

Póliza

2017

Plan Individual de Farmacia ELA



Concesionario Independiente de la BlueCross BlueShield Association

Autorizado por la Comisión Estatal de Elecciones CEE-SA-16-12280

TRIPLE-S SALUD, INC.
1441 Ave. Roosevelt, San Juan, Puerto Rico

Concesionario Independiente de la Blue Cross and Blue Shield Association

INTRODUCCIÓN

Triple-S Salud, Inc., (que en adelante se denominará como Triple-S Salud) lo asegura a usted y sus dependientes elegibles cuando se solicita y se aprueba para ellos de conformidad con las disposiciones de esta póliza y las políticas establecidas por Triple-S Salud, para la compra de medicamentos médicamente necesarios, que se realicen mientras la póliza esté en vigor para cualquiera de las personas aseguradas cubiertas, según se estipula más adelante. Esta póliza se emite en consideración a sus declaraciones en la solicitud de ingreso y al pago por adelantado de las primas correspondientes y sujeto a la aprobación de Triple-S Salud.

Esta póliza se emite a residentes *bona fide* de Puerto Rico, cuya residencia permanente esté ubicada dentro del Área de Servicio, según definida en esta póliza, por el término de un (1) año a partir de la fecha de vigencia del contrato emitido a la persona asegurada. Usted puede continuar con esta póliza en vigor siempre y cuando pague las primas a tiempo, según se estipula en la Sección – Disposiciones Generales, Inciso 16 - PAGO DE PRIMA. Los beneficios de esta póliza no son acumulativos; no se acumulan de un año a otro.

Triple-S Salud renovará esta póliza, a opción del asegurado, excepto en los casos según lo dispuesto en la Sección Disposiciones Generales, Incisos 4 - CANCELACIÓN INDIVIDUAL y 25 – TERMINACIÓN, con previa notificación por escrito a usted. Además, no renovará la cubierta de un dependiente después que alcance los límites de edad para la cubierta, según se estipula en esta póliza. Todos los términos de cubierta empiezan y terminan a las 12:01 a.m., hora local de Puerto Rico.

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

Triple-S Salud no denegará, excluirá ni limitará los beneficios de una persona cubierta por motivo de una condición preexistente, independientemente de la edad del asegurado.

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

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



Madeline Hernández Urquiza, CPA
Presidenta

CONTACTOS

Departamento de Servicio al Cliente

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

Teléfono de Servicio al Cliente	787-774-6060 Usuarios TTY llamen al TTY 787-792-1370
Horario de Operaciones del Centro de Llamadas:	<ul style="list-style-type: none"> • Lunes a viernes: 7:30 a.m. - 8:00 p.m. • Sábado: 9:00 a.m. - 6:00 p.m. • Domingo: 11:00 a.m. - 5:00 p.m.
Fax- Servicio al Cliente	787-706-4014 / 787-706-2833
Fax - Reembolsos	787-749-4032
Teleconsulta	1-800-255-4375
BlueCard	1-800-810-2583 www.bcbsa.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:	customerservice@ssspr.com
Precertificaciones	Triple-S Salud, Inc. Departamento de Precertificaciones PO Box 363628 San Juan, PR 00936-3628
Programa de Manejo de Casos	787-277- 6544, 787-273-1110 extensiones 4312, 4265, 4355 o al 1-800-981-4860 Fax: 787-744-4820

<p>Programa de Educación y Manejo de Enfermedades (asma, diabetes, fallo cardiaco, prenatal, hipertensión, COPD (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), Viviendo sin Humo</p>	<p style="text-align: center;">1-866-788-6770.</p>
<p>Centros de Servicio</p>	
<p>Plaza Las Américas (Segundo nivel frente a Relojes y Relojes) Lunes a viernes: 8:00 a.m.-7:00 p.m. Sábado: 9:00 a.m. – 6:00 p.m. Domingo: 11:00 a.m. – 5:00 p.m.</p>	<p>Plaza Carolina (Segundo nivel al lado de Sears) Lunes a viernes: 9:00 a.m. – 7:00 p.m. Sábado: 9:00 a.m. – 6:00 p.m. Domingo: 11:00 a.m. – 5:00 p.m.</p>
<p>Caguas Edificio Angora Ave. Luis Muñoz Marín Esq. Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m.</p>	<p>Arecibo Edificio Caribbean Cinemas, Suite 101 Carretera #2 Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m.</p>
<p>Ponce 2760 Ave. Maruca Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m</p>	<p>Mayagüez Carretera 114 Km. 1.1 Barrio Guanajibo Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m.</p>
<p>Persons who may need assistance due to:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spanish is not the primary language • Special Needs 	<p>This information is available for free in English. Also, if you need oral interpretation services into any language other than Spanish or English please contact our Call Center at 787-774-6060.</p> <p>Call Customer Service if you need free help in another language and format. If you also need help reading or understanding a document, we can help.</p> <p>Written materials may be available in other formats.</p> <p>For telephone services for hearing-impaired (TTY), call 787-792-1370 Monday thru Friday 7:30 a.m. - 8:00 p.m.; Saturday 9:00 a.m. - 6:00 p.m. and Sunday 11:00 a.m. - 5:00 p.m.</p>

<p>Personas con Necesidades Especiales</p>	<p>Llame a Servicio al Cliente si necesita ayuda en otro idioma o formato. Si desea hablar en otro idioma, o necesita ayuda para leer o entender un documento, le podemos ayudar.</p> <p>Los materiales impresos pueden estar disponibles en otros formatos.</p> <p>Usuarios TTY pueden llamar a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al TTY 787-792-1370 durante el siguiente horario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lunes a viernes: 7:30 a.m. - 8:00 p.m. • Sábado: 9:00 a.m. - 6:00 p.m. • Domingo: 11:00 a.m. - 5:00 p.m.
<p>Portal de internet</p>	<p>www.ssspr.com</p> <p>Nuestros asegurados cuentan con la opción de registrarse a nuestro portal. En este podrán realizar transacciones, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtener información sobre sus beneficios • Información educativa de salud • Obtener una Certificación de Cubierta • Solicitar duplicados de la tarjeta de identificación • Cambios de dirección • Revisar estatus de reembolsos • Revisar estatus de precertificaciones • Obtener una carta de certificación de estudiante • Revisar su historial de servicios
<p>Aplicación Móvil, Triple-S Salud</p>	<p>En su <i>Smartphone</i>, a través de la aplicación de Triple-S Salud, puede localizar proveedores participantes de forma fácil y rápida. Descargue la aplicación en su tienda Apple o Android. Las funciones de nuestra aplicación son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cubierta y Copagos</i> – El asegurado puede revisar su cubierta y la de sus dependientes

- *Tu tarjeta siempre contigo* – El asegurado principal puede enviarle por email a su médico su tarjeta del plan y la de sus dependientes.
- *Directorio Médico* - Encuentra el proveedor de servicios de salud más cercano.
- *Adquiere un plan* – Los clientes de planes individuales pueden ver los precios de nuestros planes y adquirir el que mejor se ajuste a su necesidad.
- *Servicio al Cliente* – El asegurado tendrá a la mano información de contacto de Triple-S Salud como teléfonos y direcciones o envíanos un email directamente desde la aplicación.

Si no se ha registrado aún:

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

AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS CON MEDICARE

Este plan no es una cubierta suplementaria a Medicare o una cubierta de medicamentos recetados Parte D de Medicare

Este Plan de Farmacia Individual no es un sustituto a la cubierta de farmacia Parte D de Medicare, ni sustituye los beneficios de medicamentos bajo Medicare. Tampoco paga sus deducibles o coaseguros de Medicare y no es un sustituto para ningún seguro Complementario de Medicare.

Este seguro duplica beneficios de Medicare cuando paga:

- los beneficios establecidos en la póliza y se provee cubierta por Medicare para el mismo evento.

Medicare paga generalmente por la mayor parte de todos los gastos para los medicamentos cubiertos por la Parte B.

AVISO IMPORTANTE SUSCRIPCIÓN AL PLAN INDIVIDUAL DE FARMACIA

Triple-S Salud proveerá cubierta a toda persona que solicite el plan individual de farmacia sin aplicarle evaluación de riesgo ni periodo de espera por condiciones preexistentes.

La suscripción garantizada a este plan individual se proveerá dentro de un periodo de suscripción fijo; un periodo de suscripción inicial anual. Este periodo de suscripción inicial transcurre desde el **1 de octubre hasta el 2 de diciembre de 2016**, con fecha de efectividad del 1 de enero de 2017.

Si la persona solicitante del plan individual de farmacia no se suscribe dentro del periodo de suscripción fijo aquí dispuesto en el párrafo anterior, podrá hacerlo posteriormente debido a:

1. un cambio de residencia;
2. si cualifica por primera vez a Medicare fuera del período de suscripción fijo;
3. si cualifica para períodos de suscripción especial.

Triple-S Salud podrá requerir al solicitante del plan individual de farmacia que complete un cuestionario médico en que suministre información sobre las condiciones que padece, medicamentos que ingiere y cuidados que recibe para mantener bajo control su condición de salud, así como información sobre el médico primario que atiende su condición. La información de este cuestionario será usada única y exclusivamente con el fin de matricular al asegurado en los programas de manejo de enfermedades establecidos para estos propósitos.

TABLA DE CONTENIDO

CAMBIOS EN SUSCRIPCIÓN.....	9
SUSCRIPCIÓN ESPECIAL.....	10
SERVICIOS CUBIERTOS	12
TABLA DE DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS	17
EXCLUSIONES.....	19
PROCEDIMIENTO DE TRÁMITE PARA REMBOLSOS.....	21
PREAUTORIZACIONES PARA MEDICAMENTOS.....	22
PROCESO DE EXCEPCIONES A LA LISTA DE MEDICAMENTOS O FORMULARIO	23
APELACIONES DE DETERMINACIONES ADVERSAS DE BENEFICIOS.....	26
CARTA DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE.....	34
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD	37
DISPOSICIONES GENERALES.....	41
DEFINICIONES.....	46
OTROS BENEFICIOS ESPECIALES.....	53

CAMBIOS EN SUSCRIPCIÓN

Después de una persona suscribirse, no podrá hacer cambios en su seguro hasta la próxima fecha de renovación del contrato, a menos que dichos cambios sean necesarios por razón de cualquiera de los siguientes motivos:

1. Muerte de cualesquiera de las personas aseguradas: Cuando cualesquiera de las personas aseguradas muera durante la vigencia de esta póliza, la solicitud de cambio para el cese del seguro deberá realizarse dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que ocurrió la muerte; la cual deberá acreditarse con el Acta de Defunción. El cambio será efectivo el primer día del mes que sigue a aquél en que ocurrió el evento.
2. Divorcio del asegurado principal: Cuando el asegurado principal se divorcie durante la vigencia de esta póliza, la solicitud de cambio para el cese del seguro deberá realizarse dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que ocurrió el divorcio; el cual deberá acreditarse con la Sentencia de Divorcio y su correspondiente Notificación. El cambio será efectivo el primer día del mes que sigue a aquél en que se haya notificado la Sentencia de Divorcio por el Tribunal.
3. Terminación de una relación de pareja cohabitante: Cuando el asegurado principal termine su relación con una pareja cohabitante durante la vigencia de esta póliza, la solicitud de cambio para el cese del seguro deberá realizarse dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que ocurrió la terminación de la relación.

En el caso de cambios en el contrato por la terminación de una relación de pareja cohabitante, el asegurado principal deberá presentar una Declaración Jurada para Terminación del Seguro de la Pareja Cohabitante. El modelo de la Declaración Jurada podrá solicitarla en la oficina principal de Triple-S Salud o en sus otros Centros de Servicios alrededor de la Isla.

4. Que un hijo(a), nieto(a), familiar consanguíneo o hijo de crianza, según la definición de dependiente directo de esta póliza, deje de ser elegible como dependiente directo. Cuando los dependientes directos mencionados en este inciso alcancen la edad de veintiséis (26) años, la fecha de cumpleaños se tomará como la fecha de cambio para la cancelación de cubierta. La cancelación será efectiva el día primero del mes que sigue a la fecha de cumpleaños.
5. Cuando un dependiente opcional deje de ser elegible como tal según se especifica en la definición de dependiente opcional de esta póliza.
 - a. Cuando un dependiente opcional asegurado, alcance la edad de sesenta y cinco (65) años, la fecha de cumpleaños se tomará como la fecha de cambio. El mismo será efectivo el primer día del mes que sigue a aquél en que ocurrió el evento.
 - b. Cuando cualquier dependiente opcional ingrese en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos de América, la fecha de ingreso se tomará como la fecha de cambio. El mismo será efectivo el primer día del mes que sigue a aquél en que ocurrió el evento.

Se entenderá que una solicitud de ingreso al seguro se hace cuando la persona la completa en todas sus partes y la envía o la entrega en la oficina principal de Triple-S Salud o en sus otros Centros de Servicios alrededor de la Isla. Igual norma regirá respecto a cualquier petición de cambio en el seguro, excepto los cambios por edad que podrán hacerse automáticamente por Triple-S Salud. Triple-S Salud podrá verificar la elegibilidad de la persona asegurada para que se cumplan los requisitos necesarios para obtener los beneficios que esta póliza provee.

SUSCRIPCIÓN ESPECIAL

Una persona podrá suscribirse bajo esta póliza en cualquier momento, o a sus dependientes elegibles, cuando se den cualquiera de las siguientes condiciones y bajo los siguientes términos y limitaciones:

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

1. **Matrimonio del asegurado principal:** Cuando el asegurado principal contraiga matrimonio durante la vigencia de esta póliza, podrá incluir a su cónyuge bajo su seguro si la solicitud de cambio se radica en Triple-S Salud dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del matrimonio, y se acredite el mismo con el Certificado de Matrimonio. En este caso el seguro será efectivo el día primero del mes siguiente a aquel en que se recibe la solicitud en Triple S-Salud.
2. **Cohabitante del asegurado principal:** Cuando el asegurado principal entra en una relación sujeta a una convivencia sostenida y a un vínculo afectivo, que cohabitan voluntariamente, de manera estable y continua podrá incluir a su pareja bajo su seguro dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de la convivencia y el cual deberá certificarse mediante la presentación de una Declaración Jurada de Inclusión de Parejas Cohabitantes. En este caso el seguro será efectivo el primer día del mes que sigue a aquél en que se recibe la solicitud en Triple-S Salud. El modelo de la Declaración Jurada podrá solicitarla en la oficina principal de Triple-S Salud o en sus otros Centros de Servicios alrededor de la Isla.
3. **Nacimiento, adopción, colocación para adopción o adjudicación de custodia:**
 - a. Cuando el(la) asegurado(a) principal procrea un(a) hijo(a) biológico(a), adopte legalmente a un menor, se coloque en su hogar a un menor para propósitos de ser adoptado por el asegurado, o se le adjudique la custodia legal o la tutela de un menor, el asegurado podrá incluirlo bajo esta póliza. El evento tendrá que ser evidenciado con acta original de nacimiento, sentencia o resolución del Tribunal, o el documento oficial emitido por la agencia o autoridad gubernamental correspondiente, según sea el caso.

En el caso de recién nacidos que son hijos(as) biológicos(as) de la persona asegurada, el plan cubrirá al recién nacido a partir del nacimiento con la solicitud de inclusión como dependiente y la presentación del Acta Original del Nacimiento.

- b. En el caso de niños recién adoptados por personas cubiertas a partir de la primera de las siguientes fechas:
 1. La fecha en que se colocan en el hogar de la persona cubierta o asegurado con el propósito de ser adoptados y permanecen en el hogar en las mismas condiciones que los demás dependientes de la persona cubierta o asegurado, a menos que la colocación se interrumpa antes de la adopción legal y se traslade al niño del hogar donde había sido colocado;
 2. La fecha en que se emitió una orden proveyéndole la custodia del niño a la persona cubierta o asegurado que tenga la intención de adoptarlo; o
 3. La fecha de vigencia de la adopción.
- c. La cubierta para niños recién nacidos, niños recién adoptados o niños colocados para adopción incluirá el despacho de medicamentos para lesiones o enfermedades, incluyendo para el tratamiento de defectos y anomalías congénitas que se hayan

diagnosticado por un médico; y no estarán sujetos a ninguna exclusión por condición preexistente.

- d. Si para proveer cubierta a un niño recién nacido, se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, el plan podrá exigir que la persona cubierta o asegurado notifique del nacimiento del niño y que proporcione el pago de los cargos o la prima requeridos a más tardar a los treinta (30) días de la fecha de nacimiento.
- e. Si el asegurado principal no proporciona la notificación ni el pago de prima, el plan podrá optar por no continuar brindándole cubierta al niño dependiente más allá del periodo de treinta (30) días. En caso del recién nacido, que es hijo biológico del asegurado principal, si a más tardar a los cuatro (4) meses de la fecha de nacimiento del niño, el asegurado principal emite todos los pagos adeudados, se reinstalará la cubierta del niño.
- f. Si por el contrario, el plan no requiriese pago de una prima podrá solicitar una notificación del nacimiento, pero no podrá denegar o rehusar continuar proveyendo la cubierta, si el asegurado principal no proporciona dicha notificación.
- g. En los casos de niños recién adoptados o niños colocados para adopción, la organización de seguros de salud o asegurador estará obligada a proveer a las personas cubiertas o asegurados una notificación razonable acerca de lo siguiente:
 - a. Si para proveer cubierta a un niño recién adoptado o un niño colocado para adopción se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, el plan podrá exigirle a la persona cubierta o asegurado que notifique sobre la adopción o sobre la colocación en un hogar para adopción y que provea el pago de la prima o cargos requeridos a más tardar a los treinta (30) días de la fecha en que se requiere que la cubierta comience.
 - b. Si la persona cubierta o asegurado no provee la notificación o el pago descrito en el inciso anterior dentro del periodo de treinta (30) días, el plan no podrá tratar al niño adoptado o al niño colocado para adopción de manera menos favorable que a otros dependientes, que no sean niños recién nacidos, para quienes se solicita cubierta de medicamentos en una fecha posterior a la fecha en que el dependiente se hizo elegible a la cubierta de medicamentos.
- h. Cuando el(la) asegurado(a) principal tiene un contrato de tipo familiar y el evento de la adopción o colocación para adopción no conlleva el pago de prima adicional, el asegurado debe dar aviso al plan sobre el evento dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha de adopción o colocación para adopción y presentar las evidencias correspondientes para validar la elegibilidad del menor, el cumplimiento de los documentos sometidos con los requisitos legales y la consecuente expedición de la tarjeta de plan de farmacia para el menor.

En estos casos, el plan cubrirá los medicamentos prescritos de estos menores desde la fecha de nacimiento, adopción o colocación de adopción.

En aquellos casos en que una madre o un padre no custodio de menores que figuran como dependientes bajo la póliza individual de medicamentos, o cuando asegurados que sean mayores de edad pero que figuren como dependientes elegibles bajo la póliza, soliciten el pago de indemnización directamente a su persona por éstos haber pagado por la compra de medicamentos cubiertos que se reclamen, Triple-S Salud podrá remitir el pago directamente a dicho padre no custodio o asegurado.

SERVICIOS CUBIERTOS

Los beneficios que provee este plan individual de medicamentos están comprendidos dentro de las clasificaciones generales que siguen. Estos beneficios están sujetos a los términos y condiciones específicamente establecidos para los mismos, y se ofrecen únicamente para aquellos asegurados que residen permanentemente en el Área de Servicio. Triple-S Salud es responsable por el pago de los servicios ofrecidos a un asegurado sujeto a las disposiciones de esta póliza y a las condiciones expresadas a continuación:

El asegurado principal y todos sus dependientes directos tendrán beneficios similares.

Los beneficios son cubiertos por año póliza para cada persona asegurada, excepto que se disponga de otro modo. Los beneficios que provee esta póliza no se acumularán de un año póliza a otro.

Este beneficio se rige por las guías de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés). Estas incluyen: dosificación, equivalencia de medicamentos, clasificación terapéutica, entre otros.

Este plan proveerá 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 trate 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, incluirá los servicios médicamente necesarios que estén asociados con la administración del medicamento.

Es requisito presentar la tarjeta de asegurado de Triple-S Salud a cualquier farmacia participante al momento de solicitar los beneficios para que los mismos estén cubiertos por esta cubierta. La farmacia participante proveerá, a la presentación de la tarjeta de asegurado de Triple-S Salud y de una receta, los medicamentos cubiertos incluidos en la Lista de Medicamentos que especifique dicha receta; y no efectuará cargo ni cobrará cantidad alguna al asegurado que resulte en exceso de lo establecido en la sección de Deducibles, Copagos y Coaseguros. Al recibir los medicamentos, la persona asegurada tendrá que firmar por los servicios recibidos y presentar una segunda identificación con fotografía.

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

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

Las recetas expedidas por médicos en donde no estén especificadas las indicaciones para su uso, ni la cantidad del medicamento, solamente se podrán 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 podrán ser provistos antes de transcurrir el 75% del abastecimiento a partir de la fecha del último despacho, ni luego de transcurrir seis (6) meses desde la fecha original de la receta, excepto que de otra forma lo disponga la ley que controla el despacho de sustancias controladas.

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

Esta póliza cubre los medicamentos clasificados como 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 (USPTF)*. Los medicamentos clasificados como preventivos, que se detallan a continuación se cubren con \$0 copago si los mismos son recibidos de farmacias participantes de la red contratada por Triple-S Salud.

- Suplemento de aspirina para hombres de 45 a 79 años y mujeres de 55 a 79 años.
- Todos los métodos anticonceptivos para la mujer aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), incluyendo anticonceptivos orales; según se receten.
- Suplementos de ácido fólico para mujeres que pudiesen quedar embarazadas
- Suplementos de hierro para niños entre las edades de 6 a 12 meses en riesgo de anemia
- Suplementos de flúor para los niños cuyas fuentes de obtención de agua no tiene flúor
- Medicamentos preventivos para los ojos de todos los recién nacidos para la prevención de Gonorrea
- Para aquellos que utilizan los productos para cesar el uso de tabaco, este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) por 90 días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año.

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

Este plan individual de farmacia tiene las siguientes características:

- Este plan individual de farmacia utiliza una Lista de Medicamentos la cual aprueba el Comité de Farmacia y Terapéutica para esta cubierta. Nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica está compuesto por médicos, farmacéuticos clínicos y otros profesionales de la salud, quienes se reúnen periódicamente para evaluar y seleccionar aquellos medicamentos que serán incluidos en la Lista, siguiendo un proceso riguroso de evaluación clínica.

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

- a) se incluyen medicamentos nuevos
 - b) se cambian medicamentos de un nivel con copago/coaseguro mayor a un nivel con un copago/coaseguro menor
 - c) cambio por motivos de seguridad, si el fabricante del medicamento con receta no lo puede suplir o lo ha retirado del mercado.
- La Lista de Medicamentos o Formulario detalla los medicamentos considerados como cubiertos. Por la naturaleza dinámica de este proceso, el Comité de Farmacia y Terapéutica evalúa la Lista de Medicamentos y aprueba cambios donde se incluyen

medicamentos nuevos, se cambian medicamentos de un nivel con copago/coaseguro mayor a un nivel con un copago/coaseguro menor o por motivos de seguridad, si el fabricante del medicamento con receta no lo puede suplir o lo ha retirado del mercado. Esta Lista de Medicamentos se imprime una vez al año. El comité realizará 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 un término no mayor de 90 días contados a partir de que el nuevo medicamento de receta entre al mercado, se incluirá o no en el formulario dicho nuevo medicamento de receta.

- Todo medicamento en la Lista de Medicamentos del plan está en uno de cinco (5) niveles de copago/coaseguro. Por lo general, entre más alto el nivel de copago/coaseguro, más alto será su costo por el medicamento:
 - a) El Nivel 1 de copago/coaseguro incluye medicamentos genéricos preferidos; este es el nivel más bajo
 - b) El Nivel 2 de copago/coaseguro incluye medicamentos genéricos no preferidos
 - c) El Nivel 3 de copago/coaseguro incluye medicamentos preferidos
 - d) El Nivel 4 de copago/coaseguro incluye medicamentos no preferidos
 - e) El Nivel 5 de copago/coaseguro incluye medicamentos especializados (tanto medicamentos genéricos como medicamentos de marca); este es el nivel más alto.
- Estarán cubiertos los medicamentos sin leyenda, medicamentos genéricos o medicamentos de marca incluidos en la Lista de Medicamentos que en su etiqueta contengan la frase «*Caution: Federal law prohibits dispensing without prescription*» (Precaución: La ley Federal prohíbe su despacho sin receta médica) e Insulina incluidos en la Lista de Medicamentos según se detalla en esta sección y en la sección de Exclusiones de la Cubierta de Farmacia.
- La cantidad de medicamentos provistos conforme a una receta original estará limitada a un abastecimiento de quince (15) días para medicamentos agudos y treinta (30) días para los medicamentos para la diabetes, incluyendo insulina, medicamentos para tiroides y sus derivados, nitroglicerina, diuréticos, preparaciones de digital, hipotensores, bloqueadores, anticoagulantes, anticonvulsivos, antiartríticos, vasodilatadores, medicamentos para el asma, colesterol, Parkinson y medicamentos tranquilizantes incluidos en la familia de las benzodiacepinas.
- La cantidad de medicamentos de mantenimiento será provista hasta un máximo de 180 días conforme al despacho de la receta original y hasta cinco (5) repeticiones, todas con abastecimiento de 30 días. Las recetas tienen que indicar por escrito que el médico receta las autorizaciones.
- El abastecimiento de noventa (90) días aplica a algunos medicamentos de mantenimiento, como medicamentos para condiciones cardíacas, tiroides, diabetes, entre otros; despachados a través de los programas de Envío de Medicamentos por Correo o Despacho de Medicamentos para 90 días en Farmacias.
- El despacho de medicamentos genéricos está provisto como primera opción, excepto para aquellos medicamentos de marca incluidos en la Lista de Medicamentos para esta cubierta para el cual no exista el genérico.
- **Este beneficio de farmacia tiene varios niveles de cubierta:**
 - a) Primer nivel de cubierta: El primer nivel de cubierta comenzará desde que la persona asegurada recibe el despacho de su primer medicamento en el año póliza hasta que el costo total por la compra de medicamentos alcance \$2,850. En este nivel de cubierta, la persona asegurada es responsable por los

copagos y coaseguros según el nivel de los medicamentos hasta que el costo total alcance la cantidad establecida (\$2,850).

- b) Segundo nivel de cubierta: Este próximo nivel de cubierta comienza cuando la persona asegurada excede el primer nivel de cubierta (\$2,850) hasta que sus desembolsos por concepto de copagos y coaseguros hayan alcanzado \$4,550. En este nivel de cubierta, la persona asegurada es responsable por los coaseguros que establece la cubierta.
- c) Tercer nivel de cubierta: Este último nivel de cubierta comienza una vez los desembolsos por concepto de copagos y coaseguros de la persona asegurada hayan alcanzado \$4,550.01, el plan pagará la mayoría de los costos. La persona asegurada es responsable de pagar los coaseguros establecidos en su cubierta.

Favor referirse a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros del plan individual de farmacia para mayor detalle de los niveles de cubierta según las opciones de plan disponible y deducibles, copagos y coaseguros para cada nivel de medicamentos en cada uno de los niveles de cubierta.

- Los medicamentos tranquilizantes incluidos en la familia de las benzodiazepinas (Ejemplo: Valium®, Xanax®, Ativan®, Tranxene® y Halcion®) estarán cubiertos solamente cuando sean recetados por psiquiatras con abastecimiento de hasta 30 días y cinco repeticiones.
- Los medicamentos psicoterapéuticos estarán cubiertos con abastecimiento para 30 días con repeticiones si son recetados por psiquiatras o neurólogos. Si son recetados por otras especialidades se cubrirá el abastecimiento para 15 días sin repeticiones.
- Algunos medicamentos de receta están sujetos a un procedimiento de manejo. Triple-S Salud proveerá a sus asegurados, y como parte de la información provista en esta póliza, la Lista de Medicamentos que ofrece información detallada sobre cuáles medicamentos de receta están sujetos a los procedimientos de manejo. Las siguientes guías de referencia establecen los distintos tipos de manejo que pudiesen aplicar:

- a) **Programa de Terapia Escalonada (ST, por sus siglas en inglés):** En algunos casos, requerimos que la persona asegurada trate primero un medicamento como terapia para su condición antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Este programa requiere la utilización de medicamentos sin leyenda federal (OTC, por sus siglas en inglés) o medicamentos genéricos antes de utilizar otros medicamentos para ciertas condiciones médicas. 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 las estatinas para el colesterol, medicamentos para asma, analgésicos anti-inflamatorios, déficit de atención e hiperactividad (ADHD), diabetes y los bifosfonatos orales para la osteoporosis y los corticosteroides nasales para las alergias. Estos medicamentos también forman parte de la Lista de Medicamentos de Triple-S Salud.

Este programa aplicará a los asegurados que utilizan el medicamento por primera vez, o si ha transcurrido un periodo mayor de seis (6) meses de haber utilizado alguno de los medicamentos. El programa tiene el propósito de establecer cuándo se cubrirán medicamentos de segundo paso, y no de

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

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

- b) **Medicamentos que requieren precertificación (PA):** Ciertos medicamentos necesitan una preautorización para ser obtenidos por el paciente. Los mismos se identifican en la lista de medicamentos con PA (requiere Precertificación), en cuyo caso, la farmacia gestiona la preautorización antes del despacho del medicamento al asegurado. La farmacia también nos contactará para obtener autorización por cambios en dosis y cuando los cargos exceden los \$500 por receta despachada para evitar errores de facturación.

Los medicamentos que requieren preautorización usualmente son aquellos que presentan efectos adversos, son 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 a 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 a 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 deberá ser un gastroenterólogo o infectólogo quien recete el medicamento *Ribavirin*. Estos límites de especialidad se establecen de acuerdo a la literatura médica actual.

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

TABLA DE DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS

	Plan Individual de Farmacia ELA 2017
Deducible anual	No aplica
Primer nivel de cubierta: (hasta que los costos totalicen \$2,850)	
Abastecimiento hasta 30 días	
Nivel 1 – Medicamentos Genéricos Preferidos	\$5.00
Nivel 2 – Medicamentos Genéricos No Preferidos	\$15.00
Nivel 3 – Medicamentos Preferidos	30% mínimo \$30.00
Nivel 4 – Medicamentos No Preferidos	35% mínimo \$40.00
Nivel 5 – Productos Especializados	35%
Programa de Medicamentos <i>Over-the-Counter</i>	\$0.00
Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo todos los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico	\$0.00
Abastecimiento de 90 días	
Nivel 1 – Medicamentos Genéricos Preferidos	\$15.00
Nivel 2 – Medicamentos Genéricos No Preferidos	\$45.00
Nivel 3 – Medicamentos Preferidos	30% mínimo \$90.00
Nivel 4 – Medicamentos No Preferidos	35% mínimo \$120.00
Nivel 5 – Productos Especializados	35%
Programa de Medicamentos <i>Over-the-Counter</i>	No aplica
Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo todos los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico	\$0.00
Segundo nivel de cubierta: (una vez los costos totalicen \$2,850.01 y hasta desembolsar \$4,550)	
Abastecimiento hasta 30 días	
Nivel 1 – Medicamentos Genéricos Preferidos	65%
Nivel 2 – Medicamentos Genéricos No Preferidos	65%
Nivel 3 – Medicamentos Preferidos	45%
Nivel 4 – Medicamentos No Preferidos	45%
Nivel 5 – Productos Especializados	65% para genéricos; 45% para marca
Programa de Medicamentos <i>Over-the-Counter</i>	\$0.00
Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo todos los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico	\$0.00
Abastecimiento de 90 días	
Nivel 1 – Medicamentos Genéricos Preferidos	65%
Nivel 2 – Medicamentos Genéricos No Preferidos	65%
Nivel 3 – Medicamentos Preferidos	45%
Nivel 4 – Medicamentos No Preferidos	45%
Nivel 5 – Productos Especializados	65% para genéricos; 45% para marca
Programa de Medicamentos <i>Over-the-Counter</i>	No aplica
Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo todos los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico	\$0.00
Tercer Nivel de Cubierta: (una vez la persona asegurada desembolse \$4,550.01)	
Abastecimiento hasta 30 días	
Nivel 1 – Medicamentos Genéricos Preferidos	10% mínimo \$2.55
Nivel 2 – Medicamentos Genéricos No Preferidos	10% mínimo \$2.55

	Plan Individual de Farmacia ELA 2017
Nivel 3 – Medicamentos Preferidos	10% mínimo \$6.35
Nivel 4 – Medicamentos No Preferidos	10% mínimo \$6.35
Nivel 5 – Productos Especializados	10% mínimo \$2.55 para genéricos; 10% mínimo \$6.35 para marca
Programa de Medicamentos <i>Over-the-Counter</i>	\$0.00
Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo todos los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico	\$0.00
Abastecimiento de 90 días	
Nivel 1 – Medicamentos Genéricos Preferidos	10% mínimo \$7.65
Nivel 2 – Medicamentos Genéricos No Preferidos	10% mínimo \$7.65
Nivel 3 – Medicamentos Preferidos	10% mínimo \$19.05
Nivel 4 – Medicamentos No Preferidos	10% mínimo \$19.05
Nivel 5 – Productos Especializados	10% mínimo \$7.65 para genéricos; 10% mínimo \$19.05 para marca
Programa de Medicamentos <i>Over-the-Counter</i>	No aplica
Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo todos los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico	\$0.00

EXCLUSIONES

Triple-S Salud no será responsable por los gastos correspondientes a los siguientes beneficios:

1. 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.
2. Cargos por instrumentos artificiales, agujas hipodérmicas, jeringuillas o 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: «Caution: Federal law prohibits dispensing without prescription».
 - a. Medicamentos con fines cosméticos o cualquier producto relacionado con el mismo fin (hydroquinone, minoxidil solution, effermitine, finasteride, monobenzone, dihydroxyacetone y bimatropost).
 - b. Productos de fluoruro para uso dental (excepto para niños entre las edades de 6 meses y 6 años) y condiciones dermatológicas como pediculosis y escabidas (lindane, permethrin, crotamiton, malathion e ivermectin), productos para el tratamiento de la caspa que incluyan champú, lociones y jabones, tratamientos de alopecia (calvicie) como Rogaine®, y medicamentos para el dolor (Nubain® y Stadol®).
 - c. Productos para el control de la obesidad y otros medicamentos utilizados en este tratamiento (benzphetamine, diethylpropion, phendimetrazine, phentermine y mazindol).
 - d. Medicamentos para el tratamiento de infertilidad (follitropin, clomiphene, menotropins, urofollitropin), fertilidad, impotencia (tadalafil, alprostadil, vardefanil, sildefanil, yohimbine) o implantes (sodium hyaluronate, hyaluronan e hylan).
 - e. Medicamentos utilizados en pruebas con fines diagnósticos (thyrotropin, dipyrdamole IV 5mg/ml, gonadorelin HCl, cosyntropin y glucagon) y medicamentos para inmunización.
 - f. Productos utilizados como vitaminas y suplementos nutricionales para uso oral.
 - g. Vitaminas orales (solas o en combinaciones con otras vitaminas, minerales y ácido fólico), excepto las prenatales que están cubiertas.
 - h. Vitaminas inyectables (niacina, ácido ascórbico, tiamina, riboflavina, vitamina E, piridoxina, dihidrotaquisterol, múltiples vitaminas con minerales, múltiples vitaminas con hierro, múltiples vitaminas con calcio, complejo de vitamina B - biotina - D - ácido fólico, complejo vitamina B con vitamina C - ácido fólico).
 - i. Medicamentos clasificados como tratamiento para medicina alternativa (raíz de valeriana y ácido lipoico).
 - j. Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso.
 - k. Barbitúricos, excepto cuando se utilicen para tratar la epilepsia, el cáncer o un desorden de salud mental crónico.

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 los gastos de farmacia relacionados con estudios de tratamientos clínicos investigativos (esto es, *clinical trials*), o los medicamentos administrados para ser utilizados como parte de estos estudios, ni los gastos de farmacia que deben ser pagados por la entidad que lleva a cabo el estudio. Esta disposición es aplicable aun cuando el asegurado se haya inscrito en el estudio (*clinical trials*) para tratar una enfermedad que amenace su vida, para la cual no haya tratamiento efectivo y obtenga la aprobación del médico para su participación en el estudio porque éste ofrece al paciente un beneficio potencial.
5. Servicios prestados por farmacias no participantes en Puerto Rico.
6. Repeticiones ordenadas por un dentista o podiatra.
7. Gastos por agentes antineoplásicos inyectables.
8. Triple-S Salud se reserva el derecho de seleccionar aquellos medicamentos que habrá de incluir en su cubierta de Farmacia. Cualquier gasto por medicamentos nuevos no estará cubierto hasta tanto dicho medicamento sea evaluado y recomendado para inclusión en la Cubierta de Farmacia por el Comité de Farmacia y Terapéutica de Triple-S Salud. Además, cualquier medicamento nuevo de las clasificaciones terapéuticas (categoría) excluidas se considerará también una exclusión.
9. También estarán excluidos la solución azul tripán, la lacosamida intravenosa y los implantes intracraneales de carmustina.
10. Medicamentos utilizados para trasplante de órganos y tejidos (cyclosporine modified, tacrolimus, sirolimus, cyclosporine, mycophenolate sodium, everolimus, azathropin 75mg, belatacept y basiliximab).

PROCEDIMIENTO DE TRÁMITE PARA REMBOLSOS

1. Las solicitudes de reembolso:
 - a. A través de nuestro portal de Internet www.ssspr.com. En la sección de asegurados a mano izquierda se presentan los pasos para someter un reembolso en línea. La herramienta también provee un folleto educativo para guiarlo en este proceso.
 - b. Por correo:
Triple-S Salud, Inc.
PO Box 363628
San Juan, PR 00936-3628
 - c. Deben incluir lo siguiente:
 - i. Nombre y número de contrato del asegurado que recibió el servicio
 - ii. Fecha del servicio
 - iii. Recibo oficial de la farmacia
 - iv. Nombre del medicamento
 - v. Dosis diaria
 - vi. Número de receta
 - vii. Cantidad despachada
 - viii. Código nacional del medicamento (NDC)
 - ix. *National Provider Identifier (NPI)* de la farmacia y del médico que receta
 - x. Si le pagó a una farmacia participante, indicar la razón.
 - xi. Indicar cargo por cada departamento.
2. Deberá darse aviso por escrito de la reclamación a Triple-S Salud dentro de los veinte (20) días después de haber ocurrido o después de dicho término, tan pronto como sea razonablemente posible por la persona asegurada que no exceda de un (1) año a partir de la fecha en que se prestó el servicio.
3. Triple-S Salud tiene hasta 15 días para entregar acuse de recibo luego de notificársele una reclamación. Las notificaciones realizadas a una persona designada por el asegurado se considerarán notificaciones brindadas al mismo, siempre que la autorización esté vigente y no haya sido revocado. Si la persona no está autorizada y recibe una notificación a nombre del asegurado, deberá informarlo dentro de los 7 días siguientes y deberá indicar nombre y dirección de la persona que debe recibir la notificación.
4. Triple-S Salud hará la investigación, ajuste y resolución de cualquier reclamación en el periodo razonablemente más corto dentro de 90 días después de haber recibido la solicitud. De Triple-S Salud no poder resolver en el tiempo anteriormente indicado, mantendrá en sus expedientes los documentos que evidencien justa causa para exceder este término. El Comisionado de Seguros tiene la autoridad para solicitar la resolución inmediata si entiende que se está retrasando el proceso indebida o injustificadamente.

PREAUTORIZACIONES PARA MEDICAMENTOS

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

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

PROCEDIMIENTO DE TRÁMITE DE PREAUTORIZACIONES PARA MEDICAMENTOS

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

- 1- Notificarle su determinación o
- 2- Solicitarle documentación al médico, asegurado o farmacia, de no haber recibido la documentación requerida

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

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

En el caso de una solicitud para medicamentos urgente, notificaremos al asegurado la determinación, sea o no una determinación adversa y tomando en cuenta la condición de salud del asegurado, en un término no mayor de veinticuatro (24) horas contadas a partir del recibo de la solicitud, salvo que el asegurado no haya provisto suficiente información para que podamos determinar si los beneficios solicitados son beneficios cubiertos y pagaderos a tenor con el plan.

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

PROCESO DE EXCEPCIONES A LA LISTA DE MEDICAMENTOS O FORMULARIO

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

Tipos de excepción

Existen varios tipos de excepciones que el asegurado puede solicitar:

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

¿Cómo hacer la petición?

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

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

Información requerida para aprobar su solicitud de excepción

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

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

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

- I. El mecanismo de solicitud de excepción médica estará disponible para los siguientes casos:
 - a. Medicamentos no cubiertos por el formulario
 - b. Descontinuación de cubierta por motivos que no sean de seguridad o retiro del mercado por su fabricante
 - c. Excepción al procedimiento de terapia escalonada o limitación de dosis

II. El Departamento de Farmacia de Triple-S Salud establece que la persona cubierta o asegurado, o su representante personal, es la única que podrá hacer la solicitud de excepción por escrito utilizando la Forma CSS-AS-04-002 por las siguientes razones:

- a. No hay ningún medicamento de receta en el formulario que sea una alternativa clínicamente aceptable para tratar la enfermedad o condición médica de la persona cubierta o asegurado.
- b. El medicamento de receta alternativo que figura en el formulario o que se requiere conforme a la terapia escalonada:
 - 1) Ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona cubierta o asegurado o, a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen de la persona cubierta o asegurado 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 del paciente
 - 2) Ha causado o, según la evidencia clínica, médica y científica, es muy probable que cause una reacción adversa u otro daño a la persona cubierta o asegurado.
 - 3) La persona cubierta o asegurado ya se encontraba en un nivel más avanzado en la terapia escalonada de otro plan médico, por lo cual sería irrazonable requerirle comenzar de nuevo en un nivel menor de terapia escalonada.
- c. 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 cubierta o asegurado o, a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen de la persona cubierta o asegurado 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 del paciente.

La Forma de solicitud de excepción está disponible de forma gratuita en www.ssspr.com y en las Listas de Medicamentos o Formularios. ([SOLICITUD DE EXCEPCION MEDICA comercial.docx](#))

III. La solicitud escrita de una excepción médica deberá incluir la siguiente información:

- a. Nombre y número de contrato
- b. Historial del paciente
- c. Diagnóstico primario relacionado con el medicamento de receta objeto de la solicitud de excepción médica.
- d. Razón por la cual :
 - 1) El medicamento de receta que figura en el formulario no es aceptable para ese paciente en particular.
 - 2) El medicamento de receta que se requiere que se use ya no es aceptable para ese paciente en particular, si la solicitud de excepción médica se relaciona con terapia escalonada.
 - 3) La dosis disponible para el medicamento de receta no es aceptable para ese paciente en particular, si la solicitud de excepción médica se relaciona con una limitación de dosis.

IV. La solicitud de excepción médica es revisada por profesionales de la salud adecuados, dependiendo de la condición de salud para la cual se solicita la excepción y que poseen experiencia en el manejo de medicamentos.

- V. El profesional de la salud que evaluara la solicitud usa criterios documentados de revisión clínica que:
- Se basan en evidencia clínica, médica y científica sólida
 - Guías de práctica pertinentes
 - Los beneficios y exclusiones de la póliza

VI. El Departamento de Farmacia de Triple-S Salud expedirá su determinación sobre la solicitud de excepción médica dentro del plazo de 72 horas o 36 horas en el caso de medicamentos controlados contadas desde la fecha más tarde entre la fecha de recibo de la solicitud o de la certificación médica junto con todos los documentos necesarios para la evaluación de la solicitud.

VII. Si el Departamento de Farmacia de Triple-S Salud no expide su determinación en los plazos arriba indicados honrará el derecho del asegurado al suministro del medicamento de receta hasta por 30 días.

VIII. Si el Departamento de Farmacia de Triple-S Salud no expide su determinación antes de que terminen los 30 días, mantendrá la cubierta del medicamento de forma continuada mientras se siga recetando para la misma condición y el medicamento sea seguro.

IX. Si el Departamento de Farmacia de Triple-S Salud aprueba una excepción médica, proveerá la cubierta para el medicamento y no requerirá que el asegurado 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.

X. El Departamento de Farmacia de Triple-S Salud no establecerá un nivel de

copago o coaseguro que sea aplicable solamente a los medicamentos aprobados por solicitudes de excepción médica.

XI. La denegación expresará:

- Las razones específicas de la denegación
- Referencias a la evidencia o documentación, las cuales incluyen los criterios de revisión clínica y las guías de práctica consideradas al denegar la solicitud;
- Instrucciones sobre cómo solicitar una declaración escrita de la justificación clínica, médica o científica de la denegación
- Descripción del proceso para presentar una querrela, incluyendo los plazos.
- Toda denegación de una solicitud de excepción médica será notificadas a:
 - la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, por escrito, o por medios electrónicos, si la persona cubierta o asegurado ha acordado recibir la información por esa vía.
 - al médico que expide la receta por medios electrónico a su solicitud o por escrito.
- En la notificación de denegación se le informará al asegurado su derecho a presentar una querrela a tenor con los Procedimientos Internos de Querellas de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores establecidos en el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.

XII. El Departamento de Farmacia de Triple-S Salud tendrá registros escritos o electrónicos que documentan el proceso de solicitud de excepción médica.

APELACIONES DE DETERMINACIONES ADVERSAS DE BENEFICIOS

Determinación adversa significa:

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

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

DERECHO A APELAR UNA DETERMINACIÓN ADVERSA

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

PROCEDIMIENTO DE APELACIONES

1. Primer Nivel Interno de Apelación

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

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

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

Triple-S Salud acusará recibo a la persona asegurada de la solicitud de querrela no más tarde de tres (3) días a partir del recibo de la misma y le confirmará el representante designado para coordinar la revisión en el

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

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

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

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

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

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

Dicha determinación incluirá:

- Los títulos y credenciales de los revisores que participaron en la evaluación de la querella;
- Una declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la querella;
- La determinación de los revisores con la justificación médica o base contractual para que la persona asegurada o su representante personal pueda responder a los planteamientos;
- La evidencia o documentación usada como base de la determinación;
- En caso de ser una determinación adversa, deberá incluir también:
 - Las razones específicas de la determinación adversa;
 - Referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;
 - Una declaración sobre los derechos que tiene la persona asegurada para acceder u obtener de forma gratuita copias de los documentos, registros y otra información pertinente utilizado en la evaluación de la querella, incluyendo cualquier regla, guía o protocolo interno u

otro criterio similar utilizado para fundamentar la determinación

- Si la determinación adversa se basa en la necesidad médica o la naturaleza experimental o investigativa del tratamiento, o en una exclusión o limitación similar, una explicación escrita del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, o una declaración de que se proveerá una explicación a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, de manera gratuita, a su solicitud;
- De aplicar, deberá incluir las instrucciones para solicitar copia de la regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar en que se basó la determinación, una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación y la descripción del proceso para obtener una revisión voluntaria adicional así como los plazos para la misma, en caso de que la persona asegurada interese solicitarla. De igual forma, deberá incluir una descripción de cómo obtener una revisión externa independiente, si la persona asegurada decidiera que no solicitará una revisión voluntaria, y el derecho de la persona cubierta o asegurado a establecer una demanda ante un tribunal competente.
- De aplicar también, deberá incluir la siguiente declaración que indique otras opciones de resolución voluntaria de las controversias disponibles, tales como la mediación o el arbitraje y su derecho de comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros o la Oficina del Procurador de la Salud para orientación y solicitar ayuda así como la información de los números a llamar en estos casos.

Si su caso es considerado Urgente, Triple-S Salud le notificará su decisión en un periodo no mayor de 48 horas, contados a partir del momento en que se reciba la solicitud completa de apelación. Se entenderá por apelaciones de casos urgentes aquellas solicitudes de apelación que correspondan a

servicios o tratamientos médicos respecto a los cuales el aplicar los periodos regulares de tiempo para contestar una apelación: (a) ponen en grave peligro la vida o salud del asegurado o la habilidad de que un órgano vital del cuerpo opere al máximo, o (b), en la opinión de un médico con pleno conocimiento de la condición médica del asegurado, podría someter al asegurado a dolores severos que no pueden manejarse adecuadamente sin el cuidado o tratamiento médico que es sujeto de la apelación.

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

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

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

2. Nivel Voluntario de Revisión

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

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

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

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

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

Triple-S Salud nombrará un panel de revisión para considerar la solicitud al cual usted o su representante autorizado podrá comparecer en persona o por vía telefónica para exponer su solicitud. Si Triple-S Salud será asistida por su

representación legal, se le notificará con por lo menos 15 días calendario de anticipación a la fecha de la reunión de revisión y se le indicará que puede ser asistido por su propia representación legal. De ser necesaria su comparecencia a una vista ante el panel, la fecha le será comunicada con antelación a la vista pero la misma deberá ocurrir no más tarde de 30 días luego de recibida la solicitud del nivel voluntario de revisión.

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

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

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

3. Proceso de Revisión Externa

Triple-S Salud ha optado por acogerse al proceso de Revisión Externa de Reclamaciones a través del Comisionado de Seguros (OCS). Si luego de agotar los niveles de apelación interna, usted no está satisfecho con la determinación

final, usted podría solicitar una revisión externa de una Organización de Revisión Externa (IRO, por sus siglas en inglés) a través del Comisionado de Seguros, si se cumplen con ciertos requisitos como se explica más adelante. Usted pagará un costo nominal no mayor de \$25.00 por cada revisión. Disponiéndose, que para una misma persona cubierta o asegurado el costo no puede exceder de setenta y cinco dólares (\$75.00) por año póliza. La cantidad pagada por usted le será reembolsada si éste obtiene opinión a su favor.

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

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

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

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

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

Procedimiento de Revisión Externa Estándar

Usted podría solicitar una revisión independiente de una determinación de beneficios adversa que cumple con los requisitos expuestos en los párrafos anteriores. Todas las solicitudes para revisiones externas deben someterse dentro de los 120 días siguientes a la fecha en que usted recibió la determinación adversa. Para solicitar una revisión externa, usted o su representante autorizado pueden llamar para solicitar la revisión externa al número libre de cargos 787-304-8686. Debe completar el formulario para solicitud de revisión externa y el formulario para la Autorización de uso y Divulgación de Salud Protegida adjunto a la Notificación de Determinación Adversa final y enviarlos por fax, correo regular o correo electrónico al Comisionado de Seguros como se indica a continuación:

- **Por Fax** al: 787-273-6082
- **Por correo regular:**
Comisionado de Seguros
División de Investigaciones
B5 calle Tabonuco Suite 216
PMB 356 Guaynabo, PR 00968-3029
- **Por correo electrónico:**
salud@ocs.pr.gov

Recuerde, la información que usted provee en el formulario de solicitud se utilizará para solicitar a Triple-S Salud los documentos relevantes para que el examinador de revisión independiente pueda completar su evaluación. Usted también podrá someter información y documentos para apoyar su solicitud tales como carta de denegación nuestra, formularios de explicaciones de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) y cartas de sus médicos, entre otros.

La organización de revisión independiente también podría solicitarnos que le proveamos la información que usamos para tomar nuestra determinación de beneficios adversa. **Si usted tiene alguna pregunta durante el proceso de revisión externa, usted puede llamar al número 787-304-8686.**

Evaluación Preliminar

Cuando el evaluador de revisión externa recibe la solicitud de revisión externa, el evaluador le

solicitará a Triple-S Salud los siguientes documentos, los cuales tomó en consideración al tomar la determinación de beneficios adversa, incluyendo:

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

Triple-S Salud debe proveer al evaluador la información que se indica en el párrafo anterior dentro de cinco (5) días laborables. El evaluador revisará la información que reciba de Triple-S Salud y podría solicitar información adicional si la estima necesaria para la revisión externa. Si el evaluador solicita información adicional, Triple-S Salud proveerá la información dentro de 5 días laborables a partir de la fecha en que recibió la solicitud.

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

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

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

Proceso de Revisión

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

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

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

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

obligado a proveer los beneficios para el servicio o procedimiento.

Revisión Externa Expedita

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

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

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

Revisión Externa Voluntaria

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

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

Comuníquese con el Comisionado de Seguros al número 787-304-8686 para obtener más información sobre el proceso de revisión externa voluntario.

El Comisionado de Seguros mantendrá el expediente de su caso por un periodo de 5 años y estará disponible para evaluación, de usted solicitarlo.

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

Se requiere que usted agote todos los procedimientos internos de apelación previamente descritos antes de presentar su reclamación ante la Oficina del Comisionado de Seguros.

Revisiones Ordinarias de Querellas No Relacionadas con una Determinación Adversa

Usted o un representante personal tiene derecho a solicitar una revisión ordinaria de

querellas no relacionadas con una determinación adversa de beneficios (por ejemplo, querella relacionada con el proceso de suscripción o cancelación de la póliza, servicios brindados por nuestro personal).

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

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

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

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

solicitarle ayuda. La información para comunicarse con estas Oficinas aparece a continuación.

DERECHO A SER ASISTIDO

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

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

DERECHO A NOMBRAR UN REPRESENTANTE

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

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

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

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

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

CARTA DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

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

Derecho a una alta calidad de Servicios de Salud

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 y sencilla, en inglés o español sobre su plan tal como:

- Servicios cubiertos, limitaciones y exclusiones
- Primas y copagos a pagar
- Directorio de proveedores
- Acceso a especialistas y servicios de emergencia
- Proceso de preautorizaciones y querellas

Derecho en cuanto a la selección de planes y proveedores

Todo individuo tiene derecho a:

- Seleccionar planes de cuidado de salud y proveedores de servicios de salud que sean adecuados y que mejor se ajusten a sus necesidades sin que sean discriminados por su condición socioeconómica, capacidad de pago, por condición médica preexistente o su historial médico, independientemente de su edad.
- Una red de proveedores autorizados y suficientes para garantizar que todos los servicios cubiertos por el plan estarán accesibles y disponibles sin demoras irrazonables y en razonable proximidad geográfica a las residencias y lugares de trabajo de las personas aseguradas, incluyendo el acceso a servicios de

emergencia las veinticuatro (24) horas, los siete (7) días. Todo plan de cuidado de salud que ofrezca cubiertas sobre servicios de salud en Puerto Rico deberá permitir que cada paciente pueda recibir servicios de salud primarios de cualquier proveedor de servicios primarios participante que éste haya seleccionado conforme a lo dispuesto en el plan de cuidado de salud.

- Permitir que cada 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 garantizará un número adecuado de visitas para cubrir las necesidades de salud de tales personas aseguradas.

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

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

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

Derecho a participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento

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

Derecho en cuanto a respeto y trato igual

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

Derecho a confidencialidad de información y récords médicos

- Comunicarse libremente y sin temor con sus proveedores de servicios médicos.

- Tener la confianza de que sus récords médicos serán mantenidos en estricta confidencialidad y no serán divulgados sin su autorización, excepto para fines médicos o de tratamiento, por orden judicial o por autorización específica de la ley.
- Obtener recibo de los gastos incurridos por concepto del pago total o parcial, de copagos o coaseguros. El mismo debe especificar la fecha del servicio, nombre, número de licencia y especialidad del proveedor, nombre del paciente y de la persona que paga por los servicios, desglose de los servicios, cantidad pagada y firma del oficial autorizado.
- Acceder u obtener copia de su expediente médico. Su médico debe entregarle copia del expediente médico en un término de 5 días laborables contados desde su petición. Los hospitales, tienen un término de 15 días laborables. Pueden cobrarle hasta \$0.75 por página pero no más de \$25.00 por el expediente. De romperse la relación médico-paciente tiene derecho a solicitar el expediente original libre de costo, sin importar si tiene alguna deuda pendiente con el proveedor de servicios de salud.
- Recibir trimestralmente un informe de utilización que, entre otras cosas, incluya: nombre del asegurado, tipo y descripción del servicio, fecha y proveedor que brindó el servicio, así como la cantidad pagada por el servicio. La persona asegurada puede acceder al informe de utilización trimestral en que se desglosan los servicios pagados en beneficio de él y sus beneficiarios, registrándose como asegurado en el portal de Triple-S Salud (www.ssspr.com).

Derechos en cuanto a quejas y agravios

- Todo proveedor de servicios de salud o asegurador tendrá disponible un procedimiento para resolver de manera rápida y justa cualquier queja que un asegurado presente y tendrá

mecanismos de apelación para la reconsideración de las determinaciones.

- Recibir respuesta a sus inquietudes en el idioma de su predilección, sea inglés o español.

Su responsabilidad como paciente es:

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

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

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

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

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

Nuestra Responsabilidad Legal

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

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

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

ORGANIZACIONES CUBIERTAS POR ESTE AVISO

TRIPLE-S SALUD, INC.
INTERACTIVE SYSTEMS, INC.

Información que Recopilamos

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

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

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

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

Usos y Divulgaciones de Información de Salud

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

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

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

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

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

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

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

Ayudas en Casos de Desastres y situaciones de emergencia

Programas gubernamentales de beneficios

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

- Actividades de salud pública, incluyendo el informe de estadísticas de enfermedades e información vital, entre otros;
- Informar abuso o negligencia contra menores o adultos o violencia doméstica;
- Actividades de las agencias reguladoras;
- Respuesta a órdenes judiciales o administrativas;
- A los oficiales del orden público o asuntos de seguridad nacional;
- Para prevenir una amenaza inminente a la salud o seguridad públicas;

- Para actividades de investigación científica;
- Según autorizado por las leyes de compensación de accidentes del trabajo;
- Según requerido o permitido por las leyes aplicables.

Servicios Relacionados con su Salud:

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

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

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

La información divulgada conforme a la autorización provista por usted pudiera ser redivulgada por el recipiente de la misma y no estar protegida por las leyes de privacidad

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

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

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

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

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

Derechos Individuales

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

- Solicitud de tiempo adicional

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

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

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

Restricciones: Usted tiene el derecho de solicitar que implementemos restricciones adicionales en nuestro manejo de su información de salud, si dicha divulgación puede constituir un peligro a su seguridad, como en los casos de violencia doméstica. Nosotros no

tenemos que estar de acuerdo con su solicitud, pero si la aceptamos, nos registramos por la misma (excepto en caso de una emergencia). Su solicitud y nuestro acuerdo de implementar restricciones adicionales en el manejo de su información de salud debe ser por escrito y firmada por un oficial autorizado.

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

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

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

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

Aviso en caso de violaciones de seguridad en que su información esté en riesgo: Usted

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

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

Preguntas y Quejas

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

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

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

Contacto: **OFICINA DE CUMPLIMIENTO Y PRIVACIDAD DE TRIPLE-S SALUD**
Teléfono: (787) 277-6686
Fax: (787) 706-4004
E-mail: 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.

DISPOSICIONES GENERALES

1. **ACCIONES CIVILES:** No se entablará ninguna acción civil para reclamar cualesquiera derechos de la persona asegurada bajo esta póliza, antes de transcurrir sesenta (60) días después de haberse suministrado prueba escrita del servicio, de acuerdo con los requisitos de esta póliza. No se entablará ninguna acción luego de transcurridos tres (3) años desde la fecha en que se requiere se suministre prueba escrita del servicio.

2. **ACCIONES DE TERCERAS PERSONAS:** Si por culpa o negligencia de un tercero, el asegurado o cualquiera de sus dependientes sufre alguna enfermedad o lesión que requiere el despacho de medicamentos cubiertos bajo esta póliza, Triple-S Salud tendrá derecho a subrogarse en los derechos del asegurado, para reclamar y recibir de dicho tercero, una compensación equivalente a los gastos incurridos en el tratamiento del asegurado, ocasionados por tales actos culposos o negligentes.

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

3. **AVISO DE RECLAMACIÓN:** Deberá darse aviso por escrito de la reclamación a Triple-S Salud dentro de los veinte (20) días después de haber ocurrido o después de dicho término, tan pronto como sea razonablemente posible por la persona asegurada en un plazo que no excederá de un (1) año a partir de la fecha en que se dio el servicio. Un aviso dado por escrito por la persona asegurada, a su nombre, a Triple-S Salud, en su oficina principal en San Juan, Puerto Rico o en sus Centros de Servicio alrededor de la Isla, o a cualquier representante autorizado de

Triple-S Salud, con suficiente información para poder identificarla se considerará como aviso dado a Triple-S Salud.

4. **CANCELACIÓN INDIVIDUAL:** Triple-S Salud podrá cancelar el seguro de cualquier persona asegurada en cualquier momento si la persona asegurada incurre en actos fraudulentos o en representaciones falsas de un hecho material, haya presentado o haya hecho presentar una reclamación fraudulenta, o cualquier prueba en apoyo de la misma, para el pago de una reclamación con arreglo a cualquier póliza de Triple-S Salud, sin importar la fecha en que se cometió tal acto, ni la fecha y el modo en que fue descubierta tal actuación, o cuando presente patrones de fraude en la utilización de los beneficios provistos por la póliza. La cancelación se notificará al asegurado mediante un aviso por escrito que le será entregado, o se enviará por correo a su última dirección según demuestren los archivos de Triple-S Salud, indicando cuándo dicha cancelación será efectiva, que no será menos de treinta (30) días después del aviso.

Triple-S Salud emitirá a la persona asegurada una certificación de cubierta según requerida por HIPAA. De no recibir dicha certificación, la persona asegurada podrá obtenerla a través de nuestro Departamento de Servicio al Cliente, llamando al 787-774-6060.

5. **CARTA DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:**

Triple-S Salud requerirá a sus asegurados, o en el caso de personas incapacitadas o menores de edad, a los padres, tutores, custodios o encargados de dichas personas que lean y se familiaricen con la "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente" o un resumen adecuado y razonable de la misma, según preparado o autorizado por el Departamento de Salud. El resumen de esta Carta se encuentra en las secciones anteriores a ésta en esta póliza de beneficios.

6. **CONCESIONARIO INDEPENDIENTE DE LA BLUE CROSS AND BLUE SHIELD**

ASSOCIATION: El asegurado, por este medio expresamente reconocen y conocen que esta póliza constituye un contrato únicamente entre el asegurado y Triple-S Salud, Inc. que es una corporación independiente y opera bajo una licencia de la *Blue Cross and Blue Shield Association*, una asociación de Planes independientes afiliados a la *Blue Cross and Blue Shield* (la Asociación) permitiendo a Triple-S Salud, Inc. usar la marca de servicio Blue Shield en Puerto Rico y que Triple-S Salud, Inc. no está contratada como agente de la Asociación.

El asegurado además, acuerda y accede que no ha adquirido esta póliza basado en representaciones de cualquier persona otra que Triple-S Salud, Inc. y que ninguna persona, entidad u organización, otra que Triple-S Salud, Inc. podrán ser responsables por cualquier obligación de Triple-S Salud, Inc. para con el asegurado, creado bajo esta póliza.

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

7. **CONFIDENCIALIDAD:** Triple-S Salud mantendrá la confidencialidad de la información médica y sobre reclamaciones de la persona asegurada conforme a las políticas y prácticas establecidas en el Aviso de Prácticas de Privacidad contenidas en esta póliza.
8. **CONTRATO ÚNICO-CAMBIOS:** Esta póliza constituye el texto íntegro del contrato de seguro. Ningún cambio en esta póliza será válido hasta que sea aprobado por el funcionario ejecutivo designado por la Junta de Directores de Triple-S Salud, y a menos que dicha aprobación sea endosada en la presente o adherida a la misma. Ningún representante autorizado tiene autoridad para cambiar esta póliza o renunciar a ninguna de sus disposiciones.
9. **CUBIERTAS MANDATORIAS:** Esta póliza está sujeta a leyes y reglamentos federales y locales que pudieran requerir, durante la efectividad de la misma, que se cubran medicamentos adicionales los cuales no eran parte de los servicios cubiertos cuando la póliza fue hecha efectiva. Estas cubiertas mandatorias que entren en vigor en una fecha

posterior a la emisión de esta póliza pueden tener un impacto en costos y primas.

10. **DERECHO DE TRIPLE-S SALUD A HACER AUDITORÍAS:** Al suscribirse a esta póliza las personas aseguradas aceptan, reconocen y entienden que Triple-S Salud, como pagador de los servicios de salud incurridos por el asegurado principal y sus dependientes, tiene la autoridad para acceder a sus expedientes médicos para realizar auditorías sobre todas o cualquier reclamación de servicios de salud que Triple-S Salud haya pagado.
11. **DERECHOS PERSONALES:** Los derechos y beneficios de esta póliza no son transferibles y ninguna persona asegurada puede ceder, traspasar o enajenar ninguno de los derechos o beneficios que pueda reclamar en virtud de la póliza en favor de terceras personas. 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. Disponiéndose además, que el recobro de tales gastos no impedirá que Triple-S Salud pueda cancelar el contrato de seguros 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.
12. **EXÁMENES FÍSICOS:** Triple-S Salud tendrá el derecho y la oportunidad de examinar, por su cuenta a la persona asegurada cuando y tan frecuentemente como razonablemente se requiera para propósitos de auditoría o investigaciones de fraude.
13. **EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA EL ASEGURADO:** La persona asegurada no será responsable de pagar por aquellos servicios para los cuales el proveedor participante incumplió con los procedimientos de elegibilidad, políticas de pago o protocolos de servicios establecidos por Triple-S Salud.
14. **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. Además, deberá presentar una segunda identificación con fotografía.

15. MODELO PARA RECLAMACIONES: Al recibir aviso de reclamación, Triple-S Salud suministrará al reclamante los modelos que suministra regularmente para la presentación de pruebas de pérdidas. Si dichos modelos no se suplen dentro de quince días después de dado dicho aviso, se considerará que el reclamante ha cumplido con los requisitos de esta póliza en cuanto a la prueba de pérdidas, si somete, dentro del tiempo fijado en esta póliza para la presentación de pruebas de pérdidas, prueba por escrito cubriendo lo acaecido y la naturaleza y extensión de las pérdidas por las cuales se hace la reclamación.

16. PAGO DE PRIMA: El asegurado principal será responsable por el pago de la prima correspondiente a la póliza; disponiéndose, que dicha responsabilidad cubrirá toda prima adeudada hasta la fecha de terminación de la póliza, conforme con la cláusula de TERMINACIÓN. El asegurado principal seguirá siendo responsable en su carácter personal por el pago de las primas, independientemente de cualquier arreglo que pudiera hacer con un tercero para que gestione o haga los pagos de primas a su favor.

Triple-S Salud tendrá derecho a cobrar la prima adeudada, o a su opción, podrá recobrar los costos incurridos en el pago de reclamaciones por servicios prestados a la persona asegurada luego de la cancelación del plan de dicha persona; disponiéndose, que el asegurado principal será responsable por el pago de cualesquiera de las dos cantidades reclamadas por Triple-S Salud. Triple-S Salud podrá utilizar los servicios de agencias de cobro para requerir el pago de cualquier deuda que exista con Triple-S Salud. Disponiéndose, además, que el deudor se obligue a pagar las costas, gastos y honorarios de abogado, así como cualquier otra cantidad o gasto adicional a menos que el tribunal disponga lo contrario.

Triple-S Salud se reserva el derecho de notificar en forma detallada a cualquier agencia, institución, u organismo que se dedique a investigaciones de crédito, el incumplimiento de pago por parte del asegurado principal.

17. PAGO DE RECLAMACIONES como regla general, los beneficios provistos bajo esta póliza serán pagaderos a proveedores participantes.

Esta póliza podría indemnizar al asegurado bajo ciertas circunstancias. En estos casos, la persona asegurada deberá dar aviso por escrito de la reclamación a Triple-S Salud dentro de los veinte (20) días después de haber ocurrido o después de dicho término, tan pronto como sea razonablemente posible, en un plazo que no exceda de un (1) año a partir de la fecha en que se prestó el servicio.

18. PERIODO DE GRACIA: Se concede un periodo de gracia de diez (10) días calendario para el pago de cada prima que venza después de la primera prima, periodo de gracia durante el cual la póliza continuará en vigor.

19. PRUEBAS DE SERVICIOS: En caso de cualquier reclamación por servicios de parte de la persona asegurada, deberá suministrarse a Triple-S Salud prueba por escrito de dichos servicios dentro de noventa (90) días después de recibirse los mismos. El dejar de suministrar dicha prueba dentro del tiempo requerido no invalidará ni reducirá ninguna reclamación, si no fue razonablemente posible someter la prueba dentro de dicho tiempo, siempre que tal prueba se suministre tan pronto como sea razonablemente posible; y, en ningún caso, excepto en ausencia de capacidad legal, más tarde de un (1) año a partir de la fecha en que de otro modo se requiera la prueba. El asegurado principal consiente y autoriza a cualquier profesional o proveedor de servicios para que le sean suministrados a Triple-S Salud informes, que se mantendrán confidenciales, relacionados con el diagnóstico y los servicios suministrados a él o a cualquier dependiente asegurado, para ser utilizados única y exclusivamente para determinar los derechos y obligaciones contraídas dentro de la póliza.

20. RECUPERACIÓN O RECOBRO DE PAGOS EN EXCESO O POR ERROR: Triple-S Salud tiene derecho a recuperar pagos en exceso o por error emitidos a favor de un asegurado hasta un periodo de dos (2) años retroactivos, contando a partir de la fecha en que Triple-S Salud emitió el pago. Triple-S Salud se comunicará con el asegurado cuando se percate que ha efectuado un pago equivocado

o en exceso. El asegurado, también, tiene la obligación de notificar a Triple-S Salud cuando se percate de que ha recibido un pago equivocado o en exceso.

21. REINSTALACIÓN: Si una prima vencida no es pagada antes de que finalice el periodo de gracia, la subsiguiente aceptación de pago de prima por parte de Triple-S Salud o un representante autorizado sin requerir una solicitud de reinstalación hará que se reinstale la póliza. Si Triple-S Salud o el representante autorizado pide una solicitud, se le dará un recibo condicional por la prima. Si la solicitud se aprueba, esta póliza será reinstalada a partir de la fecha de aprobación. En ausencia de dicha aprobación, esta póliza quedará reinstalada en el cuadragésimo quinto día después de la fecha del recibo condicional, a menos que se le haya notificado, por escrito, la desaprobación.

La póliza reinstalada cubre únicamente pérdidas que resulten de una lesión que ocurra después de la fecha de reinstalación, o de una enfermedad que comience después de transcurridos diez (10) días de dicha fecha. Por todo lo demás, sus derechos y los de Triple-S Salud se mantienen iguales, sujeto a cualesquiera disposiciones estipuladas o adheridas a la póliza reinstalada.

Cualquier prima que se acepte para reinstalación, será aplicada a un periodo por el cual las primas no se han pagado; disponiéndose que, no se aplique ninguna prima a periodo alguno mayor de sesenta (60) días antes de la fecha de reinstalación.

22. RENOVACIÓN DE CUBIERTA: Triple-S Salud renovará el plan individual de farmacia al asegurado o dependiente, a opción del asegurado, excepto en los siguientes casos:

- a) Falta de pago de las primas o contribuciones, luego del periodo de gracia, conforme a los términos del plan o que Triple-S Salud no haya recibido el pago de las primas a su debido tiempo.
- b) El asegurado o el representante del asegurado ha cometido un acto o incurrido en una práctica que constituye fraude o ha realizado intencionalmente representaciones falsas sobre hechos materiales.

c) Triple-S Salud haya determinado discontinuar el ofrecimiento del plan individual de farmacia y además, que haya notificado su determinación de no renovar a:

- i. La Oficina del Comisionado de Seguros, por escrito y con al menos noventa y cinco (95) días de anticipación a la fecha de la no renovación
- ii. todos los asegurados, por escrito y con al menos noventa (90) días de anticipación a la fecha de la no renovación.

d) Si la Oficina del Comisionado de Seguros determina que la continuación del plan médico no respondería a los mejores intereses de los asegurados o afectaría la capacidad del asegurador de cumplir con sus obligaciones contractuales.

e) Si el Comisionado determina que el formulario del plan médico es obsoleto y puede ser reemplazado con una cubierta comparable, Triple-S Salud discontinúa el producto obsoleto en Puerto Rico, y además, notifica su determinación de no renovar el plan médico obsoleto:

- i. La Oficina del Comisionado de Seguros, por escrito y por lo menos con ciento ochenta y cinco (185) días de anticipación a la fecha de la no renovación;
- ii. A todos los asegurados, con por lo menos ciento ochenta (180) días de anticipación a la fecha de no renovación;
- iii. Le ofrece a cada asegurado del producto obsoleto la opción de comprar todos los demás planes médicos individuales que actualmente ofrece Triple-S Salud en Puerto Rico; y
- iv. Al ejercer la opción de discontinuar el producto obsoleto y ofrecer la opción de cubierta conforme al inciso (iii),

Triple-S Salud actúa de manera uniforme, sin considerar la experiencia de reclamaciones del asegurado o los factores relacionados con su condición de salud o las de sus beneficiarios que pudieran ser elegibles para la cubierta.

- f) En el caso de un plan médico que se ofrezca por medio de un plan de red preferida, el asegurado ya no reside, vive o trabaja en el área geográfica de servicio establecida, siempre y cuando la cubierta se termina conforme a este inciso, sin considerar los factores relacionados con la condición de salud del asegurado.

23. **RESCISIÓN DE CUBIERTA:** Triple-S Salud podrá tomar la decisión de terminar su contrato con efecto retroactivo por motivo de fraude o tergiversación intencional de datos sustanciales de parte de la persona asegurada o de la persona solicitando un plan médico a nombre de otra persona. La rescisión se notificará por escrito con treinta (30) días de anticipación y el participante o beneficiario tiene derecho a solicitar revisión de esta determinación.

24. **RESUMEN DE BENEFICIOS:** Triple-S Salud expedirá al tenedor de la póliza un Resumen de Beneficios y Cubierta (SBC, por sus siglas en inglés). Además, Triple-S entregará una

lista de farmacias participantes así como la lista de medicamentos o formulario.

25. **TERMINACIÓN:** Triple-S Salud se reserva el derecho de terminar esta póliza en la fecha de vencimiento por falta de pago de prima, luego del periodo de gracia, mediante el envío al asegurado principal de una notificación por escrito con no menos de treinta (30) días de anticipación. La terminación no afectará a cualquier reclamación por servicios prestados con anterioridad a la fecha de la terminación.

En caso en que se termine un plan o se cancele el mismo, Triple-S Salud le notificará dicha terminación o cancelación con treinta (30) días calendario de anticipación a la fecha de terminación o cancelación.

26. **TIEMPO PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES:** Los pagos por servicios que hayan de hacerse con arreglo a esta póliza, se harán inmediatamente después que se reciba prueba escrita fehaciente de dichos servicios.

DEFINICIONES

1. **AGENTES ANTINEOPLÁSICOS INYECTABLES:** medicamento que inhibe o previene el desarrollo del cáncer evitando el crecimiento, maduración y proliferación de las células malignas administrado mediante infusión.
2. **AÑO PÓLIZA:** Periodo de doce (12) meses consecutivos por el cual el asegurado adquiere o renueva el seguro con Triple-S Salud.
3. **ÁREA DE SERVICIO:** Significa el área dentro del cual se espera que la persona asegurada reciba la mayoría de los medicamentos. En esta póliza el área de servicio significa Puerto Rico, ya que los beneficios provistos en esta póliza están disponibles sólo para aquellas personas que residen permanentemente en Puerto Rico.
4. **ASEGURADO O PERSONA ASEGURADA:** toda persona elegible y suscrita, sea asegurado principal o dependiente (directo u opcional) la cual tiene derecho a recibir los servicios y beneficios cubiertos bajo esta póliza.
5. **ASEGURADO PRINCIPAL:** Persona que mantiene un contrato de seguro con Triple-S Salud en un plan individual, que le da derecho a los beneficios establecidos en la póliza expedida a su nombre y asume las responsabilidades establecidas en la póliza. Ha pagado una prima para sí misma o sus dependientes, de tener alguno, quienes también están cubiertos por el plan médico individual y que es responsable por el pago continuado de las primas según los términos del plan médico individual.
6. **CLASIFICACIÓN TERAPÉUTICA:** son categorías que se utilizan para clasificar y agrupar los medicamentos en la Lista de Medicamentos por las condiciones que éstas tratan o por el efecto que producen en el cuerpo humano.
7. **COASEGURO:** El por ciento de la tarifa que tiene que pagar el asegurado al momento de recibir los servicios cubiertos a la farmacia participante como su aportación al costo de los servicios que recibe, según se establece en esta póliza y como se ha notificado a la farmacia participante. Esta cantidad no es reembolsable por Triple-S Salud.
8. **COHABITANTES:** Dos personas solteras, adultas, con plena capacidad legal, que no están relacionadas por lazos familiares dentro del cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, sujetas a convivencia sostenida y afectiva de manera voluntaria, estable, pública y continua durante un plazo no menor de un (1) año, que cohabitan en una residencia común sin estar casadas entre sí y que tienen la intención de continuar con la situación cohabitacional indefinidamente.
9. **COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA:** Es un comité de trabajo compuesto por profesionales de la salud asignado para evaluar la efectividad de los medicamentos y someter recomendaciones y protocolos de utilización que resulten en un manejo costo efectivo de las terapias y para la prevención del uso inadecuado de acuerdo al estándar de la práctica de la medicina, de medicamentos no necesarios, de abuso o fraude en el uso de los mismos. El Comité se reúne mensualmente para compartir los hallazgos de los informes de utilización y evaluar la literatura médica de los medicamentos disponibles en el mercado.
10. **CONDICIONES SECUNDARIAS:** Una condición secundaria es una condición médica que es directamente causada por una condición médica ya existente, y no por su propia cuenta.
11. **CONDICIÓN PRE-EXISTENTE:** Significa una condición, incluyendo información genética, independientemente de la causa de la misma, para la cual se recomendó o recibió diagnóstico, cuidado o tratamiento anteriores a la fecha de efectividad del plan médico. Esta póliza no excluye ni discrimina a sus beneficiarios por condiciones preexistentes, independientemente de la edad del asegurado.
12. **CONTRATO FAMILIAR:**
 - a. Significa el seguro que provee beneficios para cualquier persona elegible, su

cónyuge, cohabitante y sus dependientes directos, según lo define el inciso 16 de esta sección. En estos casos, aplicará la prima correspondiente según la composición familiar.

- b. De no existir el cónyuge elegible según lo define el inciso 16, el contrato del asegurado principal con uno (1) o más dependientes directos elegibles podrá, a su opción, considerarse como un Contrato Familiar o como un Contrato Individual con uno (1) o más dependientes directos; según lo define el inciso 16 de esta sección. En ambos casos, la prima será la misma.
- c. El asegurado principal podrá incluir, además, en su Contrato Familiar a cualquier dependiente opcional, según lo define el inciso 17 de esta sección, si paga la prima adicional correspondiente.

La inclusión de los dependientes sólo podrá hacerse al momento de adquirir la póliza o en la fecha de renovación de la póliza, salvo lo dispuesto en las secciones de Cambios en Suscripción y Suscripción Especial, de esta póliza, o cualquier otra disposición de ley.

13. **CONTRATO INDIVIDUAL:** Significa el seguro que provee beneficios a cualquier persona elegible soltero o casado sin incluir al cónyuge o cohabitante, según lo define el inciso 16a de esta sección, como dependiente directo del asegurado. La prima correspondiente a contratos individuales se aplicará en estos casos. Dicha persona tendrá la opción de incluir en su seguro a cualquier dependiente directo elegible, según lo define el inciso 16 de esta sección, mediante el pago de la prima adicional correspondiente. Además, podrá incluir en su contrato cualquier dependiente opcional según lo define el inciso 17 de esta sección, si paga la prima adicional correspondiente.

La inclusión de los dependientes sólo podrá hacerse al momento de adquirir la póliza o en la fecha de renovación de la póliza, salvo lo dispuesto en las secciones de Cambios e Inscripciones Especiales, de esta póliza, o por cualquier otra disposición de ley.

14. **COPAGO:** La cantidad fija predeterminada que tiene que pagar el asegurado al momento

de recibir los servicios cubiertos a la farmacia participante como su aportación al costo de los servicios que recibe, según se establece en la póliza y como se ha notificado a la farmacia participante. Esta cantidad no es reembolsable por Triple-S Salud.

15. **DEDUCIBLE:** Aquella cantidad anual en efectivo que deberá acumularse antes de tener derecho a los beneficios bajo esta póliza. Cada persona asegurada será responsable de pagar por los servicios cubiertos hasta acumular el deducible anual de su cubierta para luego pagar los copagos y/o coaseguros que se establece en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros de esta póliza.

16. **DEPENDIENTES DIRECTOS:** Se consideran como dependientes directos:

a. El cónyuge, persona con la cual uno se encuentra casado luego de haber cumplido con las ceremonias y formalidades exigidas por la ley, del asegurado principal, incluido en un contrato familiar mientras esta póliza esté en vigor, siempre que se viva con dicho cónyuge. El en caso de los cohabitantes, el asegurado principal deberá suministrar para inclusión un *affidavit* certificando su relación de cohabitante según se dispone en la Sección de Definiciones y utilizando el formulario de certificación o *affidavit*.

b. Hijos biológicos o adoptados del asegurado principal, su cónyuge o cohabitante, según se define en el Inciso 16a arriba, hasta que alcancen la edad de veintiséis (26) años. No serán elegibles bajo este plan el cónyuge del hijo(a) del asegurado principal, los hijos del hijo(a) del asegurado principal, excepto los incluidos en el inciso 16d abajo, o los hijos del cónyuge del hijo(a) del asegurado principal.

c. Menores de edad colocados en el hogar de la persona asegurada en vías de ser adoptados por éste. El asegurado principal deberá acreditar la colocación para adopción con los documentos que le solicite Triple-S Salud.

d. Será elegible como dependiente directo un menor de edad no emancipado que

sea nieto(a) o familiar consanguíneo del asegurado principal, mientras ostente la custodia permanente de dicho menor adjudicada por un tribunal mediante sentencia final y firme; dicho dependiente directo podrá permanecer en el plan hasta que alcance la edad de veintiséis (26) años. Será también elegible como dependiente directo un nieto(a) o familiar consanguíneo del asegurado principal que sea mayor de edad, si dicha persona fuere declarada incapaz por un tribunal mediante sentencia final y firme, y la tutela del incapaz le haya sido adjudicada por el tribunal a la persona asegurada. En ambos casos, asegurado principal que interese inscribir como dependiente directo a un(a) nieto(a) o familiar consanguíneo bajo esta cláusula, deberá acreditar su carácter de custodio o tutor, presentando la sentencia final y firme del Tribunal adjudicándole la custodia permanente o tutela, según sea el caso.

e. Serán elegibles como dependientes directos los “hijos de crianza” del asegurado principal mientras sean totalmente dependientes del asegurado principal para su sustento hasta que alcancen la edad de veintiséis (26) años. Deberá acreditarse el estatus de los “hijos de crianza” mediante la documentación que solicite Triple-S Salud. Se entenderá como hijos de crianza aquellos menores de edad que, sin ser hijos biológicos ni adoptivos del asegurado principal, han vivido desde su infancia bajo el mismo techo con aquél en una relación normal de padre/madre e hijo/hija y que son, y continuarán siendo, totalmente dependientes de la familia de dicho asegurado para recibir alimento según se define este término en el Artículo 142 del Código Civil de Puerto Rico.

17. **DEPENDIENTES OPCIONALES:** Significa familiares inmediatos del asegurado principal o su cónyuge, que no cualifiquen como dependientes directos y que dependan sustancialmente de dicha persona para su sustento y que no hayan alcanzado la edad de sesenta y cinco (65) años. También cualificará como dependiente opcional, dentro de un contrato familiar, cualquier persona que no cualifique como dependiente directo y sea incapacitado donde el asegurado principal no

presenta o tiene sentencia final y firme de la custodia, patria potestad o tutela. Es responsabilidad del asegurado principal demostrar en forma satisfactoria para Triple-S Salud, la elegibilidad de estos dependientes.

18. **DENTISTA:** Odontólogo legalmente autorizado a practicar la profesión de cirujano-dentista.

19. **ENFERMEDAD:** Significa cualquier malestar o padecimiento no ocupacional contraído por cualquier persona asegurada.

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

21. **FARMACIA NO PARTICIPANTE:** Cualquier farmacia que no haya firmado contrato con Triple-S Salud para brindar servicios a los asegurados.

22. **FARMACIA PARTICIPANTE:** Cualquier farmacia que haya firmado contrato con Triple-S Salud para brindar servicios a los asegurados.

23. **FECHA DE EFECTIVIDAD:** Significa el primer día de cubierta del plan.

24. **INFORMACIÓN DE SALUD:** Significa información o datos, verbales o registrados en la manera y el medio que fuera que,

1. sea creada o recibida por el asegurador o la organización de servicios de salud, y se relacione con la salud física, mental o conductual, o las condiciones pasadas, presentes o futuras de salud de la persona, o un miembro de la familia de ésta, la prestación de servicios de salud a la persona o el pago pasado, presente o futuro por servicios de salud que se presten a una persona.

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

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

25. INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS):

significa información de salud:

1. Que identifica a la persona objeto de la información; o
2. Información con respecto a la cual sería razonable entender que se podría usar para identificar a la persona objeto de ésta.

Los elementos identificadores incluyen, pero no se limitan a:

- a. Nombre o apodo de la persona, sus familiares;
- b. Dirección, excepto si la información se brinda de forma agregada por municipio;
- c. Todo elemento de fecha (excepto año) directamente relacionada con una persona particular como fecha de nacimiento, fecha de admisión o de alta, fecha de muerte;
- d. Número de teléfono, facsímil, cuenta bancaria, seguro social, número de póliza o contrato, dirección electrónica, número de expediente clínico, licencia de conducir;
- e. Identificadores biométricos;
- f. Fotografías de cara completa, entre otros.

26. LESIONES: Significa cualquier lesión accidental que sufra la persona asegurada, que no sea un accidente automovilístico o del trabajo y que requiera medicamentos recetados.

27. LISTA DE MEDICAMENTOS O FORMULARIO: 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 o formulario 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

28. MÉDICAMENTO NECESARIO: Significa aquel servicio provisto por un médico participante, un grupo de médicos o proveedor para mantener o restablecer la salud del asegurado y que son determinados y

provistos según el estándar de la buena práctica de la medicina.

29. MEDICAMENTO DE RECETA: Significa un medicamento aprobado o regulado que la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) permite que se mercadee, y que las leyes de Puerto Rico o de Estados Unidos exigen que sea suministrado mediante receta.

30. MEDICAMENTOS CON REPETICIONES (REFILLS): Receta que contiene indicaciones escritas del médico para autorizar que la farmacia despache un medicamento en más de una ocasión.

31. MEDICAMENTOS DE MANTENIMIENTO: Son aquellos 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 medicamentos de mantenimiento aquellos cuyo uso más común es tratar una enfermedad crónica cuando no puede ser determinado un final terapéutico.

32. MEDICAMENTOS DE MARCA: Medicamentos que se ofrecen al público bajo un nombre comercial o marca de fábrica.

33. MEDICAMENTOS NO PREFERIDOS (NIVEL 4): Este nivel incluye medicamentos de marca y genéricos de mayor costo que en los niveles 1, 2 y 3. Están clasificados como no preferidos porque existen alternativas en los niveles anteriores con menos efectos secundarios o que son más costo-efectivos. Si el asegurado obtiene un medicamento del nivel 4, tendrá que pagar un costo mayor por el medicamento.

34. MEDICAMENTOS PREFERIDOS (NIVEL 3): Este nivel incluye medicamentos genéricos y de marca que han sido seleccionados por el Comité de Farmacia y Terapéutica como agentes preferidos luego de su evaluación de seguridad, eficacia y costo. Los mismos están identificados en la Lista de Medicamentos a la derecha como Nivel 3. En aquellas clases terapéuticas donde no hay genéricos disponibles en los niveles 1 y 2, le exhortamos a los asegurados a que utilicen como primera alternativa aquellos medicamentos identificados como preferidos.

35. **MEDICAMENTOS GENÉRICOS:** Un medicamento genérico tiene el mismo ingrediente activo en la fórmula que un medicamento de marca. Los medicamentos genéricos usualmente cuestan menos que un medicamento de marca y están aprobados por la Administración Federal de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés).
36. **MEDICAMENTOS GENÉRICOS NO PREFERIDOS (NIVEL 2):** Este nivel incluye medicamentos genéricos de mayor costo que los medicamentos en el nivel 1. Están clasificados como no preferidos porque existen alternativas en el nivel anterior con menos efectos secundarios o que son más costo-efectivos. Si el asegurado obtiene un medicamento del nivel 3 o 4, tendrá que pagar un costo mayor por el medicamento.
37. **MEDICAMENTOS GENÉRICOS PREFERIDOS (NIVEL 1):** Este nivel incluye medicamentos genéricos que han sido seleccionados por el Comité de Farmacia y Terapéutica como agentes preferidos luego de su evaluación de seguridad, eficacia y costo. Los mismos están identificados en la Lista de Medicamentos a la derecha como Nivel 1.
38. **MEDICAMENTOS NO CUBIERTOS:** Aquellos medicamentos que,
- están expresamente excluidos en la póliza del asegurado,
 - son prestados por una farmacia la cual no ha sido reconocida para pago,
 - son considerados experimentales o investigativos por las entidades correspondientes, según se indican en la póliza.
39. **MEDICAMENTOS NUEVOS:** Son los 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)*.
40. **MEDICAMENTOS OVER-THE-COUNTER (OTC):** son medicamentos sin leyenda federal que se pueden vender a un cliente sin la receta del médico.
41. **MEDICARE:** Ley Federal sobre el Seguro de Salud para las Personas de Edad Avanzada,

Título XVIII de las enmiendas del 1965, a la ley del Seguro Social según constituido o enmendada posteriormente.

42. **MÉDICO:** Persona autorizada para ejercer la medicina y cirugía en Puerto Rico, previa la obtención de una licencia por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico, de acuerdo con las disposiciones de la Ley y este Reglamento.
43. **PERIODO DE SUSCRIPCIÓN:** Significa el periodo de tiempo en el año en que los individuos pueden suscribirse a un plan médico. Este periodo debe vencer antes de que la cubierta del plan médico entre en vigor y durante el cual no se requiere que el asegurador provea los beneficios.
44. **PERSONA ELEGIBLE** significa una persona que sea residente de Puerto Rico que no posea un plan médico, excepto Medicare. El término puede incluir al asegurado, cónyuge, hijos y cohabitante.
45. **PLAN INDIVIDUAL DE FARMACIA:** Para propósitos de esta póliza significa un plan adquirido por un individuo para sí mismo y/o para su familia. Este se hace disponible a todas las personas, independientemente de las circunstancias y sitio en que se entrega la póliza o contrato, siempre y cuando el asegurado pague la prima.
46. **PRECERTIFICACIÓN:** Es la autorización previa expedida por Triple-S Salud para el pago de cualquiera de los beneficios y cubierta bajo esta póliza, en los casos que Triple-S Salud lo estime necesario.

Los medicamentos que requieren preautorización usualmente son aquellos que presentan efectos adversos, son 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 a la literatura médica actual.

Triple-S Salud no será responsable por el pago de dichos servicios si los mismos han

sido prestados o recibidos sin dicha autorización por parte de Triple-S Salud.

47. **PRIMA:** Significa la cantidad específica de dinero pagada a un asegurador como condición para recibir los beneficios de una póliza (en este caso de farmacia), lo cual incluye las cuotas u otras aportaciones asociadas con la póliza. La prima cobrada a un asegurado solo se podrá cambiar más de una vez en un periodo de doce (12) meses para reflejar: (1) Cambios en la composición familiar del asegurado; o (2) Cambios en el plan médico solicitado por el asegurado.

48. **PRODUCTOS ESPECIALIZADOS (NIVEL 5):** Identifica los medicamentos o productos en el Nivel 5 de la Lista de Medicamentos o Formulario que se ofrecen bajo el Programa de Medicamentos para Condiciones Especiales. Los medicamentos en este nivel incluyen medicamentos genéricos, biosimilares (genéricos de productos biológicos) y de marca con un arreglo especial para su despacho. Estos se utilizan para el tratamiento de condiciones crónicas y de alto riesgo que requiere una administración y manejo especial.

49. **PROGRAMA DE DESPACHO DE MEDICAMENTOS A 90 DÍAS EN FARMACIAS:** Es un programa voluntario que le permite al asegurado obtener un suministro de noventa (90) días de algunos de sus medicamentos de mantenimiento, a través de las farmacias participantes de dicho programa.

50. **PROGRAMA DE ENVÍO DE MEDICAMENTOS POR CORREO:** Es un programa voluntario que le permite al asegurado recibir algunos de sus medicamentos de mantenimiento a través del Servicio Postal de los Estados Unidos de América.

51. **QUERRELLA:** significa una queja escrita o verbal, si la misma conlleva una solicitud de cuidado urgente presentada por una persona asegurada o a nombre de éste, con respecto a:

- La disponibilidad, prestación o calidad de los servicios de cuidado de la salud, incluidas las querellas relacionadas con una determinación adversa que resulte de una revisión de utilización;

- El pago o manejo de reclamaciones o el reembolso por servicios de cuidado de la salud; o

Asuntos relacionados con la relación contractual entre la persona cubierta o asegurado y el asegurador.

52. **RECETA:** Significa 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.

53. **SERVICIOS EXPERIMENTALES O INVESTIGATIVOS:** Significa tratamientos médicos que,

- a. son considerados como experimentales o investigativos bajo los criterios del *Technology Evaluation Center (TEC)* de la *Blue Cross and Blue Shield Association* para las indicaciones y métodos específicos que se ordenan; o
- b. no tienen la aprobación final de la entidad reguladora correspondiente (Ej.: *Food and Drug Administration (FDA)*, *Department of Human and Health Services (DHHS)*, Departamento de Salud de Puerto Rico); o
- c. la evidencia científica es insuficiente al amparo de la evidencia científica disponible, para llegar a conclusiones sobre el efecto del tratamiento o la tecnología en los resultados médicos que se obtienen; o
- d. sus resultados positivos reportados son insuficientes para contrapesar de manera aceptable los resultados negativos del tratamiento; o
- e. el tratamiento no es más beneficioso que otros tratamientos alternos ya reconocidos; o
- f. la mejoría del tratamiento no puede obtenerse fuera de la fase de investigación.

54. **SUSCRIPCIÓN ESPECIAL:** Instancia en que se permite el ingreso al plan (en este caso de farmacia) a dependientes en cualquier momento como resultado de un evento cualificado específico como matrimonio, nacimientos y muertes, entre otros eventos.

55. **TARIFAS:** Significa la cantidad fija utilizada por Triple-S Salud para pagar a sus

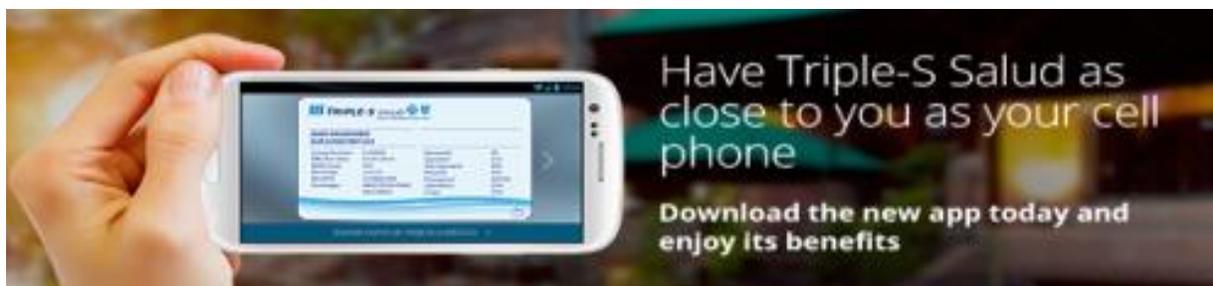
proveedores participantes por los servicios cubiertos prestados a los asegurados cuando éstos no se retribuyen mediante otro método de pago.

56. **TERAPIA ESCALONADA (ST, por sus siglas en inglés):** Significa el protocolo que especifica la secuencia en que se deben suministrar los medicamentos de receta para determinada condición médica. En algunos casos, requerimos que el asegurado utilice primero un medicamento como terapia para su condición antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por

ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se usan ambos para tratar su condición médica, nosotros requerimos que el asegurado utilice primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona para el asegurado, entonces cubriremos el Medicamento B.

OTROS BENEFICIOS ESPECIALES

Aplicación Móvil, Triple-S Salud



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

- *Cubierta y Copagos* – El asegurado puede revisar su cubierta y la de sus dependientes
- *Tu tarjeta siempre contigo* – El asegurado principal puede enviarle por email a su médico su tarjeta del plan y la de sus dependientes.
- *Directorio Médico* - Encuentra el proveedor de servicios de salud más cercano.
- *Adquiere un plan* – Los clientes de planes individuales pueden ver los precios de nuestros planes y adquirir el que mejor se ajuste a su necesidad.
- *Servicio al Cliente* – El asegurado tendrá a la mano información de contacto de Triple-S Salud como teléfonos y direcciones o envíanos un email directamente desde la aplicación.

Asegurado principal

Asegurado a nombre de quien se ha emitido la Póliza de Triple-S Salud.

Beneficios para ti

- + Información de Cubierta, Copagos y Coaseguros.
- + Tarjeta digital que puedes enviar por email a un médico.
- + Directorio Médico.
- + Dirección, horarios e información de contacto de Triple-S Salud.

Cómo usar nuestra app

- 1 Si no te has registrado como asegurado principal en la página web de Triple-S Salud, [regístrate](#).
- 2 Descarga la aplicación de Triple-S Salud para iPhone o Android.
- 3 Entra a la app y del menú de opciones selecciona "Mi Plan" o "Tarjeta" e ingresa la clave de acceso que registraste en nuestra página web (paso 1). Cuando lo necesites, podrás enviarle a los médicos tu tarjeta o la de tus dependientes.

Dependiente

Cónyuge, hijo u otro familiar del asegurado principal que pertenece a la misma Póliza de Triple-S Salud.

Beneficios para ti

- + Directorio Médico.
- + Dirección, horarios e información de contacto de Triple-S Salud.



Cómo usar nuestra app

- 1 Descarga la aplicación de Triple-S Salud para iPhone o Android.
- 2 Entra a la app y utiliza el directorio médico y la sección de contacto de Triple-S Salud.
- 3 Las opciones "Mi Plan" y "Tarjeta" solo están disponibles para el asegurado principal. Para poder acceder a estas, tienes que estar registrado en nuestra página web. Actualmente el único que puede registrarse es el asegurado principal. Para enviarle tu tarjeta del plan por email a un médico, pídele al asegurado principal que se la envíe a través de la app.

Nuestro Portal de Internet, www.ssspr.com

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

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

Telexpreso

Es su contacto directo con Triple-S Salud. Esta línea automatizada le permite resolver asuntos referentes al plan médico a cualquier hora. Con sólo llamar al (787) 774-6060 puede hacer las gestiones de su plan médico rápidamente. A través del sistema Telexpreso puede:

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

Para información adicional, llame al Centro de Llamadas disponible de lunes a viernes de 7:30 AM a 8:00 PM, sábados de 9:00 AM a 6:00 PM y domingos de 11:00 AM a 5:00 PM. Solo tienes que llamar al (787) 774-6060 o 1-800-981-3241 (libre de cargos).

Centros de Servicio

Plaza Las Américas

2do nivel - Frente a Relojes y Relojes

Lunes - Viernes: 8:00 am - 7:00 pm

Sábado: 9:00 am - 6:00 pm

Domingo: 11:00 am - 5:00 pm

Plaza Carolina

2do Nivel

Lunes - Viernes: 9:00 am - 7:00 pm

Sábado: 9:00 am - 6:00 pm

Domingo: 11:00 am - 5:00 pm

Triple-S Salud

Edificio Central

1441 Ave. Franklin D. Roosevelt

San Juan, PR 00920-3628

Arecibo

Edificio Caribbean Cinemas

Suite 101, Carr #2

Arecibo, PR 00612

Caguas

Angora Shopping Center

Ave. Luis Muñoz Marín esq. Troche

Caguas, PR 00725

Ponce

1046 Ave. Hostos

Galería del Sur Building, Suite 218

Ponce, PR 00716-1119

Mayagüez

Carretera 114 Km 1.1, Barrio Guanajibo

Mayagüez, PR 00680