) serán automáticamente excluidos del Plan Médico de Estudiantes al cumplir veintiséis (26) años.
 - De igual forma hijos (as) que contraen matrimonio pierde elegibilidad al Plan Médico de Estudiantes.
 - Hijos (as) que pierden la elegibilidad cualifican para un Plan Pago Directo que tenga disponible Triple-S Salud.
 - Los servicios utilizados por los hijos (as) del (la) estudiante después de la fecha de perder la elegibilidad serán responsabilidad exclusiva del (la) estudiante el rembolsar el costo de los mismos directamente a Triple-S Salud.

Periodos de Cubierta

- La cubierta contempla anualmente tres (3) sistemas académicos diferentes:
 - **Semestres** -Las unidades que utilizan el sistema académico de semestres necesitarán la prima para tres (3) periodos de cubierta, a saber, primer semestre académico, segundo semestre académico (incluye verano) y verano exclusivamente.
 - **Trimestres /Cuatrimestres** -Las unidades que utilizan el sistema académico de trimestres o cuatrimestres, necesitan la prima anual dividida en tres partes. Estos trimestres comienzan en agosto, noviembre y marzo de cada año académico. En el caso de cuatrimestres comienzan en septiembre, enero y abril.
 - **Anual** -La unidad que utiliza el sistema académico anual necesita una sola prima para cubrir al estudiante por todo el año.
- El inicio de cubierta será el primer día regular de clases de cada periodo académico. Los (as) estudiantes suscriptos (as) durante un periodo académico estarán cubiertos (as) hasta finalizar el día anterior al primer día regular de clases del siguiente periodo académico.
- Todos los términos de cubierta empezarán y terminarán a la 00:01 A.M. hora oficial de Puerto Rico.
- Triple-S Salud se compromete a cubrir a los (las) estudiantes de la Universidad de Puerto Rico contra gastos médicos-quirúrgicos por consultas, tratamientos y servicios provistos por médicos-cirujanos, especialistas y sub-especialistas, de hospitalización, laboratorios, etc., que resulten de lesiones o enfermedades.
- El (la) estudiante de la Universidad de Puerto Rico será elegible de forma individual o familiar para la cubierta ofrecida bajo el contrato y quedará cubierto (a) efectivo el primer día de clases después de su registro o matrícula y de haberse pagado la prima correspondiente al Plan Individual o al Plan Familiar. Triple-S Salud se compromete a prestar el servicio médico a aquellos (as) estudiantes que de manera involuntariamente la Universidad no haya pagado su seguro médico, siempre y cuando la Universidad certifique que el estudiante tenía derecho a dicho servicio y que se remita la prima correspondiente a la cubierta elegida.
- La cubierta de cualquier estudiante sea bajo el Plan Individual o el Plan Familiar, terminará (a) en la fecha en que termine el contrato; (b) si el estudiante se retira de la Universidad, el primer día regular de clases del semestre escolar que siga al semestre de su retiro. El (la) estudiante tendrá derecho a convertir la cubierta de seguro médico a un seguro individual o familiar de pago directo dentro de los treinta (30) días inmediatamente siguientes a la terminación, sujeto a los términos

establecidos por Triple-S Salud dentro de su ofrecimiento. La terminación del seguro no afectará ninguna reclamación por tratamiento en servicios efectuados antes de la fecha de terminación. Tampoco afectará a ninguna reclamación de un (a) participante que estuviera hospitalizado (a) al momento de la terminación. Esto es, la cubierta de seguro médico se extenderá hasta que el (la) participante sea dado de alta de dicha hospitalización, nunca ha de transcurrir más de noventa (90) días luego de terminado el periodo por el cual pagó la prima y sujeto al límite de beneficios establecidos en la cubierta.

Tabla de Deducibles y Coaseguros	
Cubiertas	Deducibles y Coaseguros
Servicios Médicos en el Recinto o Unidad	
Todos los servicios médicos	0%
Servicios Hospitalarios	
Admisión al hospital	\$25.00
Emergencia traumática (accidente)	\$0.00
Emergencia médico-aguda (enfermedad)	\$10.00
Visitas Médicas	
Consulta médico generalista	\$3.00
Consulta médico especialista y optómetras	\$3.00
Consulta médico subespecialista, siquiátras, sicólogos y podiatras	\$3.00
Servicios Ambulatorios	
Radioterapia, quimioterapia, cobalto y braquiterapia	0%
Laboratorios clínicos y rayos x	20%
Pruebas de alergia	20%
Sonogramas, tomografías computadorizadas (CT), medicina nuclear, resonancia magnética (MRI), pruebas cardiovasculares y vasculares (invasivas y no invasivas) y pruebas neurológicas (tales como: nerve conduction, electromiogramas y EEC (electroencefalomafías), endoscopias y laparoscopias.	25%
Vacunas	\$5.00
Terapia respiratoria	\$2.00
Terapia física	\$2.00
Medicinas en Farmacia (FQ-48)	
Medicamentos genéricos únicamente mandatorios	\$8.00 \$0 copago por anticonceptivos orales y contraceptivos aprobados por la FDA con receta del médico. \$15.00 de copago para medicamentos de marca indicados.

Medicinas en Farmacia (FI-14)	
Medicamentos genéricos mandatorios y marca	\$5.00 \$0 copago por anticonceptivos orales y contraceptivos aprobados por la FDA con receta del médico.
Major Medical	
Deducible por estudiante Deducible	\$100.00 (individual) \$300.00 (familia)
Desembolso máximo por estudiante	\$2,000
Coaseguro	20%
Dental (DE-13)	
Servicios preventivos	0%
Servicios restaurativos	25%
Servicios de Ortodoncia	30%

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

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

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

Cubierta Básica

Servicios de Hospitalización

- Cama en habitación semi-privada sin límite de días
- Comidas, incluye dietas especiales
- Servicios usuales de enfermería
- Uso de sala de operaciones
- Uso de sala de recuperación, si la hubiese disponible
- Anestesia y su administración
- Pruebas de laboratorios y rayos x
- Electrocardiogramas
- Quimioterapia en sus métodos de administración (intravenosa, oral, inyectable o intratecal), según sea la orden del médico especialista u oncólogo. La quimioterapia oral está cubierta bajo el beneficio de farmacia.
- Tratamientos de radioterapia y cobalto
- Uso de unidad de cuidado intensivo y coronaria
- Terapia respiratoria, limitadas a siete (7) por condición
- Uso de materiales de curación y medicinas
- Sangre, plasma y sus derivados para transfusiones
- Pruebas patológicas de los tejidos
- Oxígeno
- Terapia física, máximo de veinte (20) terapias por condición.
- Electroencefalogramas

- Ambulancia terrestre para transportar al paciente entre una institución hospitalaria y otra, por recomendación médica, hasta un máximo de ochenta (\$80) dólares por ocurrencia a base de reembolso y/o cualquier servicio prestado a través del sistema 9-1-1.
- Servicios preventivos cubiertos con cero copago o coaseguro, según requerido por las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA).
- Cualquier otro servicio necesario para el tratamiento del paciente, que usualmente se ofrece por el hospital dentro de lo acordado en la negociación con Triple-S Salud.

Servicios Médico-Quirúrgicos Mientras el Paciente está Hospitalizado

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

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

- El (la) participante escogerá libremente el hospital, el médico especialista y el laboratorio dentro de aquellos que hayan sido contratados por Triple-S Salud. Aquellos casos que requieran ser hospitalizados pueden ser ordenados por los médicos especialistas y sub-especialistas. Todas las cirugías y hospitalizaciones deben ser preautorizadas por Triple-S Salud. El (la) participante que sea hospitalizado (a) sin haber cumplido con este requisito se le aplicará una penalidad de cien dólares (\$100) correspondientes a los servicios médicos prestados por dicha hospitalización.
- En casos de emergencias, no se requerirá preautorización para obtener el servicio.
- Si el (la) participante ha sido autorizado (a) por escrito por un médico participante del plan a recibir servicios de hospitalización y este (a) escogiera utilizar los servicios de hospitales no contratados por Triple-S Salud ya sea dentro o fuera de

los límites geográficos de Puerto Rico por emergencia, el (la) participante deberá pagar por los servicios obtenidos. Triple-S Salud le reembolsará hasta un máximo de cien dólares (\$100) diarios por todos los servicios cubiertos por el Plan Médico. El (la) estudiante es responsable de hacer la reclamación directamente a Triple-S Salud.

- Si el (la) participante ha sido autorizado (a) por escrito por un médico participante del plan a recibir servicios médico-quirúrgicos durante periodos de hospitalización y éste (a) decide utilizar los servicios de médicos-cirujanos no contratados por Triple-S Salud el (la) participante deberá pagar por los servicios obtenidos. El reembolso en este caso estará limitado al noventa por ciento (90%) de la cantidad que Triple-S Salud le hubiese pagado a un médico contratado si el servicio es prestado dentro de los límites geográficos de Puerto Rico. Si los servicios son prestados fuera de los límites geográficos de Puerto Rico por emergencia, el reembolso será el gasto incurrido hasta un máximo de la cantidad que le hubiese sido pagado a un médico contratado por un servicio similar. El (la) participante del Plan Médico es responsable de hacer la reclamación de reembolso directamente a Triple-S Salud.
- Cuando un (a) participante escoja una habitación privada será responsabilidad de éste (a) pagar la diferencia entre el cincuenta por ciento (50%) del *perdiem* que paga Triple-S Salud al hospital y la tarifa que tenga establecida para una habitación privada. En este caso el hospital podrá cobrar al (la) paciente la diferencia entre lo que le paga Triple-S Salud y la tarifa usual y acostumbrada.
- Todo (a) participante al que se le recomiende alguno de los siguientes procedimientos quirúrgicos en forma electiva deberá obtener una preautorización del asegurador, previo a practicarse el procedimiento. El (la) participante que sea intervenido quirúrgicamente sin haber cumplido con este requisito se le aplicará una penalidad de cien dólares (\$100) correspondientes a la deuda de los servicios médicos prestados por estos procedimientos quirúrgicos. Se dispone en esta cláusula que toda certificación previa emitida por Triple-S Salud al participante deberá ser honrada. Por cirugías electivas deberán entenderse las siguientes:
 - **Septoplastia** -Operación para reparar tabique nasal
 - **Tonsilectomía** -Operación para remover amígdalas
 - **Adenoidectomía** -Operación para remover adenoides
 - **Hemorroidectomía** -Operación para cortar hemorroides (Almorranas)
 - **Herniorrafía** -Operación para reparación de una hernia
 - **Colecistectomía** -Operación para remover la vesícula biliar
 - **Histerectomía** -Operación para remover la matriz

- **Cesáreas Electivas** -Se consideran electivas a partir de la segunda
- **Preparación de los Tubos de Falopio** -Operación para abrir o unir los tubos de falopio
- **Varicocelelectomía** -Operación para extirpar un varicocele, localizado en el testículo
- **Laminectomía** -Operación para corregir condición de discos en la espina dorsal, donde se saca parte del disco
- **Fusión Espinal para Escoliosis** -Operación para corregir defecto en la curvatura de la espina dorsal
- **Fusión Espinal con Remoción del Disco Intervertebral** -Operación similar a la anterior, pero con unión de las vértebras
- **Operación por Incisión de Venas Varicosas**
- **Reparaciones de Útero para Corregir Relajamiento Pélvico**
- **Enteroccele, Cistoccele, Rectoccele**
- **Discos**

Servicios de Emergencia

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

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

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

Servicios Médicos en la Universidad

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

Servicios Médico Ambulatorios

- Visitas a oficinas de médicos para consultas, tratamientos y curaciones por médicos generalistas, especialistas y sub-especialistas en forma ilimitada
- Cirugía ambulatoria
- Terapia física por indicación médica de un ortopedista o fisiatra, hasta un máximo de veinte (20) sesiones de terapias por condición.
- Endoscopias gastrointestinales
- Servicios de optometría, una (1) prueba de refracción por año póliza.
- Servicios por condiciones de tuberculosis

- Servicios de laboratorio y rayos-X que sean ordenados por un médico.
- Prueba de Papanicolau, una (1) por año póliza.
- Terapia respiratoria, sin límites
- Pruebas de alergia hasta un máximo de cincuenta (50) por año póliza.
- Prueba de audiometría, una (1) por año póliza por persona asegurada, siempre y cuando sea ordenada por un médico, a través de reembolso.
- Pruebas de embarazo en sangre, hasta una (1) por año, por participante.
- Servicios por condiciones mentales, dependencia a sustancias controladas y alcohol.
- Servicios de ambulancia hasta un máximo de ochenta dólares (\$80) por ocurrencia. Ésta se limitará al transporte del (la) paciente en caso de emergencia del lugar del accidente hasta el hospital más cercano y al transporte del (la) paciente entre una institución hospitalaria a otra, por recomendación médica y/o cualquier servicio prestado a través del sistema 911, según los estándares o el protocolo establecido.
- Vacunas

CUBIERTA ESTÁNDAR DE VACUNACIÓN PARA MENORES, ADOLESCENTES Y ADULTOS

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

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

Vacunas cubiertas con \$0 copago
• Hib-HepB (90748) • ROTA- Rotavirus Vaccine (90680) • ROTA- Rotavirus Vaccine, human – Rotarix (90681) • IPV- Inactivated Poliovirus Vaccine – injectable (90713) • Hib- Haemophilus Influenza B Vaccine (90647, 90648) • Menomune- Meningococcal Polysaccharide Vaccine 90733) • MCV- Meningococcal Conjugate Vaccine – Menactra y Menveo (90734)

- **PPV-** *Pneumococcal Polysaccharide Vaccine* (90732)
- **FLU-** *Influenza Virus Vaccine* (90630, 90653, 90654, 90655, 90656, 90657, 90658, 90661, 90662, 90673, 90674, 90685, 90686, 90687, 90688)
- **PCV-** *Pneumococcal Conjugate Vaccine - Prevnar 13* (90670)
- **DTaP-** *Diphtheria, Tetanus Toxoid and Acellular Pertussis Vaccine* (90700)
- **DT-** *Diphtheria, Tetanus Toxoid* (90702)
- **HPV*-** *Human Papilloma Virus* (Gardasil (90649), Cervarix (90650), 9vHPV (90651))
- **Tdap-** *Tetanus, Diphtheria and Acellular Pertussis* (90715)
- **Zoster-** *Zostavax* (90736), *Shingrix* (90750)
- **MMR-** *Measles, Mumps and Rubella Vaccine* (90707)
- **VAR-** *Varicella Virus Vaccine* (90716)
- **HEP A** *Hepatitis A Vaccine* (90632, 90633, 90634)
- **HEP A-HEP B** *Hepatitis A and Hepatitis B Vaccine* (90636)
- **Td-** *Tetanus and Diphtheria Toxoid Adsorbed* (90714)
- **HEP B-** *Hepatitis B Vaccine* (90740, 90743, 90744, 90746, 90747)
- **Meningococcal B** (90620, 90621)
- **Pentacel** (90698)
- **DtaP-IPV-HEP B** (*Pediarix*, 90723)
- **Kinrix** (90696)
- **Dengue****

Vacunas sujetas a coaseguro 20% coaseguro

Inmunopprofilaxis para el virus sincitial respiratorio (Synagis, Palivizumab) (90378) - Cubre con precertificación siguiendo el protocolo establecido por Triple-S Salud.

***Para personas aseguradas de 9 a 27 años o más jóvenes con historial de abuso o asalto sexual.**

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

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

CUBIERTA DE SERVICIOS POR LEY LOCAL O FEDERAL

Cubierta de Servicios por Ley Local o Federal

Esta póliza le provee a la persona asegurada, incluyendo aquella con diagnóstico de VIH o SIDA, con incapacidad física o mental, todos los beneficios ofrecidos en esta póliza incluyendo los servicios requeridos por ley local y federal.

Los servicios preventivos de cernimiento, de acuerdo a la edad preescolar del menor, requeridos por la Ley Núm. 296 de 1 de septiembre de 2000 están cubiertos por esta póliza. De acuerdo a la carta normativa Núm. N-AV-7-8-2001, el Departamento de Educación tiene la responsabilidad de asegurar que al inicio de cada año escolar cada niño haya recibido su evaluación médica anual. Dicha evaluación médica deberá incluir evaluación física, mental, salud oral, cernimiento de visión y audición, además de todos los cernimientos periódicos recomendados por la Academia Americana de Pediatría.

En cumplimiento con la ley 97 de 15 de mayo de 2018 (Carta de Derechos de las Personas que tienen el Síndrome de Down), esta póliza cubre los servicios requeridos para asegurados con Síndrome de Down, incluyendo pruebas genéticas, neurología, inmunología, gastroenterología y nutrición, visitas médicas y las pruebas referidas médicamente y los servicios terapéuticos con enfoque remediativo para vida independiente o vivienda asistida para adultos mayores de 21 años de edad; sujeto a los límites, copagos y coaseguros establecidos en la póliza.

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 el 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 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
Cáncer colorrectal	De acuerdo con la orden administrativa 334 del Departamento de Salud, se cubre un cernimiento anual de cáncer colorrectal mediante prueba de sangre oculta en adultos de 40 años en adelante. Si la persona tiene historial familiar de cáncer colorrectal, el cernimiento anual se realiza mediante la colonoscopia y no por la prueba de sangre oculta. El USPSTF recomienda cernimiento de cáncer colorrectal mediante prueba de sangre oculta, sigmoidoscopia, colonoscopia o prueba serológica en adultos de 45 a 75 años. Los riesgos y beneficios de estos métodos de cernimiento varían.
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
Cernimiento Hepatitis B: en adolescentes y adultos que no están en estado de embarazo	Cernimiento de Hepatitis B para adultos con alto riesgo de infección.

Servicio Preventivo	Indicación
Cernimiento de infección del virus de la Hepatitis C: adolescentes y adultos	Detección de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) en adultos de 18 a 79 años.
Cernimiento de hipertensión para personas aseguradas que no tienen un diagnóstico de la condición	Cernimiento de hipertensión para adultos de 18 años en adelante. Se deben obtener las medidas fuera del entorno clínico para confirmar el diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.
Cernimiento de cáncer del pulmón	Cernimiento anual para cáncer del pulmón a través de tomografía computadorizada para adultos entre las edades de 50 a 80 años con historial de fumar veinte (20) paquetes al año, que fuma actualmente o haya dejado de fumar durante los últimos 15 años. El cernimiento se discontinuará una vez la persona haya dejado de fumar por 15 años consecutivos o desarrolle un problema de salud que sustancialmente limite la expectativa de vida o la habilidad o probabilidad de tener una cirugía pulmonar para curar la enfermedad.
Cernimiento y consejería de obesidad para adultos	Los médicos pueden ofrecer o referir pacientes que tengan un Índice de Masa Corporal, (BMI por sus siglas en inglés) de 30kg/m ² o más a intervenciones conductuales intensivas de múltiples componentes.
Cernimiento de sífilis en personas aseguradas que no estén en estado de embarazo	Cernimiento de infección de sífilis a todas las personas aseguradas que tengan un riesgo alto de infección.
Cesar el uso de tabaco y medicinas: adultos que no están en estado de embarazo	El USPSTF recomienda que los médicos deben preguntar a todos los adultos sobre el uso del tabaco, aconsejar dejar el tabaco, ofrecer intervenciones de conducta y los medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA). Para aquellos que utilizan los productos para cesar el uso de tabaco, este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la FDA por noventa (90) días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año.

Servicio Preventivo	Indicación
Cernimiento de Tuberculosis: adultos	Cernimiento de infección de tuberculosis en poblaciones de alto riesgo.
Consumo dañino de alcohol: adultos	Cernimiento sobre el consumo dañino de alcohol en lugares de atención primaria en adultos con 18 años o más, incluyendo personas aseguradas en estado de embarazo, proveyéndole breves intervenciones de asesoramiento conductual para reducir el consumo de alcohol dañino a las personas involucradas en el consumo riesgoso o peligroso.
Consumo dañino de Drogas	Cernimiento sobre el consumo dañino de drogas en adultos con 18 años o más proveyéndole breves intervenciones de asesoramiento conductual. El cernimiento debe realizarse cuando los servicios para un diagnóstico preciso, tratamiento efectivo y una atención adecuada pueden ser ofrecidos o referidos.
Detección de prediabetes y diabetes tipo 2 en adultos asintomáticos de 35 a 70 años con sobrepeso u obesidad	El USPSTF recomienda la detección de prediabetes y diabetes tipo 2 en adultos de 35 a 70 años que tienen sobrepeso u obesidad. Los médicos deben ofrecer o derivar a los pacientes con prediabetes a intervenciones preventivas efectivas.
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.

Servicio Preventivo	Indicación
Estatinas para prevenir accidentes cardiovasculares en adultos: Medicamentos Preventivos	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: • entre 40 a 75 años • tienen uno o más factores de riesgo (dislipidemia, diabetes, hipertensión o fumar), y • 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.
Enfermedades de transmisión sexual	Consejería conductual intensiva para adolescentes y adultos sexualmente activos con un riesgo alto de contraer enfermedades de transmisión sexual.
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. Vacuna del COVID-19 para adolescentes mayores de 16 años y adultos, de acuerdo a las recomendaciones del <i>Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC)</i>.

Servicio Preventivo	Indicación
Profilaxis previa a la exposición al VIH para la prevención de la infección por VIH	El USPSTF recomienda que los médicos ofrezcan profilaxis previa a la exposición (PrEP) con terapia antirretroviral efectiva a las personas con alto riesgo de contraer el VIH.
Asesoramiento y prueba de cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH): adolescentes y adultos que no están en estado de embarazo	Asesoramiento sobre la prevención y cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) para personas aseguradas de 13 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.
Prevención de la obesidad en mujeres de mediana edad.	Asesoramiento a mujeres de mediana edad de 40 a 60 años con índice de masa corporal (IMC) normal o con sobrepeso (18.5-29.9 kg/m ²) para mantener el peso o limitar el aumento de peso para prevenir la obesidad. La consejería puede incluir una discusión individualizada sobre alimentación saludable y actividad física.
Prevención de caídas en adultos mayores: ejercicio o terapia física	Ejercicios y terapia física para prevenir caídas en adultos de 65 años en adelante que están a riesgo de sufrir caídas.

SERVICIOS PREVENTIVOS PARA ADULTOS, INCLUYENDO EMBARAZOS

Servicio Preventivo	Indicación
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).
Asesoramiento y Cernimiento del virus de la inmunodeficiencia humana	Asesoramiento anual y cernimiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana para todas las mujeres sexualmente activas.

Servicio Preventivo	Indicación
Cernimiento de bacterias en orina para personas embarazadas	El USPSTF recomienda la detección de bacteriuria asintomática utilizando cultivo de orina en personas embarazadas.
BRCA: Evaluación de Riesgo	Los proveedores de atención primaria deben realizar un cernimiento a personas que han tenido familiares con cáncer de seno, ovario, trompas o peritoneal, a través de herramientas diseñadas para identificar historial familiar que pudiera estar asociado con un aumento del riesgo de mutaciones potencialmente perjudiciales en los genes de susceptibilidad al cáncer de seno (BRCA1 o BRCA2). Las personas aseguradas que tengan un resultado positivo deben recibir consejería genética y, si es indicado luego de la consejería, la prueba BRCA.
Cáncer de seno: medicamentos preventivos	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 (prevención primaria) de 35 años o más y que tienen un riesgo bajo de reacciones adversas a medicamentos.

Servicio Preventivo	Indicación
Cernimiento de cáncer de seno (Diagnóstico y detección de cáncer de seno)	Conforme la Ley Núm. 10 de 3 de enero de 2020 “Ley del Derecho a la Detección Efectiva del Cáncer de Seno” establece que dentro de los beneficios de cuidado preventivo se cubra: • Una mamografía, personas aseguradas entre treinta y cinco (35) y treinta y nueve (39) años. • Una mamografía anual personas aseguradas de cuarenta (40) años o más. • Una mamografía anual, tratamiento de seguimiento o pruebas de diagnóstico suplementarias (MRI/Sonomamografías) personas aseguradas de cuarenta (40) años o más, que tienen senos de tejido clasificado como heterogéneamente denso o extremadamente denso.
Cernimiento de cáncer cervical	Cernimiento de cáncer cervical en personas aseguradas entre las edades de 21 y 29 años con la prueba de Papanicolaou cada tres (3) años. Para personas aseguradas entre las edades de 30 a 65 años una prueba cada 3 años con citología cervical, cada cinco (5) años con la prueba de alto riesgo para el virus del papiloma humano (hrHPV) o cada cinco (5) años con la prueba hrHPV en combinación con citología.
Cernimiento de clamidia	Cernimiento de clamidia para todas las personas aseguradas durante su embarazo y en personas aseguradas sexualmente activas de 24 años o menos, o mayores que tengan alto riesgo de infección.
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.

Servicio Preventivo	Indicación
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	Los médicos deben realizar un cernimiento de HIV a todas las personas embarazadas, incluyendo aquellas que se presentan para el parto y no se han realizado la prueba y que se desconoce su estatus de VIH. Se cubre sin copago para las personas embarazadas las siguientes pruebas: a. Primera prueba de VIH durante el primer trimestre de gestación en la primera visita prenatal, y b. Segunda prueba durante el tercer trimestre de gestación (entre las 28 y 34 semanas de embarazo).
Cernimiento 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.

Servicio Preventivo	Indicación
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 diabetes mellitus después del embarazo	Cernimiento de diabetes mellitus en mujeres con antecedentes de diabetes mellitus gestacional (DMG) que actualmente no están embarazadas y que no han sido diagnosticadas previamente con diabetes mellitus tipo 2. Idealmente, las pruebas iniciales deben realizarse dentro del primer año posparto y pueden realizarse tan pronto como 4 a 6 semanas después del parto.
Cernimiento de infección de sífilis durante el embarazo	Cernimiento de infección de sífilis a todas las personas aseguradas durante su embarazo.
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.

Servicio Preventivo	Indicación
Exámenes de detección de ansiedad	La Iniciativa de Servicios Preventivos para La Mujer recomienda la detección de ansiedad en mujeres adolescentes y adultas, incluyendo las que están embarazadas o posparto. Se desconocen los intervalos óptimos de detección y se debe utilizar el juicio clínico para determinar la frecuencia de la evaluación. Dada la alta prevalencia de trastornos de ansiedad, la falta de reconocimiento en la práctica clínica y múltiples problemas asociados con la ansiedad no tratada, los médicos deben considerar la detección de mujeres que no han sido examinadas recientemente.
Exámenes de detección de incontinencia urinaria en mujeres	La Iniciativa de Servicios Preventivos para La Mujer recomienda examinar a las mujeres para detectar la incontinencia urinaria como un servicio preventivo. Los factores asociados con un mayor riesgo de incontinencia urinaria incluyen el aumento de la paridad, el avance de la edad y la obesidad; sin embargo, estos factores no deben utilizarse para limitar el cernimiento. Varias herramientas de detección demuestran una precisión moderada a alta en la identificación de la incontinencia urinaria en las mujeres. Aunque se desconocen los intervalos mínimos de detección, dada la prevalencia de la incontinencia urinaria, es recomendable realizar la prueba anualmente ya que muchas mujeres no presentan síntomas y los múltiples factores de riesgo asociados con la incontinencia cambian con frecuencia.

Servicio Preventivo	Indicación
Lactancia	Apoyo y consejería, a través de un proveedor adiestrado en lactancia, durante el embarazo y/o en el periodo postparto, así como acceso al equipo de lactancia y los suplidos, por embarazo. El equipo y los suministros incluyen, entre otros, equipo eléctrico doble de lactancia y suministros para almacenar la leche materna. Incluye equipos y suministros según indicado clínicamente para apoyar a las madres que tengan dificultad de lactancia, así como a las que necesitan servicios adicionales.
Métodos Anticonceptivos	Los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA, incluso en el periodo inmediato postparto, 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.
Manejo de peso en personas aseguradas embarazadas	Intervenciones de consejería conductual para adolescentes y adultos dirigidas a promover un aumento de peso saludable y prevenir el aumento excesivo durante el embarazo.
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.

Servicio Preventivo	Indicación
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, servicios necesarios para el cuidado prenatal y postparto. Esta visita anual preventiva debe, cuando sea apropiado, incluir otros servicios preventivos recomendados. Si

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
Análisis de sangre	Cernimiento para recién nacidos.
Anemia/Hierro	Realizar evaluación de riesgos o pruebas de detección según corresponda, según las recomendaciones en la edición actual de la AAP Pediatric Nutrition: Policy of the American Academy of Pediatrics (capítulo de hierro). Suplemento de hierro para menores de 4 meses a 21 años que tengan riesgo de anemia.
Aplicación tópica de barniz de fluoruro	Aplicación (tópica) de barniz de fluoruro a dientes primarios para infantes y menores desde la erupción de los dientes primarios.
Audición	Cernimiento de audición para todos los recién nacidos y para menores una vez entre 11-14 años, una vez entre 15-17 años y una vez entre 18-21 años.

Servicio Preventivo	Indicación
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.
Cernimiento de bilirrubina	Cernimiento para recién nacidos.
Cernimiento de Autismo	Para menores de edad entre los 18 y 24 meses.
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.
Cernimiento hematocrito o de hemoglobina	Cernimiento para todos los menores de edad cuando exista un factor de riesgo.
Cernimiento de obesidad en menores y adolescentes	Para menores y adolescentes de 6 años en adelante, intervenciones intensas comprehensivas de comportamiento para promover un mejoramiento en el peso del menor.
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.
Cernimiento fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) en recién nacidos	Fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) en 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.
Desplazamiento cervical	Cernimiento para personas aseguradas sexualmente activas.
Depresión maternal	Cernimiento para madres de recién nacidos en las visitas de 1, 2, 4 y 6 meses.
Dislipidemia	Cernimiento para menores, una vez entre 9 y 11 años y una vez entre 17 y 21 años. Cernimiento para menores de edad a riesgo de desórdenes de lípidos. Edades: 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-17 años.
Enfermedad de célula falciforme (hemoglobinopatías)	Cernimiento de enfermedad de células falciformes en recién nacidos.

Servicio Preventivo	Indicación
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.
Hipotiroidismo	Cernimiento de hipotiroidismo congénito para recién nacidos.
Historial médico	Para todo menor de edad durante el desarrollo de 0 a 21 años.
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.
Presión arterial	Cernimiento para menores: 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-17 años.
Profilaxis ocular para gonorrea: medicamento preventivo	Medicamento tópico ocular para la prevención de Gonorrea en recién nacidos.
Salud oral	Evaluación de riesgo para menores de 0 a 11 meses, 1 a 4 años y 5 a 10 años.
Suplementos orales de fluoruro	Suplementos orales de fluoruro a partir de los 6 meses para menores cuyo suministro de agua es deficiente en fluoruro.
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.
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.
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))

Servicio Preventivo	Indicación
	Vacuna de COVID-19 para adolescentes mayores de 16 años y adultos, de acuerdo a las recomendaciones del <i>Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC)</i> .

Cubierta de Servicios por Ley Local o Federal

Esta póliza le provee a la persona asegurada, incluyendo aquella con diagnóstico de VIH o SIDA, con incapacidad física o mental, todos los beneficios ofrecidos en esta póliza incluyendo los servicios requeridos por ley local y federal.

Los servicios preventivos de cernimiento, de acuerdo a la edad preescolar del menor, requeridos por la Ley Núm. 296 de 1 de septiembre de 2000 están cubiertos por esta póliza. De acuerdo a la carta normativa Núm. N-AV-7-8-2001, el Departamento de Educación tiene la responsabilidad de asegurar que al inicio de cada año escolar cada niño haya recibido su evaluación médica anual. Dicha evaluación médica deberá incluir evaluación física, mental, salud oral, cernimiento de visión y audición, además de todos los cernimientos periódicos recomendados por la Academia Americana de Pediatría.

En cumplimiento con la ley 97 de 15 de mayo de 2018 (Carta de Derechos de las Personas que tienen el Síndrome de Down), esta póliza cubre los servicios requeridos para asegurados con Síndrome de Down, incluyendo pruebas genéticas, neurología, inmunología, gastroenterología y nutrición, visitas médicas y las pruebas referidas médicamente y los servicios terapéuticos con enfoque remediativo para vida independiente o vivienda asistida para adultos mayores de 21 años de edad; sujeto a los límites, copagos y coaseguros establecidos en la póliza.

Vacunas. Esta póliza cubre las vacunas establecidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), y según recomendado por el *Advisory Committee on Immunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention* y el Comité Asesor en Prácticas de Inmunización del Departamento de Salud de Puerto Rico. Para información específica de la cubierta, favor referirse a la sección Cubierta Estándar de Vacunación para Menores de Edad, Adolescentes y Adultos.

Para cumplir con la ley Núm. 43 de 16 de abril de 2020 (Ley para combatir el COVID-19) Triple-S Salud no requerirá copago, coaseguro, deducible, precertificación o referido a la persona asegurada por cuidado médico, estudios, análisis, diagnóstico y tratamiento de COVID-19, incluyendo hospitalización, siempre y cuando estos servicios sean brindados en Puerto Rico.

Protecciones para el asegurado bajo la ley 134 de 1 de septiembre de 2020

En cumplimiento con la ley 134 de 1 de septiembre de 2020, los derechos establecidos por esta ley para la persona asegurada, así como los beneficios que se cubren bajo esta póliza cuando son prestados por proveedores no participantes son los siguientes:

Los servicios que sean prestados por proveedores no participantes están cubiertos únicamente en casos de emergencia, según requerido por ley, y son pagados directamente al proveedor, luego de descontar el copago y/o coaseguro aplicable. Esto significa que usted es responsable del costo total de los servicios prestados por no participantes.

Los servicios de emergencia prestados por proveedores no participantes en Puerto Rico son pagados directamente al proveedor, luego de descontar el copago y/o coaseguro aplicable. La facilidad no le facturará en exceso de cualquier deducible, copago o coaseguro aplicable a los servicios que se reciben dentro de la red de proveedores participantes. Revise Servicios de Sala de Emergencia y Urgencia en la sección Servicios Médico-Quirúrgicos y de Diagnóstico en Forma Ambulatoria y la sección Cómo Funciona su Plan para detalles del manejo de los servicios a través de proveedores no participantes en casos de emergencia.

Triple-S Salud tiene una variedad de relaciones con otros planes Blue Cross Blue Shield (BCBS) en Estados Unidos. Siempre que usted acceda servicios de salud fuera del área geográfica que Triple-S Salud sirve, usted recibirá el servicio de dos tipos de proveedores: los participantes que tienen contrato con el otro plan BCBS en esa área geográfica y los que no tienen contrato. Los proveedores no participantes de BCBS pueden sólo cubrirse en casos de emergencia y usted puede ser responsable por la diferencia entre la cantidad que el proveedor no participante facture y el pago que Triple-S Salud realizará por los servicios. Revise la Sección Cubierta Ampliada en los Estados Unidos o, de tenerla suscrita, la cubierta de gastos médicos mayores, para que conozca los detalles de cómo se cubren estos servicios.

Revise los copagos y coaseguros que se presentan en esta póliza para que conozca su responsabilidad de pago al obtener los servicios cubiertos.

Es importante que antes de obtener un servicio, revise el Directorio de Proveedores y Participantes de Triple-S Salud visitando www.ssspr.com, registrándose en nuestra aplicación móvil para su Smartphone o comunicándose al 787-774-6060 (libre de cargos: 1-800-981-3241) de lunes a domingo de 6:00am a 10:00pm AST (Tiempo Estándar del Atlántico) para asegurarse que el proveedor es uno participante. Para saber si un proveedor es participante de BlueCross BlueShield, visite www.bcbs.com o llame al 1-800-810-2583. Reduzca sus desembolsos significativamente utilizando siempre proveedores dentro de la red.

Usted tiene derecho a:

- Obtener una descripción clara de los beneficios de salud fuera de la red de proveedores contratados, incluyendo la metodología utilizada por Triple-S Salud para determinar el monto permitido para los servicios fuera de la red. Favor de referirse a Servicios fuera de la Red de Proveedores Contratados en Puerto Rico en la Sección Cómo Funciona su Plan.

- Obtener información sobre la cantidad permitida que Triple-S Salud reembolsará e información sobre la responsabilidad de la persona asegurada de pagar la diferencia entre el monto permitido y los cargos facturados por un proveedor fuera de la red de proveedores contratados. Favor de referirse a Servicios fuera de la Red de Proveedores Contratados en Puerto Rico en la Sección Cómo Funciona su Plan.
- Obtener ejemplos de los costos anticipados para servicios fuera de la red de proveedores contratados facturados con frecuencia. Por ejemplo, pueden cobrarle sobre \$140 por una interpretación de una tomografía computadorizada realizada por un radiólogo o recibir una factura de sobre \$2,500 por una cirugía asistida por un robot (robotic assisted surgery). Estos ejemplos son para propósitos ilustrativos y la cantidad cobrada puede ser diferente a lo presentado ya que el proveedor no participante es el que determina el costo del servicio.
- Obtener información sobre si un proveedor de servicios médicos o de salud es miembro de la red de proveedores contratados.
- Acceder a una línea telefónica directa que operará al menos (16) horas diarias, (7) días a la semana para informarse sobre el estatus de la red de proveedores participantes y los costos.
- Sólo pagar el deducible, copago o coaseguro establecido en su póliza para los servicios prestados por proveedores participantes de Triple-S Salud.

Si recibe una autorización para realizarse un servicio cubierto con un proveedor participante y el estatus del proveedor cambia a no participante antes de obtener el servicio, recibirá una notificación tan pronto sea posible. Si no recibe el aviso al menos 30 días antes de que se realice el servicio autorizado, su responsabilidad económica será la misma como si hubiese continuado el proveedor siendo uno participante.

Los cargos inadvertidos e involuntarios por proveedores no participantes que se encuentran en una facilidad contratada no están sujetos a cobro o factura más allá de la responsabilidad económica incurrida bajo los términos del contrato de servicio dentro de la red (no aplica si usted fue notificado del costo y a sabiendas y voluntariamente determinó obtener el servicio). Cualquier intento por parte del proveedor de cobrar o facturar deberá ser informado inmediatamente al Departamento de Servicio al Cliente al 787-774-6060. Usted tiene derecho a comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros para informar o impugnar un cargo de un servicio provisto por un proveedor no participante:

Oficina del Comisionado de Seguros
 División de Investigaciones
 361 Calle Calaf
 World Plaza Building
 268 Ave. Muñoz Rivera
 San Juan PR 00918
 Teléfono: 787-304-8686
www.ocs.pr.gov

Si usted determina visitar u obtener un servicio de un proveedor no participante, pueden aplicar cargos adicionales según lo establezca el proveedor. Usted será responsable de la diferencia entre la cantidad facturada por el proveedor no participante y la tarifa establecida por Triple-S Salud para sus proveedores participantes, así como de cualquier copago o coaseguro aplicable al servicio prestado.

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

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

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

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

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

Telemedicina y Telesalud en Puerto Rico

Conforme a la ley 68 de 16 de julio de 2020, mientras dure la emergencia decretada por COVID 19, se autoriza la práctica de la Telemedicina y Telesalud en Puerto Rico sin necesidad de certificación. Además, la persona asegurada que reciba atención médica mediante el uso de la telemedicina o teléfono estará eximido de la cantidad fija que paga por este servicio o copago durante la vigencia de la emergencia.

Términos y Condiciones de la Cubierta de Servicios Médico Ambulatorio

- Los (as) participantes elegibles al Plan Médico de Estudiantes pagarán un copago de tres dólares \$3.00 al visitar un generalista, especialista o sub-especialista.
- Las consultas con neumólogos para condiciones de tuberculosis están cubiertas y sujeta al copago de tres dólares \$3.00.
- Los servicios prestados por psiquiatras y psicólogos para tratar condiciones mentales relacionadas con dependencia a sustancias controladas y alcohol están limitadas a veinte (20) visitas por participante durante el año académico. Aplicara el copago de tres dólares \$3.00.
- Los servicios correspondientes al tratamiento por dependencia a sustancias controladas, eberán ser prestados por médicos-cirujanos especialistas en psiquiatría o psicólogos. Aplica el copago de tres dólares \$3.00.
- En caso de hospitalización, se cubrirá hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días de hospitalización por año académico, a base del *Per-Diem* contratado por el asegurador. Estos servicios deberán ser preautorizados/precertificados por Triple-S Salud.
- Los servicios de fisioterapias están limitados a veinte (20) tratamiento por condición, hasta ocho (8) tratamientos adicionales justificados y certificados cada cuatro (4) tratamientos por el fisiatra a cargo del caso.
- El servicio de optometría es para cubrir una (1) refracción por año académico. El asegurador podrá ofrecer dicho servicio a través de oftalmólogos si no tiene contratación con los optómetras.
- Los médicos-cirujanos y laboratorios participantes facturaran al asegurador a base de las cantidades acordadas para tales propósitos.
- Si el (la) participante escogiera utilizar los servicios de médicos-cirujanos no contratados por el asegurador este deberá pagar por los servicios obtenidos. El reembolso en este caso estará limitado al noventa por ciento (90%) de la cantidad que Triple-S Salud le hubiese pagado a un médico contratado si el servicio es prestado dentro de los límites geográficos de Puerto Rico.
- Si los servicios son prestados fuera de los límites geográficos de Puerto Rico por emergencia, el reembolso será el gasto incurrido hasta un máximo de la cantidad que le hubiese sido pagada a un médico contratado por un servicio similar.
- Será la responsabilidad del asegurado el solicitar reembolso a Triple-S Salud y proveer toda la evidencia que ésta le requiera.

- Toda reclamación caducará a los tres (3) meses a partir de la fecha del servicio.

Servicios para Cáncer

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

Servicios de Salud Mental

- Hospitalizaciones para condiciones mentales, se cubrirá hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco días (365) por participante por año póliza. Las hospitalizaciones por dependencia a sustancias controladas y alcohol estarán limitadas a treinta (30) días por año póliza.
- Dos (2) días de hospitalización parcial, equivalen a un (1) día de hospitalización regular.
- Visitas al siquiatra y al psicólogo, sin límite.
- Visitas al siquiatra por dependencia a sustancias controladas y alcohol, cubre veinte (20) por año póliza.

Maternidad

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

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

Beneficios incluidos:

- Servicios de visitas pre-natales y post-natales Hospitalización Parto normal o por cesárea Servicios de nursery para el recién nacido mientras la madre se encuentre hospitalizada.

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

Pruebas Diagnósticas Especializadas

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

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

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

- Laparoscopias
- Pruebas cardiovasculares, vasculares y neurológicas

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

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:	
Los siguientes servicios se cubren para asegurados diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 1, por un especialista en endocrinología pediátrica o endocrinología, 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: • 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. • Lancetas, hasta 150 por 30 días • Tirillas, hasta 150 por 30 días • 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. Requiere precertificación. • El suplido de la inyección de glucagón y reemplazo de la misma en caso de uso o expiración	20% de coaseguro; \$0.00 por los suplidos para la bomba de insulina para proveedores participantes. 10% de coaseguro para proveedores no participantes; \$0.00 por los suplidos para la bomba de insulina para proveedores no participantes.

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

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

- Exámenes neurológicos; aplica coaseguro de 25%
- Inmunología; aplica coaseguro de 20%
- Pruebas genéticas; aplica coaseguro de 20%
- Pruebas de laboratorio para autismo; aplica coaseguro de 20%
- Servicios de gastroenterología; aplica coaseguro de 25%
- Servicios de nutrición; no aplica copago
- Terapia física; aplica \$2.00 de copago
- Terapia ocupacional y del habla; aplica \$7.00 de copago
- Visitas al psiquiatra, psicólogo (con maestría o doctorado y licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico) o trabajador social (por reembolso); aplica \$3.00 de copago.
- En cumplimiento con la Ley para el Tratamiento de Oxigenación Hiperbárica para la Personas con Trastorno de Espectro de Autismo, se cubre el tratamiento de terapias de oxigenación hiperbárica para personas con autismo cuando este sea recomendado por un facultativo médico y el tratamiento sea permitido por las leyes y regulaciones federales; y otros fines relacionados.

Triple-S Natural

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

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

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

Servicios Preventivos a través de la Red de Centros de Preventivos contratados

Evaluación

\$0.00

- ✓ Historial Médico
- ✓ Exámen Físico
- ✓ Cernimiento de Depresión
- ✓ Consejería: Alcoholismo, Tabaco, Conductas de Riesgo, Sexualidad, Cáncer, Violencia Doméstica, Prevención de Caídas, Dieta y Nutrición

Pruebas de Cernimiento Preventivas

- ✓ PAP (cáncer de cérvix)
- ✓ Clamidia
- ✓ Gonorrea
- ✓ Sífilis
- ✓ HIV
- ✓ Hemoglobina glicosilada
- ✓ Cernimiento Visual

De acuerdo al género y edad según las guías del *United States Preventive Services Task Force (USPSTF)*. Para la lista detallada de los servicios con \$0 copago, refiérase a la Sub-sección de Cubierta de Servicios por Ley Local o Federal en el certificado de beneficios

Referidos

- ✓ Mamografía de Cernimiento
- ✓ Vacunas
- ✓ Densitometría Ósea
- ✓ Colonoscopia
- ✓ Sigmoidoscopia
- ✓ Otros

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

Indemnización al Asegurado

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

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

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

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

Exclusiones de la Cubierta Básica

- Servicios prestados mientras la cubierta del participante no estaba vigente.
- Servicios que el (la) participante tenga derecho a recibir y/o que resulten de enfermedades o lesiones cubiertas por:
 - Título XVIII de la Ley Federal del Seguro Social (*Medicare*)
 - Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACCA)
 - Fondo del Seguro del Estado
 - Cualquier otro asegurador o parte que tenga responsabilidad primaria (*other party liability*)
- Servicios que sean recibidos de forma gratuita, prestados por cónyuges, padres, hermanos o hijos de la persona asegurada.
- Servicios de enfermeras especiales.
- La admisión de pacientes con fines puramente de diagnóstico; gastos por servicios de descanso, convalecencia y servicio de custodia.
- Gastos por servicios y/o materiales para comodidad personal, durante una hospitalización, tales como teléfono, televisión, *Kit* de admisión, etc.

- Gastos por servicios médicos de acupuntura y otros tratamientos de terapia alternativa, que no estén especificados como cubiertos en el Programa Triple-S Natural para terapia alternativa y que sean prestados por proveedores no participantes del Programa aún cuando sean proveedores de la Red del plan.
- Gastos relacionados con enfermedades o lesiones que resulten de guerras.
- Trasplantes de órganos. Se excluyen, además, evaluaciones y pruebas diagnósticas pre y post trasplante.
- Servicios de asistentes quirúrgicos.
- Tratamientos para condiciones de la articulación temporomandibular (TMJ)
- Laboratorios que requieren inoculación animal.
- Laboratorios bionucleares
- Hospitalizaciones para servicios que puedan ser prestados de forma ambulatoria.
- Tuboplastías, vasectomías, vasovasostomías o cualquier procedimiento o servicio relacionado a conseguir la habilidad para procrear.
- Hospitalizaciones para realizar procedimientos que puedan ser practicados de forma ambulatoria.
- Gastos por métodos anticonceptivos, excepto los requeridos por las leyes federales *Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA)* y la *Health Care and Education Reconciliation Act* de 2010, *Public Law No. 111-152 (HCERA)*. Además, se excluyen los servicios relacionados y las complicaciones asociadas a éstos (ver programa Planificación Familiar Título X).
- Servicios, procedimientos y/o tratamientos con el propósito de controlar el peso (obesidad o aumentar de peso), excepto cirugía bariátrica (bypass gástrico).
- Las cirugías para la remoción de la piel excesiva luego de una cirugía bariátrica o bypass gástrico no estarán cubiertas, excepto si el medico certifica que es necesario remover la piel en exceso, porque afecta el funcionamiento de algún miembro del cuerpo. Requiere precertificación.
- Servicios de medicina deportiva (excepto para los estudiantes atletas certificados por la Universidad)
- Servicios de terapia rehabilitación y terapia del habla, excepto las ofrecidas bajo la Ley BIDA

- Cirugía plástica, con fines de embellecimiento (cosméticos o estéticos). Tratamientos o servicios para corregir defectos de apariencia, excepto cirugía plástica, por condiciones ocurridas después que el (la) participante tenga cubierta por el plan de la Universidad y que impidan al paciente el desarrollo de una vida normal, mediante previa certificación de Triple-S Salud.
- Gastos para aparatos ortopédicos, prótesis, marcapasos, válvulas y otros instrumentos, aparatos o dispositivos artificiales. Servicios, pruebas de diagnósticos y/o tratamientos ordenados y/o efectuados por naturópatas, naturistas, quiroprácticos u osteópatas.
- Laboratorios que requieran ser procesados fuera de Puerto Rico.
- Gastos por exámenes físicos de rutina requeridos por el patrono o para certificados de salud, excepto los requeridos por la Universidad para los estudiantes atletas asegurados.
- Servicios dentales y cirugías orales, excepto, para aquellos casos de traumas como consecuencia de accidentes ocurridos durante la vigencia de la póliza y que se demanda el servicio dentro de las primeras 24 horas después de haber ocurrido el mismo. Explícitamente se excluye la prótesis.
- Mamoplastía, excepto la reconstrucción y prótesis del seno posterior a una mastectomía por condición de cáncer.
- Pruebas de embarazo, excepto por la indicada en la cubierta básica.
- El Plan Individual no provee cubierta a hijos (as).
- Uso de monitor fetal de forma ambulatoria y en aquellos hospitales participantes que no dispongan de dicho equipo.
- Pruebas de amniocentesis
- Esterilizaciones para hombres, independientemente de si existe o no necesidad o justificación médica.
- Servicios de ambulancia aérea ni marítima, excepto los servicios disponibles, según los estándares o el protocolo establecido.
- Servicios que no son razonables ni requeridos de acuerdo a las normas aceptadas en la práctica médica o servicios que se provean en exceso de los requeridos normalmente para el diagnóstico, prevención, tratamiento de una enfermedad, lesión o disfunción del sistema orgánico o condición de embarazo.

- Servicios de hemodiálisis y diálisis peritoneal
- Tratamientos para condiciones de acné están expresamente excluidos. De igual forma las visitas a médicos, consultas, procedimientos y medicamente para el tratamiento de acné.
 - El (la) estudiante de la Universidad de Puerto Rico tiene derecho a una (1) consulta que pueda solicitar exclusivamente el médico de Servicios Médicos del Sistema Universitario al dermatólogo.
 - A tales efectos, el (la) estudiante ha de ser referido (a) por el médico del Recinto. Este servicio es exclusivamente para el (la) estudiante.
- Procedimientos nuevos o experimentales que no hayan sido aprobados para inclusión en la cubierta del plan médico por Triple-S Salud.
- Tratamientos de enfermedades que los hospitales participantes de acuerdo a sus reglamentos no puedan aceptar.
- Cuidado relacionado con el Servicio Militar, incluyendo incapacidad y otras condiciones para las cuales el estudiante asegurado está legalmente en derecho de recibir al igual por facilidades a las que tiene derecho por condiciones resultantes de guerras fuera declarada o no declarada. Estos son servicios suministrados por el Gobierno Federal.
- Servicios prestados u ordenados por iridiólogos.
- Terapia ocupacional y rehabilitativa, ni hospitalizaciones con estos propósitos, debido a accidentes o enfermedad, excepto las ofrecidas bajo la Ley Bida
- Rinoplastía, si es con fines cosméticos.
- Keloides y reparación de Keloides, si es con fines cosméticos.
- Tratamientos relacionados con fertilidad o infertilidad (impotencia)
- Terapia auditiva
- Pruebas diagnósticas adicionales por pérdida de audición, audiometría, audiogramas y timpanometría, debido a accidente o enfermedad. Igualmente se excluyen los aditamentos de audición y cualquier tipo de prótesis relacionada.
- Espejuelos y lentes de contacto (corrección visual) y cualquier tipo de prótesis relacionada.

- Medicinas recetas en forma ambulatoria, excepto para los participantes acogidos a la cubierta de farmacia.
- Gastos por equipos u aparatos utilizados para fines de diagnóstico como equipo para tomar presión arterial, equipo para medir azúcar en la sangre y otros.
- Hospicio, cuidado custodial, cuidado de descanso o convalecencia o cualquier otro tipo de cuidado, una vez la enfermedad esté controlada en los casos terminales o irreversibles.
- Viajes aun cuando sean ordenados por el médico como necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión.
- Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina (nutricionistas, dietistas, terapeutas en general y otros). Los servicios de nutricionista y dietista sólo se considerarán si son ordenados por un médico y con la preautorización de Triple-S Salud.
- Gastos que surjan por tratamiento, condiciones y procedimientos excluidos ni sus complicaciones.
- Inyecciones intraarticulares
- Tratamientos para las condiciones de alcoholismo y adicción a drogas fuera de Puerto Rico.
- Los (as) estudiantes acogidos (as) al seguro solo durante el verano, no están cubiertos (as) ni sus dependientes a los servicios de cirugía electiva, ni los servicios de maternidad.
- Para los estudiantes acogidos al seguro sólo durante el verano, no estarán cubiertos los servicios de cirugía electiva, ni los servicios de maternidad.
- Litotricia
- Servicios que sean brindado o cubiertos con arreglo a legislación estatal o federal.
- Servicios excluidos no se interpretarán como servicios cubiertos porque se hayan recibido en una situación de emergencia o urgencia.
- Circuncisión para niños y adultos.
- Dependientes del (la) estudiante si no ha presentado la evidencia de elegibilidad a Triple-S Salud, Inc. y pagado la prima correspondiente.
- Abortos electivos

- Vacunas requeridas para viajar.
- Liposucción, está excluida por ser considerada como un procedimiento para fines cosméticos.
- Estudios genéticos
- Servicios recibidos en los Estados Unidos, que no son definidos como emergencia y no fueron coordinados ni autorizados por Triple-S Salud.
- Servicios recibidos en los Estados Unidos en oficinas de médicos.
- Todo servicio fuera del territorio de Puerto Rico y los Estados Unidos.
- Nuevos beneficios requeridos por ley local legislados durante el año calendario de vigencia de la póliza o posterior a la aprobación de las tarifas de dicha cubierta, a no ser expresamente requeridos por la OCS o por la misma ley local.
- Gastos o servicios realizados con una nueva tecnología médica disponible en el mercado no cubierta por Triple-S Salud, excepto para casos de cáncer de acuerdo a la ley 79 de 1 de agosto de 2020 o cuando sean requeridos por una ley local o federal u ordenada por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

Triple-S Salud, Inc. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina a base de raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Triple-S Salud, Inc. complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 787-774-6060, (TTY/TDD), 787-792-1370 or 1-866-215-1919. Free of charge 1-800-981-3241. If you are a federal employee or retiree, call 787-774-6081, Toll free 1-800-716-6081; (TTY/TDD) 787-792-1370; Toll free 1-866-215-1999. ATENCIÓN: si hablas español, tienes a tu disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llama al 787-774-6060, Libre de costo 1-800-981-3241. (TTY/TDD) al 787-792-1370 o 1-866-215-1919. Si es empleado o retirado federal llame al 787-774-6081, libre de costo 1-800-716-6081; (TTY/TDD) 787-792-1370; libre de costo 1-866-215-1999. Concesionario independiente de BlueCross BlueShield Association.

Teleconsulta

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

En Teleconsulta recibirá un asesoramiento profesional para decidir si debe:

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

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

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

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

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

Cubiertas Opcionales

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

DEFINICIONES

1. **CLASIFICACIÓN TERAPÉUTICA:** Categorías que se utilizan para clasificar y agrupar los medicamentos en la Lista de Medicamentos por las condiciones que éstas tratando por el efecto que producen en el cuerpo humano.
2. **COASEGURO:** El por ciento de la tarifa que tiene que pagar la persona asegurada al momento de recibir los servicios cubiertos, al médico o proveedor participante o cualquier otro proveedor como su aportación al costo de los servicios que recibe, según se establece en este endoso y como se ha notificado al médico o proveedor participante. Esta cantidad no es reembolsable por Triple-S Salud.
3. **COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA:** Un comité o cuerpo equivalente, compuesto por empleados o consultores externos contratados por una organización de seguros de salud o asegurador, el cual está compuesto por un número impar de miembros. Los miembros del comité de farmacia y terapéutica son profesionales de la salud, tales como médicos y farmacéuticos, los cuales tienen conocimiento y pericia respecto a:
 - La forma adecuada, desde la perspectiva clínica, de recetar, suministrar y supervisar los medicamentos de receta para pacientes ambulatorios; y
 - La revisión y evaluación del uso de los medicamentos, así como la intervención con dicho uso.Si entre los miembros del comité de farmacia y terapéutica se encuentran representantes del administrador de beneficios de farmacia o de la organización de seguros de salud o asegurador, éstos solo pueden aportar consideraciones operacionales o de logística, pero no tienen voto en determinaciones relativas a la inclusión o exclusión de medicamentos de receta en la Lista de Medicamentos.
4. **COMPENDIOS DE REFERENCIA ESTÁNDAR (“STANDARD REFERENCE COMPENDIA”):** SIGNIFICA:
 - “American Hospital Formulary Service Drug Information”
 - “DRUGDEX Information System”
 - “United States Pharmacopeia – Drug Information (or its successor publications)”
 - “Wolters Kluwer Lexi-Drug”
5. **COPAGO:** La cantidad fija predeterminada que tiene que pagar la persona asegurada al momento de recibir los servicios cubiertos, al médico o proveedor participante o cualquier otro proveedor como su aportación al costo de los servicios que recibe, según se establece en este endoso y como se ha notificado al médico o proveedor participante. Esta cantidad no es reembolsable por Triple-S Salud.
6. **DEDUCIBLE ANUAL DE FARMACIA:** Aquella cantidad anual en efectivo que debe acumularse antes de tener derecho a los beneficios bajo este endoso. Cada persona asegurada bajo un contrato individual o familiar es responsable de pagar por los servicios cubiertos hasta acumular el deducible anual de su cubierta para luego pagar los copagos y/o coaseguros del plan, según se establece en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros de este endoso.

7. **EVIDENCIA MÉDICA O CIENTÍFICA:** Significa evidencia producida por alguna de las siguientes fuentes:
- Estudios revisados por homólogos expertos, publicados o aceptados para publicación en las revistas médicas especializadas que cumplen con los requisitos reconocidos a nivel nacional para los textos científicos;
 - Publicaciones médicas revisadas por homólogos expertos, las cuales incluyen publicaciones relacionadas con terapias que han sido evaluadas y aprobadas por juntas de revisión institucional, los compendios biomédicos y otras publicaciones médicas que cumplen con los criterios de indización de la Biblioteca Médica de los Institutos Nacionales de Salud en el Index Medicus (Medline) y los de Elsevier Science Ltd. En Excerpta Medicus (EMBASE);
 - Las revistas médicas reconocidas por el Secretario de Salud y Servicios Humanos del Gobierno de Estados Unidos, conforme a la Ley Federal de Seguro Social;
 - Los siguientes normativos en inglés:
 - “American Hospital Formulary Service Drug Information”;
 - “DRUGDEX Information System”;
 - “United States Pharmacopeia – Drug Information (or its successor publications)”;
 - “Wolters Kluwer Lexi-Drug”;
 - Los hallazgos, estudios o investigaciones realizadas por las agencias de gobierno federal, o con el auspicio de éstas, y por los institutos federales de investigación, reconocidos en Estados Unidos de América, los cuales incluyen:
 - La agencia federal “Agency for Health Care Research and Quality”;
 - Los Institutos Nacionales de Salud;
 - El Instituto Nacional de Cáncer;
 - La “National Academy of Sciences”;
 - Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS); y
 - Toda junta nacional reconocida por los Institutos Nacionales de la Salud cuyo propósito es evaluar la eficacia de los servicios de cuidado de salud;
 - Toda evidencia médica o científica adicional que sea comparable con lo detallado en los incisos (A) a (E) precedentes.
 - Exclusión categórica – significa la disposición expresa que establece Triple-S para la no cobertura de un medicamento de receta, identificando el mismo por su nombre científico o comercial.
8. **FARMACEUTICO:** persona que tiene licencia para preparar, mezclar y verificar medicamentos y que practica dentro del alcance de su licencia.
9. **FARMACIA:** Cualquier establecimiento legalmente autorizado para efectuar el despacho de medicamentos.
10. **FARMACIAS ESPECIALIZADAS:** Farmacia que provee servicios para condiciones crónicas y de alto riesgo que requieren la administración de medicamentos especializados a las personas aseguradas en el plan.
11. **FARMACIA NO PARTICIPANTE:** Cualquier farmacia que no haya firmado contrato con Triple-S Salud para brindar servicios a las personas aseguradas.
12. **FARMACIA PARTICIPANTE:** Cualquier farmacia que haya firmado contrato con Triple-S Salud para brindar servicios a las personas aseguradas.
13. **FDA:** Significa la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos.
14. **FECHA DE EFECTIVIDAD:** El primer día de cubierta del plan.

15. **LISTA DE MEDICAMENTOS:** Guía de los medicamentos seleccionados por el Comité de Farmacia y Terapéutica de Triple-S Salud, la cual contiene las terapias necesarias para un tratamiento de alta calidad. De acuerdo a los medicamentos que se incluyen en la lista de medicamentos se determinan los beneficios de la cubierta de farmacia. Esta selección se hace a base de la seguridad, efectividad y costo de los medicamentos que aseguran la calidad de la terapia, minimizando la utilización inadecuada que puede ir en perjuicio de la salud del paciente.
16. **MEDICAMENTO DE RECETA:** Medicamento aprobado o regulado que la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) que permite que se mercadee, y que las leyes de Puerto Rico o de Estados Unidos exigen que sea suministrado mediante receta.
17. **MEDICAMENTOS AGUDOS:** Medicinas que son recetadas para el tratamiento de una enfermedad que no es recurrente, por ejemplo, antibióticos. Estos medicamentos no tienen repeticiones.
18. **MEDICAMENTOS CON REPETICIONES (REFILLS):** Receta que contiene indicaciones escritas del médico para autorizar que la farmacia despache un medicamento en más de una ocasión.
19. **MEDICAMENTOS DE MANTENIMIENTO:** Medicamentos que requieren el uso de una terapia prolongada y tienen poca probabilidad de cambios en dosis o terapia debido a efectos secundarios. También se consideran aquellos cuyo uso más común es tratar una enfermedad crónica cuando no puede ser determinado un final terapéutico.
20. **MEDICAMENTOS DE MARCA (Nivel 2):** Este nivel incluye los medicamentos de marca mencionados en la Lista de Medicamentos Genéricos que han sido seleccionados por el Comité de Farmacia y Terapéutica como agentes luego de su evaluación de seguridad, eficacia y costo.
21. **MEDICAMENTOS GENÉRICOS (Nivel 1):** Este nivel incluye los medicamentos genéricos mencionados en la Lista de Medicamentos Genéricos que han sido seleccionados por el Comité de Farmacia y Terapéutica como agentes luego de su evaluación de seguridad, eficacia y costo.
22. **MEDICAMENTOS NUEVOS:** Medicamentos de recién incursión al mercado. Éstos son evaluados por el Comité de Farmacia y Terapéutica en un término no mayor de noventa (90) días luego de su aprobación por la *Food and Drug Administration (FDA)*.
23. **MEDICAMENTOS OVER-THE-COUNTER (OTC):** Medicamentos sin leyenda federal que se pueden vender a un cliente sin la receta del médico.
24. **MÉDICO O PROVEEDOR PARTICIPANTE:** Todo médico, hospital, centro de servicios primarios, centro de diagnóstico y tratamiento, dentista, laboratorio, farmacia, servicios médicos de emergencia pre-hospitalarios o cualquier otra persona o entidad autorizada en Puerto Rico para proveer servicios de cuidado de salud, que bajo contrato directo con Triple-S Salud o a través de un tercero preste servicios de salud a personas aseguradas de Triple-S Salud.
25. **PERIODO DE ESPERA:** Significa el periodo que debe transcurrir con respecto a la persona asegurada antes de que pueda ser elegible a recibir ciertos beneficios bajo los términos del plan médico. El periodo de espera en ningún caso podrá exceder de noventa (90) días. No obstante, los servicios de sala de emergencia no tendrán periodo de espera y el periodo de espera para los servicios preventivos no podrá exceder los treinta (30) días.
26. **PERSONA ASEGURADA:** Toda persona elegible y suscrita, sea asegurado principal o dependiente (directo) la cual tiene derecho a recibir los servicios y beneficios cubiertos bajo este endoso.
27. **PLAN BLUE CROSS AND BLUE SHIELD:** Asegurador independiente que mediante contrato con la Asociación de Planes Azules (*Blue Cross/Blue Shield*) adquiere la licencia para pertenecer a la asociación de planes independientes y le permite el uso de sus marcas.

28. **PRIMA:** La cantidad específica de dinero pagada a una aseguradora, en este caso a Triple-S Salud, como condición para recibir los beneficios de un plan médico para los empleados elegibles. La prima cobrada por un plan médico no podrá ajustarse por año contrato, salvo que ocurra algún cambio en la afiliación del patrono, composición familiar del empleado elegible o los beneficios del plan médico solicitado por el patrono.
29. **RECETA:** Una orden expedida por una persona licenciada, certificada o legalmente autorizada a expedir recetas de medicamentos, dirigida a un farmacéutico para el despacho de un medicamento de receta.
30. **TERAPIA ESCALONADA (ST, por sus siglas en inglés):** Protocolo que especifica la secuencia en que se deben suministrar los medicamentos de receta para determinada condición médica. En algunos casos, requerimos que la persona asegurada utilice primero un medicamento como terapia para su condición antes de que cubramos otro medicamento para esa condición (medicamentos de primer paso). Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se usan ambos para tratar su condición médica, nosotros requerimos que la persona asegurada utilice primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona para la persona asegurada, entonces cubriremos el Medicamento B (medicamentos de segundo paso).

BENEFICIOS DE FARMACIA

El despacho de medicamentos genéricos es la única opción, excepto para aquellos medicamentos de marca, incluidos en la Lista de Medicamentos Genéricos.

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

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

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

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

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

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

Este beneficio de farmacia tiene las siguientes características:

Descripción del beneficio de farmacia

- Se requiere receta médica para el despacho de medicamentos.
- Están cubiertos los medicamentos genéricos, excepto los siguientes medicamentos de marca limitado a, Humulin 70/30, Humulin N, Humulin R, Glucagon Emergency Injection Kit 1 MG; hasta que su versión genérica esté disponible y el medicamento Synthroid, incluidos en la Lista de Medicamentos Genéricos que en su etiqueta contengan la frase «*Caution: Federal law prohibits dispensing without prescription*» (Precaución: La ley Federal prohíbe su despacho sin receta médica), insulina y algunos medicamentos *Over-the-Counter* (OTC).

- Se cubren los servicios preventivos conforme a las leyes federales *Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA)* y la *Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA)* y según establecidos por el *United States Preventive Services Task Force (USPSTF)*. Los medicamentos clasificados como preventivos, según se detallan a continuación, se cubren con \$0 copago, con receta médica, si los mismos son recibidos de farmacias participantes de la red contratada por Triple-S Salud:
 - Métodos anticonceptivos – Solo se cubrirán los medicamentos incluidos en la lista de Anticonceptivos en la Lista de Medicamentos Genéricos, que incluye al menos un medicamento de cada una de las categorías definidas en *Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA)*. El genérico se cubrirá como única opción excepto en las categorías donde no exista en el mercado la versión genérica.
 - Suplementos de ácido fólico (400 mcg y 800 mcg) para personas aseguradas que estén planificando o sean capaces de quedar embarazadas.
 - Suplementos orales de Flúor para pre-escolares de seis (6) meses hasta los cinco (5) años de edad cuyas fuentes de obtención de agua no tiene flúor.
 - Para aquellos que utilizan los productos para cesar el uso de tabaco, este plan cubre el despacho de *nicotine nasal spray*, *nicotine inhaler* y *bupropion hcl (smoking deterrent)*, por noventa (90) días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año. El genérico se cubrirá como única opción excepto cuando no exista en el mercado la versión genérica. No aplica a productos OTC (Over the counter).
 - Medicamentos preventivos a pacientes de alto riesgo de desarrollar cáncer de seno, el genérico *tamoxifen* o *raloxifene* en tabletas para pacientes que se encuentran en alto riesgo de desarrollar la enfermedad y que tienen un riesgo bajo de reacciones adversas a medicamentos.
 - Algunos suplementos de hierro orales para menores de 4 meses hasta los 21 años que tengan riesgo de anemia.
 - Estatinas genéricas para prevenir accidentes cardiovasculares: dosis baja o moderada de estatinas para adultos entre las edades de 40 a 75 años sin historial de enfermedad cardiovascular que tengan uno o más factores de riesgo (dislipidemia, diabetes, hipertensión o fumar) y un riesgo calculado de 10 años de tener un evento cardiovascular de 10% o más. Se cubren los genéricos Simvastatin 5, 10, 20 y 40 mg; Atorvastatin 10 y 20 mg y Pravastatin 10, 20, 40 y 80 mg, Rosuvastatin 5 y 10 mg; Lovastatin 10, 20 y 40 mg y Fluvastatin 20 y 40 mg.
 - Prevención de cáncer colorrectal: recetas de gastroenterólogos de preparaciones intestinales para procedimiento de colonoscopia en adultos de 50 años o más solo se cubrirán los siguientes medicamentos con leyenda - Suprep y PEG (polyethylene Glycol).
 - Medicamentos para Profilaxis Pre-Exposición para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV PrEP) Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil Fumarate 200mg/300mg, éste requiere preautorización para validación de diagnóstico. Solo estará cubierto la tableta genérica bioequivalente.
 - Para más información sobre los medicamentos preventivos a los que aplican estas disposiciones de ley, puede acceder el siguiente enlace: <http://www.healthcare.gov/center/regulations/prevention.html>.
- Este plan cubre los medicamentos genéricos con leyenda federal para cumplir con la Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las Personas con Autismo (conocida como Ley BIDA), sujeto a los copagos y coaseguros establecidos en este endoso.
- Buprenorfina

- La cantidad de medicamentos provistos conforme a una receta original está limitada a un abastecimiento de quince (15) días para medicamentos agudos y treinta (30) días para los medicamentos de mantenimiento.
- La cantidad de medicamento de mantenimiento es provista conforme a la receta original y hasta un máximo de cinco (5) repeticiones, todas con abastecimiento de 30 días en un periodo de un año desde la fecha original de la receta. El médico tiene que indicar en la receta la cantidad de repeticiones.
- Este beneficio de farmacia puede estar sujeto a un deducible anual (Ej. \$75 individual). Favor refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros de este endoso. El **“deducible anual”** es la cantidad que la persona asegurada debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte. Cuando la persona asegurada recibe el despacho de su primer medicamento en el año póliza, paga el costo total de sus medicamentos hasta que alcance la cantidad establecida (Ej. \$75 individual). Las cubiertas de farmacia pueden tener un primer nivel de cubierta (Ej. \$800 por contrato individual y \$2,100 familiar). Esto significa que:
 - a. Si la cubierta de farmacia tiene un deducible anual, el primer nivel de cubierta comienza cuando la persona asegurada haya alcanzado el deducible y hasta que el plan pague la cantidad establecida (Ej. \$800 por contrato individual y \$2,100 por contrato familiar).
 - b. Si la cubierta de farmacia no tiene deducible anual, el primer nivel de cubierta comienza desde que la persona asegurada recibe el despacho de su primer medicamento en el año póliza hasta que el plan pague la cantidad establecida (Ej. \$800 por contrato individual y \$2,100 por contrato familiar).
 - c. En ambos casos, toda vez que la persona asegurada empieza el primer nivel de cubierta, es responsable por los copagos y coaseguros según el nivel de los medicamentos hasta que el plan pague la cantidad establecida (Ej. \$800 por contrato individual y \$2,100 por contrato familiar).
 - d. Una vez acumulada la cantidad establecida en el primer nivel de cubierta (Ej. \$800 por contrato individual y \$2,100 por contrato familiar), la persona asegurada debe pagar un coaseguro para todos los medicamentos cubiertos por el resto del año póliza, según se establece en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros de este endoso.
 - e. Estos deducibles, copagos y coaseguros no aplican a los Servicios Preventivos con \$0 copago, según requerido por las leyes federales *Patient Protection and Affordable Care Act* y la *Healthcare and Education Act*, y según establecido por el *United States Preventive Services Task Force*. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros de este endoso.

DESEMBOLSO MÁXIMO

- Toda organización de seguros de salud o asegurador que provee beneficios de medicamentos de receta, manejador o administrador de beneficios de farmacia o cualquier entidad a la que se le haya delegado la administración o manejo de los servicios o beneficios de farmacia, incluirán en el cálculo o en el requisito de la contribución o costo compartido (“cost sharing, out-of-pocket maximun”), cualquier pago, descuento o partida que forme parte de un programa de asistencia financiera, plan de descuentos, cupones, o cualquier aportación ofrecida al asegurado por el manufacturero. Estas partidas se considerarán en beneficio exclusivo del paciente en el cálculo de su aportación, gastos de bolsillo, copagos, co-aseguros, deducible o en el cumplimiento con requisitos de aportación compartida. Estas aportaciones, descuentos y cupones del manufacturero estarán disponibles y podrán ser utilizados en todos los proveedores de salud, conforme a los requisitos del programa, sin importar el lugar de adquisición del descuento o cupón. Se prohíbe el uso del acumulador de beneficios, maximizador o cualquier otro programa similar que tenga el efecto de implementar una restricción a la responsabilidad establecida en este inciso.

PROCEDIMIENTOS DE MANEJO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- c. **Límites de cantidad (QL, por sus siglas en inglés):** Ciertos medicamentos tienen un límite en la cantidad a despacharse. Estas cantidades se establecen de acuerdo con lo sugerido por el fabricante, como la cantidad máxima adecuada que no está asociada a efectos adversos y la cual es efectiva para el tratamiento de una condición.
- d. **Límites de especialidad médica (SL, por sus siglas en inglés):** Algunos medicamentos tienen un límite de especialidad según el médico especialista que está tratando la condición.
- e. **Límites de edad (AL, por sus siglas en inglés):** En la lista de medicamentos Genéricos hay incluidos medicamentos asociados a las iniciales AL. AL significa que estos medicamentos tienen un límite de edad.
- f. **Programa de Manejo de Medicamentos Especializados:** El Programa de Manejo de Medicamentos Especializados es un programa coordinado exclusivamente a través de las farmacias participantes de la Red Exclusiva de Farmacias Especializadas de Triple-S Salud. El propósito de este programa es ayudar a las personas aseguradas que tengan condiciones crónicas y de alto riesgo que requieren la administración de medicamentos especializados a que reciban un manejo clínico de la condición totalmente integrado. Algunas de las condiciones médicas o medicamentos que requieren manejo a través del Programa de Manejo de Medicamentos Especializados son las siguientes:

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

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

- Una evaluación que permite identificar necesidades particulares que el paciente pueda tener respecto al uso de su medicamento.
- Intervenciones clínicas que incluyen, entre otros:
 - Coordinación del cuidado del paciente con su médico
 - Educación personalizada al paciente y cuidadores de acuerdo con la condición

- Manejo y coordinación de pre-autorización de los medicamentos
- Seguimiento de signos y síntomas de la condición
- Seguimiento de adherencia a la terapia
- Utilización apropiada de medicamentos
- Optimización de dosis
- Interacciones droga-droga
- Manejo de efectos secundarios
- Coordinación de repeticiones
- Asistencia a través de personal especializado en su condición
- Facilidad de entrega de medicamentos en el lugar de preferencia del paciente
- Acceso a personal farmacéutico 24 horas al día, los 7 días de la semana
- Material educativo sobre su condición

Para información sobre las farmacias participantes de la Red Exclusiva de Farmacias Especializadas, favor referirse al Directorio de Proveedores de Triple-S Salud, visite nuestro portal de internet en www.ssspr.com o llame a Servicio al Cliente.

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

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

TABLA DE DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS

Usted es responsable de lo siguiente:

Estructuras de Niveles Aplicables al Beneficio de Farmacia	
Abastecimiento para 30 días	Copagos/ Coaseguros
Nivel 1 - Medicamentos Genéricos	\$8.00
Nivel 2 - Medicamentos de Marca según mencionados en la Lista de Medicamentos Genéricos	\$15.00
Quimioterapia oral	0%
Programa de medicamentos Over-The-Counter	\$0.00
Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo los anticonceptivos con receta del médico según la Lista de Medicamentos Preventivos	\$0.00

Nota: En algunos casos, puede aplicar el copago o coaseguro hasta un máximo establecido por medicamento o luego de haber consumido una cantidad monetaria fija por persona asegurada, aplica un coaseguro.

PREAUTORIZACIONES PARA MEDICAMENTOS

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

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

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

PROCEDIMIENTO DE TRAMITE DE PREAUTORIZACIONES PARA MEDICAMENTOS

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

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

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

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

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

PROCESO DE EXCEPCION A LA LISTA DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS

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

Tipos de excepción

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

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

¿Cómo hacer la petición?

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

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

Información requerida para aprobar su solicitud de excepción

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

- Nombre del paciente
- Número de contrato
- Diagnóstico primario
- Razón por la cual no puede utilizar ningún medicamento de receta en la Lista de Medicamentos Genéricos que sea una alternativa clínicamente aceptable para tratar la enfermedad o condición médica de la persona asegurada.
- El medicamento de receta alternativo que figura en la Lista de Medicamentos Genéricos o que se requiere conforme a la terapia escalonada:

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

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

1. Al recibir una solicitud de excepción médica, Triple-S Salud se asegurará de que sea revisada por profesionales de la salud adecuados, quienes, al hacer su determinación de la solicitud, considerarán los hechos y las circunstancias específicas aplicables a la persona asegurada para la cual se presentó la solicitud, usando criterios documentados de revisión clínica que:
 - Se basan en evidencia clínica, médica y científica sólida; y las guías de práctica pertinentes a tenor con las leyes estatales, federales y reglamentos correspondientes; y siempre y cuando el servicio provisto sea reconocido por las normas generalmente aceptadas de la práctica médica y de la salud, a la luz de los medios modernos de comunicación y enseñanza.
2. Los profesionales de la salud designados por Triple-S Salud para revisar las solicitudes de excepción médica, se asegurarán de que las determinaciones tomadas correspondan a los beneficios y exclusiones que se disponen en el plan médico de la persona asegurada. Estos profesionales deberán poseer experiencia en el manejo de medicamentos. Las referidas determinaciones deberán constar en un informe en el cual se hará constar las cualificaciones de los profesionales de la salud que hicieron la determinación.
3. Triple-S Salud tomará la determinación de la solicitud presentada y notificará a la persona asegurada o su representante personal con la premura que requiere la condición médica pero no más tarde de 48 horas de haber recibido toda la información requerida desde la fecha del recibo de la solicitud o comunicación del médico que emite la receta, la fecha que sea posterior. En el caso de los medicamentos controlados no excederá de 24 horas.
 - Triple-S Salud solicita al médico o farmacia la información clínica requerida para evaluar su solicitud mediante teléfono, facsímil o algún otro medio electrónico.
 - En caso de que la persona asegurada sea la que sometió la petición, y sea necesario obtener información adicional para completar la evaluación del medicamento, se contacta a la persona asegurada mediante llamada telefónica, se le indica la información adicional que debe ser suplida por el médico para evaluar el caso, el tiempo que tiene para enviarla y el número de fax al cual debe referirla.

- Si la información clínica requerida no es recibida en un periodo de 48 horas, procedemos a cerrar la solicitud y se le notifica inmediatamente a la persona asegurada y si fuera aplicable, a su representante personal y al médico que expide la receta. La notificación incluye el detalle de la información que falta. El cierre de la solicitud no significa que la persona asegurada no pueda presentar nuevamente la reclamación.
 - La forma de solicitud de excepción está disponible libre de costo en www.ssspr.com. En la sección Herramientas para Ti que se encuentra en la parte inferior de la página principal están los Formularios para Personas Aseguradas donde está la forma de solicitud médica, así como en la Lista de Medicamentos.
4. Si Triple-S Salud no toma una determinación respecto a la solicitud de excepción médica, ni la notifica dentro del periodo antes mencionado:
 - La persona asegurada tendrá por un término de 30 días, derecho al suministro del medicamento de receta objeto de la solicitud, y según el suministro sea solicitado o recetado, o en caso de terapia escalonada, por los términos que disponga la cubierta.
 - Triple-S Salud tomará una determinación con respecto a la solicitud de excepción médica antes de que la persona asegurada termine de consumir el medicamento suministrado.
 5. Si Triple-S Salud no toma una determinación con respecto a la solicitud de excepción médica, ni notifica la determinación antes de que la persona asegurada termine de consumir el medicamento suministrado, deberá mantener la cubierta en los mismos términos y continuadamente, mientras se siga recetando el medicamento a la persona asegurada y se considere que el mismo sea seguro para el tratamiento de su enfermedad o condición médica, a menos que se hayan agotado los límites de los beneficios aplicables.
 6. Si Triple-S Salud aprueba una solicitud de excepción médica, proveerá cubierta para el medicamento y no requerirá que la persona asegurada solicite aprobación para una repetición, ni para receta nueva para continuar con el mismo medicamento, siempre y cuando:
 - se recete el medicamento para la misma enfermedad o condición médica; y
 - el medicamento sea seguro por el año póliza.
 7. Triple-S Salud no establece un nivel de copago o coaseguro que sea aplicable solamente a los medicamentos de receta aprobados mediante solicitud de excepción.
 8. Toda denegación de una solicitud de excepción:
 - Se notificará a la persona asegurada o, si fuera aplicable, a su representante personal, por escrito, o por medios electrónicos, si la persona asegurada ha acordado recibir la información por esa vía.
 - Se notificará al prescribiente por medio electrónico o a su solicitud, por escrito.
 - Se podrá apelar. En la notificación de denegación se le informa a la persona asegurada su derecho a presentar una solicitud de apelación para la denegación según establecido en la póliza, a la cual se aneja este endoso, en la sección Apelaciones de Determinaciones Adversas de Beneficios.
 9. Proceso de notificación de la determinación de cubierta
El proceso de notificación de denegación de casos que no cumplen con los criterios establecidos por cubierta fuera de la Lista de Medicamentos, preautorización, terapia escalonada, límite de cantidad, terapia duplicada, uso no aprobado por la FDA, incluye:

- 1) Las razones específicas de la denegación;
 - 2) Referencias a la evidencia o documentación, las cuales incluyen los criterios de revisión clínica y las guías de práctica, así como la evidencia clínica, médica y científica consideradas al denegar la solicitud;
 - 3) Instrucciones sobre cómo solicitar una declaración escrita de la justificación clínica, médica o científica de la denegación;
 - 4) Descripción del proceso y procedimientos para presentar una solicitud de apelación para la denegación.
10. El Departamento de Farmacia de Triple-S Salud tiene registros escritos o electrónicos que documentan el proceso de solicitud de excepción.

EXCLUSIONES DEL BENEFICIO DE FARMACIA GENÉRICOS 2023

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

1. Los Medicamentos de Marca, excepto los mencionados en la Lista de Medicamentos Genéricos.
2. Medicamentos que no contengan la leyenda: «*Caution: Federal law prohibits dispensing without prescription*» (Over-the-Counter- OTC), excepto los incluidos en el Programa de OTC de Triple-S Salud.
3. Cargos por instrumentos artificiales, agujas hipodérmicas, jeringuillas, tirillas, lancetas, medidores de glucosa en la orina o sangre e instrumentos similares, aunque sean utilizados con fines terapéuticos.
4. Los siguientes medicamentos están excluidos de la cubierta de farmacia, independientemente a que contengan la leyenda federal: «*Caution: Federal law prohibits dispensing without prescription*»:
 - a. Medicamentos con fines cosméticos o cualquier producto relacionado con el mismo fin (hydroquinone, efformitine, monobenzene, dihydroxyacetone, Onabotulinumtoxin A, Botulinum A toxin y bimatoprost).
 - b. Productos de fluoruro para uso dental (excepto para menores entre las edades de 6 meses y 5 años).
 - c. Condiciones dermatológicas como pediculosis y escabidas (lindane, permethrin, crotamiton, malathion, ivermectin y spinosad), productos para el tratamiento de la caspa que incluyan champú (pyrithione zinc 1%, glycolic acid, seleni sulfide, sulfacetamide sodium), lociones y jabones, tratamientos de alopecia (calvicie) como Rogaine® (minoxidil topical soln), finasteride, Olumiant.
 - d. Medicamentos para el dolor Nubain® y Stadol®.
 - e. Productos para el control de la obesidad y otros medicamentos utilizados en este tratamiento (benzphetamine, diethylpropion, lorcaserin, orlistat, liraglutide phendimetrazine, phentermine, sibutramine, naltrexone-bupropion y mazindol).
 - f. Productos dietéticos (Foltx®, Metans®, Folbalin Plus® y Cerefolin®)
 - g. Medicamentos para el tratamiento de infertilidad (follitropin, clomiphene, menotropins, urofollitropin, ganirelix, cetrorelix acetate progesterone vaginal insert, leuprolide acetate inj kit 5 mg/ml (1mg/0.2ml)), y fertilidad
 - h. Impotencia (tadalafil, alprostadil, vardefanil, sildenafil, yohimbine, avanafil)
 - i. Implantes (goserelin, mometasone furoate nasal implant, buprenorphine hcl subdermal implant, dexamethasone intravitreal implant, fluocinolone acetonide intravitreal implant, autologous cultured chondrocytes for implantation, testosterone, estradiol, fluocinolone acetonide intravitreal, etonogestrel subdermal implant). En adición, cualquier otro que sea aprobado por la FDA.
 - j. Implante intracaneal carmustina (se utiliza para tratar glioma maligno o glioblastoma multiforme, un tipo de tumor cerebral (su versión inyectable se cubre bajo la cubierta básica)
 - k. Implantes intratecales (nusinersen, poractant alfa, baclofen, pentetate indium, ziconotide y calfactant)
 - l. Dispositivos (sodium hyaluronate, hyaluronan e hylan)

- m. Medicamentos utilizados en pruebas con fines diagnósticos (thyrotropin, dipyridamole IV 5mg/ml, gonadorelin HCl, cosyntropin, glucagón Diagnostic Injection Kit 1 MG (esto no aplica para pacientes diagnosticados con diabetes Mellitus tipo 1), barium sulfate, diatrizoate, iohexol, iopamidol, iopromide, lidodixanol, othalamate, loversol, manitol, technetium gadoterate, gadopentetate, gadodiamide, tricophyton, tropicamide, tuberculin, antígenos y leuprolide acetate inj kit 5 mg/ml (1mg/0.2ml)).
- n. Medicamentos para inmunización (hepatitis A & B, influenza, encephalitis, measles, mumps, poliovirus, papillomavirus, rabies, rotavirus, rubella, varicela, yellow fever, zoster, cholera, haemophilus b, lyme disease, meningococcal, plague, pneumococcal, typhoid, tetanous toxoid, diptheria, immune globulin, respiratory syncytial virus, palivizumab, pagademase bovine, stephage lyphates, Rho D immune Globuline) y sus combinaciones, así como las utilizadas para pruebas de alergia. Refiérase a la Sección Cubierta Estándar de Vacunación para Menores de Edad, Adolescentes y Adultos para conocer las inmunizaciones que se cubren por la cubierta médica en la póliza, a la cual se aneja este endoso.
- o. Productos utilizados como vitaminas y suplementos nutricionales para uso oral (*Dextrose, Lyposyn, Fructose, Alanicem, L-Carnitine, Tryptophan, Cardiovid Plus, Glutamine*), excepto algunas dosis de ácido fólico para las personas aseguradas en conformidad a la regulación *Group Health Plans and Health Insurance Issuers Relating to Coverage of Preventive Services under the Patient Protection and Affordable Care Act*.
- p. Vitaminas orales: (niacina, ácido ascórbico, tiamina, riboflavina, vitamina E, piridoxina, dihidrotaquisterol, múltiples vitaminas con minerales, múltiples vitaminas con hierro, múltiples vitaminas con calcio, complejo de vitamina B - biotina - D - ácido fólico, complejo vitamina B con vitamina C, flavonoides bioflavonoides) excepto las vitaminas prenatales, ácido fólico y las inyectables que están cubiertas.
- q. Hormonas de Crecimiento (*somatropin, somatrem, tesamorelin acetate*)
- r. Productos para el cuidado de heridas (collagen, dressing, silver pad, balsam, bismuth tribromophenate, wound cleansers or dressings, dimethicone-allatoin)
- s. Las mezclas de dos (2) o más medicamentos que existen por separado o las formulaciones extemporáneas.
- t. Medicamentos para el acné (isotretinoin, tretinoin, benzoyl peroxide, Cleocyn-T, Erythromycin, Panoxyl, Salicylic Acid, Sulfur, Sulfacetamide, Tazarotene, Adapalene y sus combinaciones).
- u. Medicamentos andrógenos y anabólicos (testosterona, danazol, fluoxymesterone, methyltestosterone, oxymetholone, oxandrolone, nandrolone).
- v. Medicamentos anti-catarrales (dextbrompheniramine, chlorpheniramine, dextromethorphan, pseudoephedrine, phenylephrine, brompheniramine, guaifenesin y sus combinaciones).
- w. Medicamentos antihistamínicos (cetirizine, loratadine, levocetirizine, diphenhydramine, desloratadine, fexofenadine, brompheniramine, chlorpheniramine, Cyproheptadine). No aplica a los medicamentos antihistamínicos incluidos en el Programa de OTC de Triple-S Salud.
- x. Medicamentos inyectables por ejemplo triamcinolone, meperidine, midazolam, fentanyl, fluphenazine, ketorolac, dexamethasone, methylprednisolone, ondansetron, promethazine, enoxaparin, heparin, vitamina K, orphenadrine, ceftriaxone, dicyclomine, diphenhydramine, sumatriptan, epinephrine, ketamine, hydrocortisone, entre otros.
- y. Agentes esclerosantes (talco intrapleural, ethanolamine, polidocanol, sodium tetradecyl)
- z. Medicamentos clasificados como tratamiento para medicina alternativa (raíz de valeriana, muérdago europeo, glucosamina-condroitina-PABA-vit E y ácido alfa lipoico, coenzyme).

5. Productos considerados experimentales o investigativos para el tratamiento de ciertas condiciones, para los cuales la Administración de Drogas y Alimentos (*Food and Drug Administration*) no ha autorizado su uso. Tampoco están cubiertos estudios o tratamientos clínicos investigativos (esto es *clinical trials*), aparatos, medicamentos experimentales o investigativos administrados para ser utilizados como parte de estos estudios, servicios o productos que se proveen para obtención de datos y análisis, y no para el manejo directo del paciente, y artículos o servicios sin costos para la persona asegurada que comúnmente ofrece el auspiciador de la investigación. Esto aplica aun cuando la persona asegurada se haya inscrito en el estudio para tratar una enfermedad que amenace su vida, para la cual no haya tratamiento efectivo y obtenga la aprobación del médico para su participación en el estudio, porque éste ofrece al paciente un beneficio potencial. En estos casos, Triple-S Salud cubre los gastos médicos rutinarios del paciente según los términos y condiciones establecidos en este endoso. Gastos médicos rutinarios son aquellos gastos médicamente necesarios que se requieren para el estudio (*clinical trials*) y que normalmente están disponibles para las personas aseguradas bajo este plan estén o no participando en un ensayo clínico, así como los servicios para diagnosticar y tratar las complicaciones resultantes del estudio, de acuerdo a la cubierta establecida en este endoso.
6. Servicios prestados por farmacias no participantes en Puerto Rico.
7. Servicios prestados por farmacias fuera de Puerto Rico y Estados Unidos.
8. Repeticiones ordenadas por un dentista o podiatra.
9. Gastos por agentes antineoplásicos inyectables; están cubiertos bajo la Cubierta Básica de servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y ambulatorios.
10. Triple-S Salud se reserva el derecho a seleccionar aquellos medicamentos nuevos que estén disponibles en el mercado para incluirlos en su lista de medicamentos. Cualquier gasto por medicamentos nuevos no está cubierto hasta tanto el medicamento sea evaluado por el Comité de Farmacia y Terapéutica de Triple-S Salud siguiendo las reglas establecidas en el Capítulo 4 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. Este Capítulo requiere que el Comité de Farmacia y Terapéutica realice la evaluación de nuevos medicamentos de receta aprobados por la FDA en un término no mayor de 90 días, contados a partir de la fecha de aprobación emitida por la FDA. En ese término, Triple-S Salud emite su determinación en torno a si incluye o no en la lista de medicamentos el medicamento nuevo. Incluso, cualquier medicamento nuevo de las clasificaciones terapéuticas (categoría) excluidas se considerará también una exclusión.
11. Se excluyen la solución azul tripán (colorante azoico que se utiliza en tinciones histológicas permitiendo diferenciar entre células vivas de células muertas), lacosamida intravenosa Vimpat® (medicamento para tratar convulsiones), degarelix acetate iny, sodium tetradecyl, polidocanol, morrhuate sodium, (solución para diálisis peritoneal), viaspan (solución fría de almacenamiento para la conservación de órganos antes de un trasplante), tetradecil sulfato de sodio (mejorar el aspecto de las venas varicosas), polidocanol (tratamiento de venas varicosas), murrato de sodio (tratamiento de hemangiomas), talco intrapleural (prevenir la efusión pleural maligna (acumulación de líquido en la cavidad torácica de las personas con cáncer u otras enfermedades graves en quienes ya tienen esta afección), solución para diálisis peritoneal (corrección del desequilibrio de electrolitos, la sobrecarga de líquidos y eliminación de metabolitos, en los pacientes con insuficiencia renal severa) y los productos homeopáticos en todas sus presentaciones (productos naturales utilizados para tratar diferentes condiciones de forma individualizada). Se excluyen los medicamentos (su marca y genérico): Xuriden (tratamiento de aciduria orotica hereditaria y antídoto de fluorouracil y capecitabine), Signifor (tratamiento de acromegalia y enfermedad de Cushing), Cuprimine (tratamiento de artritis reumatoidea, enfermedad de Wilson y cistinuria), Austedo (tratamiento de enfermedad de Chorea-Huntington's), Lucentis intravitreal (tratamiento de enfermedades del ojo) Orkambi (tratamiento de fibrosis quística) Keveyis (tratamiento de glaucoma y parálisis periódica), Uptravi (tratamiento de hipertensión pulmonar), Impavido (tratamiento parásito de leishmaniasis), Darzalex (tratamiento de mieloma múltiple), Emflaza (tratamiento de distrofia muscular) Dupixent (tratamiento para dermatitis atópica), HP-Acthar (tratamiento para espasmo infantil, esclerosis múltiple, gota, sarcoidosis y esclerosis lateral amiotrófica), Imyiglic (tratamiento para melanoma), Tepezza (tratamiento para enfermedad ocular tiroidea), Givlaari (tratamiento para porfiria hepática aguda), Zokinvy (tratamiento para el síndrome Hutchinson-Gilford), Oxlumo (tratamiento para hiperoxaluria primaria, tipo I), Danyelza (tratamiento para neuroblastoma), Evkeeza

(Hipercolesterolemia familiar), Nulibry (Deficiencia combinada de enzima molibdeno flavoproteína, Tipo A), Rebif (tratamiento para esclerosis múltiple), Ilaris (artritis idiopática juvenil sistémica), Isturisa (tratamiento para enfermedad de Cushing), Elaprase (tratamiento para mucopolisacaridosis tipo II), Xyrem (tratamiento para narcolepsia), Ponvory (tratamiento para esclerosis múltiple), Lupkynis (tratamiento para lupus nefritis), Aduhelm (tratamiento para enfermedad de Alzheimer), Bylvay (tratamiento para pruritos con colestasis intrahepática familia progresiva), Nexvazyme (para tratamiento de enfermedad Pompe), Leqvio (Hipercolesterolemia de baja densidad (LDL-C)), sabatolimab HR-MDS (síndrome mielodisplásico). Los medicamentos para cáncer: Ligelizumab (urticaria crónica), Pegunigalsidasa (tratamiento de la enfermedad de Fabry), Roxadustat (anemia en pacientes con CKD no dependiente (NDD-CKD) y pacientes en diálisis), Cibinco (dermatitis atópica), Opzelura (versión tópica para el tratamiento de dermatitis atópica), Saphnelo (Anifrolumab) (lupus eritematoso sistémico), Gefapixant (tos crónica), Korsuva (pruritos moderado a grave asociado con enfermedad renal crónica en determinadas poblaciones), Skytrofa (baja estatura debido a la secreción inadecuada de la hormona del crecimiento endógena), Tezspire (asma grave no controlada), Qulipta (migraña), Livmarli (prurito colestásico asociado con el síndrome de Alagille), Sotatercept (hipertensión pulmonar), Rezurock (Enfermedad de injerto contra huésped), Recarbio (tratamiento de infecciones), Scenesse (Protoporfiria eritropoyética, Krystexxa (Gota), Rukobia (HIV, artesunate (malaria), Uplizna Enspryng, (neuromielitis óptica), Oxbryta (Sickle cell anemia), , Bamlanivimab, Imdevimab, Regen-COV, Cosentyx (tratamiento para psoriasis de placa/artritis), Vuity (tratamiento para presbicia), Rethymic (tratamiento para atimia congénita), Livmarli (tratamiento para prurito colestásico), Ryplazim (tratamiento para deficiencia de plasminógeno), Vyvgart (tratamiento para miastenia gravis generalizada), Cortrophin Gel (tratamiento para espasmo infantil, esclerosis múltiple, gota, sarcoidosis, polimiositis, síndrome nefrótico, artritis, espondilitis esquilosante, desordenes visuales y esclerosis lateral amiotrófica), Addyi (tratamiento de mujeres premenopáusicas con enfermedades adquiridas trastorno generalizado del deseo sexual hipoactivo), Vyleesi (tratamiento de mujeres premenopáusicas con enfermedades adquiridas trastorno generalizado del deseo sexual hipoactivo), Entereg (tratamiento post operatorio de ileus), Zynrelef (tratamiento para dolor somático post operatorio), Pyrukind (tratamiento para anemia hemolítica), Vabysmo (tratamiento para macular edema y degeneración macular), Enjaymo (tratamiento para anemia hemolítica autoinmune), Mozobil (movilizador de células madre hematopoyéticas), Somryst (tratamiento digital para insomnio crónico), Remicade (tratamiento para crohn's y colitis ulcerosa, solo aplica al medicamento de marca), Simponi (tratamiento para artritis reumatoide, psoriasis artrítica y colitis ulcerosas), Tremfya (tratamiento para psoriasis y psoriasis artrítica), Yohimbine, Alprostadil (tratamiento para disfunción eréctil).

12. Productos utilizados para tratamiento de trombocitopenia púrpura idiopática (Promacta, Nplate, Tavalisse).
13. Productos utilizados para tratamiento para amiloidosis (Vyndamax).
14. Productos utilizados para tratamiento para esclerosis lateral amiotrófica (Radicava).
15. Productos utilizados para tratamiento para fibrosis pulmonar idiopática (Ofev, Esbriet).
16. Productos utilizados para tratamiento de hemoglobinuria nocturna paroxismal (Soliris, Ultomiris , Empaveli).
17. Productos utilizados para tratamiento para colangitis biliar primaria (Ocaliva).
18. Productos utilizados para tratamiento de atrofia muscular espinal (Spinraza, Zolgensma, Evrysdi).
19. Productos utilizados para tratamiento de Distrofia muscular de Duchenne (Exondys 51, Vyondys 53, Viltepso, Amondys 45).
20. Productos utilizados para tratamiento de Angioedema Hereditario (Takhzyro, Cynryze, Firazyf, Orladeyo, Kalbitor Ruconest, Berinert, Haegarda).
21. Antihemofílicos no se cubrirá para tratamiento de profilaxis.
22. Productos utilizados para tratamiento de enfermedad Gaucher (Vpriv, Zavesca/Miglustat, Cerezyme, Elelyso, Ceredase, Cerdelga).

23. Factor Antihemofílicos (Antihemophilic Factor, Recombinant antihemophilic factor)
24. Medicamentos utilizados para trasplante de órganos y tejidos (cyclosporine modified, tacrolimus, sirolimus, cyclosporine, mycophenolate sodium, everolimus, azathioprin, belatacept y basiliximab).
25. Productos utilizados para el tratamiento de abstinencia del hábito de fumar (varenicline). Es una exclusión categórica excepto los requeridos por las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA).
26. Sangre y sus componentes (hetastarch 6%/nacl IV, rehomacrodex IV, albúmina humana y fracciones de proteínas Plasmáticas).
27. Un medicamento cuando la FDA ha determinado que su uso es contraindicado para el tratamiento de la indicación para la cual se prescribe.
28. Tratamiento para los síntomas de ataques repentinos de porfiria relacionados con el ciclo menstrual (*Hemin*, *Panhematin*).
29. Terapia de genes: Cualquier tratamiento, medicamento o dispositivo que altere los genes del cuerpo, la corrección genética o expresión de los genes (Abecma, Breyanzi, Imlygic, Luxturna, Tecartus, Yescarta, Zolgensma, Carvykti (ciltacabtagene autoleucel)).
30. Terapia de células: cualquier tratamiento donde ocurra la transferencia de células vivas intactas a un paciente para ayudar a aliviar o curar una enfermedad. Las células pueden provenir del paciente (células autólogas) o de un donante (células alogénicas) (Allocord, Clevecord, Ducord, Gintuit, Hemacord, Kymriah, Laviv, Maci, Provenge, Ryplazim, StrataGraft).
31. Terapia de células T con receptor de antígeno quimérico (CAR-T por sus siglas en inglés): cualquier tratamiento o terapia donde se modifique las propias células inmunitarias del paciente (células T) para expresar un receptor en su superficie que reconoce estructuras (antígenos) en la superficie de las células malignas (Carvykti (ciltacabtagene autoleucel)).

Cubierta de Farmacia (FI-14) – Alternativa B

DEFINICIONES

1. **CLASIFICACIÓN TERAPÉUTICA:** Categorías que se utilizan para clasificar y agrupar los medicamentos por las condiciones que éstas tratando por el efecto que producen en el cuerpo humano.
2. **COASEGURO:** El por ciento de la tarifa que tiene que pagar la persona asegurada al momento de recibir los servicios cubiertos, al médico o proveedor participante o cualquier otro proveedor como su aportación al costo de los servicios que recibe, según se establece en este endoso y como se ha notificado al médico o proveedor participante. Esta cantidad no es reembolsable por Triple-S Salud.
3. **COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA:** Un comité o cuerpo equivalente, compuesto por empleados o consultores externos contratados por una organización de seguros de salud o asegurador, el cual está compuesto por un número impar de miembros. Los miembros del comité de farmacia y terapéutica son profesionales de la salud, tales como médicos y farmacéuticos, los cuales tienen conocimiento y pericia respecto a:
 - La forma adecuada, desde la perspectiva clínica, de recetar, suministrar y supervisar los medicamentos de receta para pacientes ambulatorios; y
 - La revisión y evaluación del uso de los medicamentos, así como la intervención con dicho uso.

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

4. **COMPENDIOS DE REFERENCIA ESTÁNDAR (“STANDARD REFERENCE COMPENDIA”): SIGNIFICA:**
 - “The American Hospital Formulary Service-Drug Information”;
 - “Drug Facts and Comparisons®”;
 - “The American Dental Association Accepted Dental Therapeutics”
 - “The United States Pharmacopoeia-Drug Information”;
5. **COPAGO:** La cantidad fija predeterminada que tiene que pagar la persona asegurada al momento de recibir los servicios cubiertos, al médico o proveedor participante o cualquier otro proveedor como su aportación al costo de los servicios que recibe, según se establece en este endoso y como se ha notificado al médico o proveedor participante. Esta cantidad no es reembolsable por Triple-S Salud.
6. **DEDUCIBLE ANUAL DE FARMACIA:** Aquella cantidad anual en efectivo que debe acumularse antes de tener derecho a los beneficios bajo este endoso. Cada persona asegurada bajo un contrato individual o familiar es responsable de pagar por los servicios cubiertos hasta acumular el deducible anual de su cubierta para luego pagar los copagos y/o coaseguros del plan, según se establece en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros de este endoso.

7. **EVIDENCIA MÉDICA O CIENTÍFICA:** Significa evidencia producida por alguna de las siguientes fuentes:

- Estudios revisados por homólogos expertos, publicados o aceptados para publicación en las revistas médicas especializadas que cumplen con los requisitos reconocidos a nivel nacional para los textos científicos;
- Publicaciones médicas revisadas por homólogos expertos, las cuales incluyen publicaciones relacionadas con terapias que han sido evaluadas y aprobadas por juntas de revisión institucional, los compendios biomédicos y otras publicaciones médicas que cumplen con los criterios de indización de la Biblioteca Médica de los Institutos Nacionales de Salud en el Index Medicus (Medline) y los de Elsevier Science Ltd. En Excerpta Medicus (EMBASE);
- Las revistas médicas reconocidas por el Secretario de Salud y Servicios Humanos del Gobierno de Estados Unidos, conforme a la Ley Federal de Seguro Social;
- Los siguientes normativos en inglés:
 - “The American Hospital Formulary Service-Drug Information”;
 - “Drug Facts and Comparisons®”;
 - “The American Dental Association Accepted Dental Therapeutics” y
 - “The United States Pharmacopoeia-Drug Information”;
- Los hallazgos, estudios o investigaciones realizadas por las agencias de gobierno federal, o con el auspicio de éstas, y por los institutos federales de investigación, reconocidos en Estados Unidos de América, los cuales incluyen:
 - La agencia federal “Agency for Health Care Research and Quality”;
 - Los Institutos Nacionales de Salud;
 - El Instituto Nacional de Cáncer;
 - La “National Academy of Sciences”;
 - Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS); y
 - Toda junta nacional reconocida por los Institutos Nacionales de la Salud cuyo propósito es evaluar la eficacia de los servicios de cuidado de salud;
- Toda evidencia médica o científica adicional que sea comparable con lo detallado en los incisos (A) a (E) precedentes.
- Exclusión categórica – significa la disposición expresa que establece Triple-S para la no cobertura de un medicamento de receta, identificando el mismo por su nombre científico o comercial.

8. **FARMACEUTICO:** persona que tiene licencia para preparar, mezclar y verificar medicamentos y que practica dentro del alcance de su licencia.

9. **FARMACIA:** Cualquier establecimiento legalmente autorizado para efectuar el despacho de medicamentos.

10. **FARMACIA ESPECIALIZADA** Farmacia que provee servicios para condiciones crónicas y de alto riesgo que requieren la administración de medicamentos especializados a las personas aseguradas en el plan.

11. **FARMACIA NO PARTICIPANTE:** Cualquier farmacia que no haya firmado contrato con Triple-S Salud para brindar servicios a las personas aseguradas.

12. **FARMACIA PARTICIPANTE:** Cualquier farmacia que haya firmado contrato con Triple-S Salud para brindar servicios a las personas aseguradas.

13. **FDA:** Significa la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos.

14. **FECHA DE EFECTIVIDAD:** El primer día de cubierta del plan.

15. **MEDICAMENTO DE RECETA:** Medicamento aprobado o regulado que la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) que permite que se mercadee, y que las leyes de Puerto Rico o de Estados Unidos exigen que sea suministrado mediante receta.
16. **MEDICAMENTOS AGUDOS:** Medicinas que son recetadas para el tratamiento de una enfermedad que no es recurrente, por ejemplo, antibióticos. Estos medicamentos no tienen repeticiones.
17. **MEDICAMENTOS CON REPETICIONES (REFILLS):** Receta que contiene indicaciones escritas del médico para autorizar que la farmacia despache un medicamento en más de una ocasión.
18. **MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS:** Son los medicamentos o productos que se ofrecen bajo el Programa de Medicamentos para Condiciones Especiales. Estos se utilizan para el tratamiento de condiciones crónicas y de alto riesgo que requieren una administración y manejo especial.
19. **MEDICAMENTOS DE MANTENIMIENTO:** Medicamentos que requieren el uso de una terapia prolongada y tienen poca probabilidad de cambios en dosis o terapia debido a efectos secundarios. También se consideran aquellos cuyo uso más común es tratar una enfermedad crónica cuando no puede ser determinado un final terapéutico.
20. **MEDICAMENTOS DE MARCA:** Son aquellos medicamentos que tienen patente y que mediante estudios clínicos demuestran seguridad, efectividad y eficacia.
21. **MEDICAMENTOS GENÉRICOS BIOEQUIVALENTES:** Son aquellos medicamentos clasificados por la Administración Federal de Alimentos y Drogas (FDA) como terapéuticamente equivalentes por contener los mismos ingredientes activos; ser idénticos en su potencia, forma de dosificación y vía de administración y tener biodisponibilidad comparable
22. **MEDICAMENTOS NUEVOS:** Medicamentos de recién incursión al mercado. Éstos son evaluados por el Comité de Farmacia y Terapéutica en un término no mayor de noventa (90) días luego de su aprobación por la *Food and Drug Administration (FDA)*.
23. **MEDICAMENTOS OVER-THE-COUNTER (OTC):** Medicamentos sin leyenda federal que se pueden vender a un cliente sin la receta del médico.
24. **MÉDICO O PROVEEDOR PARTICIPANTE:** Todo médico, hospital, centro de servicios primarios, centro de diagnóstico y tratamiento, dentista, laboratorio, farmacia, servicios médicos de emergencia pre-hospitalarios o cualquier otra persona o entidad autorizada en Puerto Rico para proveer servicios de cuidado de salud, que bajo contrato directo con Triple-S Salud o a través de un tercero preste servicios de salud a personas aseguradas de Triple-S Salud.
25. **PERIODO DE ESPERA:** Significa el periodo que debe transcurrir con respecto a la persona asegurada antes de que pueda ser elegible a recibir ciertos beneficios bajo los términos del plan médico. El periodo de espera en ningún caso podrá exceder de noventa (90) días. No obstante, los servicios de sala de emergencia no tendrán periodo de espera y el periodo de espera para los servicios preventivos no podrá exceder los treinta (30) días.
26. **PERSONA ASEGURADA:** Toda persona elegible y suscrita, sea asegurado principal o dependiente (directo) la cual tiene derecho a recibir los servicios y beneficios cubiertos bajo este endoso.
27. **PLAN BLUE CROSS AND BLUE SHIELD:** Asegurador independiente que mediante contrato con la Asociación de Planes Azules (*Blue Cross/Blue Shield*) adquiere la licencia para pertenecer a la asociación de planes independientes y le permite el uso de sus marcas.

28. **PRIMA:** La cantidad específica de dinero pagada a una aseguradora, en este caso a Triple-S Salud, como condición para recibir los beneficios de un plan médico para los empleados elegibles. La prima cobrada por un plan médico no podrá ajustarse por año contrato, salvo que ocurra algún cambio en la afiliación del patrono, composición familiar del empleado elegible o los beneficios del plan médico solicitado por el patrono.
29. **RECETA:** Una orden expedida por una persona licenciada, certificada o legalmente autorizada a expedir recetas de medicamentos, dirigida a un farmacéutico para el despacho de un medicamento de receta.
30. **TERAPIA ESCALONADA (ST, por sus siglas en inglés):** Protocolo que especifica la secuencia en que se deben suministrar los medicamentos de receta para determinada condición médica. En algunos casos, requerimos que la persona asegurada utilice primero un medicamento como terapia para su condición antes de que cubramos otro medicamento para esa condición (medicamentos de primer paso). Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se usan ambos para tratar su condición médica, nosotros requerimos que la persona asegurada utilice primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona para la persona asegurada, entonces cubriremos el Medicamento B (medicamentos de segundo paso).

BENEFICIO DE FARMACIA (FI-14)

- La cubierta de farmacia está sujeta a los términos y condiciones de la cubierta para servicios de hospitalización, médico-quirúrgicos y ambulatorios que no estén en conflicto con los beneficios y condiciones descritos en esta sección y en tal caso, prevalece lo establecido en las provisiones de la cubierta de farmacia.
- Este beneficio se rige por las guías de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) *ANDA (Abbreviated New Drug Application)*, *NDA (New Drug Application)* y *BLA (Biologics License Application)*. Éstas incluyen dosificación, equivalencia de medicamentos y clasificación terapéutica, entre otros.
- Este plan provee para el despacho de los medicamentos cubiertos, independientemente del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad para la cual sean prescritos, siempre y cuando el medicamento tenga la aprobación de la FDA para al menos una indicación y el medicamento sea reconocido para el tratamiento del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad que se utilice en uno de los compendios de referencia estándar o en literatura médica evaluada por homólogos generalmente aceptada. No obstante, este plan no está obligado a cubrir un medicamento cuando la FDA ha determinado que su uso es contraindicado para el tratamiento de la indicación para la cual se prescribe. Además, incluye los servicios médicamente necesarios que estén asociados con la administración del medicamento.
- Es requisito presentar la tarjeta del plan de Triple-S Salud a cualquier farmacia participante al momento de solicitar los beneficios para que los mismos estén cubiertos. La farmacia participante provee, a la presentación de la tarjeta del plan y de una receta, los medicamentos cubiertos que especifique dicha receta; y no efectúa cargo ni cobra cantidad alguna a la persona asegurada que resulte en exceso de lo establecido en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros que aparece en este endoso. Al recibir los medicamentos, la persona asegurada tiene que firmar por los servicios recibidos y presentar una segunda identificación con fotografía.
- Una farmacia no está obligada a proveer una receta ordenada si por alguna razón, de acuerdo con su juicio profesional, no debe ser provista. Esto no aplica a decisiones tomadas por farmacias, por concepto de tarifa aplicada por Triple-S Salud.
- Las recetas expedidas por médicos en donde no estén especificadas las indicaciones para su uso, ni la cantidad del medicamento, solamente se pueden despachar para un abastecimiento de cuarenta y ocho (48) horas. Ejemplo: cuando un médico escribe en sus indicaciones: “para administrarse cuando sea necesario (PRN, por sus siglas en latín)”.
- Los medicamentos con repeticiones (*refills*) no pueden ser provistos antes de transcurrir el 75% del abastecimiento a partir de la fecha del último despacho, ni luego de transcurrir un año desde la fecha de haber sido expedida la receta, excepto que de otra forma lo disponga la ley que controla el despacho de sustancias controladas.

Descripción del Beneficio de Farmacia

- Este beneficio de farmacia no utiliza una Lista de Medicamentos.
- Se requiere una receta médica para el despacho de medicamentos.
- Están cubiertos los medicamentos genéricos, marca y especializados, que en su etiqueta contengan la frase «*Caution: Federal law prohibits dispensing without prescription*» (Precaución: La ley Federal prohíbe su despacho sin receta médica), insulina y algunos medicamentos *Over-the-Counter* (OTC).
- Se cubren los servicios preventivos conforme a las leyes federales *Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA)* y la *Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA)* y según establecidos por el *United States Preventive Services Task Force (USPSTF)*. Los medicamentos clasificados como preventivos, según se detallan a continuación, se cubren con \$0 copago con receta médica si los mismos son recibidos de farmacias participantes de la red contratada por Triple-S Salud:
 - Métodos anticonceptivos – Solo se cubrirán los medicamentos incluidos en la Lista de Preventivos de Triple S, que incluye al menos un medicamento de cada una de las categorías definidas en *Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA)*. El genérico se cubrirá como única opción excepto en las categorías donde no exista en el mercado la versión genérica.
 - Suplementos de ácido fólico (400 mcg y 800 mcg) para personas aseguradas que estén planificando o sean capaces de quedar embarazadas.
 - Suplementos orales de Flúor para pre-escolares de seis (6) meses hasta los cinco (5) años de edad cuyas fuentes de obtención de agua no tiene flúor.
 - Para aquellos que utilizan los productos para cesar el uso de tabaco, este plan cubre el despacho de *nicotine nasal spray*, *nicotine inhaler* y *bupropion hcl (smoking deterrent)*, por noventa (90) días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año. El genérico se cubrirá como única opción excepto cuando no exista en el mercado la versión genérica. No aplica a productos OTC (*Over the Counter*).
 - Medicamentos preventivos a pacientes de alto riesgo de desarrollar cáncer de seno, el genérico de *tamoxifen* o *raloxifene* en tabletas, para pacientes que se encuentran en alto riesgo de desarrollar la enfermedad y que tienen un riesgo bajo de reacciones adversas a medicamentos.
 - Algunos suplementos de hierro orales para menores de 4 meses hasta los 21 años que tengan riesgo de anemia.
 - Estatinas para prevenir accidentes cardiovasculares: dosis baja o moderada de estatinas para adultos entre las edades de 40 a 75 años sin historial de enfermedad cardiovascular que tengan uno o más factores de riesgo (dislipidemia, diabetes, hipertensión o fumar) y un riesgo calculado de 10 años de tener un evento cardiovascular de 10% o más. Se cubren los genéricos de Simvastatin 5, 10, 20 y 40 mg; Atorvastatin 10 y 20 mg, Pravastatin 10, 20, 40 y 80 mg, Rosuvastatin 5 y 10 mg; Lovastatin 10, 20 y 40 mg y Fluvastatin 20 y 40 mg.
 - Prevención de cáncer colorrectal: recetas de gastroenterólogos de preparaciones intestinales para procedimiento de colonoscopia en adultos de 50 años o más solo se cubrirán los siguientes medicamentos con leyenda - Suprep y PEG (polyethylene Glycol).

- Medicamentos para Profilaxis Pre-Exposición para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV PrEP) Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil Fumarate 200mg/300mg, éste requiere preautorización para validación de diagnóstico. Solo estará cubierto la tableta genérica bioequivalente.

Para más información sobre los medicamentos preventivos a los que aplican estas disposiciones de ley, puede acceder el siguiente enlace: <http://www.healthcare.gov/center/regulations/prevention.html>.

- Este plan cubre los medicamentos con leyenda federal para cumplir con la Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las Personas con Autismo (conocida como Ley BIDA), sujeto a los copagos y coaseguros establecidos en este endoso.
- Buprenorfina
- La cantidad de medicamentos provistos conforme a una receta original está limitada a un abastecimiento de quince (15) días para medicamentos agudos y treinta (30) días para los medicamentos de mantenimiento.
- La cantidad de medicamento de mantenimiento es provista conforme a la receta original y hasta cinco (5) repeticiones, todas con abastecimiento de 30 días en un periodo de un año desde la fecha original de la receta. El médico tiene que indicar en la receta la cantidad de repeticiones.
- Este beneficio de farmacia puede estar sujeto a un deducible anual (Ej. \$75 individual). Favor refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros en este endoso. El **“deducible anual”** es la cantidad que la persona asegurada debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte. Cuando la persona asegurada recibe el despacho de su primer medicamento en el año póliza, paga el costo total de sus medicamentos hasta que alcance la cantidad establecida (Ej. \$75 individual). Las cubiertas de farmacia pueden tener un primer nivel de cubierta (Ej. \$800 por contrato individual y \$2,100 familiar). Esto significa que:
 - a. Si la cubierta de farmacia tiene un deducible anual, el primer nivel de cubierta comienza cuando la persona asegurada haya alcanzado el deducible y hasta que el plan pague la cantidad establecida (Ej. \$800 por contrato individual y \$2,100 familiar).
 - b. Si la cubierta de farmacia no tiene deducible anual, el primer nivel de cubierta comienza desde que la persona asegurada recibe el despacho de su primer medicamento en el año póliza hasta que el plan pague la cantidad establecida (Ej. \$800 por contrato individual y \$2,100 familiar).
 - c. En ambos casos, toda vez que la persona asegurada empieza el primer nivel de cubierta, es responsable por los copagos y coaseguros según el nivel de los medicamentos hasta que el plan pague la cantidad establecida (Ej. \$800 por contrato individual y \$2,100 familiar).
 - d. Una vez acumulada la cantidad establecida en el primer nivel de cubierta (Ej. \$800 por contrato individual y \$2,100 familiar), la persona asegurada debe pagar un coaseguro para todos los medicamentos cubiertos por el resto del año póliza, según se establece en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros de este endoso.
 - e. Estos deducibles, copagos y coaseguros no aplican a los Servicios Preventivos con \$0 copago, según requerido por las leyes federales *Patient Protection and Affordable Care Act* y la *Healthcare and Education Act*, y según establecido por el *United States Preventive Services Task Force*. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros de este endoso.

DESEMBOLSO MÁXIMO

- Toda organización de seguros de salud o asegurador que provee beneficios de medicamentos de receta, manejador o administrador de beneficios de farmacia o cualquier entidad a la que se le haya delegado la administración o manejo de los servicios o beneficios de farmacia, incluirán en el cálculo o en el requisito de la contribución o costo compartido (“cost sharing, out-of-pocket maximun”), cualquier pago, descuento o partida que forme parte de un programa de asistencia financiera, plan de descuentos, cupones, o cualquier aportación ofrecida al asegurado por el manufacturero. Estas partidas se considerarán en beneficio exclusivo del paciente en el cálculo de su aportación, gastos de bolsillo, copagos, co-aseguros, deducible o en el cumplimiento con requisitos de aportación compartida. Estas aportaciones, descuentos y cupones del manufacturero estarán disponibles y podrán ser utilizados en todos los proveedores de salud, conforme a los requisitos del programa, sin importar el lugar de adquisición del descuento o cupón. Se prohíbe el uso del acumulador de beneficios, maximizador o cualquier otro programa similar que tenga el efecto de implementar una restricción a la responsabilidad establecida en este inciso.

PROCEDIMIENTOS DE MANEJO

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

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

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

Para los medicamentos en el primer paso, la receta es procesada y aprobada. En el caso de los medicamentos de segundo paso, si la persona asegurada ha utilizado medicamentos de primer paso en los últimos seis (6) meses, éstos son procesados y aprobados. Si no ha utilizado medicamentos de primer paso, la farmacia le informará a la persona asegurada que debe utilizar medicamentos de primer paso. El médico, luego de evaluar el caso de la persona

asegurada, debe escribir una receta con el medicamento de primer paso o solicitar una preautorización a Triple-S Salud para un medicamento de segundo paso, incluyendo una justificación médica para su aprobación.

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

- b. **Medicamentos que requieren preautorización (PA):** Ciertos medicamentos necesitan una preautorización para ser obtenidos por el paciente. La farmacia también nos contacta para obtener autorización por cambios en dosis y cuando los cargos exceden los \$750 por receta despachada para evitar errores de facturación.

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

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

- c. **Límites de cantidad (QL, por sus siglas en inglés):** Ciertos medicamentos tienen un límite en la cantidad a despacharse. Estas cantidades se establecen de acuerdo con lo sugerido por el fabricante, como la cantidad máxima adecuada que no está asociada a efectos adversos y la cual es efectiva para el tratamiento de una condición.
- d. **Límites de especialidad médica (SL, por sus siglas en inglés):** Algunos medicamentos tienen un límite de especialidad según el médico especialista que está tratando la condición. Por ejemplo, para una condición del hígado debe ser un gastroenterólogo o infectólogo quien recete el medicamento. Estos límites de especialidad se establecen de acuerdo con la literatura médica actual.
- e. **Límites de edad (AL, por sus siglas en inglés):** Algunos medicamentos tienen límite de edad.
- f. **Programa de Manejo de Medicamentos Especializados:** El Programa de Manejo de Medicamentos Especializados es un programa coordinado exclusivamente a través de las farmacias participantes de la Red de Farmacias Especializadas de Triple-S Salud. El propósito de este programa es ayudar a las personas aseguradas que tengan condiciones crónicas y de alto riesgo que requieren la administración de medicamentos especializados a que reciban un manejo clínico de la condición totalmente integrado. Algunas de las condiciones médicas o medicamentos que requieren manejo a través del Programa de Manejo de Medicamentos Especializados son las siguientes:

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

- Enfermedad de Gaucher
- Hipertensión Pulmonar
- Osteoporosis
- Osteoartritis
- Psoriasis

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

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

Para información sobre las farmacias participantes de la Red de Farmacias Especializadas, favor referirse al Directorio de Proveedores de Triple-S Salud, visite nuestro portal de internet en www.ssspr.com o llame a Servicio al Cliente.

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

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

Estructura del Beneficio de Farmacia y Despacho de Medicamentos

Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros en este endoso para los copagos y coaseguros correspondientes.

Abastecimiento para 30 días

- Medicamentos Genéricos
- Medicamentos de Marca
- Medicamentos Especializados
- Quimioterapia oral
- Programa de medicamentos Over-The-Counter.
- Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico limitados a los que se encuentran en la Lista de Preventivos

TABLA DE DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS

Usted es responsable de lo siguiente:

Estructuras de Niveles Aplicables al Beneficio de Farmacia	
Abastecimiento para 30 días	Copagos/ Coaseguros
Medicamentos Genéricos	\$5.00
Medicamentos de Marca	\$5.00
Medicamentos Especializados	\$5.00
Quimioterapia oral	0%
Programa de medicamentos Over-The-Counter	\$0.00
Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo los anticonceptivos con receta del médico según la Lista de Medicamentos Preventivos.	\$0.00

Nota: En algunos casos, puede aplicar el copago o coaseguro hasta un máximo establecido por medicamento o luego de haber consumido una cantidad monetaria fija por persona asegurada, aplica un coaseguro.

PREAUTORIZACIONES PARA MEDICAMENTOS

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

El médico y las farmacias están orientados sobre los medicamentos que deben ser preautorizados.

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

PROCEDIMIENTO DE TRÁMITE DE PREAUTORIZACIONES PARA MEDICAMENTOS

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

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

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

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

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

PROCESO DE EXCEPCIÓN

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

Tipos de excepción

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

- Una excepción de manejo que implica que el medicamento recetado no está cubierto hasta que se cumpla con el requisito de terapia escalonada o que tenga un límite en la cantidad permitida.
- Una excepción de terapia duplicada si existe un cambio de dosis o le recetan otro de la misma categoría terapéutica.
- Medicamentos cuyos usos no tienen aprobación del FDA (*Food and Drug Administration*). Estos medicamentos usualmente no están cubiertos excepto en aquellas condiciones de salud donde se haya probado, mediante evidencia médica o científica, la eficacia del medicamento para ese otro uso, según los libros de referencias que incluyen las categorías médicas de aprobación o denegación.

¿Cómo hacer la petición?

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

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

Información requerida para aprobar su solicitud de excepción

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

- Nombre del paciente
- Número de contrato
- Diagnóstico primario
- El medicamento de receta que requiere conforme a la terapia escalonada:
 - Ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o, a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen de la persona asegurada y las características conocidas del régimen del medicamento de receta, es muy probable que sea ineficaz o se afectará la eficacia del medicamento de receta o el cumplimiento por parte de la persona asegurada

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

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

1. Al recibir una solicitud de excepción médica, Triple-S Salud se asegurará de que sea revisada por profesionales de la salud adecuados, quienes, al hacer su determinación de la solicitud, considerarán los hechos y las circunstancias específicas aplicables a la persona asegurada para la cual se presentó la solicitud, usando criterios documentados de revisión clínica que:
 - Se basan en evidencia clínica, médica y científica sólida; y las guías de práctica pertinentes a tenor con las leyes estatales, federales y reglamentos correspondientes; y siempre y cuando el servicio provisto sea reconocido por las normas generalmente aceptadas de la práctica médica y de la salud, a la luz de los medios modernos de comunicación y enseñanza.
2. Los profesionales de la salud designados por Triple-S Salud para revisar las solicitudes de excepción médica, se asegurarán de que las determinaciones tomadas correspondan a los beneficios y exclusiones que se disponen en el plan médico de la persona asegurada. Estos profesionales deberán poseer experiencia en el manejo de medicamentos. Las referidas determinaciones deberán constar en un informe en el cual se hará constar las cualificaciones de los profesionales de la salud que hicieron la determinación.
3. Triple-S Salud tomará la determinación de la solicitud presentada y notificará a la persona asegurada o su representante personal con la premura que requiere la condición médica pero no más tarde de 48 horas de haber recibido toda la información requerida desde la fecha del recibo de la solicitud o comunicación del médico que emite la receta, la fecha que sea posterior. En el caso de los medicamentos controlados no excederá de 24 horas.
 - Triple-S Salud solicita al médico o farmacia la información clínica requerida para evaluar su solicitud mediante teléfono, facsímil o algún otro medio electrónico.
 - En caso de que la persona asegurada sea la que sometió la petición, y sea necesario obtener información adicional para completar la evaluación del medicamento, se contacta a la persona asegurada mediante llamada telefónica, se le indica la información adicional que debe ser suplida por el médico para evaluar el caso, el tiempo que tiene para enviarla y el número de fax al cual debe referirla.

- Si la información clínica requerida no es recibida en un periodo de 48 horas, procedemos a cerrar la solicitud y se le notifica inmediatamente a la persona asegurada y si fuera aplicable, a su representante personal y al médico que expide la receta. La notificación incluye el detalle de la información que falta. El cierre de la solicitud no significa que la persona asegurada no pueda presentar nuevamente la reclamación.
 - La forma de solicitud de excepción está disponible libre de costo en www.ssspr.com. En la sección Herramientas para Ti que se encuentra en la parte inferior de la página principal están los Formularios para Personas Aseguradas donde está la forma de solicitud médica.
 - Triple-S tendrá la obligación de ofrecer cubierta **inmediata temporera para una receta inicial del medicamento recetado durante el proceso de solicitud de excepciones médicas** y hasta que notifique por escrito su determinación final, cuando el médico o profesional de la salud que expidió la receta haga constar por escrito que el medicamento de receta solicitado es médicamente necesario para el tratamiento de la enfermedad o condición de la persona cubierta o asegurado; aun cuando dicho medicamento de receta sea de los cuales se excluya del formulario de medicamentos del plan médico de la persona cubierta o asegurado o esté sujeto a un procedimiento de manejo de medicamentos de receta.
4. Si Triple-S Salud no toma una determinación respecto a la solicitud de excepción médica, ni la notifica dentro del periodo antes mencionado:
 - La persona asegurada tendrá por un término de 30 días, derecho al suministro del medicamento de receta objeto de la solicitud, y según el suministro sea solicitado o recetado, o en caso de terapia escalonada, por los términos que disponga la cubierta.
 - Triple-S Salud tomará una determinación con respecto a la solicitud de excepción médica antes de que la persona asegurada termine de consumir el medicamento suministrado.
 5. Si Triple-S Salud no toma una determinación con respecto a la solicitud de excepción médica, ni notifica la determinación antes de que la persona asegurada termine de consumir el medicamento suministrado, deberá mantener la cubierta en los mismos términos y continuadamente, mientras se siga recetando el medicamento a la persona asegurada y se considere que el mismo sea seguro para el tratamiento de su enfermedad o condición médica, a menos que se hayan agotado los límites de los beneficios aplicables.
 6. Si Triple-S Salud aprueba una solicitud de excepción médica, proveerá cubierta para el medicamento y no requerirá que la persona asegurada solicite aprobación para una repetición, ni para receta nueva para continuar con el mismo medicamento, siempre y cuando:
 - se recete el medicamento para la misma enfermedad o condición médica; y
 - el medicamento sea seguro por el año póliza.
 7. Triple-S Salud no establece un nivel de copago o coaseguro que sea aplicable solamente a los medicamentos de receta aprobados mediante solicitud de excepción.
 8. Toda denegación de una solicitud de excepción:

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

9. Proceso de notificación de la determinación de cubierta

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

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

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

EXCLUSIONES DEL BENEFICIO DE FARMACIA OPEN BENEFIT 2023

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

1. Medicamentos que no contengan la leyenda, excepto los incluidos en el Programa de OTC de Triple-S Salud.
2. Cargos por instrumentos artificiales, agujas hipodérmicas, jeringuillas, tirillas, lancetas, medidores de glucosa en la orina o sangre e instrumentos similares, aunque sean utilizados con fines terapéuticos.
3. Los siguientes medicamentos están excluidos de la cubierta de farmacia, independientemente a que contengan la leyenda federal:
 - a. Medicamentos con fines cosméticos o cualquier producto relacionado con el mismo fin (hydroquinone, efformitine, monobenzene, dihydroxyacetone, Onabotulinumtoxin A, Botulinum A toxin y bimatropost).
 - b. Condiciones dermatológicas como pediculosis y escabidas (lindane, permethrin, crotamiton, malathion, ivermectin y spinosad), productos para el tratamiento de la caspa que incluyan champú (pyrithione zinc 1%, glycolic acid, seleniulfide, sulfacetamide sodium), lociones y jabones, tratamientos de alopecia (calvicie) como Rogaine® (minoxidil topical soln), finasteride, Olumiant.
 - c. Medicamentos para el dolor Nubain® y Stadol®.
 - d. Productos para el control de la obesidad y otros medicamentos utilizados en este tratamiento (benzphetamine, diethylpropion, lorcaserin, orlistat, liraglutide phendimetrazine, phentermine, sibutramine, naltrexone-bupropion y mazindol).
 - e. Productos dietéticos (Foltx®, Metans®, Folbalin Plus® y Cerefolin®)
 - f. Medicamentos para el tratamiento de infertilidad (follitropin, clomiphene, menotropins, urofollitropin, ganirelix, cetrorelix acetate progesterone vaginal insert, leuprolide acetate inj kit 5 mg/ml (1mg/0.2ml)), y fertilidad
 - g. Impotencia (tadalafil, vardenafil, sildenafil, avanafil),
 - h. Implantes (goserelin, medroxyprogesterone acetate nasal implant, buprenorphine hcl subdermal implant, dexamethasone intravitreal implant, fluocinolone acetonide intravitreal implant, autologous cultured chondrocytes for implantation, testosterone, estradiol, fluocinolone acetonide intravitreal, etonogestrel subdermal implant). En adición, cualquier otro que sea aprobado por la FDA.
 - i. Implante intracaneal carmustina (se utiliza para tratar glioma maligno o glioblastoma multiforme, un tipo de tumor cerebral (su versión inyectable se cubre bajo la cubierta básica)
 - j. Implantes intratecales (nusinersen, poractant alfa, baclofen, pentetate indium, ziconotide y calfactant)
 - k. Dispositivos (sodium hyaluronate, hyaluronan e hylan)

- l. Medicamentos utilizados en pruebas con fines diagnósticos (thyrotropin, dipyrindamole IV 5mg/ml, gonadorelin HCl, cosyntropin, glucagón, barium sulfate, diatrizoate, iohexol, iopoamidol, iopromide, lidodixanol, othalamate, loversol, manitol, technetium gadoterate, gadopentetate, gadodiamide, tricophyton, tropicamide, tuberculin, y antígenos, leuprolide acetate inj kit 5 mg/ml (1mg/0.2ml)).
 - m. Medicamentos para inmunización (hepatitis A & B, influenza, encephalitis, measles, mumps, poliovirus, papillomavirus, rabies, rotavirus, rubella, varicela, yellow fever, zoster, cholera, haemophilus b, lyme disease, meningococcal, plague, pneumococcal, typhoid, tetanus toxoid, diphtheria, immune globulin, respiratory syncytial virus, palivizumab, pagademase bovine, stephage lyphates, Rho D immune Globuline) y sus combinaciones, así como las utilizadas para pruebas de alergia. Refiérase a la Sección Cubierta Estándar de Vacunación para Menores de Edad, Adolescentes y Adultos para conocer las inmunizaciones que se cubren por la cubierta médica en su póliza a la cual se aneja este endoso.
 - n. Productos utilizados como vitaminas y suplementos nutricionales para uso oral (Dextrose, Lyposyn, Fructose, Alanicem, L-Carnitine, Tryptophan, Cardiovid Plus, Glutamine), excepto algunas dosis de ácido fólico para las personas aseguradas en conformidad a la regulación Group Health Plans and Health Insurance Issuers Relating to Coverage of Preventive Services under the Patient Protection and Affordable Care Act.
 - o. Vitaminas orales: (niacina, ácido ascórbico, tiamina, riboflavina, vitamina E, piridoxina, dihidrotaquisterol, múltiples vitaminas con minerales, múltiples vitaminas con hierro, múltiples vitaminas con calcio, complejo de vitamina B - biotina - D - ácido fólico, complejo vitamina B con vitamina C, flavonoides bioflavonoides) excepto ácido fólico y las inyectables que están cubiertas.
 - p. Vitaminas Prenatales.
 - q. Hormonas de Crecimiento (*somatropin, somatrem, tesamorelin acetate*)
 - r. Productos para el cuidado de heridas (collagen, dressing, silver pad, balsam, bismuth tribromophenate, wound cleansers or dressings, dimethicone-allatoin)
 - s. Agentes esclerosantes (talco intrapleurar, ethanolamine, polidocanol, sodium tetradecyl)
 - t. Medicamentos clasificados como tratamiento para medicina alternativa (raíz de valeriana, muérdago europeo, glucosamina-condroitina-PABA-vit E y ácido alfa lipoico, coenzyme).
4. Productos considerados experimentales o investigativos para el tratamiento de ciertas condiciones, para los cuales la Administración de Drogas y Alimentos (*Food and Drug Administration*) no ha autorizado su uso. Tampoco están cubiertos estudios o tratamientos clínicos investigativos (esto es *clinical trials*), aparatos, medicamentos experimentales o investigativos administrados para ser utilizados como parte de estos estudios, servicios o productos que se proveen para obtención de datos y análisis, y no para el manejo directo del paciente, y artículos o servicios sin costos para la persona asegurada que comúnmente ofrece el auspiciador de la investigación. Esto aplica aun cuando la persona asegurada se haya inscrito en el estudio para tratar una enfermedad que amenace su vida, para la cual no haya tratamiento efectivo y obtenga la aprobación del médico para su participación en el estudio, porque éste ofrece al paciente un beneficio potencial. En estos casos, Triple-S Salud cubre los gastos médicos rutinarios del paciente según los términos y condiciones establecidos en este endoso. Gastos médicos rutinarios son aquellos gastos médicamente necesarios que se requieren para el estudio (ensayos clínicos) y que normalmente están disponibles para las personas aseguradas bajo este plan estén o no participando en un ensayo clínico, así como los servicios para diagnosticar y tratar las complicaciones resultantes del estudio, de acuerdo con la cubierta establecida en este endoso.

5. Servicios prestados por farmacias no participantes en Puerto Rico.

6. Servicios prestados por farmacias fuera de Puerto Rico y Estados Unidos.
7. Repeticiones ordenadas por un dentista o podiatra.
8. Gastos por agentes antineoplásicos inyectables; están cubiertos bajo la Cubierta Básica de servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y ambulatorios.
9. Triple-S Salud se reserva el derecho a seleccionar aquellos medicamentos nuevos que estén disponibles en el mercado. Cualquier gasto por medicamentos nuevos no está cubierto hasta tanto el medicamento sea evaluado por el Comité de Farmacia y Terapéutica de Triple-S Salud siguiendo las reglas establecidas en el Capítulo 4 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. Este Capítulo requiere que el Comité de Farmacia y Terapéutica realice la evaluación de nuevos medicamentos de receta aprobados por la FDA en un término no mayor de 90 días, contados a partir de la fecha de aprobación emitida por la FDA.
10. Se excluyen la solución azul tripán (colorante azoico que se utiliza en tinciones histológicas permitiendo diferenciar entre células vivas de células muertas), lacosamida intravenosa Vimpat® (medicamento para tratar convulsiones), degarelix acetate iny, sodium tetradecyl, polidocanol, morrhuate sodium, (solución para diálisis peritoneal), viaspan (solución fría de almacenamiento para la conservación de órganos antes de un trasplante), tetradecil sulfato de sodio (mejorar el aspecto de las venas varicosas), polidocanol (tratamiento de venas varicosas), murrato de sodio (tratamiento de hemangiomas), talco intrapleural (prevenir la efusión pleural maligna (acumulación de líquido en la cavidad torácica de las personas con cáncer u otras enfermedades graves en quienes ya tienen esta afección), solución para diálisis peritoneal (corrección del desequilibrio de electrolitos, la sobrecarga de líquidos y eliminación de metabolitos, en los pacientes con insuficiencia renal severa) y los productos homeopáticos en todas sus presentaciones (productos naturales utilizados para tratar diferentes condiciones de forma individualizada). Se excluyen los medicamentos (su marca y genérico): Xuriden (tratamiento de aciduria orotica hereditaria y antídoto de fluorouracil y capecitabine), Signifor (tratamiento de acromegalia y enfermedad de Cushing), Cuprimine (tratamiento de artritis reumatoidea, enfermedad de Wilson y cystinuria), Austedo (tratamiento de enfermedad de Chorea-Huntington's), Lucentis intravitreal (tratamiento de enfermedades del ojo) Orkambi (tratamiento de fibrosis quística) Keveyis (tratamiento de glaucoma y parálisis periódica), Upravi (tratamiento de hipertensión pulmonar), Impavido (tratamiento parásito de leishmaniasis), Darzalex (tratamiento de mieloma múltiple), Emflaza (tratamiento de distrofia muscular), HP-Acthar (tratamiento para espasmo infantil, esclerosis múltiple, gota, sarcoidosis y esclerosis lateral amiotrófica), Imyigic (tratamiento para melanoma), Tepezza (tratamiento para enfermedad ocular tiroidea), Givlaari (tratamiento para porfiria hepática aguda), Zokinvy (tratamiento para el síndrome Hutchinson-Gilford), Oxlumo (tratamiento para hiperoxaluria primaria, tipo I), Danyelza (tratamiento para neuroblastoma), Evkeeza (Hipercolesterolemia familiar), Nulibry (Deficiencia combinada de enzima molibdeno flavoproteína, Tipo A), Rebif (tratamiento para esclerosis múltiple), Ilaris (artritis idiopática juvenil sistémica), Isturisa (tratamiento para enfermedad de Cushing), Elaprase (tratamiento para mucopolisacaridosis tipo II), Xyrem (tratamiento para narcolepsia), Ponvory (tratamiento para esclerosis múltiple), Lupkynis (tratamiento para lupus nefritis), Aduhelm (tratamiento para enfermedad de Alzheimer), Bylvay (tratamiento para pruritos con colestasis intrahepática familia progresiva), Nexvazyme (para tratamiento de enfermedad Pompe), Leqvio (Hipercolesterolemia de baja densidad (LDL-C)), sabatolimab HR-MDS (síndrome mielodisplásico). Los medicamentos para cáncer: Ligelizumab (urticaria crónica), Pegunigalsidas (tratamiento de la enfermedad de Fabry), Roxadustat (anemia en pacientes con CKD no dependiente (NDD-CKD) y pacientes en diálisis), Cibiño (dermatitis atópica), Opzelura (versión tópica para el tratamiento de dermatitis atópica), Saphnelo (Anifrolumab) (lupus eritematoso sistémico), Gefapixant (tos crónica), Korsuva (pruritos moderado a grave asociado con enfermedad renal crónica en determinadas poblaciones), Skytrofa (baja estatura debido a la secreción inadecuada de la hormona del crecimiento endógena), Tezspire (asma grave no controlada), Qulipta (migraña), Livmarli (prurito colestásico asociado con el síndrome de Alagille), Sotatercept (hipertensión pulmonar), Rezurock (Enfermedad de injerto contra huésped), Recarbion (tratamiento de infecciones), Scenese (Protoporfiria eritropoyética, Krystexxa (Gota), Rukobia (HIV, artesunate

(malaria), Uplizna Enspryng, (neuromielitis óptica), Oxbryta (Sickle cell anemia), Bamlanivimab, Imdevimab, Regen-COV, Cosentyx (tratamiento para psoriasis de placa/artritis), Vuity (tratamiento para presbicia), Rethymic (tratamiento para atimia congénita), Livmarli (tratamiento para prurito colestásico), Ryplazim (tratamiento para deficiencia de plasminógeno), Vyvgart (tratamiento para miastenia gravis generalizada), Cortrophin Gel (tratamiento para espasmo infantil, esclerosis múltiple, gota, sarcoidosis, polimiositis, síndrome nefrótico, artritis, espondilitis esquilosante, desordenes visuales y esclerosis lateral amiotrófica), Addyi (tratamiento de mujeres premenopáusicas con enfermedades adquiridas trastorno generalizado del deseo sexual hipoactivo), Vyleesi (tratamiento de mujeres premenopáusicas con enfermedades adquiridas trastorno generalizado del deseo sexual hipoactivo), Entereg (tratamiento post operatorio de ileus), Zynrelef (tratamiento para dolor somático post operatorio), Pyrukind (tratamiento para anemia hemolítica), Vabysmo (tratamiento para macular edema y degeneración macular), Enjaymo (tratamiento para anemia hemolítica autoinmune), Mozobil (movilizador de células madre hematopoyéticas), Somryst (tratamiento digital para insomnio crónico), Remicade (tratamiento para crohn's y colitis ulcerosa, solo aplica al medicamento de marca), Simponi (tratamiento para artritis reumatoide, psoriasis artrítica y colitis ulcerosas), Tremfya (tratamiento para psoriasis y psoriasis artrítica), Yohimbine, Alprostadil (tratamiento para disfunción eréctil).

11. Productos utilizados para tratamiento de trombocitopenia púrpura idiopática (Promacta, Nplate, Tavalisse)
12. Productos utilizados para tratamiento para amiloidosis (Vyndamax).
13. Productos utilizados para tratamiento para esclerosis lateral amiotrófica (Radicava).
14. Productos utilizados para tratamiento para fibrosis pulmonar idiopática (Ofev, Esbriet).
15. Productos utilizados para tratamiento de hemoglobinuria noctuna paroxismal (Soliris, Ultomiris, Empaveli).
16. Productos utilizados para tratamiento para colangitis biliar primaria (Ocaliva).
17. Productos utilizados para tratamiento de atrofia muscular espinal (Spinraza, Zolgensma, Evrysdi).
18. Productos utilizados para tratamiento de Distrofia muscular de Duchenne (Exondys 51, Vyondys 53, Viltepso, Amondys 45).
19. Productos utilizados para tratamiento de Angioedema Hereditario (Takhzyro, Cynryze, Firazyf, Orladeyo, Kalbitor Ruconest, Berinert, Haegarda).
20. Antihemofílicos no se cubrirá para tratamiento de profilaxis.
21. Productos utilizados para tratamiento de enfermedad Gaucher (Vpriv, Zavesca/Miglustat, Cerezyme, Elelyso, Ceredase, Cerdelga).
22. Medicamentos utilizados para trasplante de órganos y tejidos (cyclosporine modified, tacrolimus, sirolimus, cyclosporine, mycophenolate sodium, everolimus, azathioprine, belatacept y basiliximab).
23. Productos utilizados para el tratamiento de abstinencia del hábito de fumar (varenicline). Es una exclusión categórica excepto los requeridos por las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA).
24. Gastos por métodos anticonceptivos, así como los servicios y las complicaciones relacionados a éstos, excepto los requeridos por la ley federal para la mujer.
25. Medicamentos para el acné (isotretinoin, tretinoin y sus combinaciones).

26. Sangre y sus componentes (hetastarch 6%/nacl IV, rehomacrodex IV, albúmina humana y fracciones de proteínas Plasmáticas).
27. Un medicamento cuando la FDA ha determinado que su uso es contraindicado para el tratamiento de la indicación para la cual se prescribe.
28. Tratamiento para los síntomas de ataques repentinos de porfiria relacionados con el ciclo menstrual (*Hemin, Panhematin*).
29. Terapia de genes: Cualquier tratamiento, medicamento o dispositivo que altere los genes del cuerpo, la corrección genética o expresión de los genes (*Abecma, Breyanzi, Imlygic, Luxturna, Tecartus, Yescarta, Zolgensma, Carvykti (ciltacabtagene autoleucel)*).
30. Terapia de células: cualquier tratamiento donde ocurra la transferencia de células vivas intactas a un paciente para ayudar a aliviar o curar una enfermedad. Las células pueden provenir del paciente (células autólogas) o de un donante (células alogénicas) (*Allocord, Clevecord, Ducord, Gintuit, Hemacord, Kymriah, Laviv, Maci, Provenge, Ryplazim, StrataGraft*).
31. Terapia de células T con receptor de antígeno quimérico (CAR-T por sus siglas en inglés): cualquier tratamiento o terapia donde se modifique las propias células inmunitarias del paciente (células T) para expresar un receptor en su superficie que reconoce estructuras (antígenos) en la superficie de las células malignas (*Carvykti (ciltacabtagene autoleucel)*).

Cubierta de *Major Medical*

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

Deducible

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

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

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

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

Beneficios elegibles bajo el *Major Medical*

- En servicios prestados fuera de Puerto Rico y Estados Unidos, serán tratados de la siguiente manera:
 - El (la) participante asegurado (a) deberá estar acogido a la cubierta de *Major Medical* y que los servicios que solicite correspondan a los beneficios descritos en la misma.
 - Si se trata de emergencias médicas por causa de un accidente o enfermedad ocurrida durante un viaje fuera de Puerto Rico, no se requerirá preautorización. Es requerido que dicha eventualidad sea notificada a Triple-S Salud dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas para honrar la cubierta. Triple-S Salud reembolsará en estos casos al asegurado los costos establecidos por los mismos servicios en Puerto Rico.

- El coaseguro de veinte por ciento (20%) hasta un máximo de dos mil dólares (\$2,000) será aplicado.
- Todo reclamo para reembolso debe ser sometido dentro del periodo de noventa (90) días iniciando en la fecha en que se brindó el servicio.
- Si es necesaria la compra o el alquiler de una silla de ruedas manual, equipo para administrar oxígeno y cama de hospital, Triple-S Salud debe requerir una preautorización.
- Los aparatos ortopédicos están cubiertos y se requiere preautorización.
- Prótesis, una (1) por vida del (la) participante y se requiere preautorización.
- Para trasplantes de hueso, piel y córnea requieren de la coordinación con Triple-S Salud y preautorización.
- Las terapias respiratorias en exceso de las que están cubiertas en la básica.
- Las terapias físicas en exceso de las que están cubiertas en la básica.
- Los servicios diagnosticados y relacionados con enfermedades renales, tales como diálisis, hemodiálisis y complicaciones que estén relacionadas directamente con la enfermedad, estarán cubiertas hasta un máximo de noventa (90) días a partir de la fecha del diagnóstico de la enfermedad.
- Se brindará cubierta de cirugía cosmética debido a lesiones sufridas en un accidente mientras el (la) participante asegurado (a) esté acogido bajo la cubierta de *Major Medical*. El cuidado o tratamiento médico debe ser prestado durante los seis (6) meses siguientes al accidente.

Exclusiones de la Cubierta de *Major Medical*

- Todas las exclusiones contenidas en la cubierta básica que no estén específicamente cubiertas bajo *Major Medical*.
- Cargos por hospitalizaciones, procedimientos, tratamientos y condiciones no cubiertas específicamente bajo los beneficios descritos en el *Major Medical*.
- Cualquier beneficio amparado bajo la cubierta básica, excepto alguno que esté específicamente cubierto.
- Deducibles y coaseguros que sean de aplicabilidad a la cubierta básica y los que

correspondan a cualquier otra cubierta opcional.

- Servicios prestados por profesionales y facilidades no participantes fuera de Puerto Rico, excepto en casos de emergencia.

Cubierta Dental (DE-13)

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

Fase Diagnóstica – sin coaseguro

Código	Descripción
D0150	Inicial
D0120	Periódico
D0140	Emergencia

Radiografías – sin coaseguro

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

Fase Preventiva – sin coaseguro

Código	Descripción
D1110	Profilaxis adultos
D1120	Profilaxis niños
D1203	Aplicación de fluoruro
D1206	Aplicación (tópica) de barniz de fluoruro a menores de 5 años de edad

Mantenedores de Espacio – sin coaseguro

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

Amalgamas – 25% de coaseguro

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

Resinas Compuestas en Dientes Anteriores – 25% de coaseguro

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

Tratamiento de Canal (Endodoncia) – 25% de coaseguro

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

Extracciones – 25% de coseguro

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

Tratamiento Paliativo o de Emergencia – 25% de coaseguro

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

Ortodoncia

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

Limitaciones del Plan Dental

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

- Mantenedores de espacio para sustituir molares deciduos que se pierdan de forma prematura, se cubrirá uno por área, por asegurado de por vida.
- El tratamiento de barniz de fluoruro es mutuamente excluyente del tratamiento de fluoruro tópico, (es uno o el otro), no ambos.

Exclusiones del Plan Dental

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

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

Procedimiento para Solicitar Preautorizaciones

El proceso de precertificación le garantiza a usted y a su familia que recibe un nivel de cuidado adecuado para su condición de salud. El objetivo de una precertificación es establecer medidas de coordinación que aseguren que los servicios hospitalarios y ambulatorios se brinden en el lugar, en el momento y por el profesional adecuado. Además, verificar la elegibilidad de la persona asegurada para el servicio que se está solicitando.

Para que los servicios se consideren cubiertos por el plan, la persona asegurada debe cumplir con el requisito de la precertificación previa. En los casos en que Triple-S Salud requiera precertificación o autorización previa a la prestación de servicios, Triple-S Salud no es responsable por el pago de dichos servicios, si los mismos han sido prestados o recibidos sin dicha precertificación o autorización previa por parte de Triple-S Salud.

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

Las precertificaciones para estudios y procedimientos son tramitadas por el médico que lo atiende, el personal clínico que él designe o la facilidad donde se vaya a tratar, llamando a Precertificaciones Triple-S Salud, el centro de llamadas de Triple-S Salud que atiende estos casos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. Los proveedores también pueden verificar la elegibilidad de estudios y procedimientos utilizando nuestro portal en la internet www.ssspr.com disponible las 24 horas, los 7 días.

La persona asegurada, médico y proveedor participante son orientados sobre las admisiones hospitalarias que requieran precertificación o notificación en 24 horas o tan pronto como sea razonablemente posible. Algunos estudios, procedimientos diagnósticos y quirúrgicos requieren una precertificación de Triple-S Salud. La persona asegurada, médico y proveedor participante son orientados sobre los procedimientos a precertificar. **Los servicios recibidos como consecuencia de una emergencia médica en una Sala de Emergencia no requieren precertificación de Triple-S Salud.**

Los servicios para los cuales usted o su médico debe tramitar la precertificación directamente con Triple-S Salud son:

- Cirugía bariátrica y cirugía post cirugía bariátrica (torso y abdomen)
- Litotricia
- PET CT Scan o PET Scan
- Cirugías reconstructivas y procedimientos que se pueden realizar de manera ambulatoria y por una razón médica necesitan otro nivel de servicio (hospitalización o centro de cirugía ambulatoria cuando puede realizarse en oficina)
- Inmunoprofilaxis para el virus sincitial respiratorio
- Equipo Médico Duradero
- Facilidad de enfermería diestra
- Servicios de salud en el hogar
- Tratamiento Residencial
- Hospicio
- Servicios en Estados Unidos, que no sean de emergencia
- Anestesia general y servicios de hospitalización para procedimientos dentales para menores de edad y personas con impedimentos físicos o mentales que lo requieran.
- Pruebas genéticas
- Bomba de infusión de insulina para personas aseguradas diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 1.

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

Procedimiento de Trámite de Preautorizaciones

Una vez recibida la solicitud de precertificación, Triple-S Salud evalúa la petición y le notifica a la persona asegurada, independientemente de si se certifica el beneficio o no, su determinación en un periodo no mayor de 15 días luego de la fecha en que se recibe la solicitud.

Si por razones ajenas a la voluntad de Triple-S Salud la determinación no se puede hacer en ese período de tiempo, se podrá extender el mismo por quince (15) días adicionales. En estos casos, Triple-S Salud le notifica a la persona asegurada antes que termine el plazo inicial de los quince (15) días de haber recibido su solicitud de precertificación con una justificación y le indicará la fecha en que se espera se haga la determinación.

Si la solicitud está incompleta y no cumple con los requisitos mínimos de evaluación, Triple-S Salud le notifica de forma verbal o escrita en un periodo no mayor de cinco (5) días a partir de la fecha en que se recibe la solicitud y le confirma la información que debe suministrar para completar el proceso de evaluación. Si usted solicita que la confirmación se haga por escrito, Triple-S Salud le envía la notificación dentro del periodo establecido. En estos casos, usted tiene hasta 45 días a partir de la notificación para proveer la información solicitada a partir de la fecha de la notificación.

PRECERTIFICACIONES EN CASOS URGENTES

Usted pudiera tener la necesidad de que Triple-S Salud considere su solicitud de precertificación de forma urgente. Esto se pudiera deber a una condición de salud que, bajo el criterio del médico que le esté atendiendo, pusiera en un serio riesgo su vida, salud o capacidad para recuperar su función máxima, o porque someterle a los términos de tiempo regulares para contestar una solicitud de precertificación le expone a sufrir dolor severo, el cual no se puede manejar adecuadamente sin el tratamiento para el cual se esté solicitando la precertificación. En tal caso, el médico que le esté atendiendo debe indicar el carácter de la urgencia. Una vez indicado por el médico Triple-S Salud procede a trabajar la solicitud de forma urgente. La solicitud para estos casos se puede hacer de forma oral o escrita. Triple-S Salud debe notificarle de su decisión de forma oral o escrita, a menos que usted solicite que sea de forma escrita, dentro de 24 horas a partir del recibo de su solicitud.

En caso de que Triple-S Salud necesite información adicional para prestar su determinación, debe notificarle de forma oral o escrita, a menos que usted solicite que sea de forma escrita dentro de las 24 horas del recibo de la solicitud. Usted o su representante tiene un término no menor de 48 horas a partir de la notificación para someter cualquier información adicional solicitada. Una vez recibida la información adicional, Triple-S Salud debe contestar la solicitud en un término no mayor de 48 horas a partir de lo que ocurra primero entre la fecha de recibo de la información adicional o la fecha en que vence el plazo otorgado para recibir la misma. De no recibir la información adicional solicitada en el término antes señalado, Triple-S Salud puede denegar la certificación del servicio solicitado.

La notificación de la determinación adversa indica lo siguiente:

- Fecha de servicio, proveedor, cantidad de la reclamación, códigos de diagnóstico y tratamiento, así como sus significados, de ser aplicables;
- Razones específicas de la determinación adversa, incluyendo el código de denegación y su significado, así como una descripción de los estándares, si alguno, utilizados para la determinación;
- Referencia a las disposiciones específicas del plan en las que se basa la determinación;
- Descripción de todo material o información adicional que se necesite para completar la solicitud, incluyendo una explicación de por qué es necesaria;

- Descripción de los procedimientos internos de querellas y revisión acelerada de querellas del plan, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos;
- Si para la determinación adversa se consideró una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá libre de costo una copia a la persona asegurada;
- Si la determinación adversa consideró el juicio de necesidad médica, en la naturaleza experimental o investigativa del mismo o una exclusión o límite similar, se incluirá una explicación del razonamiento científico o clínico considerado para la determinación al aplicar los términos del plan médico a las circunstancias de la persona asegurada.

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

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

Procedimiento Para Solicitar Reembolso

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

Procedimiento de Trámite para Reembolsos

1. Las solicitudes de reembolso deben ser enviadas:
 - a. A través de nuestro portal de Internet www.ssspr.com. En la sección Herramientas para Ti que se encuentra en la parte inferior de la página principal están los Formularios para Asegurados donde se presenta la información para someter un reembolso en línea.
 - b. Por correo electrónico (email). Para los servicios médicos debe enviarla a la siguiente dirección: reembolso@ssspr.com. Para los servicios dentales debe enviar los documentos a: reemdental@ssspr.com.

c. Por correo: Triple-S Salud, Inc. PO Box 363628, San Juan, PR 00936-3628

d. Debe incluir lo siguiente:

- Nombre completo (dos apellidos) y número de contrato de la persona asegurada que recibió el servicio
- Fecha del servicio
- Código de Diagnóstico (*ICD-10*) y descripción de servicios recibidos
- Código de procedimiento (vigente a la fecha de servicio)
- *National Provider Identifier (NPI)*
- Recibo de pago timbrado que incluya: nombre, dirección, especialidad y número de licencia del proveedor
- Cantidad pagada por cada servicio
- Firma del proveedor o participante que prestó los servicios
- Razón por la cual solicita reembolso
- En caso de servicio de ambulancia, debe incluir información sobre la distancia recorrida, así como evidencia de la necesidad médica
- En caso de servicios que requieran precertificación, copia de ésta

Si solicita reembolso por medicamentos debe añadir:

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

Si solicita reembolso por servicios dentales debe añadir:

- El código de servicio, número de diente y superficies restauradas (si aplica)
- Cantidad pagada por cada servicio
- Si la persona asegurada paga en un recibo más de una visita debe enviar las fechas de servicio exactas (**MES, DÍA, AÑO**) por las que pagó.
- Al solicitar reembolso por visita inicial y pronto de servicios de ortodoncia, de tener suscrita la cubierta que se ofrece de forma opcional con una prima adicional correspondiente, debe incluir el plan de tratamiento con el desglose de: visita de récord, pronto, mensualidades, costo y duración total del tratamiento.

- En caso de tener suscritos los servicios de prótesis dental y periodoncia, que se ofrece de forma opcional con una prima adicional correspondiente, deben traer radiografías.

Si solicita reembolso por Coordinación de Beneficios debe añadir:

- Número de contrato de su plan primario si el mismo es con Triple-S Salud
 - Si es para reembolsar por cantidades dejadas de pagar por su plan primario, debe incluir la Explicación de Beneficios del otro plan
2. Debe dar aviso por escrito de la reclamación a Triple-S Salud dentro de los veinte (20) días después de haber ocurrido dicho término o, tan pronto como sea razonablemente posible por la persona asegurada o el patrono en un plazo que no exceda de un (1) año a partir de la fecha en que se prestó el servicio, a menos que se presente evidencia que fue imposible someter la reclamación en el periodo de tiempo establecido.
 3. Triple-S Salud tiene hasta 15 días para entregar acuse de recibo luego de recibir por correo la notificación de reclamación. Las notificaciones realizadas a la persona designada por la persona asegurada se consideran notificaciones brindadas al mismo, siempre que la autorización esté vigente y no se haya revocado. Si la persona no está autorizada y recibe una notificación a nombre de la persona asegurada, debe informarlo dentro de los 7 días siguientes al reclamante y debe indicar nombre y dirección de la persona que debe recibir la notificación. Si la notificación de reclamación se realiza por medio electrónico, la persona asegurada recibe inmediatamente un acuse de recibo por sistema. Si realiza el trámite en un Centro de Servicio, se acusa recibo al momento de la entrega del documento.
 4. Triple-S Salud hace la investigación, ajuste y resolución de cualquier reclamación en el periodo razonablemente más corto dentro de 30 días después de haber recibido la solicitud. De Triple-S Salud no poder resolver en el tiempo anteriormente indicado, mantiene en sus expedientes los documentos que evidencien justa causa para exceder este término. El Comisionado de Seguros tiene la autoridad para solicitar la resolución inmediata si entiende que se está retrasando el proceso indebida o injustificadamente.

Ley HIPAA (*Health Insurance and Accountability Act*)

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

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

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

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

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

Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida

- No hacer uso ni divulgar información protegida, sólo como lo dispone la ley o como lo establece este resumen de beneficios.
- Asegurar que agentes y subcontratistas, a quienes la Universidad provee información protegida sobre el plan médico, acuerden y se comprometan a las mismas restricciones y condiciones que le aplican a la Universidad.
- No hacer uso o divulgar información protegida para acciones o decisiones relacionadas al empleo.
- No hacer uso o divulgar información protegida en conexión o en conjunto con cualquier otro beneficio o plan de beneficio de estudiantes de la Universidad.
- Informar al plan médico cualquier uso o divulgación de información protegida inconsistente con los requerimientos de acceso, según lo dispone HIPAA.
- Hacer disponible información protegida del asegurado a individuos, organizaciones y subcontratistas para la administración del plan médico de acuerdo con los requisitos de acceso, según lo establece HIPAA.
- Hacer disponible información protegida del paciente para enmiendas e incorporar cualquiera de esas enmiendas basadas en la Regla de Privacidad.
- Proveer información con el fin de realizar un recuento de las divulgaciones de información protegida.
- Proveer al Departamento de *Health and Human Services* las prácticas internas de la Universidad, libros y expedientes relacionados con el uso y divulgación de información privada del asegurado, recibidos del plan médico con el propósito de determinar el cumplimiento con HIPAA.

- Si es viable, la Universidad debe devolver o destruir toda información protegida recibida por parte de Triple-S Salud del plan médico mantenida en cualquier forma. Además, destruir copias de información protegida del asegurado cuando éstas ya no tengan uso o propósito de divulgación. Si la devolución o destrucción no es viable, acordar el limitar el uso y divulgación a aquellos propósitos que hacen la devolución o destrucción no viable.
- Para asegurar una separación adecuada entre Triple-S Salud y la Universidad, lo anterior requiere que el resumen de beneficios incluya lo siguiente:
 - Una descripción de los estudiantes o tipos de estudiantes (o cualquier otra persona bajo el control de la Universidad que tendrá acceso a información protegida del asegurado por parte del plan médico. Esto incluye individuos que reciben información protegida relacionada con el pago, operación de cuidado de salud o cualquier otro asunto en el curso regular del negocio.
 - Restricciones al acceso y uso de información protegida por individuos relacionados a funciones de administración que la Universidad realiza para el plan. La Universidad hará estricto uso de las herramientas de recursos humanos (documentación y procedimientos) para demostrar que las decisiones relacionadas con el trabajo del individuo son tomadas independientemente de la información protegida que se tenga.
 - Un mecanismo efectivo para resolver aspectos de incumplimiento con relación al resumen de beneficios por el individuo con acceso a información protegida.

Limitaciones al Acceso y Divulgación de Información Protegida

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

Incumplimiento

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

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 periodo de transición se extiende 90 días después de la fecha en que sea dado de alta. En caso de una persona asegurada durante su embarazo y la cancelación ocurre en el segundo trimestre, el período de transición se extiende hasta la fecha de alta de la persona asegurada después del parto o de la fecha de alta del neonato, la que fuera última. En caso de pacientes diagnosticados con una condición terminal, antes de la fecha de terminación del plan y que continúe recibiendo servicios por esa condición antes de la fecha de terminación del plan, el período de transición se extiende durante el tiempo restante de la vida del paciente.

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).

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.
- Proveer la información más completa y precisa sobre su condición de salud, incluyendo enfermedades anteriores, medicamentos, etc. Participar en toda decisión relacionada con su cuidado médico. Conocer los riesgos y límites de la medicina.
- Conocer la cobertura, opciones y beneficios y otros detalles del plan de salud.
- Cumplir con los procedimientos administrativos de su plan de salud.
- Adoptar un estilo de vida saludable.
- Informar al médico cambios inesperados en su condición.
- Informar que entiende claramente el curso de acción recomendado por el profesional de la salud.

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

Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN DE SALUD PUEDE SER UTILIZADA 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 requerido por ley 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 vigente.

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 PRÁCTICAS 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 (PHI, por sus siglas en inglés) 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. Usted puede enviarnos su solicitud al siguiente correo electrónico a hipaacompliance@sssadvantage.com o por escrito a la dirección incluida más adelante.

Nosotros no utilizamos 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 salud perteneciente a los afiliados 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 Act of 2009” (HITECH, por sus siglas en inglés). 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: Son los estándares de la privacidad de la información identificable de un individuo, así como las normas de seguridad para la protección electrónica de la información protegida que se guían a través de 45 C.F.R. Parte 160 y Parte 164.

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD

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

Triple-S Salud podría utilizar 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 relacionada 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 seguridad del paciente, 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 aseguradora o a un proveedor de salud sujeto a las regulaciones federales o locales sobre confidencialidad mientras la aseguradora o proveedor mantengan una relación con usted.

Entidades Cubiertas Afiliadas: En las funciones como administrador del seguro o beneficio, podremos usar y divulgar PHI con la siguiente entidad: Triple-S Salud, Inc.

Socios de Negocios: Triple-S Salud comparte información con nuestros socios de negocio, los cuales proveen servicios a nombre de Triple-S Salud, Inc. 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.

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 establecidas y requeridas por la Ley.

Procedimientos legales: Podemos utilizar o divulgar su PHI durante el transcurso de cualquier proceso judicial o administrativo en cumplimiento con alguna orden (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 de salud a una agencia reguladora como el Departamento de Salud Federal (DHHS, por sus siglas en inglés) para propósitos de auditorías, monitoreo de cumplimiento con la regulación, investigaciones, inspecciones o licencias. 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 las 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. Utilizaremos 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 dos 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 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 aplicables. Usted tiene derecho a revocar la autorización por escrito en cualquier momento, pero su revocación no afectará los usos o divulgaciones permitidos por su autorización mientras la misma estuvo vigente. Nosotros guardaremos registro de las autorizaciones o revocaciones otorgadas por usted.

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

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

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

USTED TIENE LOS SIGUIENTES DERECHOS SOBRE SU PHI

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 30 días para efectuar alguna de las siguientes actividades:

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

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

Informe de Divulgaciones: Usted tiene derecho a recibir una lista de las instancias ocurridas en que nosotros o nuestros socios de negocio hayamos divulgado su información de salud para asuntos no relacionados a tratamientos médicos, pagos por 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 12 meses, podríamos cobrarle los costos de procesar la(s) solicitud(es) adicional(es). El informe sólo cubre los últimos seis 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 el método 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 60 días. De necesitar tiempo adicional, le notificaremos por escrito previo a la expiración del término original.

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

Aviso en caso de violaciones de Privacidad y Seguridad en que su información esté en riesgo: Nosotros le notificaremos de manera oportuna si ocurre un incidente que comprometa la privacidad, seguridad y confidencialidad de su información protegida de salud.

Aviso por medios electrónicos: Si usted recibió este aviso por medio de nuestros portales www.ssspr.com para Triple-S y/o por correo electrónico (e-mail), usted tiene derecho a recibir una copia en 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.salud.grupotriples.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: (787)-620-1919

Fax: (787) 993-3260

E-mail: hipaacompliance@sssadvantage.com

Dirección: P. O. Box 11320 San Juan, PR 00922

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

U.S. Department of Health and Human Services

Mailing Address: 200 Independence Avenue, S.W. Room 509F HHH Bldg. Washington, D.C. 20201.

Email: 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 www.ssspr.com

Ayudas en Casos de Desastres y Situaciones de Emergencia

Programas gubernamentales de beneficios

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

Derechos Individuales

- **Acceso:** Usted tiene el derecho de examinar y obtener copia de su información personal, financiera, de seguros o de salud, dentro de los límites y excepciones que provee la ley. Para obtener acceso a su información de salud, usted debe presentarnos su solicitud por

escrito. Puede obtener un modelo de solicitud comunicándose a la dirección que aparece al final de este aviso o puede enviarnos una carta. El primer informe que usted solicite será gratuito. Nos reservamos el derecho de cobrar por copias subsiguientes. Si usted solicita la información en un formato alterno al que nosotros hemos establecido para este propósito, podría tener que pagar un cargo adicional por el informe.

- **Informe de Divulgaciones:** Usted tiene derecho a recibir una lista de las instancias ocurridas desde el 14 de abril de 2003 en que nosotros o nuestros socios de negocio hayamos divulgado su información de salud para asuntos no relacionados a tratamiento médico, pago de servicios de salud, operaciones de cuidado de salud, o según su autorización.

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

- **Restricciones:** Usted tiene el derecho de solicitar que implementemos restricciones adicionales en nuestro manejo de su información de salud. Nosotros no tenemos que estar de acuerdo con su solicitud, pero si la aceptamos, nos registramos por la misma (excepto en caso de una emergencia). Su solicitud y nuestro acuerdo de implementar restricciones adicionales en el manejo de su información de salud debe ser por escrito y firmada por un oficial autorizado.
- **Comunicación Confidencial:** Usted tiene el derecho de solicitar que nuestras comunicaciones hacia usted relacionadas con su información de salud sean realizadas por métodos alternos o dirigidas a direcciones alternas. Debe presentar una solicitud escrita en la que indique las razones que pueden ponerle en peligro si las comunicaciones no se realizan de forma confidencial. Podríamos aceptar su solicitud si ésta es razonable, especifica las formas o localizaciones alternas, y nos permite continuar con el cobro de las primas de su seguro de salud y el pago de las reclamaciones por los servicios recibidos, incluyendo el envío de explicaciones de beneficios.
- **Enmienda:** Usted tiene el derecho de solicitar que enmendemos su información de salud. Su solicitud debe ser por escrito, y contener una explicación o evidencia que justifique la enmienda. Podemos rechazar su solicitud si no originamos la información que usted solicita que se enmiende y quién la originó se encuentra disponible para recibir su solicitud, o por otras razones. Si rechazamos su solicitud, le proveeremos una explicación por escrito. Usted puede solicitar que se incluya una declaración suya indicando su desacuerdo con la determinación tomada por nosotros. Si aceptamos su solicitud, realizaremos esfuerzos razonables para informar a otros, incluyendo los socios de negocio, e incluiremos la enmienda en cualquier divulgación futura de tal información.

- **Notificación por Medios Electrónicos:** Si usted recibió esta notificación en nuestro portal de Internet o por correo electrónico (*e-mail*), usted tiene derecho a recibir una copia escrita de esta notificación.

Preguntas y Quejas

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

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

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

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

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

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

Teléfono: (787) 277-6686

Facsímil: (787)706-4004

Correo electrónico: privacidad@ssspr.com

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

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

Línea de Información 1-800-810-2583

www.bcbsa.com

Programa *BlueCard*

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

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

Coordinación De Beneficios

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

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

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

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

- El plan que no tenga la cláusula de coordinación de beneficios en su póliza es el plan primario.

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

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

Claúsula de Conversión

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

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

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

Disposiciones Generales de la Póliza

- **Acciones de Terceras Personas:** Si por culpa o negligencia de un tercero, 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 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 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.

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

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

- Triple-S Salud no será responsable de ningún acto de negligencia maliciosa o de omisión por parte de un proveedor participante o algún empleado de éste, ni de ningún acto de omisión, negligencia o malicioso por parte de un asegurado o alguno de sus dependientes.
- Expresamente se conviene que Triple-S Salud no queda obligada a facilitar médicos ni a garantizar espacio o camas en los hospitales. Triple-S Salud únicamente queda comprometida a pagar por los servicios recibidos según los términos y condiciones de esta póliza.
- Las personas incapacitadas menores de sesenta y cinco (65) años que tengan las Partes A y B de *Medicare* pueden optar por suscribirse a cualquiera de los productos del Programa *Medicare Advantage* o póliza complementaria de Triple-S Salud.
- Los asegurados deberán familiarizarse con los horarios de los consultorios médicos, laboratorios clínicos, de rayos x, etc. y asegurarse de su condición de proveedores participantes. Será absoluta responsabilidad del asegurado el identificarse como tal.
- Los asegurados tienen derecho a solicitar reembolso por servicios prestados por proveedores no participantes dentro de un periodo no mayor de seis (6) meses a partir de la fecha del servicio. Se requerirá la presentación del recibo original de pago que indique el diagnóstico o procedimiento practicado. Para solicitar reembolso por servicios de ambulancia terrestre, es necesario que presente una certificación médica donde indique que la condición del paciente ameritaba el uso de dicho servicio.
- **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, estas relaciones se llaman “*Inter-Plan Arrangements*.” Estos *Inter-Plan Arrangements* funcionan a base de normas y procedimientos emitidos por la Blue Cross Blue Shield Association (“*Association*”). Siempre que usted acceda servicios de salud fuera del área geográfica que Triple-S Salud sirve, la reclamación por esos servicios puede tramitarse por uno de esos *Inter-Plan Arrangements*. Los *Inter-Plan Arrangements* se describen en forma general a continuación.

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

Tipos de reclamaciones

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

A. Programa BlueCard®

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

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

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

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

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

Los *Host Blues* deciden si utilizarán un precio real, aproximado o promedio. Los *Host Blues* que utilicen cualquiera de los dos, el precio aproximado o el precio promedio pueden, aumentar o reducir prospectivamente tales precios para corregir por sobreestimación o subestimación de precios anteriores (es decir, ajustes prospectivos

pueden significar que el precio corriente refleja cantidades o créditos adicionales por las reclamaciones que hayan sido pagadas o que se anticipen ser pagadas o recibidas de proveedores). Sin embargo, el Programa *BlueCard* requiere que la cantidad pagada por el asegurado sea el precio final; ningún ajuste de precios futuros resultará en aumentos o reducciones en la determinación de los precios por las reclamaciones anteriores. El método de pago de reclamaciones por un *Host Blue* es tomado en cuenta por Triple-S Salud para determinar sus primas.

B. Impuestos Federales/Estatales/Recargos /Tarifas

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

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

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

D. Programa Blue Cross Blue Shield Global Core® (solo para personas aseguradas con la cubierta de gastos médicos mayores)

Información general

Si usted está fuera de los Estados Unidos, el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos (“Área de Servicio BlueCard”) posiblemente pueda beneficiarse del Programa *Blue Cross Blue Shield Global Core* cuando acceda 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 los asegurados a acceder una red de proveedores profesionales para pacientes internados y ambulatorios, el programa no está en el área de servicio de un *Host Blue*. Por tal razón, cuando los asegurados reciban atención de proveedores localizados fuera del área de servicio de *BlueCard*, usted típicamente tendrá que pagar a los proveedores y presentar las reclamaciones para obtener reembolso por estos servicios.

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

cita con un médico u hospitalización, si fuera necesario.

Servicio para pacientes internados

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

Servicios para pacientes ambulatorios

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

Cómo presentar una reclamación a Blue Cross Blue Shield Global Core

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para solicitar asistencia, puede comunicarse o escribir a:

Oficina del Comisionado de Seguros

División de Investigaciones
Dirección Postal OCS
PO Box 195415
San Juan, PR 00919

361 Calle Calaf
World Plaza Building
268 Ave. Muñoz Rivera
San Juan PR 00918
Teléfono: 787-304-8686
www.ocs.pr.gov

Procurador de la Salud

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

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

Triple-S Salud, Inc.

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

Fax Apelaciones: 787-706-4057

Correo electrónico: qacomercial@ssspr.com

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

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

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

Triple-S Salud notifica su decisión por escrito a la persona asegurada o si fuera aplicable 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 las personas que participaron en el proceso de revisión de primer nivel (los revisores);
- La declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la querella;
- La determinación de los revisores con la justificación médica o base contractual para que la persona asegurada o su representante personal pueda responder a los planteamientos;
- La evidencia o documentación usada como base de la determinación.

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

- Las razones específicas de la determinación adversa;
- Referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;
- Una declaración sobre los derechos que tiene 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.
- Si para formular la determinación adversa Triple-S Salud se fundamentó en una regla, guía o protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá una copia de dicha regla, guía o protocolo en específico u otro criterio similar en que se fundamentó la determinación adversa, de manera gratuita a solicitud de la persona asegurada o, si fuera aplicable, de su representante personal;

- Si la determinación adversa se basa en la necesidad médica o la naturaleza experimental o investigativa del tratamiento o en una exclusión o limitación similar, una explicación escrita del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación o una declaración de que se 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.
- Debe incluir una declaración en la que indique una descripción del proceso para obtener una revisión voluntaria adicional, así como los plazos para la revisión, en caso de que 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. 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 asegurada 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 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 361 Calle Calaf World Plaza Building, 268 Ave. Muñoz Rivera, San Juan PR 00918 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.

3. Nivel Voluntario de Revisiones de Querellas

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

Al recibo de la solicitud para una revisión voluntaria adicional, Triple-S Salud acusa recibo de la misma y notifica 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.

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

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

Si Triple-S Salud es asistida por su representación legal, se le notifica con por lo menos 15 días calendario de anticipación a la fecha de la reunión de revisión y se le indica que puede ser asistido por su propia representación legal. Toda persona asegurada, o su representante personal que desee comparecer en persona ante el panel de revisión, presentará por escrito

a Triple-S Salud una solicitud a más tardar de quince (15) días laborables del recibo de la notificación enviada.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

También incluirá, una notificación del derecho 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.

4. Revisiones Aceleradas de Querellas Relacionadas con una Determinación Adversa

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

Los procedimientos permitirán que la persona asegurada, o su representante personal, solicite a Triple-S Salud una revisión acelerada verbalmente o por escrito.

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

inicial.

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

Si su caso se evalúa de forma acelerada, Triple-S Salud notificará la decisión a usted, o si fuera aplicable, a su representante autorizado, por teléfono, fax o de la manera más expedita disponible, con la premura que requiera su condición médica pero no más tarde de 48 horas, a partir de la fecha en que se radique la solicitud de revisión acelerada en Triple-S Salud, independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para tomar la determinación. Se entiende por apelaciones de casos urgentes aquellas solicitudes de apelación que correspondan a servicios o tratamientos médicos respecto a los cuales el aplicar los periodos regulares de tiempo para contestar una apelación: (a) ponen en grave peligro la vida o salud 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.

Dicha determinación incluye:

- Los títulos y credenciales de los revisores que participaron en la evaluación;
- La explicación clara de la determinación que hicieron los revisores de la revisión acelerada;
- La determinación de los revisores con la justificación médica o base contractual para que 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.
- Una declaración en la que se indica 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.
- Una notificación de derecho de comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros o la Oficina del Procurador de la Salud para orientación, opciones disponibles y solicitar ayuda, así como la información de los números a llamar en estos casos.
- Usted tiene derecho a comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros o con la Oficina del Procurador de la Salud para solicitarle ayuda.
- Triple-S Salud podrá proveer la notificación verbalmente, por escrito o electrónicamente.
- Si se provee la notificación de la determinación adversa verbalmente, Triple-S Salud proveerá una notificación por escrito o por medio electrónico a más tardar a los tres (3) días de la notificación verbal.
- Nada de lo aquí dispuesto se entenderá que limita la facultad de Triple-S Salud para dejar sin efecto una determinación adversa sin observar el procedimiento aquí prescrito.

Para solicitar asistencia, puede comunicarse o escribir a:

Oficina del Comisionado de Seguros

División de Investigaciones
Dirección Postal OCS
PO Box 195415
San Juan, PR 00919

361 Calle Calaf
World Plaza Building
268 Ave. Muñoz Rivera
San Juan PR 00918
Teléfono: 787-304-8686
www.ocs.pr.gov

Procurador de la Salud
PO BOX 11247
San Juan PR 00910-2347
Teléfono: 787-977-0909

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

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

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

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

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

- En el caso de las determinaciones de revisiones prospectivas, Triple-S Salud hará su determinación y la notificará a la persona asegurada, independientemente de si se certifica el beneficio o no, dentro del plazo adecuado según la condición de salud de la persona asegurada, pero en ningún caso en un plazo mayor de quince (15) días, contados a partir de la fecha en que se recibe la solicitud.

- En caso de que se emita una determinación adversa, Triple-S Salud, notificarán dicha determinación como se dispone en este artículo.

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

- Determine que la prórroga es necesaria debido a circunstancias fuera del control de Triple-S Salud; y
- Notifique a la persona asegurada, antes del vencimiento del plazo inicial de quince (15) días, las circunstancias que justifican la prórroga y la fecha en que espera hacer la determinación.

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

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

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

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

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

- Se considerará como una determinación adversa toda reducción o terminación del tratamiento que haga Triple-S Salud antes de finalizar el plazo o la cantidad de

tratamientos previamente certificados, salvo que la reducción o terminación se deba a una enmienda en los beneficios del plan médico o a la terminación del plan médico; y

- Triple-S Salud notificará la determinación adversa a la persona cubierta o asegurado, con antelación a la reducción o terminación, de modo que la persona asegurada pueda presentar una querella interna y obtener una determinación con respecto a dicha querella, antes de que se reduzca o termine el beneficio.

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

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

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

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

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

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

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

información requerida para tomar la determinación.

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

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

- Información suficiente que permita identificar el beneficio solicitado o la reclamación hecha, incluyendo los datos que sean aplicables entre los siguientes: la fecha del servicio; el proveedor; la cuantía de la reclamación; el código de diagnóstico y su significado; y el código de tratamiento y su significado;
- Las razones específicas de la determinación adversa, incluyendo el código de denegación y su significado, así como una descripción de los estándares, si alguno, utilizados en la denegación del beneficio o reclamación;
- Una referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;
- Una descripción de todo material o información adicional que se necesite para que la persona asegurada pueda completar la solicitud, incluida una explicación de por qué dicho material o información es necesario;
- Una descripción de los procedimientos internos de querellas de Triple-S Salud, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos;
- Si para formular la determinación adversa Triple-S Salud se fundamentó en una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá, libre de costo, a la persona asegurada una copia de dicha regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar;

- Si la determinación adversa se basó en el juicio sobre la necesidad médica del servicio o tratamiento, en la naturaleza experimental o investigativa del mismo o en una exclusión o límite similar, la notificación incluirá una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, y al aplicar los términos del plan médico a las circunstancias de la persona asegurada; y
- Una explicación del derecho de la persona asegurada a comunicarse, según corresponda, con la oficina del Comisionado o con la Oficina del Procurador del Paciente para pedir ayuda en cualquier momento y sobre el derecho a incoar una demanda ante un tribunal competente cuando termine el proceso interno de querellas de Triple-S Salud. Deberá incluirse la información de contacto de la Oficina del Comisionado y del Procurador de la Salud.

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

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

Triple-S Salud establece, por escrito, procedimientos para la revisión acelerada de utilización y determinación de beneficios, y para notificar a las personas aseguradas sus determinaciones respecto a las solicitudes de cuidado urgente. Como parte de los procedimientos se dispone que, si 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 asegurada 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.

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 Triple-S Salud, 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.

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 querella de Triple-S Salud, incluyendo la información de contacto de la Oficina del Comisionado y del Procurador de la Salud.

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

7. Servicios de Emergencia

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

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

- Triple-S Salud no requerirá obtener autorización previa para los servicios de emergencia, aun cuando dichos servicios de emergencia hayan sido provistos por un

proveedor que no forme parte de la red de proveedores de Triple-S Salud (proveedores no participantes);

- Si los servicios de emergencia fueron provistos por un proveedor no participante, no se impondrán requisitos administrativos ni limitaciones de cubierta que resulten más restrictivos que los requisitos o limitaciones aplicables a los proveedores participantes cuando prestan los mismos servicios de emergencia;

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

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

La persona asegurada no podrá ser requerida a pagar, cantidad alguna en exceso de los copagos, coaseguros y deducibles aplicables conforme el apartado anterior.

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

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

Notificación del Derecho a la Revisión Externa

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

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

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

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

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

En el caso de una notificación de determinación adversa final, un aviso en que se informa a la persona asegurada lo siguiente, según aplique:

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

Además de la información que se debe proveer, Triple-S Salud incluirá una descripción de

los procedimientos de revisión externa ordinaria y de revisión externa acelerada, destacando las disposiciones que le ofrecen a la persona asegurada la oportunidad de presentar información adicional. También se deberán incluir, si alguno, los formularios necesarios para procesar la solicitud de revisión externa.

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

Usted o su representante autorizado pueden solicitar una revisión independiente luego de agotar el proceso de Revisión Interna y luego de recibir una Notificación Adversa final. La Notificación Adversa final incluirá el formulario de Revisión Externa y el formulario de Autorización de Uso y Divulgación de Salud Protegida, los cuales deberán completarse y 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
Dirección Postal OCS
PO Box 195415 San Juan, PR 00919

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

Solicitud de Revisión Externa

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

La persona asegurada podrá solicitar una revisión externa de una determinación adversa o de una determinación adversa final.

Requisito de Agotar el Proceso Interno de Querellas

Ninguna solicitud de revisión externa procederá hasta que la persona asegurada haya agotado el proceso interno de querellas de Triple-S Salud.

Se considerará que se ha agotado el proceso interno de querellas de Triple-S Salud si la persona asegurada:

- Ha presentado una querella interna y

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

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

Simultáneo a la presentación de una solicitud de revisión interna acelerada de una querella la persona asegurada podrá solicitar una revisión externa acelerada conforme alguna de las siguientes opciones:

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

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

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

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

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

Revisión Externa Ordinaria

A más tardar los ciento veinte (120) días siguientes al recibo de una notificación de

determinación adversa o determinación adversa final, la persona asegurada podrá presentar una solicitud de revisión externa al Comisionado.

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

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

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

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

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

Si la solicitud:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Los expedientes de salud pertinentes de la persona asegurada;
- La recomendación del profesional de la salud que atiende a la persona asegurada;

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

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

- A la persona asegurada;
- A Triple-S Salud;
- Al Comisionado.

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

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

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

La designación, por parte del Comisionado, de una organización de revisión independiente

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

Revisión Externa Acelerada

La persona asegurada podrá radicar ante el Comisionado una solicitud de revisión externa acelerada al recibir alguna de las siguientes:

Una determinación adversa, siempre y cuando:

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

Una determinación adversa final, siempre y cuando:

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

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

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

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

Si Triple-S Salud, a raíz de la revisión preliminar realizada, que la solicitud no es elegible para revisión externa, la notificación que a tales efectos se le haga a la persona asegurada

deberá advertirle que dicha determinación de inelegibilidad hecha por Triple-S Salud puede apelarse ante el Comisionado.

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

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

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

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

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

- Los expedientes médicos pertinentes de la persona asegurada;
- La recomendación del profesional de la salud que atiende a la persona asegurada;
- Los informes de consultas que hayan hecho profesionales de la salud y otros documentos presentados por Triple-S Salud, la persona asegurada, o el proveedor de la salud que ofrece el tratamiento a la persona asegurada;
- Los términos de cubierta del plan médico de la persona asegurada;
- Las directrices de práctica (“practice guidelines”) más apropiadas, las cuales podrían incluir las guías de práctica generalmente aceptadas, las guías de práctica basadas en evidencia u otras guías confeccionadas por el Gobierno Federal o por las asociaciones o juntas médicas y profesionales a nivel nacional;

- Todo criterio de revisión clínica creado y usado por Triple-S Salud, o la organización de revisión de utilización, al hacer la determinación adversa o determinación adversa final; y
- La opinión de los revisores clínicos de la organización de revisión independiente, después de examinar los documentos.

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

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

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

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

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

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

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

Revisión Externa de Determinaciones Adversas Basadas en Tratamiento Experimental o Investigativo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El médico de la persona asegurada ha certificado por escrito que una de las siguientes situaciones es aplicable:

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

El médico que atiende a la persona asegurada:

- Ha recomendado un servicio de cuidado de la salud o tratamiento respecto al cual certifica, por escrito, que según su opinión, con toda probabilidad será de mayor

beneficio para la persona asegurada que los otros servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales o acostumbrados disponibles; o

- El médico que atiende a la persona asegurada, el cual está cualificado para practicar la medicina en la rama indicada para el tratamiento de la condición de salud en cuestión, ha certificado por escrito que existen estudios con validez científica, realizados según los protocolos aceptados, que demuestran que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento solicitado por la persona asegurada tiene una mayor probabilidad de ser de beneficio que ningún otro servicio de cuidado de la salud o tratamiento usual o acostumbrado disponible;

La persona asegurada ha agotado el proceso interno de querellas de Triple-S Salud, salvo cuando no se requiera haber agotado dicho remedio; y

La persona asegurada ha provisto toda la información y los formularios que se requieren para procesar la revisión externa, incluido el formulario de autorización.

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

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

Si la solicitud:

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

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

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

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

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

- Asignar una organización de revisión independiente para llevar a cabo la revisión externa y notificar a Triple-S Salud cuál fue la organización de revisión independiente designada; y
- Notificar por escrito a la persona asegurada que la solicitud es elegible y fue aceptada para revisión externa.

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

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

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

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

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

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

Al formular su opinión, los revisores clínicos no estarán obligados por ninguna de las

decisiones o conclusiones resultantes del proceso de revisión de utilización o el proceso interno de querellas de Triple-S Salud.

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

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

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

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

Cada revisor clínico revisará toda la información y los documentos recibidos de parte de Triple-S Salud y toda otra información presentada por escrito por la persona asegurada.

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

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

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

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

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

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

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

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

- Una descripción de la condición de salud de la persona asegurada;
- Una descripción de los indicadores relevantes en el análisis y proceso de determinar si existe suficiente evidencia para demostrar que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado tiene una mayor probabilidad de ser beneficioso para la persona asegurada que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento usual o acostumbrado disponible y que los riesgos adversos del servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado no serían marcadamente mayores que los de los servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales y acostumbrados disponibles;
- Una descripción y análisis de la evidencia médica o científica que se tomó en consideración en la opinión expresada;
- Una descripción y análisis de cualquier estándar basado en evidencia (“evidence-based standard”) que se haya tomado en consideración en la opinión expresada; e
- Información acerca de si el razonamiento tras la opinión del revisor
- En el caso de una revisión externa acelerada, cada revisor clínico expresará su opinión, de manera verbal o escrita, a la organización de revisión independiente, tan pronto como la condición o circunstancia de salud de la persona asegurada lo requiera, pero nunca más tarde de los cinco (5) días siguientes de haber sido seleccionado para realizar la revisión externa.
- Si la opinión del revisor clínico se hubiese expresado originalmente de manera verbal, a más tardar los dos (2) días de haber provisto la opinión, el revisor clínico suministrará una confirmación escrita a la organización de revisión independiente e incluirá en ésta la información que se requiere.

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

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

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

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

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

- La persona asegurada;
- Triple-S Salud; y
- Al Comisionado

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

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

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

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

Si hay un empate entre los revisores clínicos en cuanto a si se debe cubrir o no el servicio de

cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado, la organización de revisión independiente obtendrá la opinión de un revisor clínico adicional, de modo que pueda hacer una determinación en base a las opiniones de la mayoría.

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

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

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

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

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

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

Obligatoriedad de la Determinación de la Revisión Externa

La determinación de la revisión externa obliga a Triple-S Salud, salvo en los casos en que

Triple-S Salud tenga algún otro remedio conforme a las leyes aplicables de Puerto Rico.

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

La persona asegurada no podrá presentar subsiguientes solicitudes de revisión externa relacionadas con una determinación adversa o determinación adversa final para la cual ya hubo una determinación tras una revisión externa conforme a este Capítulo.

Pago del Costo de la Revisión Externa

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

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

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

Los procesos de revisión externa en la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico para las determinaciones adversas finales serán llevadas por conducto del organismo revisor independiente "Maximus Federal Services, Inc". La organización de seguros de salud o asegurador, contra la que se presentó la solicitud de revisión externa, pagará las solicitudes de revisión externa, la cual tiene un costo de \$575 por cada solicitud de revisión ordinaria y de \$670 por cada solicitud de revisión expedita.

Cláusula de *Blue Cross and Blue Shield Association*

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

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

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

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

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

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

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