2027



Póliza Pocket
Oro

TRIPLE-S SALUD
ESTAMOS CONTIGO

Pocket

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

Resumen de Cubierta

PLAN METAL: ORO
Cubiertas Adicionales: Dental, Seguro de Vida
Tipo de Plan: POS
Modelo de Acceso: Red Pocket & Red Blue Select

INTRODUCCIÓN

PÓLIZA POCKET DE TRIPLE-S

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

Esta póliza se emite a residentes *bona fide* de Puerto Rico, cuya residencia permanente esté ubicada dentro del Área de Servicio, según definida en esta póliza, por el término de un (1) año o menos (si se suscribe fuera del periodo fijo de suscripción anual) a partir de la fecha de vigencia del contrato emitido a la persona asegurada. Esta póliza termina el 31 de diciembre de 2027. Usted puede continuar con esta póliza en vigor siempre y cuando pague las primas a tiempo, según se estipula en el Capítulo Disposiciones Generales, Inciso 17- PAGO DE PRIMA. Los beneficios de esta póliza no son acumulativos; no se acumulan de un año a otro.

Triple-S Salud renueva esta póliza, a opción de la persona asegurada y de conformidad con la legislación y reglamentación local y federal aplicable, excepto en los casos según lo dispuesto en el Capítulo 7 **Disposiciones Generales**, Incisos 4 - CANCELACIÓN INDIVIDUAL y 28 – TERMINACIÓN, con previa notificación por escrito a usted. Además, no renueva la cubierta de un dependiente después que alcance los límites de edad para la cubierta, según se estipula en esta póliza. Todos los términos de cubierta empiezan y terminan a las 12:01 a.m., hora local de Puerto Rico.

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

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

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

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



Firma de Gerente Refrendata

Michael Muchnicki, CEO & Presidente

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

Tabla de Contenido

CAPÍTULO 1: Cómo Comunicarse con su Plan 3
SECCIÓN 1 Números de Teléfonos e Información de Contacto 3

CAPÍTULO 2: Definiciones 6

CAPÍTULO 3: Reglas de Suscripción y Elegibilidad 21
SECCIÓN 1 Avisos 21
SECCIÓN 2 Suscripción 21

CAPÍTULO 4: Beneficios Cubiertos 25
SECCIÓN 1 Cubierta Médica 25
SECCIÓN 2 Beneficio de Farmacia 45
SECCIÓN 3 Beneficios Dentales 53
SECCIÓN 4 Beneficios Cubiertos por Ley 54
SECCIÓN 5 Beneficios adicionales a su cubierta 63
SECCIÓN 6 Exclusiones de la Cubierta Médica 66
SECCIÓN 7 Exclusiones del Beneficio de Farmacia 70
SECCIÓN 8 Exclusiones de los Beneficios Dentales 78

CAPÍTULO 5: Tabla de copagos, coaseguros y deducibles 79

CAPÍTULO 6: Cómo Funciona su Plan 83
SECCIÓN 1 Descripciones de Cubierta 83
SECCIÓN 2 Coordinación de Beneficios (COB, por sus siglas en inglés) 98
SECCIÓN 3 Sus Derechos y Responsabilidades como Paciente 100
SECCIÓN 4 Apelaciones de Determinaciones Adversas de Beneficios 101
SECCIÓN 5 Procedimiento de Trámite para Reembolsos 125
SECCIÓN 6 Preautorizaciones y Procedimiento de Trámite 126

CAPÍTULO 7: Disposiciones Generales 129

CAPÍTULO 8: Prácticas de Privacidad y Aviso Sobre Discrimen 136
SECCIÓN 1 Notificación de Prácticas de Privacidad 136
SECCIÓN 2 Aviso: informando a los individuos sobre los requisitos de no discrimen y acceso y la declaración de no discrimen: el discrimen está en contra de la ley 142

CAPÍTULO 1: Cómo Comunicarse con su Plan

SECCIÓN 1 Números de Teléfonos e Información de Contacto

Sección 1.01 Servicio al Cliente y Otros Contactos

Nuestro Departamento de Servicio al Cliente está disponible siempre que tenga una pregunta o preocupación sobre beneficios o servicios que Triple-S Salud ofrece a las personas aseguradas suscritas en esta póliza. Además, le puede responder sus preguntas, ayudar a entender sus beneficios y proporcionar información sobre nuestras políticas y procedimientos.

Teléfono de Servicio al Cliente	787-774-6060 o 1-800-981-3241 (libre de cargos) Usuarios TTY llamen al TTY 787-792-1370 o 1-866-215-1999 (libre de cargos)
Horario de Operaciones del Centro de Llamadas:	• Lunes a Viernes: 7:30 a.m. - 8:00 p.m. (AST) • Sábado: 9:00 a.m. - 6:00 p.m. (AST) • Domingo: 11:00 a.m. - 5:00 p.m. (AST)
Fax- Servicio al Cliente	787-706-2833
Teleconsulta	1-800-255-4375 (24/7)
BlueCard	1-800-810-2583 www.bcbs.com
Dirección Postal Servicio al Cliente	Triple-S Salud, Inc. Departamento de Servicio al Cliente PO Box 363628 San Juan, PR 00936-3628
Dirección de correo electrónico:	servicioalcliente@ssspr.com
Preautorizaciones	Triple-S Salud, Inc. Departamento de Preautorizaciones PO Box 363628 San Juan, PR 00936-3628 Fax: (787) 774-4824
Programa de Manejo de Casos	787-706-2552 Usuarios TTY llamen al 787-792-1370 o 1-866-215-1999 Fax: 787-744-4824
Programas de Manejo de Condiciones Crónicas como: • **asma,** • **diabetes** • **fallo cardiaco** • **prenatal** • **CKD** • **COPD (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)** • **Cesación de Fumar**	Lunes a viernes de 8:00am-4:30pm (AST) Sábados: 8:00am-4:30pm (AST) Fax: 787-744-4824 commercialclinicalmanagement@ssspr.com

Centros de Servicio	
Plaza Las Américas (Segundo nivel entrada del Estacionamiento Norte) Lunes a sábado: 9:00 a.m.-6:00 p.m. (AST)	**Plaza Carolina** (Segundo nivel al lado del Correo) Lunes a Viernes: 9:00 a.m. – 6:00 p.m. (AST) Sábado: 9:00 a.m. – 6:00 p.m. (AST) Domingo: 11:00 a.m. – 5:00 p.m. (AST)
Caguas Edificio Angora Ave. Luis Muñoz Marín Esq. Troche Lunes a Viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m. (AST)	**Arecibo** Edificio Caribbean Cinemas, Suite 101 Carretera #2 Km.81.0 Lunes a Viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m. (AST)
Ponce 2760 Ave. Maruca Lunes a Viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m. (AST)	**Mayagüez** Carretera 114 Km. 1.1 Barrio Guanajibo Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m. (AST)

Otros Servicios Disponibles	
Persons who may need assistance due to: • ***Spanish is not the primary language*** • ***Special Needs***	This information is available for free in English. Also, if you need oral interpretation services into any language other than Spanish or English, please contact our Call Center at 787-774-6060. Call Customer Service if you need free help in another language and format. If you also need help reading or understanding a document, we can help. Written materials may be available in other formats. For telephone services for hearing-impaired (TTY), call 787-792-1370 or 1-866-215- 1999 (toll free) in the following business hours: • Monday thru Friday 7:30 a.m. - 8:00 p.m. (AST) • Saturday 9:00 a.m. - 6:00 p.m. (AST) • Sunday 11:00 a.m. - 5:00 p.m. (AST)
Personas con Necesidades Especiales	Llame a Servicio al Cliente si necesita ayuda en otro idioma o formato. Si desea hablar en otro idioma, o necesita ayuda para leer o entender un documento, le podemos ayudar. Los materiales impresos pueden estar disponibles en otros formatos, incluyendo Braille. Refiérase al Capítulo 4, Sección 4 Beneficios Cubiertos por Ley para más información. Usuarios TTY pueden llamar a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al TTY 787-792-1370 o 1-866-215-1999 (libre de cargos) durante el siguiente horario: • Lunes a Viernes: 7:30 a.m. - 8:00 p.m. (AST) • Sábado: 9:00 a.m. - 6:00 p.m. (AST) • Domingo: 11:00 a.m. - 5:00 p.m. (AST)

	Otros Servicios Disponibles
Portal de internet	www.ssspr.com Las personas aseguradas cuentan con la opción de registrarse a nuestro portal donde pueden realizar transacciones, tales como: • Completar tu Evaluación de Riesgo Anual (HRA). • Realizar pagos de tu prima mensual. • Ver y manejar información de tus dependientes menores de edad. • Manejar programas educacionales. • Otorgar acceso a tu información a familiares y cuidadores. • Ver y descargar tu perfil clínico donde podrás ver información relacionada a tu salud. • Comunícate con una enfermera a través del chat de TeleConsulta.
Aplicación Móvil: Mi Triple-S	Descarga nuestra aplicación móvil y ten acceso a tu información de salud desde tu celular. Con la aplicación de Mi Triple-S podrás: • Tener tu tarjeta digital del plan siempre a la mano y certificación de cubierta para enviarla a tu proveedor. • Pagar tu plan médico de forma rápida y conveniente. • Buscar información de proveedores. • Ver la información de tu plan, servicios de salud recibidos y cuánto te has ahorrado. • Ver el estatus de tus preautorizaciones, listado de medicamentos, resultados de laboratorios y recibir alertas clínicas. • Comunicarte con una enfermera a través del chat de TeleConsulta. • Ver mensajes importantes y artículos de interés. • Someter reembolsos. • Contactarnos cuando necesites ayuda. Accede la dirección web: salud.grupotriples.com/mi-triple-s/ IMPORTANTE: La aplicación Mi Triple-S solo está disponible para asegurados y dependientes mayores de 18 años de edad en los planes de salud de Triple-S Salud.
Telexpreso	Esta línea automatizada permite resolver asuntos referentes al plan médico a cualquier hora. Con sólo llamar al (787) 774-6060 o 1-800-981-3241 (libre de cargos) puede hacer las gestiones de su plan médico rápidamente. A través del sistema Telexpreso puede: • Pagar su plan médico • Verificar su elegibilidad y la de sus dependientes • Verificar estatus de un reembolso • Recibir orientación sobre algunos procesos tales como someter un reembolso, solicitar duplicados de tarjeta, certificaciones, entre otros
Teleconsulta MD®	Consultas médicas virtuales desde cualquier lugar dentro de la región geográfica de Puerto Rico. Puedes consultar a un generalista, médico de familia, internista, pediatra o sicólogo licenciado, entre otras especialidades, a través del app o tu computadora en el siguiente horario: Lunes a domingo de 6:00 a.m. a 10:00 p.m. (AST) AST – Tiempo Estándar del Atlántico. Para detalles de horario y especialidades, visita salud.grupotriples.com/teleconsulta-md/
MiConsulta MD®	MiConsulta MD es una estación física de consulta médica virtual (telemedicina) disponible sin cita previa en distintas facilidades seleccionadas a través de Puerto Rico. Desde una cabina privada y equipada con herramientas diagnósticas avanzadas, puedes conectarte virtualmente con un médico contratado por Triple-S Salud para recibir una evaluación, un diagnóstico y una receta médica, según sea aplicable, al momento. Para detalles de horario y localidades, accede a la dirección web: salud.grupotriples.com/miconsulta-md/.

CAPÍTULO 2: Definiciones

1. **AGENCIA DE CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR:** Una agencia u organización que provea un programa de asistencia médica en el hogar y que:
   a. Esté aprobada como Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar bajo Medicare, o
   b. Esté establecida y funcione de acuerdo con las leyes aplicables en la jurisdicción donde esté ubicada; y donde se requiera licencia, haya sido aprobada por la autoridad reguladora que tenga la responsabilidad de conceder tal licencia dentro de la ley, o
   c. Cumpla todos los requisitos siguientes:
      - Sea una agencia que se presente al público con el objetivo primordial de proveer un sistema que preste asistencia médica en el hogar llevando al hogar servicios de sostenimiento.
      - Tenga un administrador de horario completo.
      - Mantenga registros escritos de los servicios que se proveen a los pacientes.
      - Su personal incluya por lo menos un(a) enfermero(a) graduado(a) registrado(a) (R.N.).
      - Sus empleados estén afianzados y provea seguro de conducta profesional impropia y responsabilidad de negligencia profesional.

2. **AGENTES ANTINEOPLÁSICOS INYECTABLES:** Medicamento que inhibe o previene el cáncer evitando el crecimiento, maduración y proliferación de las células malignas administrado mediante infusión.

3. **AÑO PÓLIZA:** Periodo de doce (12) meses consecutivos por el cual la persona asegurada adquiere o renueva el seguro con Triple-S Salud. Este periodo de tiempo puede ser menor si la persona se suscribe fuera del periodo fijo de suscripción anual.

4. **ÁREA DE SERVICIO:** Área geográfica dentro de la cual se espera que la persona asegurada reciba la mayoría de los servicios médico-hospitalarios. Los beneficios bajo esta póliza están cubiertos dentro de varias áreas de servicio en la Isla de Puerto Rico y la cubierta de estos dependerá del uso de las redes que componen el modelo de acceso.

5. **ASEGURADOR/ ASEGURADORA:** Toda entidad sujeta a las leyes y reglamentos de seguros de Puerto Rico o sujeta a la jurisdicción del Comisionado, que contrata o se ofrece a contratar para proveer, suministrar, tramitar o pagar los costos de servicios de cuidado de salud o reembolsar los mismos, incluyendo cualquier corporación con o sin fines de lucro de servicios hospitalarios y de salud, las organizaciones de servicios de salud u otra entidad que provea planes de beneficios, servicios o cuidado de la salud.

6. **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:** Proceso mediante el cual los médicos, hospitales y facilidades no participantes aceptan brindar los servicios cubiertos necesarios (en Puerto Rico y Estados Unidos) a la persona asegurada, facturando a Triple-S Salud por dichos servicios a base de la tarifa de un proveedor participante.

7. **BENEFICIOS DE SALUD ESENCIALES:** Servicios identificados como *Essential Health Benefits* a tenor con la sección 1302(b) de la Ley Pública 111-148, conocida como *Patient Protection and Affordable Care Act*, según enmendada por la Ley Pública 111-152, conocida como *Health Care and Education Reconciliation Act* así como con la reglamentación federal y local adoptada al amparo de ésta. El Código de Seguros de Salud y el *Affordable Care Act* garantiza que, a partir de 2014, todos los planes médicos no protegidos o *non-grandfathered,* que se ofrezcan en los mercados individuales incluyan una cubierta comprensiva de servicios conocida como beneficios de salud esenciales. Estos beneficios esenciales, definidos por ley y por el plan de referencia de Puerto Rico, se dividen en las siguientes de diez categorías: servicios de emergencia; hospitalización; servicios ambulatorios, médicos y quirúrgicos; maternidad y atención al recién nacido; salud mental y abuso de sustancias, incluyendo el tratamiento de salud conductual; medicamentos recetados; servicios de rehabilitación, habilitación y equipo médico; servicios de laboratorio, rayos X y pruebas diagnósticas; servicios preventivos, de bienestar y manejo de enfermedades crónicas; servicios pediátricos, incluyendo dental y cuidado de la visión.

8. **CANTIDAD MÁXIMA DE DESEMBOLSO ANUAL (Maximum Out-of-Pocket):** Cantidad máxima establecida que la persona asegurada debe pagar durante el año póliza. Antes de alcanzar la cantidad de desembolso máximo establecida, la persona asegurada paga los deducibles, copagos o coaseguros por los cuidados médico-hospitalarios esenciales, medicamentos y pagos por servicios dentales esenciales, según descritos en el Capítulo **Beneficios Cubiertos**. y recibidos a través de los proveedores participantes del plan. Una vez la persona asegurada alcance la cantidad de desembolso máximo establecida en esta póliza, el plan le paga el cien por ciento (100%) de los gastos médicos cubiertos bajo esta póliza.

9. **CARGO ACOSTUMBRADO (UCR):** Un cargo es acostumbrado cuando está dentro del conjunto de cargos usuales facturados por un servicio determinado por la mayor parte de los médicos o proveedores de servicio con adiestramiento y experiencia similar dentro de un área determinada.

10. **CARGO RAZONABLE (UCR):** Un cargo es razonable cuando satisface los criterios de usual y acostumbrado o podrá ser razonable si, en opinión de un Comité de Revisión apropiado, el mismo amerita consideración especial con arreglo a la complejidad del manejo del caso particular.

11. **CARGO USUAL (UCR):** El cargo usual es el cargo más frecuente de un médico o proveedor de servicios particular a los pacientes por un servicio determinado.

12. **CASA DE DESCANSO O CASA DE CONVALECENCIA:** Institución residencial privada equipada para el cuidado de personas que no pueden valerse por sí mismos, como los ancianos o personas con enfermedades crónicas.

13. **CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA:** Un establecimiento especializado donde la ley reglamente tal facilidad, que haya obtenido la licencia de la autoridad reguladora cuya responsabilidad sea ceder tales licencias bajo las leyes de la jurisdicción en que esté ubicado; o donde la ley no reglamente tal facilidad, que cumpla todos los requisitos siguientes:

    a. Esté establecido, equipado y dirigido de acuerdo con las leyes aplicables en la jurisdicción donde se encuentra ubicado primordialmente para el propósito de ejecutar procedimientos quirúrgicos.
    b. Funcione bajo la supervisión de un doctor en medicina (*MD*) con licencia para ejercer su profesión, que dedique un horario completo a tal supervisión y permita la ejecución de procedimientos quirúrgicos únicamente por un médico calificado, quien a la fecha en que se ejecuten tales procedimientos tenga el privilegio de ejecutarlos también en por lo menos un hospital en la región.
    c. Requiera en todos los casos, excepto en los que solamente requieran anestesia local, que un anestesiólogo con licencia administre la anestesia y permanezca presente durante todo el procedimiento quirúrgico.
    d. Provea por lo menos dos (2) salas de operaciones y por lo menos una sala de recuperación post-anestesia; esté equipado para llevar a cabo exámenes de diagnóstico de radiografías y laboratorio; y disponga de personal adiestrado y equipos necesarios para atender las emergencias previsibles, que incluya un desfibrilador, un juego de traqueotomía y un banco de sangre u otro suministro, pero sin limitarse a ellos.
    e. Provea los servicios a horario completo de uno(a) o más enfermeros(as) graduados(as) registrados(as) (*RN)* para la asistencia de pacientes en las salas de operaciones y en la sala de recuperación post-anestesia.
    f. Mantenga un contrato escrito con por lo menos un hospital en la región para la aceptación inmediata de los pacientes que tengan complicaciones o requieran una hospitalización postoperatoria.
    g. Mantenga un registro médico adecuado, para cada paciente, el cual contenga un diagnóstico de admisión que incluya, para todos los pacientes, excepto aquellos que se sometan a un procedimiento con anestesia local, un informe de examen preoperatorio, historia clínica y pruebas de laboratorio o radiografías, un informe operatorio y un resumen del alta del paciente.

14. **CIBERTERAPIA:** Se refiere a la interacción individuo-terapeuta mediada por herramientas tecnológicas de comunicación e información. Los mismos deben incluir, pero sin limitarse a, servicios de diagnóstico, evaluación, análisis, consultas, supervisión, información, educación, interpretación e intervención con las necesidades y expectativas del individuo que los recibe.

15. **CIRUGÍA BARIÁTRICA:** Procedimiento quirúrgico para el control de la obesidad, el cual se puede practicar mediante cuatro técnicas: *bypass* gástrico, banda ajustable, balón intragástrico o gastrectomía en manga. Triple-S Salud solo cubrirá, conforme a lo requerido por ley, el *bypass* gástrico, requiere preautorización.

16. **CIRUGÍA COSMÉTICA:** Aquella cirugía que está dirigida únicamente a mejorar la apariencia individual y no a restaurar función o corregir deformidades. La cirugía puramente cosmética no se convierte en cirugía reconstructiva por razones de naturaleza psiquiátricas o psicológicas.

17. **CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA:** Aquella cirugía que se lleva a cabo en estructuras anormales del cuerpo con intención de mejorar defectos en función y apariencia que hayan sido resultado de defectos congénitos, enfermedades o trauma.

18. **CLASIFICACIÓN TERAPÉUTICA:** Categorías que se utilizan para clasificar y agrupar los medicamentos en el Formulario de Medicamentos por las condiciones que éstas tratan o por el efecto que producen en el cuerpo humano.

19. ***COACH* CERTIFICADO**: Profesional que ha obtenido una certificación en *coaching* emitida por una entidad reconocida y que cumple con los requisitos de educación, capacitación y experiencia aplicables para la prestación de dichos servicios conforme a estándares profesionales generalmente aceptados.

20. ***COACHING***: Proceso de colaboración entre un coach certificado y la persona asegurada, dirigido a facilitar la reflexión, el establecimiento de metas y la ejecución de acciones orientadas al desarrollo personal o profesional. Su objetivo es apoyar a la persona asegurada en el logro de sus metas personales o profesionales de manera efectiva y sostenible.

21. **COASEGURO:** El por ciento de la tarifa que tiene que pagar la persona asegurada al momento de recibir los servicios cubiertos, al médico o proveedor participante o cualquier otro proveedor como su aportación al costo de los servicios que recibe, según se establece en esta póliza y como se ha notificado al médico o proveedor participante. Esta cantidad no es reembolsable por Triple-S Salud.

22. **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.

23. **COMISIONADO:** Comisionado de Seguros de Puerto Rico, también conocido como OCS.

24. **COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA:** Un comité o cuerpo equivalente, compuesto por empleados o consultores externos contratados por una organización de seguros de salud o asegurador, el cual está compuesto por un número impar de miembros. Los miembros del comité de farmacia y terapéutica son profesionales de la salud, tales como médicos y farmacéuticos, los cuales tienen conocimiento y pericia respecto a:

    a. La forma adecuada, desde la perspectiva clínica, de recetar, suministrar y supervisar los medicamentos de receta para pacientes ambulatorios; y
    b. La revisión y evaluación del uso de los medicamentos, así como la intervención con dicho uso.

    Si entre los miembros del comité de farmacia y terapéutica se encuentran representantes del administrador de beneficios de farmacia o de Triple-S Salud, éstos solo pueden aportar consideraciones operacionales o de logística, pero no tienen voto en determinaciones relativas a la inclusión o exclusión de medicamentos de receta en el Formulario de Medicamentos.

25. **COMPENDIOS DE REFERENCIA ESTÁNDAR (“STANDARD REFERENCE COMPENDIA”):** Significa referencias de *The American Hospital Formulary Service-Drug Information*, *The American Medical Association Drug Evaluation* o *The United States Pharmacopoeia- Drug Information.*

26. **CONDICIÓN CRÓNICA:** Una condición que usualmente se desarrolla lentamente, tiende a tener una larga duración y la severidad de la misma progresa con el tiempo.

27. **CONDICIÓN ESPECIAL:** Una condición de una prevalencia baja o de rara ocurrencia.

28. **CONDICIÓN DE ALTO RIESGO**: Una condición de larga o corta duración que conlleve o que tenga la probabilidad de conllevar un pronóstico pobre.

29. **CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Una condición, sin importar la causa de ésta, para la cual se recomendó tratamiento o para la cual se obtuvo diagnóstico, cuidado o tratamiento durante los seis (6) meses inmediatamente anteriores a la fecha de suscripción del plan médico. Esta póliza no excluye ni discrimina a las personas aseguradas por condiciones preexistentes o predisposición genética independientemente de la edad de la persona asegurada.

30. **CONDICIONES SECUNDARIAS:** Condición médica que es directamente causada por una condición médica ya existente y no por su propia cuenta.

31. **CONSEJERÍA GENÉTICA:** Proceso de orientación, ofrecido por un profesional de la salud especializado en genética, sobre los trastornos genéticos que padecen o pueden afectar a una persona o familia. La misma considera el historial familiar, historial médico, incluyendo el diagnóstico, la evolución probable del trastorno y el tratamiento disponible.

32. **CONSULTA ESCRITA O ELECTRÓNICA:** Orden escrita o electrónica (por la aplicación de Mi Triple-S), firmada por el médico de cabecera, que se utiliza para facilitar el acceso coordinado. Mediante esta orden, el médico de cabecera solicita y recomienda que la persona asegurada reciba los servicios cubiertos de otros proveedores de la red Pocket Network en conformidad con los términos de esta póliza. Una consulta es efectiva solo a partir de la fecha de la orden escrita y está limitado en tiempo conforme a las normas y políticas establecidas por Triple-S Salud.

33. **CONTRATO FAMILIAR:**
    a. El seguro que provee beneficios para cualquier persona elegible, su cónyuge o cohabitante y sus dependientes directos, según la definición de Dependiente Directo estos casos, aplica la prima correspondiente según la composición familiar.
    b. De no existir el cónyuge o cohabitante elegible según la definición de Dependiente Directo, el contrato de la persona asegurada principal con uno (1) o más dependientes directos elegibles puede, a su opción, considerarse como un Contrato Familiar o como un Contrato Individual con uno (1) o más dependientes directos.

34. **CONTRATO INDIVIDUAL:** El seguro que provee beneficios a cualquier persona elegible, soltero o casado, sin incluir al cónyuge, según la definición de Dependiente Directo, como persona asegurada. Dicha persona, tiene la opción de incluir en su seguro a cualquier dependiente directo elegible, según lo define esta póliza, mediante el pago de la prima adicional correspondiente.

35. **CÓNYUGE**: Persona del mismo género o de género diferente con la cual el participante del plan ha contraído matrimonio legalmente.

36. **COPAGO:** La cantidad fija predeterminada que tiene que pagar la persona asegurada al momento de recibir los servicios cubiertos, al médico o proveedor participante o cualquier otro proveedor como su aportación al costo de los servicios que recibe, según se establece en la póliza y como se ha notificado al médico o proveedor participante. Esta cantidad no es reembolsable por Triple-S Salud.

37. **COSTO COMPARTIDO**- Las cantidades que un asegurado tiene que pagar cuando obtiene servicios médicos o medicamentos bajo esta póliza. El costo compartido incluye cualquier combinación de deducibles, coaseguros y copagos, según definidos bajo esta sección.

38. **CRITERIOS DE REVISIÓN CLÍNICA**: Los procedimientos escritos para el cernimiento, los resúmenes de las decisiones, los protocolos clínicos y las guías de práctica que usa la organización de seguros de salud o asegurador para determinar la necesidad médica e idoneidad del servicio de cuidado de la salud.

39. **CUBIERTA ACREDITABLE:** Cubierta de salud que la persona asegurada principal tiene antes de que se suscriba a este plan bajo un plan grupal, siempre y cuando la persona no haya tenido interrupción sustancial de cubierta (periodo de 63 días consecutivos donde no ha tenido cubierta acreditable, no considera el periodo de espera ni el periodo de suscripción). La certificación de cubierta acreditable se provee:
    a. Cuando la persona deja de estar cubierta por el otro plan médico o adquiere cubierta según una disposición de la ley *Consolidated Omnibus Budget Act* de 1986 (COBRA, por sus siglas en inglés).
    b. En el caso de la persona cubierta o asegurado por una disposición de continuación según la Ley COBRA, cuando la persona ya no esté cubierta por dicha disposición.
    c. Al momento que se haga la solicitud a nombre de una persona si la solicitud se hace hasta veinticuatro (24) meses después de la fecha del cese de cubierta descrita en el inciso (1) o (2), la fecha que sea posterior.

40. **CUIDADO A DOMICILIO:** Atención o cuidado proporcionado a un individuo en el hogar por un profesional de la salud con licencia o cuidador profesional para ayudarle en las actividades de la vida diaria tales como bañarse, vestirse, comer, entrar o salir de una cama o una silla, desplazarse, usar el baño, preparar alimentos y la supervisión de medicamentos.

41. **CUIDADO COORDINADO:** Modelo de cuidado ofrecido a la persona asegurada por el médico de cabecera u otro médico del plan que pertenece a la red Pocket Network de especialistas donde los médicos comparten la información clínica de la persona asegurada para ofrecerle los servicios y establecer un plan de tratamiento de acuerdo con sus necesidades particulares. El médico de cabecera es responsable de evaluar periódicamente la salud de la persona asegurada y coordinar, por medio de una consulta, electrónica o escrita, los servicios médicos que necesita de una forma más ágil e integrada con los otros proveedores de la red Pocket Network del plan. Provee incentivos económicos o de otro tipo para que la persona asegurada use los proveedores participantes de Triple-S Salud, o que son administrados, contratados o empleados de Triple-S Salud.

42. **CUIDADO CUSTODIAL:** Atención personal o asistencia que se brinda de forma permanente a una persona en las actividades de la vida diaria tales como bañarse, vestirse, comer, entrar o salir de una cama o una silla, desplazarse, usar el baño, preparar alimentos, la alimentación y la supervisión de la medicación. Cuidado custodial no requiere la atención continua de personal médico.

43. **DEDUCIBLE:** Es la cantidad que la persona asegurada debe pagar cada año para los servicios médicos y/o de farmacia elegibles antes de que el plan comience a pagar el costo de los servicios cubiertos. No aplica deducible para los servicios preventivos ni vacunas.

44. **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, de la persona asegurada principal, incluido en un contrato familiar mientras esta póliza esté en vigor, siempre que viva con dicho cónyuge. En el caso de los cohabitantes, la persona asegurada principal debe suministrar para inclusión una Declaración Jurada de Inclusión de Parejas Cohabitantes, según el modelo del Comisionado de Seguros, y presentarla a Triple-S Salud como certificación.
    b. Hijos biológicos o adoptados de la persona asegurada principal, su cónyuge o cohabitante hasta que alcancen la edad de veintiséis (26) años. No son elegibles bajo este plan el cónyuge del hijo(a) de la persona asegurada principal, los hijos del hijo(a) de la persona asegurada principal, excepto los incluidos en el inciso (d) abajo o los hijos del cónyuge del hijo(a) de la persona asegurada principal.
    c. Menores de edad colocados en el hogar de la persona asegurada en vías de ser adoptados por éste. La persona asegurada principal debe acreditar la colocación para adopción con los documentos que le solicite Triple-S Salud.
    d. Es elegible como dependiente directo un menor de edad no emancipado que sea nieto(a) o familiar consanguíneo de la persona asegurada principal, mientras ostente la custodia permanente de dicho menor adjudicada por un tribunal mediante sentencia final y firme; dicho dependiente directo puede permanecer en el plan hasta que alcance la edad de veintiséis (26) años. Es también elegible como dependiente directo un nieto(a) o familiar consanguíneo de la persona asegurada principal que sea de cualquier 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, la persona asegurada principal que interese inscribir como dependiente directo a un(a) nieto(a)

o familiar consanguíneo bajo esta cláusula, debe 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. Son elegibles como dependientes directos los "hijos de crianza" de la persona asegurada principal hasta que alcancen la edad de veintiséis (26) años. La persona asegurada principal puede demostrar el estatus de los "hijos de crianza" proveyendo a Triple-S Salud una declaración jurada donde especifique desde cuándo comenzó la relación con el menor, certificación de la escuela o la certificación de planilla de contribución sobre ingresos de los últimos dos años, entre otras evidencias. Se entiende como hijos de crianza aquellos menores de edad que, sin ser hijos biológicos ni adoptivos de la persona asegurada principal, han vivido desde su infancia bajo el mismo techo con aquél en una relación normal familiar de hijo/hija y reciben alimento según se define este término en el Artículo 142 del Código Civil de Puerto Rico.

45. **EMERGENCIA MÉDICA:** Una condición médica, incluyendo una condición de salud mental o abuso de sustancias controladas, que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente severidad, incluido el dolor intenso, donde una persona lega razonablemente prudente, que tenga un conocimiento promedio de salud y medicina, pueda esperar que en la ausencia de acción médica inmediata colocaría la salud de la persona en serio peligro o resultaría en una sería disfunción de cualquier miembro u órgano del cuerpo o, con respecto a una persona embarazada, que esté sufriendo contracciones, que no haya suficiente tiempo para transferirla a otras instalaciones antes del parto, o que transferirla representaría una amenaza a su salud o a la de la criatura por nacer.

46. **ENFERMEDAD:** Cualquier enfermedad no ocupacional contraída por cualquier persona asegurada. Las enfermedades por las cuales los hospitales estén impedidos de admitir al paciente, por ley o reglamentación, una vez dichas enfermedades hayan sido diagnosticadas no están cubiertas bajo esta póliza. La maternidad y las condiciones secundarias y relacionadas al embarazo se consideran como enfermedades para la cubierta que ofrece esta póliza, sujeto a las siguientes condiciones:
    a. Que los servicios se presten a la persona asegurada independientemente de su estado civil
    b. Cualquier servicio prestado para un aborto que se provoque con fines terapéuticos.

47. **ENFERMERAS ESPECIALES:** Enfermeras dedicadas al cuido especializado de cierta población de pacientes (Ej.: enfermeras anestesistas).

48. **EQUIPO MÉDICO DURADERO:** Equipo donde su uso principal es servir un propósito médico y su necesidad médica debe ser certificada. Estos equipos médicos incluyen oxígeno y el equipo necesario para su administración, sillas de ruedas, camas de hospital y otros requeridos por ley, respiradores mecánicos y otros equipos para el tratamiento de parálisis respiratoria.

49. **ESTABILIZACIÓN:** Con respecto a una emergencia médica, significa proporcionar tratamiento médico que sea necesario hasta asegurar, dentro de probabilidad médica razonable, que no es probable que se produzca un deterioro de la condición del paciente, como resultado de un traslado a otra institución. La estabilización puede incluir hospitalización.

50. **EVALUACIÓN PSICOLÓGICA:** Una entrevista inicial para obtener el historial personal y clínico de la persona asegurada, así como la descripción de síntomas y problemas de éste. La evaluación psicológica debe ser realizada por un Psicólogo con grado de Maestría o Doctorado en Psicología, egresado de un programa graduado debidamente acreditado y con licencia vigente, expedida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico.

51. **EVIDENCIA MÉDICA O CIENTÍFICA:** Significa evidencia producida por alguna de las siguientes fuentes:
    a. Estudios revisados por homólogos expertos, publicados o aceptados para publicación en las revistas médicas especializadas que cumplen con los requisitos reconocidos a nivel nacional para los textos científicos;
    b. Publicaciones médicas revisadas por homólogos expertos, las cuales incluyen publicaciones relacionadas con terapias que han sido evaluadas y aprobadas por juntas de revisión institucional, los compendios biomédicos y otras publicaciones médicas que cumplen con los criterios de indización de la Biblioteca Médica de los Institutos Nacionales de Salud en el Index Medicus (Medline) y los de Elsevier Science Ltd. En Excerpta Medicus (EMBASE);

- Las revistas médicas reconocidas por el Secretario de Salud y Servicios Humanos del Gobierno de Estados Unidos, conforme a la Ley Federal de Seguro Social;
- Los siguientes normativos en inglés:
    - *The American Hospital Formulary Service-Drug Information.*
    - *Drug Facts and Comparisons®.*
    - *The American Dental Association Accepted Dental Therapeutics, y*
    - *The United States Pharmacopoeia-Drug Information.*
- Los hallazgos, estudios o investigaciones realizadas por las agencias de gobierno federal, o con el auspicio de éstas, y por los institutos federales de investigación, reconocidos en Estados Unidos de América, los cuales incluyen:
    - La agencia federal *Agency for Health Care Research and Quality.*
    - Los Institutos Nacionales de Salud;
    - El Instituto Nacional de Cáncer;
    - La *National Academy of Sciences*.
    - Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés); y
    - Toda junta nacional reconocida por los Institutos Nacionales de la Salud cuyo propósito es avaluar la eficacia de los servicios de cuidado de salud;
- Toda evidencia médica o científica adicional que sea comparable con lo detallado en los incisos precedentes.
- Exclusión categórica – significa la disposición expresa que establece Triple-S Salud para la no cobertura de un medicamento de receta, identificando el mismo por su nombre científico o comercial.

52. **FARMACÉUTICO:** Persona que tiene licencia para preparar, mezclar y administrar medicamentos y que practica dentro del alcance de su licencia.

53. **FARMACIA:** Establecimiento de servicios de salud autorizado y registrado de conformidad con las disposiciones de la leyes federales y estatales, para dedicarse a la prestación de servicios farmacéuticos, incluyendo el despacho de medicamentos de receta, medicamentos sin receta, artefactos y otros productos relacionados con la salud y la prestación de cuidado farmacéutico.

54. **FARMACIAS ESPECIALIZADAS:** Proveen medicamentos especializados para el tratamiento y manejo de condiciones crónicas y complejas de salud. Las farmacias especializadas, realizan un manejo especial a los medicamentos especializados y proveen un manejo clínico, totalmente integrado, de la condición.

55. **FDA:** Significa la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos. *Federal Drug Administration* o FDA por sus siglas en inglés.

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

57. **FORMULARIO DE MEDICAMENTOS:** Guía de los medicamentos seleccionados por el Comité de Farmacia y Terapéutica de Triple-S Salud, la cual contiene las terapias necesarias para un tratamiento de alta calidad. De acuerdo con los medicamentos que se incluyen en el Formulario de Medicamentos, se determinan los beneficios de la cubierta de farmacia. Esta selección se hace a base de la seguridad, efectividad y costo de los medicamentos que aseguran la calidad de la terapia, minimizando la utilización inadecuada que puede ir en prejuicio de la salud del paciente.

58. **GASTO INCURRIDO:** Cantidad que desembolsa la persona asegurada por el costo total de un servicio recibido cubierto y que no fuera facturado al plan o tramitado por asignación de beneficios.

59. ***HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996)*:** Ley pública federal número 104-191 del 21 de agosto de 1996. Regula todo lo relacionado a portabilidad y continuidad de cubierta en los mercados grupal e individual, contiene cláusulas para combatir el fraude y el abuso en las cubiertas de salud y en la prestación de servicios de salud, así como la simplificación administrativa de los planes de salud. Esta ley es aplicable en nuestra jurisdicción y prevalece al código de Seguros de Puerto Rico.

60. **HOSPICIO:** Cuidado especial a personas que tienen enfermedades terminales con expectativa de vida de 6 meses o menos.

61. **HOSPITALIZACIÓN PARCIAL:** Los servicios organizados para el cuidado de pacientes con condiciones mentales que requieren atención hospitalaria a través de programas diurnos o nocturnos, los cuales cubren periodos diarios menores de veinticuatro (24) horas.

62. **HOST BLUE*:*** Plan *Blue Cross* o *Blue Shield* del área dónde se recibe el servicio bajo el Programa Blue Card.

63. **INDEMNIZACIÓN:** Cantidad de dinero que recibe una persona asegurada por una reclamación sometida al plan de salud de un servicio cubierto recibido.

64. **INFORMACIÓN DE SALUD:** Información o datos, verbales o registrados en la manera y el medio que:
    a. Sea creada o recibida por el asegurador o la organización de servicios de salud.
    b. Se relacione con la salud física, mental, conductual o las condiciones pasadas, presentes o futuras de salud de la persona, o un dependiente 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.
    c. El pago por los servicios de cuidado de la salud prestados a una persona.
    d. La información de salud incluye además información demográfica, genética e información sobre explotación financiera o maltrato.

65. **INFORMACIÓN GENÉTICA:** Información de genes, productos de genes, y características heredadas que podrían derivarse de la persona o de un familiar. Esto incluye información relacionada con el estatus del portador e información derivada de pruebas de laboratorio que identifican mutaciones en genes o cromosomas específicos, exámenes médicos físicos, historiales familiares y el análisis directo de los genes o cromosomas.

66. **LESIONES:** Cualquier lesión accidental que sufra la persona asegurada, que no sea un accidente automovilístico o del trabajo y que requiera tratamiento médico y servicios de hospital.

67. **MEDICAMENTO DE RECETA:** 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.

68. **MEDICAMENTOS AGUDOS:** Medicinas que son recetadas para el tratamiento de una enfermedad que no es recurrente, por ejemplo, antibióticos. Estos medicamentos no tienen repeticiones.

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

70. **MEDICAMENTOS DE MANTENIMIENTO:** Medicamentos que requieren el uso de una terapia prolongada y tienen poca probabilidad de cambios en dosis o terapia debido a efectos secundarios. También se consideran aquellos cuyo uso más común es tratar una enfermedad crónica cuando no puede ser determinado un final terapéutico.

71. **MEDICAMENTOS DE MARCA NO PREFERIDOS (Nivel 3):** Un medicamento es clasificado como no preferido porque existen alternativas en los niveles anteriores que son más costo-efectivas o con menos efectos secundarios. Si la persona asegurada obtiene un medicamento de marca no preferido, tiene que pagar un costo mayor por el medicamento. Algunos medicamentos requieren pre- autorización, limites por edad, cantidad, especialidad o terapia escalonada.

72. **MEDICAMENTOS DE MARCA PREFERIDOS (Nivel 2):** Hay ciertos medicamentos 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 como Nivel 2. En aquellas clases terapéuticas donde no hay genéricos disponibles, les exhortamos a que utilice como primera alternativa aquellos medicamentos identificados como preferidos. Algunos medicamentos requieren pre-autorización, limites por edad, cantidad, especialidad o terapia escalonada.

73. **MEDICAMENTOS GENÉRICOS (Nivel 1):** 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). Algunos medicamentos requieren pre-autorización, limites por edad, cantidad, especialidad o terapia escalonada.

74. **MEDICAMENTOS NUEVOS:** Medicamentos de recién incursión al mercado.

75. **MEDICAMENTOS *OVER-THE-COUNTER* (*OTC*):** Medicamentos sin leyenda federal que se pueden vender a un cliente, normalmente, sin la receta del médico. El Programa de Medicamentos Over-The-Counter de Triple-S Salud requiere presentar la receta del médico.

76. **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.

77. **MEDICINA DEPORTIVA:** Aquella rama de la medicina que trata las enfermedades y lesiones que resulten de actividades deportivas, que incluya la fase preventiva y preparatoria necesaria para mantener una buena forma física y mental.

78. **MÉDICO DE CABECERA (PCP):** Médico que cumple con los requisitos estatales para ejercer la medicina y está preparado para proveer cuidados rutinarios, preventivos y servicios médicos básicos para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Provee cuidado médico a la persona asegurada. El médico de cabecera puede ser un generalista, médico de familia, pediatra, internista y ginecólogo. Conforme la ley 79-2020, Triple-S Salud podrá permitir que, en pacientes de cáncer, un oncólogo podría ser considerado un PCP, pero en tal caso, el oncólogo debe ofrecer su consentimiento.

79. **MÉDICO LICENCIADO:** Persona que solicita y es 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.

80. **NECESIDAD MÉDICA**: Todo aquello que un médico licenciado prudente y razonable entienda que es medicamente necesario sobre todo aquel servicio o procedimiento de salud que se brinde a un paciente con el propósito de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, padecimiento, dolencia o sus síntomas en una forma que:
    a. Sea conforme con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica, a la luz de los medios modernos de comunicación y enseñanza;
    b. Sea clínicamente apropiado en cuanto a tipo, frecuencia, grado, lugar y duración de los servicios o procedimientos de salud;
    c. La determinación de “necesidad médica” no sea hecha meramente para la conveniencia del paciente o del médico o para el beneficio económico de la aseguradora, organización de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud, del tratamiento médico en sí mismo o de otro proveedor de atención médica;
    d. Sea dentro del ámbito de la práctica y/o especialidad médica de la o del profesional médico licenciado quien determinó la necesidad médica; y
    e. Que dicha determinación de “necesidad médica” esté basada en evidencia clínica que sostenga la determinación y esté debidamente documentada por el facultativo que trató al paciente.

81. **NUEVA TECNOLOGÍA MÉDICA**: Nuevos procedimientos, para diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades aprobados por la FDA y que estén ampliamente reconocidos por la comunidad médica y disponible en el área de servicio.

82. **NUTRICIONISTA:** Profesional de la salud certificado por la entidad gubernamental designada para tales propósitos, que se especializa en alimentación y nutrición.

83. **OBESIDAD MÓRBIDA:** Es el exceso de grasa en el cuerpo determinado por un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 35. Esta es una condición que forma parte del síndrome metabólico y es un factor de riesgo para el desarrollo de otras condiciones como hipertensión arterial, enfermedades cardíacas, problemas ortopédicos, apnea del sueño, problemas de la piel, problemas de circulación, diabetes mellitus, acidez, problemas psicológicos, ansiedad, infertilidad y embolia pulmonar, entre otros. Los estudios indican que se trata de una condición con origen multifactorial, genético, ambiental y psicológico, entre otros. Esto significa que puede ser causada por una alimentación excesiva, por alteraciones metabólicas o factores hereditarios.

84. **ORGANIZACIÓN DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN**: Entidad contratada para llevar a cabo la revisión de utilización, cuando no sea Triple-S Salud quien hace la revisión de su propio plan médico. No se interpretará que es requisito para Triple-S Salud, subcontratar una entidad independiente para llevar a cabo los procesos de revisión de utilización.

85. **ORGANIZACIÓN DE REVISIÓN INDEPENDIENTE:** es la entidad que realiza una revisión externa independiente de una determinación adversa o determinación adversa final, hecha por la organización de seguros de salud o asegurador, o la organización de revisión de utilización designada.

86. **ORTODONCIA:** Rama de la odontología relacionada con el diagnóstico y tratamiento necesario para prevenir y corregir la mala oclusión.

87. **PERIODO DE ESPERA:** Significa el periodo que debe transcurrir con respecto a la persona asegurada antes de que pueda ser elegible a recibir ciertos beneficios bajo los términos del plan médico.

88. **PERIODO DE HOSPITALIZACIÓN:** Periodo de tiempo en que la persona asegurada permaneció hospitalizada. Este periodo corresponde al número de días transcurridos entre la fecha de ingreso o admisión al hospital y la fecha de alta.

89. **PERIODO DE SUSCRIPCIÓN:** 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.

90. **PERIODONCIA:** Rama de la odontología relacionada con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de las encías y otros tejidos que forman parte del soporte de los dientes.

91. **PERSONA ASEGURADA:** Toda persona elegible y suscrita, sea la persona asegurada principal o dependiente (directo) la cual tiene derecho a recibir los servicios y beneficios cubiertos bajo esta póliza.

92. **PERSONA ASEGURADA 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.

93. **PERSONA ELEGIBLE**: Persona que sea residente de Puerto Rico y que no sea elegible a ser la persona asegurada conforme a un plan médico auspiciado por su patrono. Este término puede incluir a la persona asegurada, su cónyuge, hijos y/o cohabitante, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:
    a. La persona elegible haya tenido una cubierta acreditable y que, a la fecha de efectividad de esta póliza, ha acumulado los periodos de cubierta acreditable según dispone HIPAA (dieciocho (18) meses o más).
    b. No haya transcurrido más de sesenta y tres días (63) días entre la última cubierta acreditable y la fecha de efectividad de esta póliza
    c. No sea elegible para cubierta por un plan médico grupal, Parte A o Parte B del Título XVIII de la Ley de Seguro Social, o un plan estatal conforme al Título XIX de dicha Ley (Medicaid), o programa sucesor de dichos planes.
    d. Su cubierta más reciente dentro de los periodos acumulados de cubierta acreditable no se dio por terminada por motivo de la falta de pago de las primas o de fraude.

94. **PLAN *BLUE CROSS BLUE SHIELD*:** Asegurador Independiente que mediante contrato con la Asociación de Planes Azules (*Blue Cross/Blue Shield*) adquiere la licencia para pertenecer a la asociación de planes independientes y le permite el uso de sus marcas.

95. **PLAN DE TRATAMIENTO:** Un informe detallado de los procedimientos recomendados por el médico para el tratamiento de las necesidades médicas del paciente, encontradas en el examen físico hecho por el mismo médico.

96. **PLAN HÍBRIDO:** Plan de atención médica en visita a oficina médica o visita virtual.

97. **PLAN MÉDICO:** Un contrato de seguro, póliza, certificado, o contrato de suscripción con una organización de seguros de salud, organización de servicios de salud o cualquier otro asegurador, provisto en consideración o a cambio del pago de una prima, o sobre una base prepagada, mediante el cual la organización de seguros de salud, organización de servicios de salud o cualquier otro asegurador se obliga a proveer o pagar por la prestación de determinados servicios médicos, de hospital, gastos médicos mayores, servicios dentales, servicios de salud mental, o servicios incidentales a la prestación de éstos.

98. **PREAUTORIZACIÓN:** La autorización previa expedida por Triple-S Salud para el pago de cualquiera de los beneficios y cubierta bajo esta póliza y sus endosos, incluyendo servicios médicos, quirúrgicos, equipo médico, dentales, para el despacho de un medicamento, entre otros. Las preautorizaciones se evalúan a base de las políticas de preautorizaciones que Triple-S Salud establezca de tiempo en tiempo y según cualquier limitación, exclusión o responsabilidad de pago establecida en esta póliza Triple-S Salud no es responsable por el pago de dichos servicios si los mismos han sido prestados o recibidos sin dicha autorización por parte de Triple-S Salud.

99. **PREDETERMINACIÓN DE SERVICIOS:** Evaluación del plan de tratamiento sugerido por el dentista antes de la prestación de los servicios, para determinar la elegibilidad de la persona asegurada, el alcance de los beneficios cubiertos, los límites, las exclusiones y el coaseguro que aplica bajo el contrato de la persona asegurada.

100. **PRIMA:** La cantidad específica de dinero pagada a un asegurador como condición para recibir los beneficios de un plan médico, lo cual incluye las cuotas u otras aportaciones asociadas con el plan médico. La prima cobrada a una persona asegurada solo se puede cambiar una vez en un periodo de doce (12) meses para reflejar: (1) cambios en la composición familiar de la persona asegurada; o (2) cambios en el plan médico solicitado por la persona asegurada.

101. **PRODUCTOS ESPECIALIZADOS NO PREFERIDOS (Nivel 5):** Identifica los medicamentos o productos en el Formulario de Medicamentos que se ofrecen bajo el Programa de Medicamentos para Condiciones Especiales. Los medicamentos en este nivel tienen un costo mayor que los especializados preferidos de Nivel 4. Estos se utilizan para el tratamiento de condiciones crónicas y de alto riesgo que requieren una administración y manejo especial. Algunos medicamentos requieren pre-autorización, limites por edad, cantidad, especialidad o terapia escalonada.

102. **PRODUCTOS ESPECIALIZADOS PREFERIDOS (Nivel 4):** Identifica los medicamentos o productos en el Formulario de Medicamentos que se ofrecen bajo el Programa de Medicamentos para Condiciones Especiales. Los medicamentos en este nivel incluyen medicamentos genéricos, biosimilares (genéricos de productos biológicos), productos biológicos y de marca. Estos se utilizan para el tratamiento de condiciones crónicas y de alto riesgo que requieren una administración y manejo especial. Algunos medicamentos requieren pre-autorización, limites por edad, cantidad, especialidad o terapia escalonada. De no existir el medicamento biosimilar en el mercado o si el médico ordena que no sea sustituido, se estará cubriendo el medicamento biológico.

103. **PROFESIONAL DE LA SALUD**: Un médico u otro profesional del campo de la salud, debidamente admitido a ejercer en Puerto Rico, de conformidad con las leyes y reglamentos aplicables, incluyendo, pero sin limitarse a, médicos, cirujanos, podiatras, doctores en naturopatía, quiroprácticos, optómetras, sicólogos, dentistas, farmacéuticos, enfermeras, audiólogos y tecnólogos médicos, según autorizados por las correspondientes leyes de Puerto Rico.

104. **PROGRAMA *BLUECARD*:** El programa que permite el procesamiento de reclamaciones por servicios cubiertos fuera del área geográfica de Puerto Rico y que se pagan a base de las tarifas negociadas por el Plan *Blue Cross* o *Blue Shield* del área.

105. **PROVEEDOR NO PARTICIPANTE:** Profesional o facilidad de servicios de salud que no tiene un contrato con Triple-S Salud para ofrecer los beneficios cubiertos bajo esta póliza.

106. **PROVEEDOR PARTICIPANTE:** Profesional o facilidad de servicios de salud que tiene un contrato con Triple-S Salud para ofrecer los beneficios cubiertos bajo esta póliza.

107. **PRUEBAS PSICOLÓGICAS:** El uso de instrumentos dedicados a medir las habilidades intelectuales o la capacidad de un individuo para dominar un área en particular. Las pruebas psicológicas a utilizarse en cada caso están sujetas al juicio profesional del psicólogo que tenga el conocimiento para administrarla, corregirla e interpretarla el cual debe ser egresado de un programa graduado debidamente acreditado y con licencia vigente, expedida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico.

108. **PSICOANÁLISIS:** El psicoanálisis se fundamenta en un conjunto de teorías relacionadas con los procesos mentales conscientes e inconscientes y la interacción entre éstos. Es una modalidad de terapia utilizada para tratar personas que presentan problemas crónicos de vida en una escala de leve a moderado. El psicoanálisis no debe ser utilizado como sinónimo para la psicoterapia, ya que no persiguen el mismo fin.

109. **PSICÓLOGO(A):** Profesional licenciado por la Junta Examinadora de Psicólogos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, según definido en la Ley Núm. 96 de 4 de junio de 1983, según enmendada, conocida como "Ley para Reglamentar el Ejercicio de la Profesión de la Psicología en Puerto Rico", que posea adiestramiento, conocimientos, destrezas y experiencia en el ofrecimiento de servicios que incluyen, pero no se limitan a: prevención, descripción o diagnóstico del comportamiento, evaluación psicológica, intervención terapéutica con problemas psicológicos de diversos niveles de severidad y consultoría concerniente al funcionamiento intelectual, emocional, conductual, interpersonal, familiar, social y ocupacional de individuos y grupos.

110. **PSICOTERAPIA:** Métodos utilizados para el tratamiento de los trastornos mentales y emocionales mediante técnicas psicológicas en lugar de utilizar medios físicos. Algunos de los objetivos de la psicoterapia son cambiar los modelos conductuales de inadaptación, mejorar las relaciones interpersonales, resolver los conflictos internos que provocan sufrimiento personal, modificar las ideas inexactas sobre el yo y sobre el entorno y potenciar un sentimiento definido de auto identidad que favorezca el desarrollo individual para lograr una existencia pura y llena de significado.

111. **QUERELLA:** 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:
    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;
    b. El pago o manejo de reclamaciones o el reembolso por servicios de cuidado de la salud; o
    c. Asuntos relacionados con la relación contractual entre la persona asegurada y el asegurador.

112. **RECETA:** Una orden expedida por una persona licenciada, certificada o legalmente autorizada a expedir recetas de medicamentos, dirigidas a un farmacéutico para el despacho de un medicamento de receta.

113. **RED DE PARTICIPANTES Y PROVEEDORES DE TRIPLE-S SALUD:** Red de médicos que cumplen con los requisitos estatales para ejercer la medicina y están preparados para proveer cuidados rutinarios, preventivos y servicios médicos básicos para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Esta es una red de proveedores que se compone de médicos PCP, especialistas, subespecialistas y profesionales de la salud.

114. **REPRESENTANTE PERSONAL:** Una persona a quien la persona asegurada ha dado consentimiento expreso por escrito para que le represente para los propósitos del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico que incluye:
    a. Una persona autorizada por ley a dar el consentimiento en sustitución de la persona asegurada;
    b. un miembro de la familia inmediata de la persona asegurada, o el profesional de la salud que atiende a la persona asegurada cuando ésta no tenga la capacidad de dar su consentimiento;
    c. un profesional de la salud cuando el plan médico de la persona asegurada requiere que un profesional de la salud solicite el beneficio; o
    d. en el caso de una solicitud de cuidado urgente, un profesional de la salud que tenga conocimiento sobre la condición médica de la persona asegurada.

115. **RESIDENTE BONA FIDE:** Persona natural con residencia permanente en Puerto Rico.

116. **RESIDENCIA PERMANENTE**: Lugar donde una persona natural establece y mantiene su vivienda principal de manera habitual y continua, con la intención de permanecer en dicha ubicación y que sirve como su domicilio principal para todos los efectos.

117. **REVISIÓN CONCURRENTE:** Revisión de utilización realizada durante la estadía de la persona asegurada en una facilidad o durante el tratamiento de la persona asegurada en la oficina de un profesional de la salud u otro lugar donde se prestan servicios de cuidado de salud a personas aseguradas admitidas o de forma ambulatoria.

118. **REVISIÓN DE UTILIZACIÓN:** Significa un conjunto de técnicas formales para supervisar los servicios de cuidado de la salud, procedimientos o lugares donde se prestan dichos servicios, o para evaluar la necesidad médica, idoneidad, eficacia o eficiencia de los mismos. Dichas técnicas podrían incluir la revisión de servicios ambulatorios, la revisión prospectiva, la segunda opinión, la certificación, la revisión concurrente, el manejo de casos, la planificación de altas o la revisión retrospectiva.

119. **REVISIÓN PROSPECTIVA:** Revisión de utilización antes de que se preste el servicio de cuidado de la salud o el tratamiento al paciente, según el requisito del asegurador para que dicho servicio o tratamiento se apruebe, en parte o en su totalidad, antes de que se preste el mismo.

120. **REVISIÓN RETROSPECTIVA:** Revisión de una solicitud de un beneficio que se lleve a cabo, luego de que el servicio de cuidado de la salud fue prestado. La misma no incluye la revisión de una reclamación que se limita a la evaluación de la veracidad de la documentación o el uso de los códigos correctos.

121. **SALA DE EMERGENCIA INDEPENDIENTE:** centro de atención médica que brinda servicios de emergencia y está geográficamente separado, es distinta al hospital y tiene una licencia separada otorgada por un estado. Incluye centros de cuidado de urgencia.

122. **SERVICIOS AMBULATORIOS:** Aquellos servicios cubiertos por esta póliza que reciba la persona asegurada mientras no se encuentre recluida como paciente en un hospital.

123. **SERVICIOS DE AMBULANCIA:** Los servicios de transportación recibidos en un vehículo debidamente certificado para tales propósitos por el Negociado de Transporte y Otros Servicios de Puerto Rico y el Departamento de Salud de Puerto Rico.

124. **SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN:** Servicios cubiertos por esta póliza que reciba la persona asegurada mientras se encuentra recluida como paciente en un hospital.

125. **SERVICIOS EXPERIMENTALES O INVESTIGATIVOS:** Tratamientos médicos que,
    a. son considerados como experimentales o investigativos bajo los criterios del *Technology Evaluation Center (TEC)* de la *Blue Cross 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.

126. **SERVICIOS MÉDICAMENTE NECESARIOS:** Aquellos servicios que son provistos por un médico participante, un grupo de médicos o proveedor para mantener o restablecer la salud de la persona asegurada y que son determinados y provistos según el estándar de la buena práctica de la medicina.

127. **SERVICIOS NO CUBIERTOS:** Aquellos servicios que,
    a. No están mencionados como cubiertos en la póliza;
    b. están expresamente excluidos en la póliza de la persona asegurada.

128. **SESIONES:** Encuentros programados entre un paciente y un profesional de la salud o coach certificado, con duración y objetivos definidos dentro de un plan de tratamiento o acompañamiento.

129. **SÍNDROME METABÓLICO:** Conjunto de varias enfermedades o factores de riesgo en una misma persona que aumentan su probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular o diabetes mellitus. Personas que padecen del síndrome metabólico poseen al menos tres de los siguientes factores de riesgo: grasa excesiva en el abdomen, presión arterial alta (hipertensión), niveles anormales de grasa en sangre (lípidos), colesterol y triglicéridos e hiperglucemia (nivel alto de azúcar en sangre).

130. **SOLICITUD DE CUIDADO URGENTE:** Una solicitud de servicio de cuidado de la salud o tratamiento con respecto al cual el tiempo establecido para hacer una determinación de cuidado no urgente:
    a. Podría poner en peligro la vida o la salud de la persona asegurada o su recuperación plena; o
    b. En la opinión de un médico con conocimiento de la condición de salud de la persona asegurada, expondría a la persona a dolor que no se puede manejar adecuadamente sin el servicio de cuidado de la salud o tratamiento solicitado.

    Al determinar si se tratará la solicitud como una solicitud de cuidado urgente, la persona que representa a Triple-S Salud ejercerá el juicio de un lego prudente que tiene un conocimiento promedio de la salud y la medicina. Si un médico con conocimiento de la condición de salud de la persona asegurada determina presentar una solicitud de cuidado urgente, según definida, Triple-S Salud tratará dicha solicitud como una de cuidado urgente.

131. **SUMINISTROS (SUPLIDOS SIC.) MÉDICOS:** Se refiere a artículos médicos o quirúrgicos que son consumibles, prescindibles, desechables o no duraderos y que se utilizan para el tratamiento o diagnóstico de la enfermedad, lesión o afección específica de un paciente.

132. **SUSCRIPCIÓN BAJO EVENTOS ESPECIALES:** Instancia en que se permite el ingreso al plan de salud a dependientes en cualquier momento como resultado de un evento cualificado especifico como matrimonio, nacimientos y muertes, entre otros eventos.

133. **TARIFAS:** Cantidad fija utilizada por Triple-S Salud para pagar a sus médicos o proveedores participantes por los servicios cubiertos prestados a las personas aseguradas cuando éstos no se retribuyen mediante otro método de pago.

134. **TELEMEDICINA:** Es la práctica de la medicina a distancia incorporando tanto el diagnóstico, el tratamiento y la educación médica mediante el uso de recursos tecnológicos para optimizar los servicios de atención en salud. Los mismos deben incluir, pero sin limitarse, servicios complementarios e instantáneos a la atención de un especialista; diagnósticos inmediatos por parte de un médico especialista en un área o región determinada; educación remota de alumnos de las escuelas de enfermería, profesionales de la salud y medicina; servicios de archivo digital de exámenes radiológicos, ecografías, emergencias médicas y otros. En el caso de Centros de Rehabilitación, Centros Pediátricos y Centros de Autismo del Departamento de Salud, se incluirá para fines de Telemedicina a terapistas físicos, terapistas ocupacionales, terapistas y patólogos del habla y lenguaje, conforme a la reglamentación establecida por la Junta de Licenciamiento.

135. **TERAPIA ESCALONADA (*ST,* por sus siglas en inglés):** Protocolo que especifica la secuencia en que se deben suministrar los medicamentos de receta para determinada condición médica.

136. **TERMOGRAFÍA:** Es una tecnología, también conocida como imagen termal, la cual utiliza una cámara especial que usa radiación infra roja para medir la temperatura de alguna parte del cuerpo humano. También se utiliza para detectar patrones y flujo de sangre, entre otros usos.

137. **TRATAMIENTO RESIDENCIAL:** Servicios de un nivel de cuidado de alta intensidad y restrictivo para pacientes con condiciones de salud mental incluyendo drogadicción y alcoholismo y condiciones comórbidas de difícil manejo en sus hogares y comunidades que no han respondido a otros niveles de tratamiento menos restrictivos e integra servicios clínicos y terapéuticos organizados y supervisados por un equipo interdisciplinario en un ambiente estructurado las 24 horas, los 7 días. La facilidad debe ser una institución hospitalaria acreditada por Medicare, *Joint Commission* y el Departamento de Educación y los maestros clínicos deben estar acreditados bajo la Ley 30. También debe tener licencia de farmacia por ASSMCA para la administración y el almacenaje de medicamentos, así como un equipo interdisciplinario (clínico, psiquiatra, psicólogo y enfermeros graduados).

138. **UNIDAD DE CUIDADO DE ENFERMERÍA DIESTRA:** Una Institución de Enfermería Especializada, según se define el término en *Medicare,* que esté calificada para participar y sea elegible para recibir pagos bajo y en conformidad con las disposiciones de *Medicare*; o una institución que satisface las siguientes condiciones:
    a. Está dirigida en conformidad con las leyes aplicables a la jurisdicción donde está ubicada.
    b. Está bajo la supervisión de un médico licenciado o un(a) enfermero(a) graduado(a) registrado(a) (*RN*) que dedica un horario completo a tal supervisión.
    c. Se ocupa regularmente de proveer habitación y comidas y presta un servicio continuo de enfermería experta las 24 horas del día a personas enfermas y lesionadas, durante la etapa de convalecencia de una lesión o enfermedad.
    d. Mantiene un expediente médico de cada paciente que esté bajo la asistencia de un médico debidamente calificado.
    e. Está autorizada a administrar medicinas y tratamiento a pacientes siguiendo las instrucciones de un médico debidamente calificado.
    f. No es, a no ser incidentalmente, un sitio para ancianos, ciegos o sordos, un hotel, una casa de asistencia domiciliaria, una casa de maternidad, o una institución para alcohólicos o adictos a drogas o enfermos mentales.
    g. No es un hospital.

139. **UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO:** Área de servicio separada y claramente designada, la cual es reservada para pacientes en estado crítico y seriamente enfermos, que requieren constante observación audiovisual, según prescrita por el médico de cabecera. Provee cuarto y consejo de cuidado de enfermería por enfermeras cuyas responsabilidades están concentradas al cuidado de pacientes en acomodo de cuidado intensivo y equipo especial o suministros disponibles inmediatamente en cualquier momento para el paciente recluido en esta área.

140. **URGENCIA:** Una condición médica suscitada, que no expone a riesgo de muerte inminente o la integridad de la persona, y que puede ser tratada en oficinas médicas u oficinas de horario extendido, no necesariamente en salas de emergencia, pero la cual, de no ser tratada en el momento adecuado y de la manera correcta, se podría convertir en una emergencia.

141. **USO DE TABACO:** Se define como el uso de un producto o productos de tabaco cuatro veces o más a la semana dentro de un periodo no mayor de los pasados 6 meses por usuarios legales de productos de tabaco e incluye todos los productos de tabaco.

142. **VISITAS COLATERALES:** Entrevistas en la oficina de un psiquiatra o psicólogo con familiares inmediatos de la persona asegurada.

CAPÍTULO 3: Reglas de Suscripción y Elegibilidad

SECCIÓN 1 Avisos

Sección 1.01 Aviso Importante Sobre la Suscripción a Planes Individuales

Triple-S Salud provee cubierta a toda persona que solicite un plan individual de los cuales tiene disponibles para el mercado de planes médicos individuales, sin aplicar evaluación de riesgo ni periodo de espera por condiciones preexistentes.

Si la persona solicitante del plan médico no se suscribe dentro del periodo de suscripción fijo anual, puede hacerlo posteriormente y le pudiera aplicar periodos de espera, según establecidos en la Sección 2.03 Periodos de Espera.

Si la persona tenía una cubierta previa calificadora con beneficios que no son comparables o no superan a los ofrecidos en la cubierta del plan médico individual básico plata, Triple-S Salud le ofrece el plan médico individual básico bronce a dicha persona hasta el próximo periodo anual de suscripción inicial donde puede seleccionar el plan médico individual básico que prefiera.

En el caso de renovaciones de planes médicos, si la persona asegurada no renueva el plan médico individual básico durante el periodo de suscripción fijo anual, puede renovar el mismo siempre y cuando lo haga dentro del término de treinta (30) días contados a partir de la terminación del término de suscripción.

Triple-S Salud puede requerir al solicitante del plan médico del mercado individual 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 es usada única y exclusivamente con el fin de matricular a la persona asegurada en los programas de manejo de enfermedades establecidos para estos propósitos y cuya participación es voluntaria.

SECCIÓN 2 Suscripción

Sección 2.01 Reglas de Elegibilidad

La suscripción garantizada a los planes médicos se provee dentro de periodos de suscripción fijo Inicial anual. Este periodo de suscripción inicial transcurre desde el 1 de octubre de 2026 hasta el 31 de diciembre de 2026, con fecha de efectividad del 1 de enero de 2027. La inclusión de los dependientes sólo podrá hacerse al momento de adquirir esta póliza o en la fecha de renovación de la misma, a menos que aplique un evento especial, según se describe en la siguiente sección.

Sección 2.02 Cambios de Suscripción bajo Eventos Especiales

Durante el año póliza, la persona asegurada solo podrá hacer cambios de suscripción en cualquiera de los siguientes eventos cualificantes sin que apliquen los periodos de espera:

1. **Nacimiento, adopción, colocación para adopción o adjudicación de custodia:**
   Cuando la persona asegurada procree 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 la persona asegurada, o se le adjudique la custodia legal o la tutela de un menor, la persona asegurada puede incluirlo bajo esta póliza. El evento tiene 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. La cubierta para recién nacidos, menores recién adoptados o menores colocados para adopción incluye servicios de cuidado de salud para lesiones o

enfermedades, lo que incluye el cuidado y tratamiento de defectos y anormalidades congénitas que se hayan diagnosticado por un médico; y no está sujeta a ninguna exclusión por condición preexistente.

a. **Recién nacidos que son hijos (as) biológicos(as) de la persona asegurada** - el plan cubre al recién nacido a partir del nacimiento. De no recibirse la solicitud de ingreso como dependiente en estos casos, Triple-S Salud cubre al recién nacido bajo el plan de salud de la persona asegurada principal del recién nacido en el caso del contrato individual o el plan de salud de la asegurada principal o cónyuge de la persona asegurada principal en caso de contrato familiar durante los primeros treinta (30) días de nacimiento mientras se completa el proceso de suscripción del menor. En los casos de los recién nacidos:
   - Si para proveer cubierta a un recién nacido, se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, el plan puede exigir que la persona asegurada notifique del nacimiento del menor, con la solicitud de inclusión como dependiente y la presentación del Acta Original de Nacimiento, 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.
   - Si la persona asegurada no proporciona la notificación ni el pago de prima, el plan puede optar por no continuar brindando cubierta al menor dependiente más allá del periodo de treinta (30) días. No obstante, si a más tardar a los cuatro (4) meses de la fecha de nacimiento del menor, la persona asegurada emite todos los pagos adeudados, se reinstala la cubierta del menor.
   - Si, por el contrario, para proveer cubierta a un niño recién nacido el plan no requiere pago de una prima, puede solicitar una notificación del nacimiento, pero no puede denegar o rehusar continuar proveyendo la cubierta, si la persona asegurada no proporciona dicha notificación.

b. **Menores recién adoptados por personas aseguradas** - El plan cubre a partir de la primera de las siguientes fechas:
   - La fecha en que se colocan en el hogar de la persona asegurada con el propósito de ser adoptados y permanecen en el hogar en las mismas condiciones que los demás dependientes de la persona asegurada, a menos que la colocación se interrumpa antes de la adopción legal y se traslade al menor del hogar donde había sido colocado;
   - La fecha en que se emitió una orden proveyendo la custodia del menor a la persona asegurada que tenga la intención de adoptarlo; o
   - La fecha de vigencia de la adopción.

En los casos de menores recién adoptados o menores colocados para adopción, Triple-S Salud está obligada a proveer a las personas aseguradas una notificación razonable acerca de lo siguiente:

- Si para proveer cubierta a un menor recién adoptado o un menor colocado para adopción se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, el plan puede exigir a la persona asegurada 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 los treinta (30) días de la fecha en que se requiere que la cubierta comience.
- Si la persona asegurada no provee la notificación o el pago descrito en el inciso anterior dentro del periodo de treinta (30) días, el plan no puede tratar al menor adoptado o al menor colocado para adopción de manera menos favorable que a otros dependientes, que no sean recién nacidos, para quienes se solicita cubierta en una fecha posterior a la fecha en que el dependiente se hizo elegible a la cubierta.

Cuando la persona principal tiene un contrato de tipo familiar y el evento de la adopción o colocación para adopción no conlleva el pago de prima adicional, la persona asegurada 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 médico para el menor.

- En estos casos, el plan cubre los servicios de estos menores desde la fecha de nacimiento, adopción o colocación de adopción.
- En aquellos casos en que la persona asegurada principal (no custodio) de menores que figuran como dependientes bajo la póliza o cuando personas aseguradas 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 los servicios médicos cubiertos que se reclamen, Triple-S Salud puede remitir el pago directamente a dicho padre no custodio o la persona asegurada.

2. **Matrimonio:** Cuando la persona asegurada principal contraiga matrimonio durante la vigencia de esta póliza, puede 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 es efectivo el día del evento.

3. **Divorcio de la persona asegurada principal:** La solicitud de cambio para el cese del seguro debe realizarse dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que ocurrió el divorcio, el cual debe acreditarse con la Sentencia de Divorcio y su correspondiente Notificación. El cambio es efectivo el día del evento.

4. **Cohabitante:** la persona asegurada principal puede incluir a su pareja bajo su seguro dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de la convivencia. La persona asegurada principal debe proveer una Declaración Jurada de Inclusión de Parejas Cohabitantes, según el modelo del Comisionado de Seguros, y presentarla a Triple-S Salud. En este caso, el seguro es efectivo el día del evento.

5. **Terminación del asegurado principal de una relación de pareja cohabitante:** La solicitud de cambio para el cese del seguro debe realizarse dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que ocurrió la terminación de la relación. La persona asegurada principal debe conseguir una Declaración Jurada para Terminación del Seguro de la Pareja Cohabitante, según el modelo del Comisionado de Seguros, y presentarla a Triple-S Salud como certificación.

6. **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 alcancen la edad de veintiséis (26) años, la fecha de cumpleaños se toma como la fecha de cambio para la cancelación de cubierta. La cancelación es efectiva el día primero del mes que sigue a la fecha de cumpleaños.

7. **Conversión**: Triple-S Salud ofrece en cualquier momento del año los planes médicos individuales básicos que tenga disponibles. Aplica solamente a aquellas personas aseguradas que pierdan cubierta bajo una póliza grupal de Triple-S Salud y ejerzan su derecho de conversión en un término no mayor de treinta y un (31) días a partir del cese de la cubierta grupal.

8. **COBRA:** Si el individuo era elegible a la cubierta de la Ley Federal Consolidated Omnibus Budget Act de 1986 (COBRA por sus siglas en inglés), seleccionó la misma, y la agotó.

9. **Muerte de cualesquiera de las personas aseguradas:** La solicitud de cambio para el cese del seguro debe realizarse dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que ocurrió la muerte, la cual debe acreditarse con el Acta de Defunción. El cambio es efectivo el día en que ocurrió el evento.

10. **Mudanza**: Una persona podrá solicitar un plan médico nuevo si cambia su residencia permanente de Estados Unidos a Puerto Rico.

    Cambio de residencia Estados Unidos a Puerto Rico:
    - Si la persona cambia de residencia permanente de Estados Unidos a Puerto Rico, podrá adquirir una cubierta sin penalidad de periodo de espera.

11. **Otros eventos calificantes según el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico:**
    - La persona elegible se inscribió o dejó de inscribirse en un plan médico de manera no intencional, inadvertida o errónea y como resultado del error, tergiversación o falta de acción de algún oficial, representante autorizado, empleado Triple-S Salud, Departamento de Salud y de Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) o sus instrumentalidades, según sea evaluado y determinado por Triple-S Salud. En dichos casos, Triple-S Salud toma las medidas necesarias para corregir o eliminar los efectos de dicho error, tergiversación o falta de acción.

- Una persona elegible o una persona asegurada solicita un plan médico nuevo debido a un cambio de residencia.
- La persona asegurada demuestra que el plan médico en el que está inscrita viola sustancialmente los términos del contrato con dicha persona.
- La persona es elegible por primera vez o es elegible nuevamente. En aquellos casos, en que la cubierta existente bajo un plan grupal patronal elegible ya no sea costeable o ni siquiera proveerá un valor mínimo para el próximo año del plan médico patronal, se permite que las personas elegibles se suscriban en o antes de que termine la cubierta bajo dicho plan patronal.
- La persona elegible o su dependiente pierde la cubierta mínima con los beneficios de salud esenciales.
- Si la persona perdió elegibilidad al Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
- Personas aseguradas que provengan de un plan de otro asegurador y no hayan estado sin cubierta por sesenta y tres (63) días o más y su último plan fue grupal. La persona debe haber estado suscrita por más de dieciocho (18) meses. En este lapso, el individuo puede haber estado suscrito en un plan individual o grupal.
- Si el individuo se quedó sin cubierta grupal o individual debido a la quiebra, disolución o revocación de licencia del asegurador con la cual tenía su seguro y presente su solicitud al nuevo asegurador dentro de sesenta y tres (63) días luego de declarada la quiebra, disolución o revocación de la licencia del asegurador.
- Si la persona asegurada proviene de otro asegurador y la póliza anterior no ha sido cancelada por falta de pago o fraude de parte de la persona asegurada.

Toda persona asegurada tiene que completar la solicitud de ingreso en todas sus partes y la envía o entrega en la oficina principal de Triple-S Salud o en sus otros Centros de Servicios alrededor de la Isla. La misma se utiliza, con respecto a cualquier petición de cambio en el seguro, excepto los cambios por edad que se pueden hacer automáticamente por Triple-S Salud. Triple-S Salud puede verificar la elegibilidad de la persona asegurada para que se cumplan los requisitos necesarios para obtener los beneficios que esta póliza provee.

Sección 2.03 Periodos de Espera

La póliza, así como cualquier endoso que se adhiera, tendrá un periodo de espera de treinta (30) días para servicios preventivos y noventa (90) días calendario desde la fecha de efectividad de la póliza para los otros servicios cubiertos si la persona asegurada se suscribe al plan fuera del **Periodo Fijo Anual de Suscripción** o que no cualifique bajo un evento especial de suscripción. Los periodos de espera no aplican para casos de emergencia/urgencia según dispone la ley.

CAPÍTULO 4: Beneficios Cubiertos

SECCIÓN 1 Cubierta Médica

Algunos de los servicios en este capítulo, están sujetos a deducibles, copagos y/o coaseguros. Verifique la tabla Deducibles, Copagos y Coaseguros que aparece en el Capítulo 5.

Sección 1.01 Cantidad Máxima de Desembolso Anual

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

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

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

Sección 1.02 Descripción de Beneficios Médicos Cubiertos

DEDUCIBLE ANUAL	
Deducible anual	Aplica a todos los servicios médicos, hospitalarios, excepto preventivos y vacunas
SERVICIOS DE SALA DE EMERGENCIA Y URGENCIA	
Servicios de Sala de Emergencia y Urgencia	Triple-S Salud cubre servicios en la sala de emergencia y el asegurado deberá pagar la cantidad del copago o coaseguro de enfermedad o accidente según corresponda: • Cubre materiales y medicamentos incluidos en la bandeja de sutura • Cubre medicamentos y materiales adicionales a los incluidos en la bandeja de sutura suministrados en salas de emergencia/urgencia debido a condiciones de accidente o enfermedad. En el caso de que una persona asegurada requiera tratamiento para una condición de urgencia, Triple-S Salud le ofrece un copago más bajo si visita un centro de urgencia de nuestra red de proveedores en lugar de una sala de emergencia. Refiérase a la Sección Beneficios Cubiertos por Ley para más información. Se consideran servicios de emergencia los exámenes médicos de detención apropiado para evaluar si existe una emergencia médica, incluyendo exámenes y tratamientos médicos adicionales necesarios para la estabilización del paciente. La determinación de si es una emergencia médica o no, se basará en toda la documentación pertinente, enfocándose en los

	síntomas. Triple-S Salud no deniega servicios de emergencia basados en exclusiones de la póliza. Triple-S Salud cubre servicios de emergencia en salas de emergencia de hospitales o en una Sala de Emergencia Independiente. Los servicios de emergencia se cubren sin necesidad de preautorización, independientemente de que los servicios sean provistos por un proveedor no participante. Si los servicios son ofrecidos por un proveedor no participante No se aplicarán requisitos administrativos diferentes a los establecidos para proveedores participantes (contratados), si los servicios son ofrecidos por un proveedor no participante (no contratado). Además, el costo compartido aplicable a los servicios de emergencia será el mismo sin importar si los servicios los provee un proveedor participante o no participante
SERVICIOS PROVISTOS POR UN HOSPITAL U OTRA FACILIDAD Y SERVICIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS CUBIERTOS:	
Triple-S Salud se compromete a pagar por los servicios contratados con la institución hospitalaria correspondiente durante la hospitalización de la persona asegurada, durante la vigencia del seguro de la persona elegible, siempre que tal hospitalización sea ordenada por escrito por el médico a cargo del caso y que la misma sea médicamente necesaria.	
Hospitalizaciones	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente al servicio. • Habitación semiprivada o de aislamiento hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días para hospitalizaciones regulares. • Comidas y dietas especiales • Uso de servicio de telemetría • Uso de Sala de Recuperación • Uso de Unidad de Unidad de Cuidado Intermedio para infantes (*Step-down Unit*) • Uso de las Unidades de Cuidado Intensivo, Cuidado Coronario, Cuidado Intensivo de Pediatría y Cuidado Intensivo de Neonatología • Servicio general de enfermería • Administración de Anestesia por personal no médico • Servicios de laboratorio clínico • Medicinas, productos biológicos, materiales para curaciones, productos de hiperalimentación y materiales de anestesia • Producción de electrocardiogramas • Producción de estudios radiológicos • Servicios de terapia física (habilitativa y rehabilitativa) • Uso de los servicios de médicos en adiestramiento, internos y residentes del hospital autorizados para prestar servicios médicos a pacientes • Servicios de terapia respiratoria • Uso de sala de emergencia cuando la persona asegurada sea admitida al hospital • Uso de otras facilidades, servicios, equipos y materiales que provea usualmente el hospital que sean ordenados por el médico de cabecera y que no hayan sido expresamente excluidos del contrato con el hospital • Sangre y derivados • Servicios de diagnóstico • Tratamientos • Administración de anestesia • Consulta de especialistas • Endoscopias gastrointestinales • Evaluaciones audiológicas, incluye la Prueba de Cernimiento Auditivo Neonatal **Nota**: Estos servicios están incluidos en el copago que usted paga por admisión hospitalaria.

Servicios Médicos y Quirúrgicos Cubiertos en Hospital	
Cirugías	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente al servicio. • Cirugías que usualmente se realizan en facilidad ambulatoria o en la oficina médica y necesiten realizarse en el hospital requieren ser preautorizadas. Esto aplica solo cuando el procedimiento es la razón de la admisión, no aplica cuando el procedimiento es realizado como tratamiento durante una admisión. • Mastectomía (cirugías, reconstrucciones y prótesis relacionadas) • Cirugía ortognática. **Requiere preautorización** • Cirugías reconstructivas. **Requiere preautorización.**
Trasplante de córnea, injerto de piel y hueso	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente al servicio. Incluye el cuidado antes y después del procedimiento.
Cirugía bariátrica	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente al servicio. Esta póliza cubre sólo cirugía de bypass gástrico para el tratamiento de obesidad mórbida, hasta una cirugía de por vida, por persona asegurada, siempre y cuando los servicios estén disponibles en Puerto Rico. Las cirugías para la remoción de la piel excesiva están cubiertas si el médico certifica que es necesario remover la piel en exceso porque afecta el funcionamiento de alguna parte del cuerpo. La cirugía bariátrica tiene un periodo de espera por doce (12) meses. **Requiere preautorización.** Refiérase a la sección Beneficios Cubiertos por Ley de este Capítulo para más información.
Pruebas cardiovasculares invasivas	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente al servicio.
Litotricia (ESWL)	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente al servicio. **Requiere preautorización**
Quimioterapia y radioterapia	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente al servicio. Tratamientos de quimioterapia en sus varios métodos de administración (oral, inyectable, intravenosa e intratecal), radioterapia y cobalto, conforme a la Ley Núm. 79 del 1 de agosto de 2020.
Diálisis y hemodiálisis	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente al servicio. Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, así como de las complicaciones relacionadas a estos tratamientos, y los respectivos servicios hospitalarios o médico- quirúrgicos, están cubiertos por los primeros noventa (90) días a partir de: a. la fecha en que la persona asegurada es elegible por primera vez a esta póliza; o b. la fecha en que se hace la primera diálisis o hemodiálisis. Esto aplica cuando las diálisis o hemodiálisis subsiguientes estén relacionadas a la misma condición clínica.
Otras Facilidades	
Servicios Post Hospitalarios - Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente al servicio. Estos servicios están cubiertos si comienzan dentro de los 14 días siguientes a la fecha en que fue dado de alta luego de una hospitalización de por lo menos tres (3) días y si se prestan por la misma condición o en relación a la condición por la cual fue hospitalizado. Cubre los siguientes servicios y suministros provistos en el hogar del paciente por una Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar certificada por el Departamento de Salud de Puerto Rico. **Requiere preautorización.** • **Servicios de Enfermería**- parciales o intermitentes provistos o bajo la supervisión de un(a) enfermero(a) graduado(a). • **Auxiliar de Servicios de Salud en el Hogar**- servicios parciales o intermitentes prestados primordialmente para el cuidado del paciente. • **Terapias Físicas, Ocupacionales y del Habla/lenguaje (habilitativa y rehabilitativa)** - hasta un máximo de 40 visitas, combinadas, por persona asegurada, por año póliza. **Nota**: Estos servicios deben ser supervisados por un médico licenciado.

Servicios Post-Hospitalarios - Servicios de Cuidado de Enfermería Diestra	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente al servicio. Estos servicios están cubiertos si comienzan dentro de los 14 días siguientes a la fecha en que fue dado de alta luego de una hospitalización de por lo menos tres (3) días y si se prestan por la misma condición o en relación a la condición por la cual fue hospitalizado. **Requiere preautorización**. Están cubiertos hasta un máximo de 120 días por persona asegurada, por año póliza. **Nota**: Estos servicios deben estar supervisados por médicos licenciados o enfermeros graduados registrados (RN) que dediquen un horario completo a tal supervisión y su necesidad médica debe ser certificada por escrito.
Centro de Cirugía Ambulatoria	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente al servicio. El uso de instalaciones de cirugía ambulatoria estará cubierto y el asegurado será responsable por el copago o coaseguro en concepto del uso de la instalación. Los procedimientos que suelen realizarse en una oficina médica pero que requieren realizarse en una instalación ambulatoria necesitarán autorización previa.
SERVICIOS MÉDICOS, QUIRÚRGICOS Y DIAGNÓSTICOS EN FORMA AMBULATORIA (Servicios disponibles cuando la persona asegurada no está admitida en el hospital)	
Servicios de diagnóstico y tratamiento	Cubierto. Los servicios de esta póliza están cubiertos, con un copago o coaseguro aplicable según la especialidad médica. • Visitas a Médicos de Cabecera (PCP) • Visitas a especialistas, audiólogos, optómetras y podiatras (incluye cuidado rutinario del pie) • Visitas a subespecialistas • Visitas al quiropráctico • Visitas a Trabajador Social solo por trastorno del espectro autista • Visita anual preventiva • Servicios médicos en el hogar de la persona asegurada por médicos que presten este servicio **Nota**: Los suplidos utilizados en oficina médica para las pruebas diagnósticas ginecológicas cubiertas, están incluidos en el copago de la visita.
Inyecciones intraarticulares	Cubierto hasta dos (2) inyecciones diarias y hasta un máximo de doce (12) inyecciones por persona asegurada, por año póliza. Aplica copago o coaseguro correspondiente al servicio.
Criocirugía del cuello uterino	Cubierto hasta una (1), excepto para servicios relacionados a cáncer. • **Oficina Medica**: Aplicará el copago o coaseguro por procedimientos diagnósticos y quirúrgicos, así como el copago o coaseguro por la visita médica; • **Facilidad Ambulatoria**: Aplicará el copago o coaseguro por procedimientos diagnósticos y quirúrgicos, así como el copago o coaseguro por el uso de la facilidad ambulatoria.
Vasectomía	Cubierto, hasta una (1) vasectomía por vida por persona asegurada. • **Oficina Medica**: Aplicará el copago o coaseguro por procedimientos diagnósticos y quirúrgicos, así como el copago o coaseguro por la visita médica; • **Facilidad Ambulatoria**: Aplicará el copago o coaseguro por procedimientos diagnósticos y quirúrgicos, así como el copago o coaseguro por el uso de la facilidad ambulatoria.
Servicios de esterilización para la mujer	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente al servicio.
Cuidado de Alergias	Cubierto, hasta cincuenta (50) pruebas por año póliza, por persona asegurada. Aplica copago o coaseguro correspondiente al servicio.

Terapias de tratamiento	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente al servicio. • Tratamientos de quimioterapia en sus varios métodos de administración (oral, inyectable, intravenosa e intratecal), radioterapia y cobalto, conforme a la Ley Núm. 79 del 1 de agosto de 2020. • Otros medicamentos inyectables administrados en una facilidad ambulatoria y que son requeridos por ley.
Cirugía Ambulatoria	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente al servicio. Cubre procedimientos que se prestan de forma ambulatoria y no requieren una hospitalización. **Requiere preautorización** cuando el nivel de servicio se tiene que cambiar por una razón médica (hospitalización o centro de cirugía ambulatoria).
Diálisis y Hemodiálisis	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente al servicio. Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, así como los de las complicaciones que puedan surgir a raíz de dichos servicios, y los servicios hospitalarios o médico-quirúrgicos que puedan necesitarse para tratar estas complicaciones, están cubiertos por los primeros noventa (90) días a partir de: a) la fecha en que la persona asegurada es elegible por primera vez a esta póliza; o b) la fecha en que se hace la primera diálisis o hemodiálisis. Esto aplica cuando las diálisis o hemodiálisis subsiguientes estén relacionadas a la misma condición clínica.
Servicios de nutrición	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente al servicio. Triple-S Salud cubre estos servicios cuando estén prestados en Puerto Rico por médicos especialistas en nutrición o enfermedades metabólicas y sean médicamente necesarias.
Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en facilidad ambulatoria	Cubierto, incluye procedimientos diagnósticos y quirúrgicos realizados en una facilidad ambulatoria. El asegurado será responsable de pagar: • El copago o coaseguro correspondiente a los procedimientos diagnósticos y quirúrgicos. • El copago o coaseguro aplicable al uso de la facilidad ambulatoria. Los procedimientos que normalmente se realizan en una oficina médica pero que requieren ser realizados en una facilidad de cirugía ambulatoria necesitan preautorización previa. Para obtener información específica sobre pruebas moleculares o genéticas, consulte la sección de Servicios de Laboratorios y Rayos X.
Procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en oficina médica	Cubierto, incluye procedimientos diagnósticos y quirúrgicos realizados en una oficina médica con un proveedor participante. El asegurado será responsable de pagar: • El copago o coaseguro correspondiente a los procedimientos diagnósticos y quirúrgicos. • El copago o coaseguro por la visita médica. Para obtener información específica sobre pruebas moleculares o genéticas, consulte la sección de Servicios de Laboratorios y Rayos X.
Otros medicamentos inyectables	Cubiertos. Triple-S Salud cubre aquellos medicamentos inyectables administrados en una facilidad ambulatoria. Para obtener información específica favor referirse al formulario de medicamentos, Apéndice V-Lista de Medicamentos cubiertos por el beneficio médico.
LABORATORIOS, RAYOS X Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	
Laboratorios	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente al servicio. • A través de la red Blue Select Network. • Laboratorio clínico. Las pruebas genéticas requieren preautorización.
Rayos X	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente al servicio. • A través de la red Blue Select Network. • Densitometría ósea cuando no es prestada como una prueba preventiva según dispone la ley federal sino como seguimiento a un diagnóstico o tratamiento de una condición

Pruebas Diagnósticas	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente al servicio. • Pruebas cardiovasculares no invasivas • Electrocardiogramas y ecocardiogramas • Electromiogramas, hasta dos (2) por región anatómica, por persona asegurada, por año póliza • Color Doppler Flow • Pruebas para Examen de Velocidad de Conducción Nerviosa, hasta dos (2) pruebas de cada una, por persona asegurada, por año póliza • Electroencefalogramas • Prueba diagnóstica de polisomnografía (estudio de desórdenes del sueño), (1) prueba por vida, por persona asegurada • Timpanometría, (1) prueba por persona asegurada, por año póliza • Pruebas y procedimientos neurológicos • Otras pruebas audiológicas como pruebas de función vestibular, pruebas de función audiológicas y procedimientos diagnósticos especiales.
Endoscopias gastrointestinales	Cubierto. • **Oficina Medica**: Aplicará el copago o coaseguro por procedimientos endoscópicos, así como el copago o coaseguro por la visita médica; • **Facilidad Ambulatoria**: Aplicará el copago o coaseguro por procedimientos endoscópicos, así como el copago o coaseguro por el uso de la facilidad ambulatoria.
Pruebas Diagnósticas Especializadas	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente al servicio. A través de la red *Blue Select Network* • PET Scan y PET CT. Hasta (1) por año póliza, excepto para servicios relacionados a cáncer. **Requiere preautorización.** • Pruebas de medicina nuclear • Tomografía computadorizada (CT), hasta una por región anatómica, por persona asegurada, por año póliza • Single Photon Emission Computerized Tomography (SPECT) • Sonogramas • Estudio de angiografía por resonancia magnética (MRA) • Estudio de resonancia magnética (MRI), hasta uno (1) por región anatómica, por persona asegurada, por año póliza. • Mamografías, mamografías digitales o sonomamografías cuando no sean prestadas como pruebas preventivas según lo dispone la ley federal sino como seguimiento a un diagnóstico o tratamiento de una condición
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN, HABILITACIÓN, Y EQUIPO MÉDICO DURADERO	
Terapia Respiratoria (administrada en la oficina del médico)	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de terapia respiratoria, cuando sean provisto por médicos especialistas en alergia, alergia pediátrica, anestesia, neumología, neumología pediátrica), dos (2) sesiones de terapia por día, hasta un máximo de 20 sesiones por persona asegurada, por año póliza.
Terapia física (Habilitativa/Rehabilitativa)	Cubierto, hasta un máximo de veinte (20) sesiones en conjunto con manipulaciones de quiropráctico por persona asegurada, por año póliza. Aplica copago o coaseguro correspondiente al servicio.
Manipulaciones de quiropráctico	Cubierto, cuando sean provistas por fisiatras (o bajo la supervisión de y facturadas por éste) o quiroprácticos, están cubiertas hasta un máximo de veinte (20) sesiones en conjunto con terapia física por persona asegurada, por año póliza. Aplica copago o coaseguro correspondiente al servicio.

Terapias ocupacionales y del habla	Cubierto, sin límite, solo para personas con el diagnóstico de autismo y síndrome Down, según requerido por ley. Aplica copago o coaseguro correspondiente al servicio. Refiérase a la sección Beneficios Cubiertos por Ley para más información
Equipo Médico Duradero	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de equipo médico duradero. **Requiere preautorización.** Triple-S Salud podrá cubrir lo siguiente: • Compra o renta de oxígeno y del equipo necesario para su administración • Compra o renta de sillas de ruedas o camas de hospital • Compra o renta de respiradores y otros equipos para el tratamiento de parálisis respiratoria • Bomba de infusión de insulina y suplidos ordenados por un endocrinólogo.
Glucómetro, lancetas y tirillas	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de equipo médico duradero. • Los siguientes servicios se le cubrirán a personas aseguradas diagnosticadas con Diabetes Mellitus Tipo 1: o Glucómetros aprobados por la FDA, hasta uno por año póliza. o Lancetas, hasta 150 por 30 días o Tirillas, hasta 150 por 30 días o El suplido de una Inyección de Glucagon y reemplazo de la misma en caso de uso o expiración (Se cubre bajo la cubierta de farmacia)
Ventilador mecánico (Requiere preautorización)	Cubierto. Aplica copago o coaseguro de equipo médico duradero. La cubierta comprende los servicios médicos necesarios, pruebas y equipos para personas aseguradas menores de edad y que aún luego de rebasar los veintiún (21) años requieran el uso de equipo tecnológico necesario para que el usuario pueda mantenerse con vida. Se cubren los suplidos que conllevan el manejo de los equipos tecnológicos, terapia física y ocupacional necesaria para el desarrollo motor de estos pacientes. Además, se cubren los medicamentos recetados bajo el beneficio de farmacia de esta póliza, los cuales deben ser despachados en una farmacia participante, libremente seleccionada por la persona asegurada, y autorizada bajo las leyes de Puerto Rico, . La cubierta dispone para que, anualmente, cada persona asegurada tenga a su alcance los exámenes de laboratorio e inmunización apropiados para su edad y condición física. Estos servicios están cubiertos siempre y cuando la persona asegurada (o su representante) presente evidencia de justificación médica y de la suscripción de la persona asegurada en el registro que el Departamento de Salud ha diseñado para este propósito. Refiérase a la Sección Beneficios Cubiertos por Ley para más información.
CUIDADO VISUAL	
Visión Pediatrica	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente al servicio. • Pruebas diagnósticas en oftalmología • Examen de refracción, un (1) examen por persona asegurada, por año póliza, siempre que el examen sea hecho por un especialista en oftalmología u optometría. • Espejuelos para las personas aseguradas hasta los veintiún (21) años, un (1) par por año póliza, dentro de la colección contratada, incluyendo espejuelos de gran potencia para personas aseguradas con pérdida significativa de la visión, pero que no tienen ceguera total. Además, cubre un (1) aparato por año de ayuda visual (lupas prescritas, telescopios de lente sencillo o doble), para personas aseguradas hasta los veintiún (21) años con pérdida significativa de la visión, pero que no tienen ceguera total. Disponible a través de la red *Vision Center Network* Ópticas exclusivamente contratadas para ofrecer este beneficio a la población pediátrica.

Visión adulta (mayor de 21 años)	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente al servicio. • Pruebas diagnósticas en oftalmología • Examen de refracción, un (1) examen por persona asegurada, por año póliza, siempre que el examen sea hecho por un especialista en oftalmología u optometría. • Espejuelos o lentes de contacto por persona asegurada mayor de veintiún (21) años, hasta setenta y cinco dólares ($75) de beneficio máximo por año póliza. • Estos servicios estarán cubiertos a través de proveedores contratados de la red *Vision Center Network* o por reembolso si los servicios son provistos por un proveedor no participante.
SERVICIOS DE MATERNIDAD **(Aplica a la persona asegurada, cónyuge y dependientes directos)**	
Cuidado Ambulatorio de Maternidad	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente al servicio. • Sonogramas obstétricos; hasta tres (3) en embarazos normales, según protocolo clínico • Perfil Biofísico; hasta un procedimiento por embarazo. **Adicionales requieren preautorización.** • Visitas preventivas Well-baby care de acuerdo a las edades y cubierta recomendada por el United States Preventive Services Task Force (USPSTF)
Cuidado Hospitalario de Maternidad	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente al servicio. Los servicios de hospitalización se extienden en caso de maternidad o de condiciones secundarias al embarazo, únicamente si se tiene derecho al beneficio de maternidad. Refiérase a la Sección Beneficios Cubiertos por Ley para más información. Habitación semiprivada o de aislamiento, asistencia y cuidado físico para beneficio del menor, educación sobre cuido del menor para ambos padres, asistencia o entrenamiento sobre lactancia, orientación sobre apoyo en el hogar y la realización de cualquier tratamiento y pruebas médicas tanto para el infante como para los padres. • Servicios de obstetricia • Uso de Sala de Partos • Producción e interpretación de Monitoreo Fetal (Fetal Monitoring) • Uso de Sala de Recién Nacidos (Well Baby Nursery) Nota: Estos servicios están incluidos en el copago por admisión hospitalaria que usted paga.
SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS Refiérase a la Sección **Beneficios Cubiertos por Ley** para más información.	
Hospitalizaciones por condiciones mentales	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente al servicio. • Hospitalizaciones Regulares • Hospitalización Parcial • Terapias electroconvulsivas por condiciones mentales, cubiertas de acuerdo a la necesidad médica justificada y a los estándares de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés)
Servicios Ambulatorios	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente al servicio. • Visitas del paciente a la oficina del psiquiatra o psicólogo (con licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico). • Visitas colaterales (familiares inmediatos), incluyendo consejería matrimonial prestada por psiquiatra o psicólogo (con licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico) • Visitas para terapia de grupo
Evaluaciones Psicológicas	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente al servicio.
Pruebas psicológicas	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente al servicio.

Abuso de Sustancias (Drogadicción y Alcoholismo)	Cubierto. Aplica copago o coaseguro correspondiente al servicio. • Hospitalizaciones regulares, incluyendo los servicios de detoxificación • Hospitalización Parcial • Visitas a la oficina del psiquiatra o psicólogo (con licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico) • Visitas colaterales (familiares inmediatos), incluyendo consejería matrimonial prestada por psiquiatra o psicólogo (con licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico) • Visitas para terapia de grupo • Tratamiento Residencial: Cubre tratamiento residencial siempre y cuando haya justificación médica, que sea en Puerto Rico y la facilidad tenga las acreditaciones requeridas y el personal para ofrecer el servicio. **Requiere preautorización**
OTROS SERVICIOS CUBIERTOS	
Synagis	• Inmunoprofilaxis para el virus sincitial respiratorio (Synagis; palivizumab) **Requiere preautorización.**
Preparado de Aminoácidos Libre de Fenilalanina	• Se cubre para pacientes diagnosticados con el trastorno genético denominado como fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés). Refiérase a la Sección Beneficios Cubiertos por Ley para más información.
Servicios de Ambulancia	Servicio de Ambulancia Terrestre en Puerto Rico: Este beneficio está cubierto si la persona asegurada es transportada: o desde su residencia o lugar de la emergencia hacia el hospital o institución de cuidado de enfermería diestra (*Skilled Nursing Facilities*); o de un hospital a otro hospital o a una institución de cuidado de enfermería diestra (*Skilled Nursing Facility*)- en casos donde la institución que transfiere o autoriza el alta no es la apropiada para el servicio cubierto; o desde el hospital hasta la residencia de la persona asegurada, si la condición del paciente dado de alta así lo requiere. o entre instituciones de proveedores de servicios de salud en caso de emergencias siquiátricas cuando el traslado es realizado por ambulancias certificadas por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud. En cumplimiento con la Ley para Incluir en los Planes o Seguros Básico de Salud la Cubierta de Transporte Terrestre de Ambulancia para Emergencias Médicas, Ley Núm. 129 de 1 de agosto de 2019, cuando el servicio sea utilizado a través del Sistema 9-1-1 en casos de emergencia, Triple-S Salud pagará directamente al proveedor a base de la tarifa establecida. En casos que no sean de emergencia, este beneficio se cubre por reembolso. La persona asegurada paga el costo total y debe enviar la reclamación a Triple-S Salud con el informe médico que incluya el diagnóstico. Triple-S Salud le reembolsa hasta un máximo de ochenta dólares ($80) por caso.
Servicio de ambulancia aérea en Puerto Rico	Sujeto a la necesidad médica del mismo. Refiérase a la Sección Beneficios Cubiertos por Ley para más información.
Cámara Hiperbárica	En cumplimiento con la Ley para el Tratamiento de Oxigenación Hiperbárica para la Personas con Trastorno de Espectro de Autismo, Ley Núm. 63 de 19 de Julio de 2019, se cubre el tratamiento de terapias de oxigenación hiperbárica para personas con autismo cuando este sea recomendado por un facultativo médico y el tratamiento sea permitido por las leyes y regulaciones federales; y otros fines relacionados.

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

Sección 1.03 Cubierta de Servicios Preventivos

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

Preventivos para Adultos

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

Servicio Preventivo	Indicación
Prueba de cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH): adolescentes y adultos que no están en estado de embarazo	Cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) para adultos de 13 a 65 años, así como adolescentes menores y adultos mayores con alto riesgo. Según requerido por la ley núm. 45 de 2016, incluye una prueba de VIH por año como parte de la evaluación médica de rutina, excepto para personas aseguradas durante su embarazo a las cuales les aplican los requisitos del USPSTF.
Inmunización	Vacunas. Las dosis, edades y población recomendada varían: Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes Zoster, Virus de Papiloma Humano, Influenza, Measles, Mumps, Rubella (MMR), Meningococo, Neumococo, Tétano, Difteria, Tos Ferina y Varicela, Haemophilus influenza type b. Las vacunas de seguimiento están cubiertas. Vacuna del COVID-19 para personas con 19 años de edad y adultos mayores, de acuerdo a las recomendaciones del *Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) y en acuerdo con el artículo 2.050 © del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.* *Vacuna Mpox recomendada para cualquier persona con riesgo de infección por Mpox.* Vacuna contra el virus sincitial respiratorio (VRS) recomendada para administración estacional durante el embarazo y adultos mayores de 60 años. Consulte las recomendaciones de los CDC.
Detección de infección latente de tuberculosis	El USPSTF recomienda realizar pruebas de detección de infección latente de tuberculosis en poblaciones con mayor riesgo. Ver la Sección "Evaluación de riesgos" de USPSTF para obtener información adicional sobre adultos con mayor riesgo.
Cernimiento de cáncer del pulmón	Cernimiento anual para cáncer del pulmón a través de tomografía computadorizada para adultos entre las edades de 50 a 80 años con historial de fumar veinte (20) paquetes al año, que fuma actualmente o haya dejado de fumar durante los últimos 15 años. El cernimiento se descontinuará una vez la persona haya dejado de fumar por 15 años consecutivos o desarrolle un problema de salud que sustancialmente limite la expectativa de vida o la habilidad o probabilidad de tener una cirugía pulmonar para curar la enfermedad.
Cernimiento y consejería de obesidad para adultos	Los médicos pueden ofrecer o referir pacientes que tengan un Índice de Masa Corporal, (BMI por sus siglas en inglés) de 30kg/m2 o más a intervenciones conductuales intensivas de múltiples componentes.
Detección de prediabetes y diabetes tipo 2 en adultos asintomáticos de 35 a 70 años con sobrepeso u obesidad	El USPSTF recomienda la detección de prediabetes y diabetes tipo 2 en adultos de 35 a 70 años que tienen sobrepeso u obesidad. Los médicos deben ofrecer o referir a los pacientes con prediabetes a intervenciones preventivas efectivas.
Enfermedades de transmisión sexual	Consejería conductual intensiva para adolescentes y adultos sexualmente activos con un riesgo alto de contraer enfermedades de transmisión sexual.
Estatinas para prevenir accidentes cardiovasculares en adultos: Medicamentos Preventivos	La USPSTF recomienda prescribir una estatina para la prevención primaria de CVD para los adultos entre las edades de 40 a 75 años quienes tienen uno o más factores de riesgo de CVD (por ejemplo, dislipidemia, diabetes, hipertensión o fumar) y tienen un riesgo estimado de un evento cardiovascular de un 10% o más en 10 años.
Cernimiento de infección de sífilis en adolescentes y adultos que no estén en estado de embarazo	La USPSTF recomienda el cernimiento para la infección de sífilis en personas asintomáticas, que sean adultos o adolescentes que no estén en estado de embarazo y que están en un riesgo elevado de infección.

Servicio Preventivo	Indicación
Cesar el uso de tabaco y medicinas: adultos que no están en estado de embarazo	El USPSTF recomienda que los médicos deben preguntar a todos los adultos sobre el uso del tabaco, aconsejar dejar el tabaco, ofrecer intervenciones de conducta y los medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA). Para aquellos que utilizan los productos para cesar el uso de tabaco, este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la FDA por noventa (90) días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año.
Cernimiento de Tuberculosis: adultos	Cernimiento de infección de tuberculosis en poblaciones de alto riesgo.
Consumo dañino de alcohol: adultos	Cernimiento sobre el consumo dañino de alcohol en lugares de atención primaria en adultos con 18 años o más, incluyendo personas aseguradas en estado de embarazo, proveyéndole breves intervenciones de asesoramiento conductual para reducir el consumo de alcohol dañino a las personas involucradas en el consumo riesgoso o peligroso.
Consumo dañino de Drogas en adultos	Cernimiento sobre el consumo dañino de drogas en adultos con 18 años o más proveyéndole breves intervenciones de asesoramiento conductual. El cernimiento debe realizarse cuando los servicios para un diagnóstico preciso, tratamiento efectivo y una atención adecuada pueden ser ofrecidos o referidos.

Preventivos para Adultos, Incluyendo Embarazo

Servicio Preventivo	Indicación
Cernimiento de bacterias en personas embarazadas	El USPSTF recomienda la detección de bacteriuria asintomática utilizando cultivo de orina en personas embarazadas.
BRCA: Evaluación de Riesgo	Los proveedores de atención primaria deben realizar un cernimiento a personas que han tenido familiares con cáncer de seno, ovario, trompas o peritoneal, a través de herramientas diseñadas para identificar historial familiar que pudiera estar asociado con un aumento del riesgo de mutaciones potencialmente perjudiciales en los genes de susceptibilidad al cáncer de seno (BRCA1 o BRCA2). Las personas aseguradas que tengan un resultado positivo deben recibir consejería genética y, si es indicado luego de la consejería, la prueba BRCA.
Cáncer de seno: medicamentos preventivos para reducir riesgo	El USPSTF recomienda que los médicos se ofrezcan el recetar medicamentos para reducir el riesgo, como tamoxifeno, raloxifeno o inhibidores de aromatasa, a mujeres que tienen un mayor riesgo de sufrir cáncer de mama con 35 años o más de edad y con bajo riesgo de sufrir efectos adversos por los medicamentos.
Cernimiento de cáncer de seno	Conforme la Ley Núm. 10 de 3 de enero de 2020 “Ley del Derecho a la Detección Efectiva del Cáncer de Seno” establece que dentro de los beneficios de cuidado preventivo se cubra: • Una mamografía anual personas aseguradas de treinta y cinco (35) años o más. • Una mamografía anual, tratamiento de seguimiento o pruebas de diagnóstico suplementarias (MRI/Sonomamografias) personas aseguradas de cuarenta (40) años o más, que tienen senos de tejido clasificado como heterogéneamente denso o extremadamente denso. • Una mamografía anual, tratamiento de seguimiento o pruebas de diagnóstico suplementarias, a las mujeres con alto riesgo de desarrollar cáncer de seno debido a su historial familiar, a su propio historial como paciente de cáncer, a la presencia de marcadores de alto riesgo en su perfil genético o a algún otro factor determinado por su médico
Lactancia Materna: Servicios y Suministros	El WPSI recomienda servicios integrales de apoyo a la lactancia (incluida consulta; asesoramiento; educación por parte de médicos y servicios de apoyo entre pares; y equipo y suministros de lactancia) durante los períodos antenatal, perinatal y posparto para optimizar el inicio y mantenimiento exitosos de la lactancia.

Servicio Preventivo	Indicación
	El equipo y los suministros para la lactancia incluyen, entre otros, extractores de leche eléctricos dobles (incluidas las piezas y el mantenimiento del extractor) y suministros para el almacenamiento de la leche materna. El acceso a los extractores eléctricos dobles debe ser una prioridad para optimizar la lactancia materna y no debe depender del fallo previo de un extractor manual. El equipo de lactancia también puede incluir equipos y suministros según se indique clínicamente para apoyar a las díadas con dificultades en la lactancia y a aquellas que necesiten servicios adicionales. No se aplican límites monetarios. El equipo y los suministros para la lactancia no pueden proporcionarse mediante reembolso ni a través de la cobertura médica complementaria opcional (Cubierta de Gastos Médicos Mayores)
Lactancia Materna: Intervenciones de Asesoramiento Conductual de Atención Primaria: mujeres embarazadas y posparto	El USPSTF recomienda proporcionar intervenciones o referencias, durante el embarazo y después del nacimiento, para apoyar la lactancia materna.
Cernimiento del cáncer de cuello uterino	Cernimiento de cáncer cervical para mujeres con riesgo promedio entre los 21 y 65 años. Para mujeres de 21 a 29 años, se recomienda el cernimiento de cáncer cervical mediante citología cervical (prueba de Papanicolaou) cada 3 años. No se recomienda la prueba combinada (co-testing) de citología y prueba del virus del papiloma humano de alto riesgo (hrHPV) para mujeres menores de 30 años. Las mujeres de 30 a 65 años deben someterse a cernimiento con la prueba primaria de hrHPV cada 5 años (preferido) o mediante la prueba combinada de citología y hrHPV cada 5 años. Si la prueba de hrHPV no está disponible, se debe continuar el cernimiento solo con citología cada 3 años. Las mujeres con riesgo promedio no deben ser evaluadas más de una vez cada 3 años. La prueba de hrHPV recolectada por la paciente es un método apropiado y debe ofrecerse como opción para el cernimiento de cáncer cervical en mujeres de 30 a 65 años con riesgo promedio. Pueden requerirse pruebas adicionales para completar el proceso de cernimiento y dar seguimiento a los hallazgos de la evaluación inicial. Si se indican pruebas adicionales (ej. citología, biopsia, colposcopia, genotipificación extendida, tinción dual) y evaluación patológica, estos servicios también se recomiendan para completar el proceso de cernimiento de malignidades.
Servicios de navegación para pacientes para la detección del cáncer de seno y de cuello uterino	La Iniciativa de Servicios Preventivos para la Mujer recomienda servicios de navegación de la paciente para la detección y el seguimiento del cáncer de seno y de cuello uterino, según corresponda, con el fin de aumentar la utilización de las recomendaciones de detección basadas en una evaluación de las necesidades de la paciente. Los servicios de navegación implican un contacto de persona a persona (p. ej., en persona, virtual, modelos híbridos) con la paciente. Los componentes de los servicios de navegación deben ser individualizados. Los servicios incluyen, entre otros, la evaluación y planificación centradas en la persona, el acceso a la atención médica, navegación dentro del sistema de salud y la derivación a servicios de apoyo adecuados (p. ej., traducción de idiomas, transporte y servicios sociales) y la educación de la paciente.
Cernimiento de clamidia	Cernimiento de clamidia para todas las personas aseguradas durante su embarazo y en personas aseguradas sexualmente activas de 24 años o menos, o mayores que tengan alto riesgo de infección.

Servicio Preventivo	Indicación
Métodos Anticonceptivos	Los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA, procedimientos de esterilización, cernimiento, educación y consejería para todas las personas aseguradas con capacidad reproductiva según prescrito. Se cubre la inserción y remoción de cualquier dispositivo. También se considera parte del cuidado contraceptivo las visitas de seguimiento.
Consejería para un peso saludable y aumento de peso en personas embarazadas	Intervenciones de consejería conductual para adolescentes y adultos dirigidas a promover un aumento de peso saludable y prevenir el aumento excesivo durante el embarazo.
Violencia de pareja, abuso de personas mayores y abuso de Adultos Vulnerables: Cernimiento: mujeres en edad reproductiva, incluidas las embarazadas y posparto	Detección: mujeres en edad reproductiva, incluidas las embarazadas y posparto - El USPSTF recomienda que los médicos detecten la violencia de pareja íntima (IPV) en mujeres en edad reproductiva, incluidas las que están embarazadas y posparto. Consulte la sección "Consideraciones sobre la práctica" para obtener información sobre intervenciones multicomponente basadas en evidencia e información sobre la IPV en hombres.
Cernimiento y asesoramiento de la violencia doméstica y de pareja	La Iniciativa de Servicios Preventivos para la Mujer (Women's Preventive Services Initiative) recomienda realizar pruebas de detección de la violencia doméstica y de pareja a las mujeres adolescentes y adultas, al menos una vez al año, y, cuando sea necesario, proporcionar servicios de intervención. La violencia doméstica y de pareja incluye la violencia física, la violencia sexual, el acoso y la agresión psicológica (incluida la coacción), la coacción reproductiva, el abandono y la amenaza de violencia, abuso o ambos. Los servicios de intervención incluyen, entre otros, asesoramiento, educación, estrategias de reducción de daños y servicios de apoyo adecuados.
Suplementación con ácido fólico para prevenir defectos del tubo neural: medicina preventiva	Para todas las personas que estén planificando o que pueden quedar embarazadas deben tomar un suplemento diario de ácido fólico de 0.4 a 0.8 mg (400 a 800ug).
Diabetes Mellitus gestacional	La Iniciativa de Servicios Preventivos en la Mujer (WPSI, por sus siglas en inglés), recomienda el cernimiento en mujeres embarazadas con diabetes melitus gestacional (GDM, por sus siglas en inglés) después de 24 semanas de embarazo (preferiblemente entre 24 y 28 semanas de gestación) para prevenir resultados adversos en el alumbramiento. WPSI recomienda el cernimiento en mujeres embarazadas con factores de riesgo a diabetes tipo 2 o GDM antes de las 24 semanas de gestación – idealmente, en la primera visita prenatal.
Cernimiento de gonorrea	Cernimiento de gonorrea en personas sexualmente activas de 24 años o menos, o mayores que tengan alto riesgo de infección.
Cernimiento de Hepatitis B: personas aseguradas embarazadas	Para personas aseguradas embarazadas, cernimiento de infección del virus de Hepatitis B en la primera visita prenatal.
Cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH): Personas aseguradas durante su embarazo	Los médicos deben realizar un cernimiento de HIV a todas las personas embarazadas, incluyendo aquellas que se presentan para el parto y no se han realizado la prueba y que se desconoce su estatus de VIH. Se cubre sin copago para las personas embarazadas las siguientes pruebas: a. Primera prueba de VIH durante el primer trimestre de gestación en la primera visita prenatal, y b. Segunda prueba durante el tercer trimestre de gestación (entre las 28 y 34 semanas de embarazo).
Cernimiento para la Infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	• Todas las mujeres adolescentes y adultas, mayores de 15 años, se someten a una prueba de detección del VIH al menos una vez durante su vida. • Las pruebas de detección más tempranas o adicionales deben basarse en el riesgo, y una nueva prueba de detección anual o más frecuente puede ser adecuada a partir de los 13 años para mujeres adolescentes y adultas con un mayor riesgo de infección por VIH. • Evaluación de riesgos y educación para la prevención de la infección por el VIH a partir de los 13 años y continuando según lo determine el riesgo.

Servicio Preventivo	Indicación
	• Se recomienda una prueba de detección del VIH para todas las mujeres embarazadas al iniciar la atención prenatal con una nueva prueba durante el embarazo en función de los factores de riesgo. Se recomienda la prueba rápida de VIH para las mujeres embarazadas que se presentan en trabajo de parto activo con un estado de VIH indocumentado. La detección durante el embarazo permite la prevención de la transmisión vertical.
Prevención de la obesidad en mujeres de mediana edad.	Asesoramiento a mujeres de mediana edad de 40 a 60 años con índice de masa corporal (IMC) normal o con sobrepeso (18,5-29,9 kg/m2) para mantener el peso o limitar el aumento de peso para prevenir la obesidad. La consejería puede incluir una discusión individualizada sobre alimentación saludable y actividad física.
Asesoramiento y Cernimiento del virus de la inmunodeficiencia humana	Asesoramiento anual y cernimiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana para todas las mujeres sexualmente activas.
Cernimiento Osteoporosis: personas aseguradas postmenopáusicas menores de 65 años en mayor riesgo de osteoporosis	Cernimiento para osteoporosis con prueba de densidad de hueso para prevenir fracturas osteoporóticas en personas aseguradas postmenopáusicas menores de 65 años que están en mayor riesgo de osteoporosis, según sea determinado por alguna herramienta clínica formal de evaluación de riesgo.
Cernimiento osteoporosis: personas aseguradas de 65 años o más	Cernimiento para osteoporosis con prueba de densidad de hueso para prevenir fracturas osteoporóticas en personas aseguradas de 65 años o más.
Depresión Perinatal: consejería e intervención	Se recomienda al personal clínico proveer consejería intervencional o referir personas aseguradas en estado de embarazo o personas aseguradas luego del parto en riesgo de depresión perinatal.
Prevención de preclamsia: aspirina	Uso de aspirina de dosis baja (81mg/d) como medicamento preventivo después de las 12 semanas de gestación en personas aseguradas con alto riesgo de preclamsia.
Trastornos hipertensivos del embarazo personas embarazadas asintomáticas	Cernimiento de preclamsia para personas durante su embarazo, con mediciones de presión arterial durante todo el embarazo.
Cernimiento incompatibilidad Rh(D)	Pruebas del tipo de sangre Rh(D) y de anticuerpos para todas las personas aseguradas durante su embarazo en la primera consulta prenatal. Incluye repetir la prueba de anticuerpos a personas aseguradas durante su embarazo con pruebas RH(D) negativo no sensibilizado entre las 24 a 28 semanas de gestación, a menos que el padre biológico sea Rh(D) negativo.
Exámenes de detección de ansiedad	La Iniciativa de Servicios Preventivos para La Mujer recomienda la detección de ansiedad en mujeres adolescentes y adultas, incluyendo las que están embarazadas o posparto. Se desconocen los intervalos óptimos de detección y se debe utilizar el juicio clínico para determinar la frecuencia de la evaluación. Dada la alta prevalencia de trastornos de ansiedad, la falta de reconocimiento en la práctica clínica y múltiples problemas asociados con la ansiedad no tratada, los médicos deben considerar la detección de mujeres que no han sido examinadas recientemente.
Cernimiento de diabetes mellitus después del embarazo	La Iniciativa de Servicios Preventivos para Mujeres (WPSI, por sus siglas en inglés) recomienda la detección del tipo 2 diabetes en mujeres con antecedentes de diabetes mellitus gestacional (DMG, por sus siglas en inglés) que actualmente no están embarazadas y que no hayan sido diagnosticadas previamente con diabetes tipo 2. Pruebas iniciales, idealmente, deben ocurrir dentro del primer año posparto y puede realizarse tan pronto como 4-6 semanas posparto. Mujeres que no fueron examinadas en el primer año posparto o aquellas con resultado inicial negativo, el resultado de la prueba de detección posparto debe evaluarse al menos cada 3 años durante un mínimo de 10 años después del

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

Preventivos para Menores de Edad

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

Servicio Preventivo	Indicación
Anemia/Hierro	Realizar evaluación de riesgos o pruebas de detección según corresponda, según las recomendaciones en la edición actual de la AAP Pediatric Nutrition: Policy of the American Academy of Pediatrics (Capítulo de hierro). Suplemento de hierro para menores de 4 meses a 21 años que tengan riesgo de anemia.
Ansiedad en niños y adolescentes: Cernimiento: niños y adolescentes entre las edades de 8 a 18 años	La USPSTF recomienda el cernimiento para la ansiedad en niños y adolescentes entre las edades de 8 a 18 años.
Cernimiento de Autismo	Para menores de edad entre 18 y 24 meses.
Cernimiento de comportamiento, social y emocional	La Academia Americana de Pediatría (AAP, por sus siglas en inglés), recomienda una evaluación anual desde recién nacido hasta los 21 años.
Cernimiento de bilirrubina	Cernimiento para recién nacidos.
Presión arterial	Cernimiento para menores: 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-17 años.
Análisis de sangre	Cernimiento para recién nacidos.
Desplazamiento cervical	Cernimiento para personas aseguradas sexualmente activas.
Cernimiento de depresión y riesgo de suicidio en niños y adolescentes	La Academia Americana de Pediatría (AAP, por sus siglas en inglés) y la USPSTF recomienda el cernimiento para el trastorno de depresión mayor (MDD, por sus siglas en inglés) en adolescentes entre las edades de 12 a 21 años.
Cernimiento de desarrollo y vigilancia	Cernimiento para menores de 3 años y vigilancia durante toda la niñez.
Dislipidemia	Cernimiento para menores, una vez entre 9 y 11 años y una vez entre 17 y 21 años. Cernimiento para menores de edad a riesgo de desórdenes de lípidos. Edades: 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-17 años.
Profilaxis ocular para gonorrea: medicamento preventivo	Medicamento tópico ocular para la prevención de Gonorrea en recién nacidos.
Audición	Cernimiento de audición para todos los recién nacidos y para menores una vez entre 11-14 años, una vez entre 15-17 años y una vez entre 18- 21 años.
Estatura, peso e índice de masa corporal	Medidas para los niños. Edades 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-17 años.
Cernimiento hematocrito o de hemoglobina	Cernimiento para todos los menores de edad cuando exista un factor de riesgo.
Enfermedad de célula falciforme (hemoglobinopatías)	Cernimiento de enfermedad de células falciformes en recién nacidos.
Cernimiento de infección del virus Hepatitis B	La USPSTF y la Academia Americana de Pediatría (AAP, por sus siglas en inglés), recomienda el cernimiento para la infección con el virus de hepatitis B (HBV, por sus siglas en inglés), en recién nacidos hasta la adultez temprana (21 años de edad) que están en alto riesgo de infección.
Índice de Masa Corporal Elevado en Niños y Adolescentes: Intervenciones	La USPSTF recomienda que un profesional de la salud proporcione o remitan a niños y adolescentes de 6 años o más con un índice de masa corporal (IMC) alto (≥ percentil 95 para edad y sexo) a intervenciones conductuales intensivas y exhaustivas.
Hipotiroidismo	Cernimiento de hipotiroidismo congénito para recién nacidos.
Vacunas	Vacunas recomendadas desde el nacimiento hasta los 21 años. Las dosis, edades y población recomendadas varían: Difteria, Tétano, Tos Ferina, Haemophilus Influenza B, Hepatitis A, Hepatitis B, Virus del Papiloma Humano (HPV), Poliovirus inactivo, Influenza, Measles, Mumps, Rubella (MMR), Meningococo, Neumococo, Rotavirus y Varicela. Las vacunas de seguimiento están cubiertas. HPV comienza desde los 9 años en menores y adolescentes con historial de abuso sexual o asalto quienes no han iniciado o completado las 3 dosis (recomendación *Advisory Committee on Immunization Practices* (ACIP))

Servicio Preventivo	Indicación
	Vacuna contra COVID-19 como parte de la inmunización preventiva para infantes y niños a partir de 6 meses hasta los 12 años y adolescentes de 13 a 18 años de acuerdo a las recomendaciones del *Advisory Committee on Immunization Practices* (ACIP) *of the Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) y en acuerdo con el artículo 2.050 (c) del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. Vacuna contra el dengue para niños de 9 a 16 años que viven en áreas endémicas de dengue y tienen confirmación de laboratorio de infección previa por dengue: serie de 3 dosis administradas a las 0, 6 y 12 meses según las recomendaciones del Comité Asesor en Inmunización Practices (ACIP) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Vacuna Mpox recomendada para personas de 18 años con riesgo de infección por Mpox. Vacunación contra el virus sincitial respiratorio para jóvenes embarazadas de 11 a 12 años hasta los 18 años. 1 dosis de vacuna materna RSV durante las semanas 32 a 36 de embarazo, administrada entre septiembre a enero. Abrysvo es la única vacuna contra el VRS recomendada durante el embarazo. Consulte las recomendaciones de los CDC. Se recomienda la vacunación contra el virus sincitial respiratorio: 1 dosis de nirsevimab para todos los infantes de 8 meses y menos nacidos durante o entrando en su primera temporada del virus sincitial respiratorio. 1 dosis de nirsevimab para bebés y niños de 8 a 19 meses que tienen un mayor riesgo de sufrir del virus sincitial respiratorio grave enfermedad y entrando en su segunda temporada de RSV. Consulte las recomendaciones de los CDC.
Plomo	Cernimiento a menores de edad de 1 a 6 años con alta concentración de plomo en la sangre, quienes tienen un riesgo promedio o elevado y a personas aseguradas durante su embarazo que no tengan síntomas.
Depresión maternal	Cernimiento para madres de recién nacidos en las visitas de 1, 2, 4 y 6 meses.
Historial médico	Para todo menor de edad durante el desarrollo de 0 a 21 años.
Cernimiento de obesidad en menores y adolescentes	Para menores y adolescentes de 6 años en adelante, intervenciones intensas comprehensivas de comportamiento para promover un mejoramiento en el peso del menor.
Salud oral	Evaluación de riesgo para menores de 0 a 11 meses, 1 a 4 años y 5 a 10 años.
Cernimiento fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) en recién nacidos	Fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) en recién nacidos.
Prevención de caries dentales en niños menores de 5 años: Cernimiento e intervenciones: niños menores de 5 años	La USPSTF recomienda que los médicos de cuidado primario prescriban suplementos orales de fluoruro desde la edad de 6 meses para niños cuyo suplido de agua sea deficiente en fluoruro. De igual forma, la Academia Americana de Pediatría (AAP, por sus siglas en inglés), recomienda que, si la fuente primaria de agua es deficiente en fluoruro, se debe considerar suplementar con fluoruro oral. La USPSTF recomienda que los médicos de cuidado primario apliquen barniz de fluoruro a los dientes primarios de todos los infantes y niños comenzando en la edad de erupción de dientes primarios. Una vez el diente está presente, aplicar el fluoruro de barniz a todos los niños de entre 3 a 6 meses de edad en el cuidado primario o en la oficina dental basado en el riesgo a caries.
Cáncer de la piel: Consejería	Consejería a menores de edad, adolescentes y adultos jóvenes entre 6 meses a 24 años que tienen piel blanca para minimizar su exposición a la radiación ultravioleta y reducir el riesgo de cáncer de piel.
Arresto cardiaco repentino y Muerte cardiaca repentina	La Academia Americana de Pediatría (AAP), recomiendo el asesoramiento de sobre el riesgo de arresto cardiaco repentino y la muerta cardiaca repentina y ha

Servicio Preventivo	Indicación
	sido añadido para los 11 a 21 años (para tomar en cuenta el rango en el que el asesoramiento de riesgo puede ocurrir) para ser consistente con la política de AAP ("Sudden Death in the Young: Information for the Primary Care Provider") Ejecutar un asesoramiento, según sea apropiado.
Uso de tabaco en menores y adolescentes	Intervenciones, incluyendo educación y consejería, para menores en edad escolar y adolescentes para prevenir el inicio del uso de tabaco.
Uso de tabaco, alcohol y drogas	Cernimiento para menores de 11 a 21 años de edad.
Tuberculosis	Prueba para menores de edad en alto riesgo de tuberculosis. Edades: 0- 11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-21 años.
Cernimiento de visión: menores	Cernimiento de visión, por lo menos una (1) vez, para todos los menores entre las edades de 3 y 5 años para detectar ambliopía o factores de riesgo.

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

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

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

Vacunas cubiertas con $ 0 copago:

- Hib-HepB
- ROTA- Rotavirus Vaccine
- ROTA- Rotavirus Vaccine, human – Rotarix
- IPV- Inactivated Poliovirus Vaccine – injectable
- Hib- Haemophilus Influenza B Vaccine
- Menomune- Meningococcal Polysaccharide Vaccine
- MCV- Meningococcal Conjugate Vaccine – Menactra y Menveo
- PPV- Pneumococcal Polysaccharide Vaccine
- FLU- Influenza Virus Vaccine
- PCV- Pneumococcal Conjugate Vaccine - Prevnar 13
- DTaP- Diphteria, Tetanus Toxoid and Acellular Pertussis Vaccine
- DT- Diptheria, Tetanus Toxoid
- HPV*- Human Papilloma Virus (Gardasil, Cervarix, 9vHPV)
- Tdap-Tetanus, Diphtheria and Acellular Pertussis
- Zoster- Shingrix
- MMR- Measles, Mumps and Rubella Vaccine
- VAR- Varicella Virus Vaccine
- HEP A Hepatitis A Vaccine
- HEP A-HEP B Hepatitis A and Hepatitis B Vaccine
- Td- Tetanus and Diphteria Toxoid Adsorbed
- HEP B- Hepatitis B Vaccine
- Meningococcal B
- Pentacel
- DtaP-IPV-HEP B (Pediarix)
- Kinrix
- Dengue**
- Prevnar 20
- COVID
- RSV-mAb - Beyfortus (Nirsevimab)
- RSV - (Abrysvo, Arexvy, mResvia)

Vacunas cubiertas con coaseguro. La persona asegurada es responsable de pagar el coaseguro establecido en el Capítulo 5.

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

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

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

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

SECCIÓN 2 Beneficio de Farmacia

Sección 2.01 Información General

La cubierta de farmacia está sujeta a los términos y condiciones de la cubierta para servicios de hospitalización, médico-quirúrgicos y ambulatorios que no estén en conflicto con los beneficios y condiciones descritos en esta sección y en tal caso, prevalece lo establecido en las provisiones de la cubierta de farmacia.

El despacho de medicamentos genéricos es la primera opción, excepto para aquellos medicamentos de marca, incluidos en el Formulario de Medicamentos para el cual no exista el genérico. Si la persona asegurada elige, o su médico la receta, un medicamento de marca cuando existe su genérico en el mercado, la persona asegurada paga el copago del medicamento genérico y la diferencia en costo entre el medicamento de marca y el genérico.

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

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

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

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

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

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

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

Esta cubierta de farmacia tiene las siguientes características:

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

  El Comité de Farmacia y Terapéutica evalúa el Formulario de Medicamentos y aprueba cambios durante el año póliza de acuerdo a lo siguiente:

  a) Todo medicamento nuevo que salga al mercado durante la vigencia de esta póliza será evaluado en un término no mayor de 90 días luego de su aprobación por la FDA para determinar si se incluye en el Formulario de Medicamentos.
  b) Cambio por motivos de seguridad, si el fabricante del medicamento con receta no lo puede suplir o lo ha retirado del mercado o si el cambio implica la inclusión de nuevos medicamentos de receta en el Formulario de Medicamentos.

- Notificaremos los cambios a más tardar a la fecha de efectividad del cambio a:

  a) Todas las personas aseguradas
  b) Las farmacias participantes para la inclusión de medicamentos nuevos con treinta (30) días de antelación a la fecha de efectividad

Descripción del Beneficio de Farmacia

Esta póliza cuenta con la Red de Farmacia Better Value 2027 y el Formulario de Medicamentos Select 2027 y se requiere una receta médica para el despacho de medicamentos.

Están cubiertos los medicamentos genéricos, marca preferidos, marca no preferidos, productos especializados preferidos y productos especializados no preferidos incluidos en el Formulario de Medicamentos que contengan en su etiqueta la frase *Caution: Federal law prohibits dispensing without prescription* (Precaución: La ley Federal prohíbe su despacho sin receta médica), insulina y algunos medicamentos *Over-the-Counter* (OTC) incluídos en la Lista de OTC del Formulario de Medicamentos que aplica a esta póliza

Se cubren los servicios preventivos conforme a las leyes federales *Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA)* y la *Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA)*, según establecidos por el *United States Preventive Services Task Force (USPSTF)* y por Health Resources and Services Administration (HRSA). Solo se cubrirán los medicamentos preventivos incluidos en el Formulario de Medicamentos. Los medicamentos clasificados como preventivos, según se detallan a continuación, se cubren con **$0 copago** con receta médica si los mismos son recibidos de farmacias participantes de la red contratada por Triple-S Salud:

- Métodos anticonceptivos – Solo se cubrirán los medicamentos aprobados por FDA e incluidos en la lista de Anticonceptivos en el Formulario de Medicamentos, que incluye al menos un medicamento de cada una de las categorías definidas en *Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No.* 111-148 (PPACA). Aplica $0 copago a los servicios que son parte integral del servicio preventivo

brindado. El genérico se cubrirá como única opción excepto en las categorías donde no exista en el mercado la versión genérica. Métodos anticonceptivos que no estén en el formulario de medicamentos de esta póliza, serán evaluados por el proceso de excepción médica y estarán cubiertos con $0 copago cuando sea médicamente necesario y determinado por su médico.

- Suplementos de ácido fólico (400 mcg y 800 mcg) para personas aseguradas que estén planificando o sean capaces de quedar embarazadas.
- Suplementos orales de Flúor para pre-escolares de seis (6) meses hasta los cinco (5) años de edad cuyas fuentes de obtención de agua no tiene flúor.
- Para aquellos que utilizan los productos para cesar el uso de tabaco, este plan cubre el despacho de *nicotine nasal spray, nicotine inhaler* y *bupropion hcl* (*smoking deterrent*), por noventa (90) días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año. El genérico se cubrirá como única opción excepto cuando no exista en el mercado la versión genérica. No aplica a productos OTC (*Over the Counter*).
- Medicamentos preventivos a pacientes de alto riesgo de desarrollar cáncer de seno, el genérico de *tamoxifen* o *raloxifene* en tabletas, para pacientes que se encuentran en alto riesgo de desarrollar la enfermedad y que tienen un riesgo bajo de reacciones adversas a medicamentos.
- Estatinas para prevenir accidentes cardiovasculares: dosis baja o moderada de estatinas para adultos entre las edades de 40 a 75 años sin historial de enfermedad cardiovascular que tengan uno o más factores de riesgo (dislipidemia, diabetes, hipertensión o fumar) y un riesgo calculado de 10 años de tener un evento cardiovascular de 10% o más. Se cubren los genéricos de Simvastatin 5, 10, 20 y 40 mg; Atorvastatin 10 y 20 mg, Pravastatin 10, 20, 40 y 80 mg, Rosuvastatin 5 y 10 mg; Lovastatin 10, 20 y 40 mg y Fluvastatin 20 y 40 mg.
- Prevención de cáncer colorrectal: recetas de gastroenterólogos de preparaciones intestinales para procedimiento de colonoscopia en adultos de 50 años o más solo se cubrirán los siguientes medicamentos con leyenda: Na Sulfate-K Sulfate-Mg Sulf Oral Solution 17.5-3.13-1.6 GM/177ML (genérico de Suprep) y PEG (polyethylene Glycol).
- Medicamentos para Profilaxis Pre-Exposición para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV PrEP) Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil Fumarate 200mg/300mg, Descovy Oral Tablet 200-25mg, Apretude Intramuscular Suspension Extended Release 600 MG/3ML éstos requieren preautorización para validación de diagnóstico.
- Uso de aspirina de dosis baja (81mg/d) como medicamento preventivo después de las 12 semanas de gestación en personas aseguradas con alto riesgo de preclamsia.
- Para más información sobre los medicamentos preventivos a los que aplican estas disposiciones de ley, puede acceder el siguiente enlace: http://www.healthcare.gov/center/regulations/prevention.html.
- Este plan cubre los medicamentos con leyenda federal para cumplir con la Ley para la Protección, Seguridad, Integración, Bienestar y Desarrollo Integral de las Personas con los Trastornos del Espectro Autista, sujeto a los copagos y coaseguros establecidos en la póliza.
- Buprenorfina
- La cantidad de medicamentos provistos conforme a una receta original está limitada a un abastecimiento de quince (15) días para medicamentos agudos y treinta (30) días para los medicamentos de mantenimiento.

La cantidad de medicamento de mantenimiento es provista conforme a la receta original y hasta cinco (5) repeticiones, todas con abastecimiento de 30 días, para un total de 180 días de suplido por receta. El médico tiene que indicar en la receta la cantidad de repeticiones y podrá obtenerlas en un periodo de un año desde la fecha original de la receta.

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

Guías de Referencia

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

a. **Medicamentos que requieren preautorización (PA)**: Ciertos medicamentos necesitan una preautorización para ser obtenidos por el paciente. Los mismos se identifican en el Formulario de Medicamentos con PA (requiere preautorización), en cuyo caso, la farmacia gestiona la preautorización antes del despacho del medicamento a la persona asegurada. La farmacia también nos contacta para obtener autorización por cambios en dosis y cuando los cargos exceden los $1,500 por receta despachada para evitar errores de facturación.

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

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

b. **Medicamentos que requieren terapia escalonada (ST):** En algunos casos, requerimos que la persona asegurada trate primero un medicamento de primer paso como terapia para su condición antes de que cubramos otro medicamento de segundo paso para esa condición. Aplica a las personas aseguradas que utilizan el medicamento por primera vez, o si ha transcurrido un periodo mayor de seis (6) meses de haber utilizado alguno de los medicamentos.

c. **Límites de cantidad (QL, por sus siglas en inglés)**: Ciertos medicamentos tienen un límite en la cantidad a despacharse. Estas cantidades se establecen de acuerdo con lo sugerido por el fabricante, como la cantidad máxima adecuada que no está asociada a efectos adversos y la cual es efectiva para el tratamiento de una condición.

d. **Límites de especialidad médica (SL, por sus siglas en inglés)**: Algunos medicamentos tienen un límite de especialidad según el médico especialista que está tratando la condición. Por ejemplo, para una condición del hígado debe ser un gastroenterólogo o infectólogo quien recete el medicamento. Estos límites de especialidad se establecen de acuerdo con la literatura médica actual.

e. **Límites de edad (AL, por sus siglas en inglés)**: En el Formulario de Medicamentos hay incluidos medicamentos asociados a las iniciales AL. AL significa que estos medicamentos tienen un límite de edad.

f. **Programa de Manejo de Medicamentos Especializados**: El Programa de Manejo de Medicamentos Especializados es un programa coordinado exclusivamente a través de las farmacias participantes de la Red de Farmacias Especializadas de Triple-S Salud. El propósito de este programa es ayudar a las personas aseguradas que tengan condiciones crónicas y de alto riesgo que requieren la administración de medicamentos especializados a que reciban un manejo clínico de la condición totalmente integrado. Algunas de las condiciones médicas o medicamentos que requieren manejo a través del Programa de Manejo de Medicamentos Especializados son las siguientes:

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

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

- Una evaluación que permite identificar necesidades particulares que el paciente pueda tener respecto al uso de su medicamento.

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

Para información sobre las farmacias participantes de la Red de Farmacias Especializadas, favor referirse al Directorio de Proveedores 2027 en la red Blue Select Network, visite nuestro portal de internet en www.ssspr.com o llame a Servicio al Cliente.

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

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

Sección 2.03 Estructura del Beneficio de Farmacia y Despacho de Medicamentos

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

Abastecimiento para 30 días:

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

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

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

Triple-S Salud ofrece programas para el despacho de 90 días en algunos medicamentos de mantenimiento. Los medicamentos de mantenimiento aplican para las siguientes condiciones: Hipertensión, Diabetes (insulina y tabletas orales), Tiroides, Colesterol, Epilepsia (Anticonvulsivos), Estrógeno, Alzheimer (no aplican los parchos), Parkinson, Osteoporosis, Próstata, Inhibidores de aromatasa, Anti-Estrógenos, Asma (tabletas y líquido, excluye inhaladores y nebulizador) y Anticoagulantes (excluye warfarina). No aplica a los productos

especializados. Las personas aseguradas de Triple-S Salud tienen la flexibilidad de seleccionar la opción de preferencia para el recibo de algunos medicamentos de mantenimiento a través de: las farmacias participantes o en la comodidad de su hogar registrándose en el Programa de Farmacia de Triple-S Salud por correo.

Programa de despacho de medicamentos a 90 días: Este programa de suplido extendido le permite a la persona asegurada obtener un suministro de 90 días para algunos medicamentos de mantenimiento a través de sus farmacias participantes. El Programa cuenta con una red de farmacias alrededor de toda la Isla las cuales incluyen farmacias de cadenas y farmacias independientes de la comunidad.

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

Abastecimiento para 90 días

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

*Favor referirse a el Formulario de Medicamentos Select

Sección 2.05 Preautorizaciones para Medicamentos

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

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

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

Sección 2.06 Procedimiento de Trámite de Preautorizaciones para Medicamentos

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

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

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

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

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

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

Sección 2.07 Proceso de Excepción al Formulario de Medicamentos

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

Tipos de excepción

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

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

Proceso de Petición de Excepción

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

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

Información requerida para aprobar su solicitud de excepción

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

- Nombre del paciente
- Número de contrato
- Diagnóstico primario relacionado con el medicamento objeto de la solicitud
- Razón por la cual no puede utilizar ningún medicamento de receta en el Formulario de Medicamentos que sea una alternativa clínicamente aceptable para tratar la enfermedad o condición médica de la persona asegurada.
- El medicamento de receta alternativo que figura en el Formulario de Medicamentos o que se requiere conforme a la terapia escalonada:
  - Ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o, a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen de la persona asegurada y las características conocidas del régimen del medicamento de receta, es muy probable que sea ineficaz o se afectará la eficacia del medicamento de receta o el cumplimiento por parte de la persona asegurada
  - Ha causado o, según la evidencia clínica, médica y científica, es muy probable que cause una reacción adversa u otro daño a la persona asegurada.
  - La persona asegurada ya se encontraba en un nivel más avanzado en la terapia escalonada de otro plan médico, por lo cual es irrazonable requerirle comenzar de nuevo en un nivel menor de terapia escalonada.
  - La dosis disponible según la limitación de dosis del medicamento de receta ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona asegurada o, a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen de la persona asegurada y las características conocidas del régimen del medicamento de receta, es muy

probable que sea ineficaz, o se afecta la eficacia del medicamento de receta o el cumplimiento por parte de la persona asegurada.

Procesamiento de Petición de Excepción

1. Al recibir una solicitud de excepción médica, Triple-S Salud se asegurará de que sea revisada por profesionales de la salud adecuados, dependiendo de la condición de salud para la cual se solicita la excepción médica, quienes, al hacer su determinación de la solicitud, considerarán los hechos y las circunstancias específicas aplicables a la persona asegurada para la cual se presentó la solicitud, usando criterios documentados de revisión clínica que:
   - Se basan en evidencia clínica, médica, científica sólida; y las guías de práctica pertinentes a tenor con las leyes estatales, federales y reglamentos correspondientes; y siempre y cuando el servicio provisto sea reconocido por las normas generalmente aceptadas de la práctica médica y de la salud, a la luz de los medios modernos de comunicación y enseñanza.

2. Los profesionales de la salud designados por Triple-S Salud para revisar las solicitudes de excepción médica, se asegurarán de que las determinaciones tomadas correspondan a los beneficios y exclusiones que se disponen en el plan médico de la persona asegurada. Estos profesionales deberán poseer experiencia en el manejo de medicamentos. Las referidas determinaciones deberán constar en un informe en el cual se hará constar las cualificaciones de los profesionales de la salud que hicieron la determinación.

3. Triple-S Salud tomará la determinación de la solicitud presentada y notificará a la persona asegurada o su representante personal con la premura que requiere la condición médica pero no más tarde de 72 horas de haber recibido toda la información requerida desde la fecha del recibo de la solicitud o comunicación del médico que emite la receta, la fecha que sea posterior. En el caso de los medicamentos controlados no excederá de 36 horas.

   - Triple-S Salud solicita al médico o farmacia la información clínica requerida para evaluar su solicitud mediante teléfono, facsímile o algún otro medio electrónico.
   - En caso de que la persona asegurada sea la que sometió la petición, y se requiera información clínica adicional para completar la evaluación del medicamento, se contacta a la persona asegurada mediante llamada telefónica, se le indica la información clínica que debe ser suplida por el médico para evaluar el caso, el tiempo que tiene para enviarla y el número de fax al cual debe referirla.
   - Si la información clínica requerida no es recibida en un periodo de 72 horas, procedemos a cerrar la solicitud y se le notifica inmediatamente a la persona asegurada y si fuera aplicable, a su representante personal y al médico que expide la receta. La notificación incluye el detalle de la información clínica que falta. El cierre de la solicitud no significa que la persona asegurada no pueda presentar nuevamente la reclamación.
   - La forma de solicitud de excepción está disponible libre de costo en **www.ssspr.com**. En la sección Herramientas para Ti que se encuentra en la parte inferior de la página principal están los Formularios para Personas Aseguradas donde está la forma de solicitud médica, así como en el Formulario de Medicamentos.

4. Si Triple-S Salud no toma una determinación respecto a la solicitud de excepción médica, ni la notifica dentro del periodo antes mencionado:
   - La persona asegurada tendrá por un término de 30 días, derecho al suministro del medicamento de receta objeto de la solicitud, y según el suministro sea solicitado o recetado, o en caso de terapia escalonada, por los términos que disponga la cubierta.
   - Triple-S Salud tomará una determinación con respecto a la solicitud de excepción médica antes de que la persona asegurada termine de consumir el medicamento suministrado.

5. Si Triple-S Salud no toma una determinación con respecto a la solicitud de excepción médica, ni notifica la determinación antes de que la persona asegurada termine de consumir el medicamento suministrado, deberá mantener la cubierta en los mismos términos y continuadamente, mientras se siga recetando el medicamento a la persona asegurada y se considere que el mismo sea seguro para el tratamiento de su enfermedad o condición médica, a menos que se hayan agotado los límites de los beneficios aplicables.

6. Si Triple-S Salud aprueba una solicitud de excepción médica, proveerá cubierta para el medicamento y no requerirá que la persona asegurada solicite aprobación para una repetición, ni para receta nueva para continuar con el mismo medicamento, siempre y cuando:

- se recete el medicamento para la misma enfermedad o condición médica; y
- el medicamento sea seguro por el año póliza.

7. Triple-S Salud no establece un nivel de copago o coaseguro que sea aplicable solamente a los medicamentos de receta aprobados mediante solicitud de excepción.

8. Toda denegación de una solicitud de excepción:

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

9. Proceso de notificación de la determinación de cubierta

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

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

SECCIÓN 3 Beneficios Dentales

Sección 3.01 Información General

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

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

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

- Cuando un paciente haya recibido un trauma dental extenso o severo donde el uso de anestesia local comprometería la calidad de los servicios o sería inefectiva para manejar el dolor y aprehensión.

Este servicio **requiere predeterminación** y aplican los copagos y coaseguros correspondientes a su cubierta.

Los siguientes documentos deben ser enviados a Triple-S Salud para la evaluación correspondiente:

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

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

Sección 3.02 Servicios Diagnósticos y Preventivos

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

Sección 3.03 Predeterminación de Servicios

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

SECCIÓN 4 Beneficios Cubiertos por Ley

Emergencias siquiátricas	En cumplimiento con la Ley Núm. 183 del 6 de agosto de 2008, las emergencias siquiatras estarán cubiertas, así como la transportación entre instituciones proveedoras de servicios de salud incluyendo ambulancias que estén certificadas por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud conforme lo establece el último párrafo del artículo 4.20 (b) de la Ley Núm. 183 de 6 de agosto de 2008.
Pruebas de Cernimiento	En cumplimiento con la Ley Núm. 218 del 30 de agosto de 2012, se cubren las pruebas de cernimiento para Cáncer, Presión Alta y Colesterol, Diabetes, Osteoporosis y Enfermedades de Transmisión Sexual, entre otras, según establecidas por Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, por sus siglas en inglés).

Cernimiento y tratamiento depresión postparto	De conformidad con la Ley Núm.101 de 30 de agosto de 2023, esta póliza cubre el cernimiento y tratamiento físico y emocional de las personas aseguradas que tengan síntomas de depresión preparto y postparto o que sean identificadas o referidas a profesionales o instituciones de salud emocional como pacientes en riesgo.
Cuidado para madres y recién nacidos durante el periodo post-parto	En cumplimiento con la Ley Núm. 248 de 15 de agosto de 1999, Ley para Garantizar un Cuidado Adecuado para las Madres y sus Recién Nacidos Durante el Periodo Post-Parto: a. No se limitan las estadías de la madre o el recién nacido, que son consecuencia de un parto, a menos de 48 horas en caso de parto natural o menos de 96 horas en caso de partos por cesáreas. b. Las aseguradoras pueden, sin embargo, cubrir estadías menores a estos periodos, si el médico, luego de consultar a la madre, ordena el alta de la madre o el recién nacido antes de cumplirse los términos indicados anteriormente. c. Si la madre y el recién nacido son dados de alta en un periodo de tiempo menor al dispuesto en el inciso (a) de este artículo, pero de conformidad con el inciso (b), la cubierta provee para una visita de seguimiento dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes. Los servicios incluirán, pero no se limitarán, a la asistencia y cuidado físico para beneficio del menor, educación sobre cuido del menor para ambos padres, asistencia y entrenamiento sobre lactancia, orientación sobre apoyo en el hogar y la realización de cualquier tratamiento y pruebas médicas, tanto para el infante como para la madre. d. Las aseguradoras no diseñan beneficios o incluyen copagos o coaseguros que impliquen un trato desfavorable a alguna porción de la estadía hospitalaria. e. Además, la ley no permite requerir preautorización para estadías que están dentro de las disposiciones de la ley. Sin embargo, la ley permite que se requiera una preautorización para utilizar algunos proveedores o para reducir los desembolsos en que pueda incurrir una persona asegurada. Triple-S Salud no requiera esta preautorización.
Cernimiento para menores de edad	En cumplimiento con la ley Núm. 296 de 1 de septiembre de 2000, conocida como Ley de Conservación de la Salud de Niños y Adolescentes de Puerto Rico, se cubren los servicios preventivos de cernimiento, de acuerdo a la edad preescolar del menor. De acuerdo a la carta normativa Núm.-AV-7-8-2001, el Departamento de Educación tiene la responsabilidad de asegurar que al inicio de cada año escolar cada niño haya recibido su evaluación médica anual. Dicha evaluación médica deberá incluir evaluación física, mental, salud oral, cernimiento de visión y audición, además de todos los cernimientos periódicos recomendados por la academia americana de pediatría.
Cirugía bariátrica	En cumplimiento con la ley Núm. 212 de 9 de agosto de 2008, esta póliza cubre la cirugía de bypass gástrico en Puerto Rico para el tratamiento de obesidad mórbida, hasta una cirugía de por vida, si está disponible en Puerto Rico. El primer tratamiento debe ser dietético y cambios en el estilo de vida. El médico debe documentar los intentos fallidos de reducción de peso supervisado. La instalación de salud en que se realizará la cirugía debe contar con la acreditación del Joint Commission y una de las siguientes dos entidades: la American College of Surgeons o de la American Society for Metabolic and Bariatric Surgery. Las cirugías para la remoción de la piel excesiva están cubiertas, si el médico certifica que es necesario remover la piel en exceso, porque afecta el funcionamiento de alguna parte del cuerpo. Estos procedimientos quirúrgicos **requieren preautorización** de Triple-S Salud.
Ventilador mecánico	En cumplimiento con la ley 125 de 21 de septiembre de 2007, enmendada por la ley 62 de 4 de mayo de 2015, se cubren los servicios médicos necesarios, pruebas y equipos para personas aseguradas menores de edad y que aún luego de rebasar los 21 años requieran el uso de equipo tecnológico cuyo uso sea

	necesario para que el usuario pueda mantenerse con vida, un mínimo de un (1) turno diario de ocho (8) horas por paciente, de servicios de enfermeras(os) diestros con conocimientos en terapia respiratoria o especialistas en terapia respiratoria con conocimientos en enfermería o de técnicos (as) de emergencias médicas-paramédico(a) (TEM-P)/ debidamente licenciado con cursos/ certificaciones y adiestramientos aprobados y convalidados o los requerimientos de destrezas y conocimientos establecidos mediante reglamentación por su respectiva Junta Examinadora relacionados hacia el cuidado y manejo de dichos pacientes y sus equipos médicos según autorizado en la Ley 69 de 27 de diciembre de 2021. Se cubren los suplidos que conllevan el manejo de los equipos tecnológicos, terapia física y ocupacional necesaria para el desarrollo motor de éstos pacientes, así como medicamentos mediante prescripción médica, los cuales deben ser despachados en una farmacia participante, libremente seleccionada por la persona asegurada, y autorizada bajo las leyes de Puerto Rico (bajo el beneficio de farmacia). La cubierta dispone para que cada persona asegurada tenga a su alcance anualmente los exámenes de laboratorio e inmunización apropiados para su edad y condición física. Estos servicios están cubiertos, sujeto a que la persona asegurada o su representante, presenten evidencia de justificación médica y de la suscripción de la persona asegurada en el registro que el Departamento de Salud ha diseñado para este propósito. Incluye suministros necesarios para el manejo de los equipos tecnológicos del Ventilador Mecánico.
Autismo	En cumplimiento con la Ley Núm. 163 de 13 de agosto de 2024, "Ley para la Protección, Seguridad, Integración, Bienestar y Desarrollo Integral de las Personas con los Trastornos del Espectro Autista esta póliza cubre los servicios dirigidos al diagnóstico y tratamiento de las personas con Trastornos del Espectro Autista incluyendo sin limitarse a servicios dirigidos al diagnóstico e intervención tales como: genética, neurología, psiquiatría, inmunología, gastroenterología, endocrinología y nutrición; evaluaciones y terapias del habla y lenguaje, psicológicas, psiquiátricas, ocupacionales, visual, auditivas, físicas, de alimentación y disfagia, conductuales, incluyendo "Applied Behavior Analysis" (ABA), u otras fundamentadas en las evaluaciones correspondientes y basadas en evidencia, que incluirán las visitas médicas, las pruebas referidas con los acomodos que necesite, incluyendo turno prioritario, anestesia y otros servicios médicos que sean medicamente necesarios para el tratamiento de los pacientes con autismo. Sin limitarse, a pruebas de laboratorios, electroencefalograma, imágenes por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés) entre otras pruebas radiológicas que sean medicamente necesarias, trabajos dentales, entre otros servicios que sean medicamente recomendados por la complejidad del manejo de ansiedad y conducta de los pacientes con autismo." Estos servicios se ofrecen sin límite alguno, a todas las personas aseguradas diagnosticada con alguna de las condiciones dentro del Continuo del Autismo, sujeto a los deducibles, copagos y coaseguros establecidos en la póliza para estos servicios. En cumplimiento con la Ley núm. 63 de 19 de julio de 2019 para el Tratamiento de Oxigenación Hiperbárica para la Personas con Trastorno de Espectro de Autismo, se cubre el tratamiento de terapias de oxigenación hiperbárica para personas con autismo siempre y cuando éste sea recomendado por un facultativo médico y el tratamiento sea permitido por las leyes y regulaciones federales; incluyendo indicación al respecto por parte de la FDA.

Síndrome de Down	En cumplimiento con la ley núm. 97 de 15 de mayo de 2018 (Carta de Derechos de las Personas que tienen el Síndrome de Down), enmendada por la ley 13 de 25 de marzo 2022, esta póliza cubre los servicios requeridos para las personas aseguradas con Síndrome de Down desde su nacimiento, incluyendo pruebas genéticas **(requieren preautorización),** neurología, inmunología, gastroenterología y nutrición, visitas médicas y las pruebas referidas médicamente y los servicios terapéuticos como las terapias físicas, ocupacionales y del habla, así como cualquier otra terapia necesaria, con enfoque remediador para vida independiente o vivienda asistida para adultos mayores de 21 años de edad. Se cubrirá de acuerdo con las cantidades y frecuencia ordenadas por el proveedor o especialista; sujeto a los deducibles, copagos y coaseguros establecidos en la póliza.
Albinismo y Síndrome de Hermansky-Pudlak	En cumplimiento con la ley núm. 109 del 22 de diciembre de 2022, Ley para establecer la Política Pública del Gobierno de Puerto Rico en torno a la población con Albinismo y el Síndrome de Hermansky-Pudlak, se cubren los servicios para el tratamiento y manejo para estas condiciones sin referido, siempre que sean validados científicamente como eficaces y recomendadas para diagnosticar y tratar la condición y los trastornos genéticos y que respondan a las necesidades específicas del paciente. Estos servicios se cubrirán de acuerdo a los términos de esta póliza, incluyendo límites y los deducibles, copagos y coaseguros establecidos en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros, en la sección Servicios Médico-Quirúrgicos y de Diagnóstico en Forma Ambulatoria. La cubierta incluye: a) Los servicios, pruebas y procedimientos médicamente necesarios de seguimiento por un oftalmólogo o dermatólogo para el manejo de la condición una vez establecido el diagnóstico; b) En los casos de Síndrome de Hermansky-Pudlak y Chediak-Higashi, se cubrirán, además los servicios, prueba y procedimientos ofrecidos por un hematólogo; c) Medicamentos prescritos por: oftalmólogos, dermatólogos y en los casos del Síndrome de Hermansky-Pudlak, aquellas prescritas por hematólogos, neumólogos para tratar condiciones o complicaciones en el manejo y prevención de complicaciones en esta población; d) Lentes y espejuelos especialmente prescritos para protección, prevención y mejora de la visión; e) Cremas de protección solar específicas para prevención de complicaciones por exposición a los rayos ultravioletas. Estas lociones o cremas tienen que ofrecer al menos un factor de protección solar SPF de 50 o más y proteger contra rayos ultravioletas A y B (UVA y UVB). Sujeto a validación de Triple-S Salud; y f) Cualquier otro servicio, tratamiento o medicamento que se entienda pertinente el incluir por esta ley. g) Además, se cubre el costo de la prueba genética de HPS tipo 1, a pacientes recién nacidos visiblemente con albinismo.
Braille	En cumplimiento con la ley núm. 162 de 30 de diciembre de 2020, Triple-S Salud entregará a las personas aseguradas no videntes que lo soliciten la evidencia de cubierta y la tarjeta de identificación en el sistema Braille.
Preparado de Aminoácidos Libre de Fenilalanina	En cumplimiento con la ley núm. 139 de 8 de agosto de 2016, esta póliza cubre el preparado de aminoácidos libre de fenilalanina para pacientes diagnosticados con el trastorno genético denominado como fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) sin exclusiones de edad de la persona asegurada. En adición, se cubre para la atención, diagnóstico, prevención y tratamiento de personas con errores innatos del metabolismo.
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA/VIH)	En cumplimiento con la Ley Núm. 42 del 8 de julio de 2025, la cual enmienda la Ley Núm. 248 del 2018, conocida como “Carta de Derechos de las Personas con diagnóstico positivo a VIH en cualquiera de sus etapas en Puerto Rico” Toda persona con diagnóstico positivo a VIH en cualquiera de sus etapas tiene

	derecho a: la protección de salud, asistencia, cuidado de salud, al tratamiento idóneo, al trato igualitario por todo el personal de salud y a ser protegido del discrimen en la prestación de los servicios. Toda persona con diagnóstico positivo a VIH en cualquiera de sus etapas a quien se le nieguen servicios médicos tiene derecho a presentar una querella ante la Oficina del Procurador del Paciente; independientemente si este posee o no un plan médico. En los casos en que un asegurador de plan médico privado deniegue un servicio de cubierta o cancele una póliza o contrato del plan médico de una persona con diagnóstico positivo a VIH por razón de su condición de salud, tendrá también el derecho de presentar una querella ante la Oficina del Comisionado de Seguros (OCS). Las personas con diagnóstico positivo a VIH en cualquiera de sus etapas tienen derecho a recibir información clara, exacta y científica sobre la infección por el VIH en todas sus etapas, incluyendo la del SIDA (etapa avanzada de la infección), sin ningún tipo de restricción. Al igual tienen derecho a recibir información específica sobre su estado de salud, resultados de laboratorio y opciones de tratamiento farmacológico idóneo.
Salud mental y abuso de sustancias	En cumplimiento con la ley estatal núm. 183 de 6 de agosto de 2008 y la ley federal *Mental Health Parity and Addiction Equity Act of 2008* esta póliza cubre los servicios de salud mental y abuso de sustancias controladas, la cual promueve la equidad en el cuidado de enfermedades de salud mental y abuso de sustancias. Esta póliza no tiene restricciones mayores en límites con los beneficios médico-quirúrgicos, tales como límites de días o visitas, para beneficios/abuso de sustancias de salud mental que se aplican a los beneficios médico-quirúrgicos, los copagos no tienen restricciones mayores a los beneficios médico-quirúrgicos. Todos los servicios de salud mental descritos incluyen el tratamiento para madres que reflejen síntomas de depresión preparto y posparto, de conformidad con la Ley Núm. 101 del 30 de agosto de 2023.
Carta de derechos de pacientes con cáncer y sobrevivientes de cáncer	En cumplimiento con la ley núm. 165 del 15 de agosto de 2024, Triple-S no rechaza o deniega ningún tratamiento que esté pactado o que forme parte de los términos y condiciones del contrato de salud suscrito entre las partes, cuando media una recomendación médica a esos fines y esté basado en *el National Comprehensive Cancer Network Guidelines* o en las aprobadas por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA por sus siglas en inglés). Médicos, organizaciones de servicios de salud, aseguradoras, administradores, manejadores o terceros contratados y proveedores no podrán rechazar o denegar tratamiento entre los cuales se incluye la hospitalización, diagnósticos y medicamentos a cualquier paciente diagnosticado con cáncer. El diagnóstico y tratamiento recomendado y establecido por el profesional médico será criterio rector y exclusivo para determinar el tratamiento a seguir en un paciente. El criterio profesional médico no podrá ser alterado sin el aval del médico o del paciente, según sea el caso, y deberá cumplir con las leyes y regulaciones federales. Para el sobreviviente de cáncer, el tratamiento y monitoreo frecuente y permanente de la salud física y bienestar emocional del asegurado, no podrá dejarse al descubierto. Cubre todos los servicios y beneficios preventivos mencionados bajo la ley federal ACA para la detección temprana de cáncer de seno y también estudios y pruebas de monitoreo de cáncer de seno, tales como visitas a especialistas, exámenes clínicos de mamas, mamografías, mamografías digitales, mamografías de resonancia magnética, sonomamografías, y tratamientos como pero no limitados a, mastectomías, cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía para la reconstrucción del seno extraído, la reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica, las prótesis de seno, tratamiento por

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

Women's Health and Cancer Rights Act (WHCRA)	De conformidad con la ley *Women's Health and Cancer Rights Act* de 1998, esta póliza cubre la reconstrucción del seno en el cual se llevó a cabo una mastectomía, la reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica, las prótesis y las complicaciones físicas que surjan en todas las etapas de la mastectomía. Estos beneficios son provistos en consulta entre la persona asegurada y su médico y están sujetos a los coaseguros y copagos establecidos en esta póliza.
Ley de facturas sorpresa	El propósito es detener las llamadas facturas sorpresa en la facturación de los planes de salud, establecer protecciones al consumidor, transparencia, control de costos y responsabilidad, fuera de la red de proveedores; y para otros fines relacionados. De acuerdo con la ley Núm. 134 de 12 de agosto de 2020, usted tiene derecho a: • Obtener una descripción clara de los beneficios de salud fuera de la red de proveedores contratados, incluyendo la metodología utilizada por Triple-S Salud para determinar el monto permitido para los servicios fuera de la red. Favor de referirse al Capítulo 6: Cómo Funciona su Plan en la sección Servicios Fuera de la Red de Proveedores Contratados en Puerto Rico. • Obtener información sobre la cantidad permitida que Triple-S Salud reembolsará e información sobre la responsabilidad de la persona asegurada de pagar la diferencia entre el monto permitido y los cargos facturados por un proveedor fuera de la red de proveedores contratados. Favor de referirse al Capítulo 6: Cómo Funciona su Plan en la sección Servicios Fuera de la Red de Proveedores Contratados en Puerto Rico. • Obtener ejemplos de los costos anticipados para servicios fuera de la red de proveedores contratados facturados con frecuencia. Por ejemplo, pueden cobrarle sobre $140 por una interpretación de una tomografía computadorizada realizada por un radiólogo, recibir una factura de sobre $2,500 por una cirugía asistida por un robot (*robotic assisted surgery*) Estos ejemplos son para propósitos ilustrativos y la cantidad cobrada puede ser diferente a lo presentado ya que el proveedor no participante es el que determina el costo del servicio. • Obtener información sobre si un proveedor de servicios médicos o de salud es miembro de la red de proveedores contratados. • Acceder a una línea telefónica directa que operará al menos (16) horas diarias, (7) días a la semana para informarse sobre el estatus de la red de proveedores participantes y los costos. Favor de referirse al Capítulo 6: Cómo Funciona su Plan, Sección 1.07 Proveedores Participantes de Nuestra Red. • Sólo pagar el deducible, copago o coaseguro establecido en su póliza para los servicios prestados por proveedores participantes de Triple-S Salud. Si recibe una autorización para realizarse un servicio cubierto con un proveedor participante y el estatus del proveedor cambia a no participante antes de obtener el servicio, recibirá una notificación tan pronto sea posible. Si no recibe el aviso al menos 30 días antes de que se realice el servicio autorizado, su responsabilidad económica será la misma como si hubiese continuado el proveedor siendo uno participante. Los cargos inadvertidos e involuntarios por proveedores no participantes que se encuentran en una facilidad contratada no están sujetos a cobro o factura más allá de la responsabilidad económica incurrida bajo los términos del contrato de servicio dentro de la red (no aplica si usted fue notificado del costo y a sabiendas y voluntariamente determinó obtener el servicio). Cualquier intento por parte del proveedor de cobrar o facturar deberá ser informado inmediatamente al

	Departamento de Servicio al Cliente al 787-774-6060. Usted tiene derecho a comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros para informar o impugnar un cargo de un servicio provisto por un proveedor no participante: Oficina del Comisionado de Seguros División de Investigaciones 361 Calle Calaf PO Box 195415 San Juan, PR 00919-5415 Edificio World Plaza 268 Ave. Muñoz Rivera San Juan, PR 00918 Teléfono: 787-304-8686 www.ocs.pr.gov
COVID	En cumplimiento con la ley Núm. 43 de 16 de abril de 2020 (Ley para combatir el COVID-19) Triple-S Salud no requerirá copago, coaseguro, deducible, preautorización o referido a la persona asegurada por cuidado médico, estudios, análisis, diagnóstico y tratamiento de COVID-19, incluyendo hospitalización, siempre y cuando estos servicios sean brindados en Puerto Rico. Esto incluye, además, pruebas de detección o el diagnóstico del virus del COVID.
Telemedicina, Telesalud y ley Ciberterapia	En cumplimiento con la Ley Núm. 8 del 11 de abril de 2025, la cual enmienda la Ley Núm. 168-2018 y Ley Núm. 48-2020, ley Telemedicina, Telesalud y ley Ciberterapia. A partir de la vigencia de esta Ley, todo médico o profesional de la salud autorizado a ejercer en Puerto Rico, podrá realizar sus consultas o proveer sus servicios por medio de tecnologías de telemedicina o telesalud en Puerto Rico, sin necesidad de obtener una Certificación adicional para dicha práctica. Todo profesional licenciado autorizado a ejercer la telemedicina o la telesalud en Puerto Rico podrá facturar los servicios provistos, según establecido en virtud de esta Ley, a las compañías de seguro de salud y a la Administración de Seguros de Salud (ASES), quienes vendrán obligados a pagarla como si fuera un servicio prestado de forma presencial. A esos fines, las compañías de seguro de salud y ASES tendrán que proveerles a los médicos y profesionales de la salud, que así lo soliciten, los correspondientes códigos para la facturación por los servicios prestados por los medios aquí establecidos. A partir de la vigencia de esta Ley, todo profesional licenciado en la fisioterapia, terapia ocupacional terapia del habla-lenguaje, psicología, consejería, trabajo social, consejería en rehabilitación y terapia educativa en Puerto Rico, podrá realizar sus consultas a distancia por medios tecnológicos, tales como, teléfonos, video llamadas, aplicaciones o cualquier otra herramienta tecnológica al alcance, sin la necesidad de obtener la certificación para la práctica de la Ciberterapia descrita en este Artículo.
Ambulancia terrestre para emergencias médicas	En cumplimiento con la ley núm. 129 de 1 de agosto de 2019, cuando la persona asegurada utilice el servicio de una ambulancia terrestre a través del sistema 9-1-1 por una emergencia médica, se pagará directamente al proveedor.
Diabetes Mellitus Tipo 1	En cumplimiento con la ley núm. 177 de 13 de agosto de 2016, enmendada por la ley 19 de 12 de enero de 2020, Triple-S Salud cubre como parte de su cubierta médica para las personas aseguradas con Diabetes Mellitus Tipo 1 un monitor de glucosa por año póliza, 150 tirillas y 150 lancetas cada mes, la bomba portátil de infusión de insulina ordenada por un médico especialista en endocrinología pediátrica o endocrinólogo el cual determinará la marca de la bomba considerando la edad, nivel de actividad física y conocimiento de la condición de la persona asegurada o cuidador, siempre y cuando los mismos cumplan con los criterios de cualificación para un paciente diabético que requiera el uso de dicha bomba, y una (1) inyección de glucagón y reemplazo de la misma en caso de su uso o por haber expirado. Si el endocrinólogo ordena un glucómetro en específico, debido al tratamiento de la persona asegurada, el endocrinólogo someterá una

	justificación. En este caso, se cubrirá la marca del glucómetro ordenada por el endocrinólogo, con sus aditamentos, en aquellos pacientes que presenten un cuadro clínico de predisposición o mayor cantidad de factores de riesgo de desarrollar la condición de Diabetes Mellitus Tipo I.
Carta de Derechos y Responsabilidades de las Personas que viven con Diabetes	En cumplimiento con la Ley Núm. 14-2023-*Carta de Derechos y Responsabilidades de las Personas que viven con Diabetes*, la cual garantiza a las personas con diabetes el derecho a recibir atención de salud oportuna, acceso a tratamiento, educación e información y servicios de calidad, libres de discrimen. Además, establece las responsabilidades del paciente en el manejo de su condición, promoviendo la colaboración con los proveedores de salud para lograr un tratamiento efectiva.
Menores de 21 años postrados en cama	De acuerdo a la Ley Núm. 40 de 21 de febrero de 2023, esta póliza cubre para menores de 21 años postrados en cama con diversidades físicas o fisiológicas complejas, con justificación médica según los criterios establecidos en los protocolos del Departamento de Salud y según el plan de cuidado en el hogar, un mínimo de un turno diario de ocho (8) horas de personal de enfermería; o de técnicos de emergencias médicas-paramédicos(as) (TEMP-P) debidamente licenciados con cursos, certificaciones y adiestramientos aprobados y convalidados o los requerimientos de destrezas y conocimientos establecidos mediante reglamentación por su respectiva Junta Examinadora relacionados hacia el cuidado y manejo de estos pacientes y sus equipos médicos según autorizados en esta ley.
Hepatitis A, B y C	En cumplimiento con la Ley Núm. 67 de 12 de junio de 2023, esta póliza cubre una prueba de detección del virus de Hepatitis A, B y C por año, incluyendo una prueba por embarazo, así como la secuencia de pruebas de anticuerpos reactivas, como parte de los estudios de rutina de toda evaluación médica. Para personas aseguradas con condiciones o exposiciones reconocidas se cubrirán de acuerdo a la frecuencia establecida en las recomendaciones del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés). El tipo, secuencia y frecuencia de pruebas será conforme a lo recomendado por el CDC.
Pruebas de laboratorio sin orden médica	Según la Ley Núm. 29 del 18 de enero de 2024, se reconoce su derecho en la participación en la toma de decisiones de su tratamiento. Cada paciente, usuario o consumidor de servicios médicos y hospitalarios en Puerto Rico, tiene el derecho de solicitar servicios de un laboratorio clínico y requerir que se cubran las siguientes pruebas y eximirle del requisito de presentar una orden médica, siempre y cuando el paciente sufrague el costo de éstas: glucosa en ayunas, prueba de embarazo cualitativa, progesterona, hemograma completo, panel metabólico completo, hemoglobina glicosilada, análisis de orina, urocultivo, microalbúmina en orina, sangre oculta en heces, antígeno prostático específico, hepatitis, paneles de lípidos y tiroides, pruebas para la detección de enfermedades adquiridas. virus de inmunodeficiencia, pruebas de detección de sífilis, gonorrea, clamidia, influenza, micoplasma, mononucleosis y herpes simple, pruebas de tiempo de coagulación de protrombina y tromboplastina, hemocisteína, vitaminas B12 y D y proteína C reactiva (cualitativa y cuantitativa), pruebas de detección de COVSARS-2, virus respiratorio sincitial (VRS) y cualquier otra prueba clasificada como exenta según la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés). **Triple-S Salud no reembolsará a ningún asegurado las pruebas que no tengan orden médica.**

Angiodema Hereditario	Se cubre el diagnóstico y tratamiento de la condición Angioedema Hereditario (AEH), conforme con la Ley núm. 62 del 16 de abril de 2024, Según dispone la ley, se cubren los medicamentos, tratamientos, terapias y pruebas que no sean experimentales ni de modificación genética y validadas científicamente como eficaces y recomendadas para diagnosticar y tratar esta condición, según las necesidades específicas del paciente sin necesidad de referido. El asegurado también puede contar con apoyo del plan si tiene problemas de acceso llamando al centro de llamadas de servicio al cliente de Triple-S Salud para apoyarlo en la coordinación de acceso de no encontrar ningún proveedor.
Orden Administrativa 2023-579	La Orden Administrativa establece la obligación de todas las organizaciones de servicios de salud que administran un plan de la salud pública o privada, a proporcionar tratamientos, medicamentos y pruebas diagnósticas al Asegurado con síntomas de influenza. Para conocer los medicamentos cubiertos, hacer referencia al Formulario de Medicamentos.

SECCIÓN 5 Beneficios adicionales a su cubierta

Sección 5.01 Beneficios adicionales

En Triple-S Salud, entendemos que tu bienestar integral va más allá de la atención médica tradicional. Por ello, ofrecemos una serie de beneficios adicionales incluidos sin costo alguno a tu prima mensual, con el propósito de brindarte herramientas concretas para que tanto tú como tu familia puedan tomar decisiones informadas sobre su salud, mantener un estilo de vida activo y saludable y acceder a servicios de apoyo en momentos clave de sus vidas. Queremos que tengas el control de tu salud, no solo cuando estás enfermo, sino cada día: desde cómo manejas tu estrés y tus finanzas, hasta cómo planificas tu familia o te mantienes activo.

Algunos de estos beneficios requieren pasos previos sencillos, como completar tu Evaluación de Riesgos de Salud (HRA, por sus siglas en inglés) o tu visita preventiva anual. Lejos de ser limitaciones, estos requisitos representan un compromiso con tu propio bienestar: son el primer paso hacia un mayor conocimiento de tu estado de salud y hacia el desarrollo de un plan personalizado hacia una versión más saludable de ti.

Beneficio	Descripción
TeleConsulta MD®	Servicio de Telemedicina a través de TeleConsulta MD®. Para acceder este servicio: 1. Descarga la aplicación en tu dispositivo móvil o acceda al siguiente enlace: https://salud.grupotriples.com/teleconsulta-md/ 2. Registre su cuenta, creando un nombre de usuario y contraseña 3. Selecciona tu plan: Triple-S Salud. 4. Escoge entre la selección de médicos primarios o especialistas disponibles para atenderte al momento o agenda una cita. Usted tendrá acceso a consultas de salud con proveedores participantes como; generalista, médico de familia, internista, pediatra, sicólogo licenciado, entre otras especialidades, ya sea por una dolencia o urgencia menor. Algunas de las condiciones que se atienden bajo este servicio son: alergias, bronquitis, infección nasal, malestar estomacal, hipertensión, dolor de garganta, migraña, catarro, náusea, dolor de oído, asma, dolores musculares, entre otras.
	El proveedor puede enviar las recetas a la farmacia participante de su preferencia. También, usted puede compartir con el médico resultados de estudios. El servicio de telemedicina no sustituye a su médico. Si es una emergencia, es importante que llame al Sistema 9-1-1. Refiérase a la Sección Beneficios Cubiertos por Ley para más información.

MiConsulta MD	Servicio de consulta médica virtual a través de MiConsulta MD. Usted tendrá acceso a consultas de salud con proveedores participantes como: generalista, médico de familia, internista, pediatra, entre otras especialidades, ya sea por una dolencia o urgencia menor. Algunas de las condiciones que se atienden bajo este servicio son: catarro, tos, fiebre, dolor de garganta, sarpullido, asma, dolor de cabeza, náuseas, vómitos, diarrea, control de presión arterial, entre otras. Para acceder este servicio: • Visita una de las estaciones disponibles en distintas facilidades seleccionadas de Puerto Rico, sin necesidad de cita previa. Para detalles de horario y localidades, accede a la dirección web: salud.grupotriples.com/miconsulta-md/ • Entra a la cabina privada y presiona el botón de inicio para conectarte con un médico de la red de Triple-S Salud, quien te guiará en el uso de las herramientas diagnósticas disponibles. • Al finalizar, recibirás tu diagnóstico y plan de tratamiento. • El médico puede enviar las recetas electrónicas a la farmacia participante de su preferencia, así como órdenes para laboratorios u otros procedimientos si fuera necesario. El servicio de MiConsulta MD no sustituye a su médico. Si es una emergencia, es importante que llame al Sistema 9-1-1. Refiérase a la Sección Beneficios Cubiertos por Ley para más información.
Terapias Alternativas (Triple-S Natural)	El programa está disponible sólo a través de proveedores participantes. Para una lista de proveedores participantes, favor referirse al Directorio de Proveedores 2027 en la red *Blue Selec*t. Hasta 6 servicios por año, por persona asegurada e incluye los siguientes tipos de terapia: • Acupuntura Médica • Masaje Terapéutico • Medicina Naturopática • Musicoterapia
Seguro de Viaje Internacional suscrito por Triple-S Vida	Al suscribirse a Pocket de Triple-S 2027, cada persona asegurada por su contrato que este entre las edades de 6 meses a 84 años quedará suscrito automáticamente a la póliza de Seguro de Viaje Internacional suscrito por Triple-S Vida (TSV). La persona asegurada recibirá su póliza y materiales importantes con su paquete de bienvenida. La póliza Seguro de Viaje Internacional de Triple-S Vida aprobada por la Oficina del Comisionado de Seguros establece los términos y condiciones del seguro. Este seguro ofrece beneficios en caso de accidente o enfermedad mientras usted está de viaje. La persona asegurada debe llamar a la Central de Asistencia especializada en seguro de viaje contratada por Triple-S Vida llamada *Continental Assist* número: +1 939-475-1760. Medio de comunicación con la central de asistencia por medios electrónicos (Sólo para asuntos del Seguro de Viajero Internacional): Whatsapp: +18602187561. https://wa.me/18602187561?text= Nota: El teléfono se deberá marcar tal cual como aparecen listado arriba. Asimismo, la persona asegurada podrá llamar a través de la operadora internacional del país donde se encuentre, solicitándole dicha llamada por cobro revertido al siguiente teléfono en Estados Unidos de América: 1- 786-613-7102. La persona asegurada en todo caso deberá indicar su nombre, número de póliza de Triple-S Vida, fecha de vigencia, el lugar en que se encuentra, teléfono de contacto y el motivo de la solicitud.

	Puede presentar una reclamación directamente a Triple-S Vida a través del enlace en el portal de Triple-S Salud: https://salud.grupotriples.com/formularios-de-asegurados/ ; o escribiendo a reembolsos@continentalassist.com; o llamando a los números de teléfonos indicados arriba.
Seguro de Primer Diagnóstico de Cáncer	Al estar suscrito a una póliza Pocket de Triple-S 2027, cada persona asegurada menores de sesenta y cinco (65) años que no han sido diagnosticados o tratados de cáncer, ni se les ha recomendado someterse a exámenes médicos, laboratorios, biopsias o cualquier otro tipo de prueba para descubrir un posible tumor maligno, leucemia o cualquier otra manifestación sugestiva de cáncer quedará suscrito automáticamente a la póliza de Seguro de Primer Diagnóstico de Cáncer suscrito por Triple-S Vida (TSV). La persona eligible recibirá su póliza de Triple-S Vida y los materiales importantes de su plan. La póliza de cáncer de Triple-S Vida, aprobada por la Oficina del Comisionado de Seguros, establece los términos y condiciones del seguro, incluido el proceso de reclamación del beneficio. El beneficio consiste en una suma única de dos mil dólares ($2,000) si el asegurado recibe un diagnóstico de cáncer por primera vez en su vida, luego del periodo de espera de noventa (90) días y mientras el beneficio está en vigor. De recibir este beneficio, puede disponerlo como prefiera. También podría utilizarlo para cubrir los gastos incidentales derivados de esta enfermedad. Cualquier consulta o inquietud que usted tenga relacionada a este beneficio se puede comunicar a nuestras Oficinas al 787-774-6060 o 1-800-981-3241 (libre de cargos) Usuarios TTY llamen al TTY 787-792-1370 o 1-866-215-1999 (libre de cargos). También puede comunicarse a las oficinas de Triple S Vida al 787-758-4888.

Sección 5.02 Iniciativas de Salud Preventiva

Iniciativas de Salud Preventiva con HRA (*Health Risk Assesstment)* y visita preventiva anual

Usted podrá ser elegible para los siguientes programas, de forma voluntaria y sin costo adicional a su prima, al completar su Evaluación de Riesgos de Salud (HRA) y su visita preventiva anual. Realizarse ambas evaluaciones representa aun más beneficio para usted.

- Complete la Evaluación de Riesgos de Salud (HRA) a través de la aplicación Mi Triple-S y
- Visite una de nuestras Clínicas Salus o uno de nuestros Centros Preventivos que aparecen en el Directorio de Proveedores 2027 para la red *Blue Select* para discutir el resultado del HRA en la visita anual de bienestar.

El HRA debe tener vigencia de doce (12) meses; de estar vencido, es requerido que el asegurado complete uno nuevo y lo discuta en una visita anual de bienestar.

- **Contigo Fit**

  Este beneficio tiene como propósito promover y mantener un estilo de vida activo y saludable, complementado con un rembolso anual por actividades de bienestar elegibles. Los servicios para los que puede solicitar reembolso de hasta veinte dólares ($20) mensuales y hasta un máximo de doce (12) meses, por año póliza, son los siguientes:

  - Membresía de un gimnasio registrado en el Departamento de Recreación y Deportes de Puerto Rico;

- Servicio de entrenador personal, yoga o entrenador personal debidamente certificado y licenciado;
- Acupuntura, masajes terapéutico o reflexología de un proveedor debidamente certificado y licenciado.

Para obtener información sobre como solicitar su reembolso, puede referirse a la sección 5.01 Descripción del Proceso de Tramite para Reembolso. Para más información y para conocer cómo acceder la aplicación Mi Triple-S, visite nuestro portal de internet en www.ssspr.com o llame a Servicio al Cliente. Puede encontrar esta información en el Capítulo 1: Cómo Comunicarse con su Plan.

- **Mi momento: Programa de Consultoría de Fertilidad**

  Si quieres ser mama, Triple-S Salud te ayuda con un beneficio de apoyo financiero para que te orientes y planifiques tu embarazo-- porqué ser mama puede ser parte de tu plan.

  Al completar los requisitos de elegibilidad previamente descritos, tendrás acceso a un reembolso único de hasta doscientos dólares ($200) para cubrir el costo de una consulta de planificación de la fertilidad.

  Para obtener información sobre el proceso de solicitud de su reembolso, puede consultar la sección 5.01 "Descripción del Proceso de Trámite para Reembolso". Para más información y para conocer cómo acceder a la aplicación Mi Triple-S, visite nuestro portal de internet en www.ssspr.com o llame a Servicio al Cliente. Puede encontrar esta información en el Capítulo 1: Cómo Comunicarse con su Plan.

SECCIÓN 6 Exclusiones de la Cubierta Médica

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

1. Se excluyen los servicios prestados mientras la póliza del asegurado no esté en vigor.
2. Gastos por servicios recibidos sin la preautorización de Triple-S Salud, cuando esta sea requerida según lo establecido en esta póliza, excepto en casos de emergencia.
3. Se excluyen pruebas de laboratorio que no estén codificadas en el Manual del Laboratorio, así como aquellas que se consideren experimentales o investigativas.
4. Se excluyen los gastos por servicios solicitados para reembolso que no estén expresamente indicados en esta póliza como servicios con derecho a reembolso.
5. Se excluyen los gastos por tratamientos de terapias alternativas, incluyendo la acupuntura, excepto aquellos específicamente cubiertos bajo el Programa Triple-S Natural y que sean prestados por proveedores participantes de dicho programa. También se excluyen los gastos relacionados con el Cannabis medicinal, incluyendo, sin limitarse a, medicamentos recetados que lo contengan, productos derivados como comestibles, y cualquier otro gasto asociado.
6. Gastos por servicios de medicina deportiva, psicoanálisis y/o rehabilitación cardiaca.
7. Intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos cuyo propósito sea el control de la obesidad, excepto el tratamiento para la obesidad mórbida o el síndrome metabólico, incluyendo la cirugía bariátrica, según definida en la Ley Núm. 212 de 9 de agosto de 2008 en Puerto Rico y en la sección de Definiciones de esta póliza. (Refiérase a la Sección Beneficios Cubiertos por Ley para más información).
8. Las cirugías para la remoción de piel excesiva luego de una cirugía bariátrica o un bypass gástrico no estarán cubiertas, excepto cuando un médico certifique que son necesarias debido a que la piel afecta el funcionamiento de alguna parte del cuerpo.
9. Se excluyen los gastos por terapia ocupacional y terapia del habla o lenguaje, excepto cuando se brinden como parte de servicios post-hospitalarios ofrecidos por una Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar, o cuando estén relacionadas con el uso de ventilador mecánico, el diagnóstico de autismo conforme a la Ley Núm. 163 de 2024, o el síndrome de Down.
10. Se excluyen los cargos por pruebas psicométricas, excepto aquellas requeridas por la Ley para la Protección, Seguridad, Integración, Bienestar y Desarrollo Integral de las Personas con los Trastornos del Espectro Autista (Ley Núm. 163 de 2024) y aquellas relacionadas con el síndrome de Down.
11. Se excluye el tratamiento con cámara hiperbárica, excepto en los casos de personas diagnosticadas con Trastorno del Espectro Autista, cuando dicho tratamiento esté expresamente cubierto conforme a los

requisitos establecidos en la Ley Núm. 63 de 2019.

12. Servicios de analgesia intravenosa o por inhalación de gases administrados en el consultorio del cirujano oral o dentista.
13. Servicios relacionados con el síndrome de la articulación temporomandibular (articulación de la mandíbula), ya sea mediante el uso de aparatos protésicos u otros métodos.
14. Servicios necesarios para corregir la dimensión vertical o la oclusión dental.
15. Gastos relacionados con implantes asociados a cirugía ortognática (osteotomía mandibular o maxilar, como la técnica Le Fort).
16. Se excluyen los gastos por aparatos ortopédicos u ortóticos, prótesis, implantes (excepto la prótesis requerida después de una mastectomía) y otros dispositivos artificiales. Sin embargo, estarán cubiertos los servicios hospitalarios y médico-quirúrgicos necesarios para la implantación de dichos dispositivos.
17. Se excluye el equipo auditivo, incluso cuando exista justificación médica.
18. Se excluye el equipo médico duradero que no esté expresamente cubierto en esta póliza, incluyendo equipo personalizado, hecho a la medida, el equipo y servicio para Optune, así como máquinas de presión positiva continua de aire (CPAP) y de presión positiva de aire de dos niveles (BiPAP), y sus suplidos relacionados, tales como mascarillas faciales orales/nasales, almohadillas, arneses, entre otros.
19. Se excluyen los gastos relacionados con la administración del programa de detección de drogas del patrono, tales como: coordinación, toma de muestras y administración de pruebas de detección, incluso si son provistos por un proveedor participante; así como la coordinación de servicios al empleado que deban ser gestionados por el patrono o por la entidad responsable de administrar dicho programa, entre otros.

    También se excluyen los gastos por cuidado, suministros, tratamiento y/o servicios que la persona asegurada reciba del patrono sin costo, así como los servicios provistos por el Programa de Asistencia al Empleado del patrono como parte del programa de detección de drogas.

    Los servicios de salud mental y tratamiento por abuso de sustancias estarán cubiertos una vez la persona asegurada haya finalizado el Programa de Detección de Drogas del Patrono, independientemente de si la condición fue detectada durante dicho programa."
20. Hormonas de crecimiento y todo tratamiento relacionado con su administración o uso.
21. Se excluyen los cargos por medicamentos o drogas suministrados durante visitas médicas que no estén cubiertos por esta póliza, así como los cargos que excedan los límites establecidos en la misma.
22. Se excluyen los gastos por servicios de enfermeras especiales.
23. Se excluyen los gastos de asistencia quirúrgica cuando se trate de cirugías ambulatorias.
24. Se excluye la terapia génica (mejor conocido como terapia de genes o genética), incluyendo cualquier tratamiento, medicamento o dispositivo aprobado por la FDA cuyo propósito o indicación aprobada sea la alteración de genes del cuerpo, la corrección genética o la modificación de la expresión génica.
25. Se excluye la terapia de células T con receptor de antígeno quimérico (CAR-T, por sus siglas en inglés), entendida como cualquier tratamiento o terapia en la que se modifiquen las propias células inmunitarias del paciente (células T) para que expresen un receptor en su superficie capaz de reconocer antígenos presentes en las células malignas.
26. Se excluyen los servicios que sean recibidos sin costo, sufragados mediante donativos, sin cargos o provistos bajo cualquier plan del gobierno.
27. Se excluyen los gastos en exceso de los primeros 30 días de nacido para hijos de los dependientes directos del asegurado(a) principal, excepto si el recién nacido cumple con la definición de dependiente directo según lo establecido en esta póliza.
28. Servicio de anestesia epidural durante el parto.
29. Se excluyen las pruebas genéticas realizadas con el propósito de ofrecer consejería genética, incluyendo aquellas relacionadas con descendencia (offspring) o planificación familiar.
30. Cualquier servicio relacionado con maternidad delegada o subrogada.
31. Se excluyen los servicios de amniocentesis para maduración fetal o con fines genéticos, pruebas de no estrés fetal (fetal non-stress test) y ecocardiograma fetal.
32. Servicios de tratamientos para infertilidad, concepción mediante medios artificiales y restablecimiento de la habilidad de procrear (por ejemplo: fertilización in vitro, inyecciones intracitoplasmáticas de espermatozoides, transferencia de embriones y fertilización mediante donante). Se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas a estos procedimientos, así como los medicamentos y hormonas utilizados. También se excluyen las cirugías y tratamientos, incluyendo las tuboplastías, cuyo propósito sea restaurar la capacidad de procreación. Estarán cubiertos los laboratorios ordenados para el tratamiento de infertilidad, siempre y cuando correspondan a laboratorios cubiertos bajo esta póliza.
33. Servicios prestados por motivo de un aborto inducido.

34. Se excluyen los servicios dirigidos a corregir y/o tratar la disfunción eréctil y la impotencia, incluyendo procedimientos diagnósticos, tratamientos médicos, implantes y cirugías.
35. Se excluyen los métodos anticonceptivos que no estén aprobados por la FDA o que no hayan sido autorizados mediante el proceso de excepción médica.
36. Se excluyen los gastos por servicios prestados por ambulancia marítima. También se excluyen los gastos por servicios de ambulancia aérea, excepto cuando el traslado se realice dentro de Puerto Rico.
37. Se excluyen los servicios ofrecidos por centros de tratamiento residencial fuera de Puerto Rico, cuando no cuenten con justificación médica ni con preautorización para el tratamiento.
38. Se excluyen los servicios prestados por proveedores fuera de Puerto Rico y Estados Unidos, excepto en casos de emergencia en Estados Unidos o cuando dichos servicios en Estados Unidos hayan sido previamente autorizados por Triple-S.
39. Gastos relacionados con inmunoterapia para el tratamiento de alergias.
40. Gastos por servicios de cuidado de hospicio y/o cuidado paliativo.
41. Se excluyen los gastos por servicios de escalenotomía (división del músculo escaleno anterior, anticus), sin resección de la costilla cervical.
42. Se excluyen los gastos relacionados con trasplantes de órganos y tejidos, excepto en los casos de trasplante de córnea, injertos de piel y de hueso, así como las hospitalizaciones, complicaciones, quimioterapias y medicamentos inmunosupresores que estén relacionados con el trasplante.
43. Se excluyen gastos por medicamentos administrados en una facilidad ambulatoria, incluyendo medicamentos inyectables, con excepción de la quimioterapia, la radioterapia, los medicamentos utilizados para la preparación de quimioterapia conforme a la Ley Núm. 79 del 1 de agosto de 2020, los medicamentos con fines diagnósticos, las vacunas indicadas como cubiertas y aquellos requeridos por regulación federal o estatal.
44. Se excluyen los servicios de cirugía con asistencia robótica y navegación quirúrgica asistida por computadora en procedimientos ortopédicos.
45. Se excluyen los servicios de diálisis, hemodiálisis, servicios hospitalarios relacionados, servicios en facilidades renales, servicios médicos y quirúrgicos, así como las complicaciones asociadas, una vez se hayan agotado los noventa (90) días cubiertos por esta póliza.
46. Gastos o servicios de comodidad personal como teléfono, televisión, servicios de cuidado custodial o residencial, casa de descanso, casa de convalecencia o cuidado a domicilio, servicios suministrados para conveniencia personal o de comodidad. Se exceptúan los servicios post hospitalarios provistos a través de una Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar, según descritos en esta póliza.
47. Se excluyen los gastos por cirugías cosméticas, tratamientos de embellecimiento, terapias antienvejecimiento y procedimientos destinados a corregir defectos de apariencia física, excepto para el tratamiento de anormalidades o defectos congénitos en recién nacidos, recién adoptados o colocados para adopción.

    También se excluyen los siguientes procedimientos estéticos:
    - Septoplastía
    - Rinoseptoplastía
    - Rinoplastía

    Se excluyen las mamoplastías con fines estéticos, incluyendo aumento, reducción o aquellas realizadas por ginecomastia. Sin embargo, sí están cubiertas la mamoplastía y la reconstrucción del seno cuando formen parte del tratamiento por cáncer de seno.
    - Reconstrucción plástica del seno con fines no oncológicos,
    - Mastectomía subcutánea, salvo cuando forme parte del tratamiento por cáncer de seno,
    - Liposucción,
    - Abdominoplastía,
    - Ritidectomías (abdominales y faciales),
    - Blefaroplastías,
    - Implantes de pelo,
    - Autoplastias,
    - Inyecciones esclerosantes para venas varicosas
    - Reparación de ptosis,
    - Remoción de verrugas (skin tags),
    - Inyecciones en tendones o en puntos de gatillo, cuando sean parte de tratamientos estéticos o no médicamente necesarios.
    - Tratamientos de acné cuando se realicen como procedimientos cosméticos,

    Se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones derivadas de los procedimientos estéticos mencionados, independientemente de que exista o no justificación médica.

Se excluyen las complicaciones derivadas de:

- Perforaciones corporales (piercings),
- Tatuajes,
- Otros procedimientos estéticos similares.

48. Se excluyen los servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina u odontología, excepto aquellos provistos por audiólogos, optómetras, podiatras, psicólogos, trabajadores sociales, quiroprácticos y otros profesionales expresamente autorizados en esta póliza.
49. Servicios prestados en centros de cirugía ambulatoria para procedimientos que podrían realizarse en el consultorio del médico.
50. Hospitalizaciones motivadas por servicios o procedimientos que podrían realizarse de forma ambulatoria, salvo en aquellos casos en que, debido a la condición del paciente, su estado de salud se vería comprometido si no se realizan en un entorno hospitalario.
51. Se excluyen los gastos por servicios de termografía ofrecidos u ordenados por quiroprácticos o por cualquier otro profesional médico.
52. Gastos por servicios prestados por médicos, hospitales, laboratorios y otros proveedores no participantes en Puerto Rico, excepto en los siguientes casos:

    a. Espejuelos o lentes de contacto para personas aseguradas mayores de 21 años.
    b. Casos de emergencia cubiertos conforme a lo establecido en esta póliza.
    c. Ambulancia aérea.
    d. Servicios no relacionados a una emergencia, provistos por proveedores no participantes en facilidades participantes, cuando no existe consentimiento del asegurado.

53. Se excluyen los gastos por pruebas de laboratorio para detección de metales pesados (heavy metals), pruebas de dopaje, tipificación HLA y pruebas de paternidad.
54. Se excluyen las inmunizaciones requeridas para propósitos de viaje o relacionadas con riesgos ocupacionales; los gastos por exámenes físicos requeridos por el patrono; los servicios de exámenes físicos realizados para la obtención de certificados médicos o para fines no preventivos; así como los procedimientos y pruebas diagnósticas solicitadas con fines sociales, para viajes de cualquier índole o requeridas por instituciones educativas o patronos como requisito de empleo, incluso cuando dichas exigencias surjan en el contexto de una declaración de pandemia.
55. Se excluyen los gastos por servicios recibidos en clínicas de salud en masa que sean ofrecidas o provistas por el patrono a sus empleados, o por terceros.
56. Servicios para tratamientos que surjan como resultado de que la persona asegurada haya cometido un delito o haya incumplido las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico u otro país, excepto en los casos en que la lesión o condición médica resulte de ser víctima de un acto de violencia doméstica.
57. Se excluyen los gastos ocasionados por guerra, insurrección civil o conflicto armado internacional, excepto en los casos en que los servicios recibidos estén relacionados con una lesión sufrida mientras la persona asegurada estuvo activa en el servicio militar (service connected). En tales casos, Triple-S Salud gestionará el recobro correspondiente ante la Administración de Veteranos.
58. Servicios que puedan recibirse conforme a:

    - Leyes de Compensación por Accidentes del Trabajo (CFSE),
    - Planes privados de compensación por accidentes,
    - Enfermedad o lesión corporal en el trabajo,
    - Accidentes de automóvil (ACAA), o
    - Cualquier otra dependencia gubernamental en Puerto Rico o Estados Unidos,
    - o legislación estatal o federal,

    Y por los cuales la persona asegurada no esté legalmente obligada a pagar.

    También se excluyen los servicios cuando hayan sido denegados por las agencias gubernamentales concernientes, debido al incumplimiento o violación de los requisitos o disposiciones de las leyes mencionadas, aunque dicho incumplimiento o violación no constituya un delito.
59. Se excluyen los servicios que no sean médicamente necesarios, o que sean considerados experimentales o investigativos según los criterios de la Food and Drug Administration (FDA), el Department of Health and Human Services (DHHS), el Departamento de Salud de Puerto Rico, o conforme a las políticas médicas de Triple-S Salud. También se excluyen los gastos relacionados con estudios clínicos investigativos (clinical trials), incluyendo aparatos, servicios o productos administrados como parte del estudio, así como aquellos provistos únicamente para la obtención de datos o análisis, o artículos sin costo para la persona asegurada ofrecidos por el auspiciador de la investigación.

Sin embargo, Triple-S Salud cubrirá los gastos médicos rutinarios del paciente que sean médicamente necesarios para su atención durante el estudio clínico, siempre que dichos servicios estén incluidos como beneficios bajo este plan y sean servicios que normalmente estarían disponibles para personas aseguradas, participen o no en un ensayo clínico. También estarán cubiertos los servicios requeridos para diagnosticar y tratar complicaciones derivadas del estudio, conforme a la cubierta establecida en esta póliza.

60. Se excluyen servicios por procedimientos médicos y equipos nuevos, incluyendo nuevos servicios o procedimientos de diagnóstico y equipos y aparatos que aparecen disponibles luego de la fecha de efectividad de esta póliza a menos que sean requeridos por una ley local o federal, o requerido por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico.
61. Gastos o servicios realizados con una nueva tecnología médica disponible en el mercado durante el año póliza y no cubierta por Triple-S Salud, excepto para casos de cáncer de acuerdo a la ley 79 de 1 de agosto de 2020 o cuando sean requeridos por una ley local o federal u ordenada por la Oficina de Comisionado de Seguros de Puerto Rico.
62. Nuevos beneficios requeridos por ley local legislados durante el año calendario de vigencia de la póliza o posterior a la aprobación de las tarifas de dicha cubierta, a no ser expresamente requerido por la OCS o por la misma ley local.
63. Servicios o tratamientos que no estén descritos específicamente como beneficios cubiertos, excepto por los servicios y beneficios incluidos en una nueva ley que sean requeridos ofrecer en la cubierta de salud.

SECCIÓN 7 Exclusiones del Beneficio de Farmacia

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

1. Medicamentos que no contengan la leyenda, excepto los incluidos en el Programa de OTC de Triple-S Salud.
2. Cargos por instrumentos artificiales, agujas hipodérmicas, jeringuillas, tirillas, lancetas, medidores de glucosa en la orina o sangre e instrumentos similares, aunque sean utilizados con fines terapéuticos.
3. Los siguientes medicamentos están excluidos de la cubierta de farmacia en todas sus presentaciones y métodos de administración. Independientemente a que contengan la leyenda federal:
    a. Medicamentos con fines cosméticos o cualquier producto relacionado con el mismo fin (hydroquinone, minozidil solution, efformitine, finasteride, monobenzone, dihydroxyacetone, Onabotulinumtoxin A, Botulinum A toxin, bimatropost).
    b. Productos de fluoruro para uso dental (excepto para menores entre las edades de 6 meses y 5 años)
    c. Condiciones dermatológicas como pediculosis y escabicidas (crotamiton, malathion, ivermectin y spinosad), productos para el tratamiento de la caspa que incluyan champú (phyrithione zinc 1%, glycolic acid, seleniusulfide, sulfacetamine sodium), lociones y jabones, tratamientos de alopecia (calvicie) como Rogaine® (minoxidil topical soln, finasteride), Olumiant, Litfulo.
    d. Medicamentos para el dolor Nubain® y Stadol®.
    e. Productos para el control de la obesidad y otros medicamentos utilizados en este tratamiento cuando sean recetados exclusivamente para la pérdida de peso o el control de la obesidad, incluyendo, sin limitarse a: benzphetamine, diethylpropion, lorcaserin, orlistat, liraglutide (Saxenda®), phendimetrazine, phentermine, sibutramine, naltrexone-bupropion, mazindol, semaglutide (Wegovy®), tirzepatide (Zepbound®), setmelanotide (Imcivree®) y Foundayo (orforglipron).Esta exclusión aplica únicamente cuando el medicamento se receta para la pérdida de peso o el control de la obesidad. Esta exclusión no aplicará cuando cualquiera de estos medicamentos sea recetado para el tratamiento de la diabetes, en cuyo caso el medicamento estará cubierto conforme a los términos de esta póliza y según lo requerido por la Oficina del Comisionado de Seguros.
    f. Productos dietéticos (Foltx®, Metans®, Folbalin Plus® y Cerefolin®)
    g. Medicamentos para el tratamiento de infertilidad (follitropin, clomiphene, menotropins, urofollitropin, ganirelix, cetrorelix acetate progesterone vaginal insert, leuprolide acetate inj kit 5 mg/ml (1mg/0.2ml)), y fertilidad
    h. Impotencia (tadalafil, alprostadil, vardefanil, sildenafil, yohimbine, avanafil)
    i. Implantes (goserelin, mometasone furoate nasal implant, buprenorphine hcl subdermal implant, dexamethasone intravitreal implant, fluocinolone acetonide intravitreal implant, autologous cultured chondrocytes for implantation, testosterone, estradiol, fluocinolone acetonide intravitreal, etonogestrel subdermal implant). En adición, cualquier otro que sea aprobado por la FDA.

j. Implante intracaneal carmustina (se utiliza para tratar glioma maligno o glioblastoma multiforme,un tipo de tumor cerebral (su versión inyectable se cubre bajo la cubierta médica)
k. Implantes intratecales (nusinersen, poractant alfa, baclofen, pentetate indium, ziconotide y calfactant)
l. Dispositivos (sodium hyaluronate, hyaluronan e hylan)
m. Medicamentos utilizados en pruebas con fines diagnósticos que están en la cubierta médica, o que pueden estar incluidos en el pago del procedimiento o prueba diagnóstica, y que son administrados por un profesional de la salud en facilidad u oficina médica: (thyrotropin, dipyridamole IV 5mg/ml, gonadorelin HCl, cosyntropin, glucagón Diagnostic Injection Kit 1 MG (esto no aplica para pacientes diagnosticados con diabetes Mellitus tipo 1), barium sulfate, diatrizoate, iohexol, iopoamidol, iopromide, lidodixanol, othalamate, loversol, manitol, technetium gadoterate, gadopentetate, gadodiamide, tricophyton, tropicamide, tuberculin, antígenos y leuprolide acetate inj kit 5 mg/ml (1mg/0.2ml)), Corticorelin Ovine Triflutate, Adenosine, Secretin Acetate, Dexamethasone Diagnostic Test Oral Kit, Aminolevulinic Acid, Glucose Tolerance Test, Histamine Phosphate Intradermal, Indigotindisulfonate Sodium, Cardio-Green Injection, Lymphazurin, Sincalide, Regadenoson, Macimorelin, metyrapone, Histamine, Benzylpenicilloyl Polylysine, Methacholine, Arginine HCl, Secretin Acetate, Geref Diagnostic, Indocyanine Green.
n. Medicamentos para inmunización (hepatitis A & B, influenza, encephalitis, measles, mumps, poliovirus, papillomavirus, rabies, rotavirus, rubella, varicela, yellow fever, zoster, cholera, haemophilus b, lyme disease, meningococcal, plague, pneumococcal, typhoid, tetanous toxoid, diphteria, immune globulin, respiratory syncytial virus, palivizumab, pagademase bovine, dengue, stephage lyphates, Rho D immune Globuline) y sus combinaciones, así como las utilizadas para pruebas de alergia. Refiérase a la Sección Cubierta Estándar de Vacunación para Menores de Edad, Adolescentes y Adultos para conocer las inmunizaciones que se cubren por la cubierta médica en su póliza.
o. Productos utilizados como vitaminas y suplementos nutricionales para uso oral (Dextrose, Lyposyn, Fructose, Alanicem, L-Carnitine, Trytophan, Cardiovid Plus, Glutamine), excepto algunas dosis de ácido fólico para las personas aseguradas en conformidad, recomendado como servicio preventivo
p. Vitaminas orales: (niacina, ácido ascórbico, tiamina, riboflavina, vitamina E, piridoxina, dihidrotaquisterol, múltiples vitaminas con minerales, múltiples vitaminas con hierro, múltiples vitaminas con calcio, complejo de vitamina B - biotina - D - ácido fólico, complejo vitamina B con vitamina C, flavonoides bioflavonoides) excepto las prenatales, ácido fólico que están cubiertas y las inyectables.
q. Hormonas de Crecimiento (somatropin, somatrem, tesamorelin acetate, somatrogon, somapacitan)
r. Productos para el cuidado de heridas (collagen, dressing, Plata pad, balsam, bismuth tribromophenate, wound cleansers or dressings, dimethicone-allatoin)
s. Los ingredientes que sean utilizados para realizar mezclas o formulaciones extemporáneas que estén clasificados como exclusiones categóricas. Para las mezclas, solo se estarán cubriendo, con receta médica, los ingredientes incluidos en el formulario de medicamentos que no sean parte de una exclusión categórica.
t. Agentes esclerosantes (talco intrapleural, ethanolamine, polidocanol, sodium tetradecyl)
u. Medicamentos clasificados como tratamiento para medicina alternativa (raíz de valeriana, muérdago europeo, glucosamina-condroitina-PABA-vit E y ácido alfa lipoico, coenzyme).

4. Productos considerados experimentales o investigativos para el tratamiento de ciertas condiciones, para los cuales la Administración de Drogas y Alimentos *(Food and Drug Administration)* no ha autorizado su uso. Tampoco están cubiertos estudios o tratamientos clínicos investigativos (esto es *clinical trials),* aparatos, medicamentos experimentales o investigativos administrados para ser utilizados como parte de estos estudios, servicios o productos que se proveen para obtención de datos y análisis, y no para el manejo directo del paciente, y artículos o servicios sin costos para la persona asegurada que comúnmente ofrece el auspiciador de la investigación. Esto aplica aun cuando la persona asegurada se haya inscrito en el estudio para tratar una enfermedad que amenace su vida, para la cual no haya tratamiento efectivo y obtenga la aprobación del médico para su participación en el estudio, porque éste ofrece al paciente un beneficio potencial. En estos casos, Triple-S Salud cubre los gastos médicos rutinarios del paciente según los términos y condiciones establecidos en esta póliza. Gastos médicos rutinarios son aquellos gastos médicamente necesarios que se requieren para el estudio (ensayos clínicos) y que normalmente están disponibles para las personas aseguradas bajo este plan estén o no participando en un ensayo clínico, así como los servicios para diagnosticar y tratar las complicaciones resultantes del estudio, de acuerdo con la cubierta establecida en esta póliza.
5. Servicios prestados por farmacias no participantes en Puerto Rico.

6. Servicios prestados por farmacias fuera de Puerto Rico y Estados Unidos.
7. Repeticiones ordenadas por un dentista o podiatra.
8. Gastos por agentes antineoplásicos inyectables. Están cubiertos bajo la cubierta médica de servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y ambulatorios.
9. A continuación, se incluye una lista de medicamentos excluidos de cubierta. Se excluyen todas las dosificaciones, formas de administración y cualquier indicación adicional para el medicamento que surja durante el año calendario de la Póliza, a menos de que la cubierta sea requerida por ley estatal o federal.

Nombre del medicamento	Uso indicado
Solución azul tripán	Colorante azoico para tinciones histológicas
Lacosamida intravenosa Vimpat	Tratar convulsiones
Degarelix acetate iny	Solución para diálisis peritoneal
Sodium tetradecyl	Solución para diálisis peritoneal
Polidocanol	Tratamiento de venas varicosas
Morrhuate sodium	Tratamiento de hemangiomas
Viaspan	Solución fría de almacenamiento para la conservación de órganos antes de un trasplante
Tetradecil sulfato de sodio	Mejorar el aspecto de las venas varicosas
Talco intrapleural	Prevenir la efusión pleural maligna
Solución para diálisis peritoneal y los productos homeopáticos en todas sus presentaciones	Productos naturales utilizados para tratar diferentes condiciones de forma individualizada
Xuriden	Tratamiento de aciduria orotic hereditaria y antídoto de fluorouracil y capecitabine
Signifor	Tratamiento de acromegalia y enfermedad de Cushing
Cuprimine	Tratamiento de artritis reumatoidea, enfermedad de Wilson y cystinuria
Austedo	Tratamiento de enfermedad de Chorea-Huntington’s
Lucentis intravitreal	Tratamiento de enfermedades del ojo
Orkambi	Tratamiento de fibrosis quística
Keveyis	Tratamiento de glaucoma y paralisis periódica
Uptravi	Tratamiento de hipertensión pulmonar
Impavido	Tratamiento de leishmaniasis
Emflaza	Tratamiento de distrofia muscular
HP-Acthar	Tratamiento para espondilitis anquilosante, desordenes del ojo, espasmo infantil/epilépticos, esclerosis múltiple, síndrome nefrótico, polimiositis, artritis psoriásica, artritis reumatoide, sarcoidosis, síndrome de Steven-Johnson, lupus, gota, sarcoidosis, esclerosis lateral amiotrófica
Tepezza	Tratamiento para enfermedad ocular tiroidea
Givlaari	Tratamiento para porfiria hepática aguda
Zokinvy	Tratamiento para el síndrome Hutchinson-Gilford
Oxlumo	Tratamiento para hiperoxaluria primaria, tipo I
Danyelza	Tratamiento para neuroblastoma
Evkeeza	Tratamiento para hipercolesterolemia familiar
Nulibry	Tratamiento para deficiencia combinada de enzima molibdeno flavoproteína, Tipo A
Rebif	Tratamiento para esclerosis múltiple
Ilaris	Tratamiento para artritis idiopática juvenil sistémica

Nombre del medicamento	Uso indicado
Isturisa	Tratamiento para enfermedad de Cushing
Elaprase	Tratamiento para mucopolisacaridosis tipo II
Xyrem	Tratamiento para narcolepsia
Ponvory	Tratamiento para esclerosis múltiple
Lupkynis	Tratamiento para lupus nefritis
Aduhelm	Tratamiento para enfermedad de Alzheimer
Bylvay	Tratamiento para pruritos con colestasis intrahepática familia progresiva
Nexviazyme	Tratamiento para enfermedad Pompe
Leqvio	Tratamiento para hipercolesterolemia de baja densidad (LDL-C)
Elfabrio	Tratamiento de la enfermedad de Fabry
Cibinqo	Tratamiento para dermatitis atópica
Opzelura	Tratamiento para dermatitis atópica
Saphnelo	Tratamiento para lupus eritematoso sistémico
Korsuva	Tratamiento para pruritos moderado a grave asociado con enfermedad renal crónica en determinadas poblaciones
Skytrofa	Tratamiento para baja estatura debido a la secreción inadecuada de la hormona del crecimiento endógena
Tezspire	Tratamiento para asma grave no controlada
Qulipta	Tratamiento para prevención de migraña
Livmarli	Tratamiento para prurito colestásico asociado con el síndrome de Alagille
Winrevair	Tratamiento para hipertensión pulmonar
Rezurock	Tratamiento para enfermedad de injerto contra huésped
Recarbio	Tratamiento de infecciones
Scenesse	Tratamiento para protoporfiria eritropoyética
Krystexxa	Tratamiento para prevención de condición de gota
Artesunate	Tratamiento de malaria
Uplizna	Tratamiento de neuro mielitis óptica
Enspryng	Tratamiento para neuromielitis óptica
Oxbryta	Tratamiento para sickle cell anemia
Cosentyx	Tratamiento para psoriasis de placa/artritis, espondiloartritis, espondilitis anquilosante
Vuity	Tratamiento para presbicia
Rethymic	Tratamiento para atimia congénita
Ryplazim	Tratamiento para deficiencia de plasminógeno
Vyvgart	Tratamiento para miastenia gravis generalizada
Cortrophin Gel	Tratamiento para espondilitis anquilosante, desordenes del ojo, espasmo infantil/epilépticos, esclerosis múltiple, síndrome nefrótico, polimiositis, artritis psoriásica, artritis reumatoide, sarcoidosis, síndrome de Steven-Johnson, lupus, gota, sarcoidosis, esclerosis lateral amiotrófica
Addyi	Tratamiento de mujeres premenopáusicas con enfermedades adquiridas trastorno generalizado del deseo sexual hipoactivo
Vyleesi	Tratamiento de mujeres premenopáusicas con enfermedades adquiridas trastorno generalizado del deseo sexual hipoactivo
Entereg	Tratamiento post operatorio de ileus
Zynrelef	Tratamiento para dolor somático post operatorio
Pyrukind	Tratamiento para anemia hemolítica

Nombre del medicamento	Uso indicado
Vabysmo	Tratamiento para macular edema y degeneración macular
Enjaymo	Tratamiento para anemia hemolítica autoinmune
Mozobil	Movilizador de células madre hematopoyéticas
Somryst	Tratamiento digital para insomnio crónico
Remicade	Tratamiento para espondilitis anquilosante, crohn's, psoriasis de placa, psoriasis artrítica, artritis reumatoide, colitis ulcerosa
Simponi	Tratamiento para espondilitis anquilosante, artritis reumatoide, artritis idiopática juvenil poliarticular, psoriasis artrítica y colitis ulcerosas
Tremfya	Tratamiento para psoriasis de placa y psoriasis artrítica
Zynteglo	Tratamiento para beta talasemia, en pacientes que requieren transfusiones periódicas de glóbulos rojos
Amvuttra	Tratamiento para polineuropatía amiloide familiar
Onpattro	Tratamiento para polineuropatía amiloide familiar
Cablivi	Tratamiento para trombocitopénica trombótica púrpura adquirida
Tarpeyo	Tratamiento para nefropatía primaria IgA
Terlivaz	Tratamiento para síndrome hepatorenal con lesión renal aguda
Altuviiio	Tratamiento para hemofilia
Skyclarys	Tratamiento para Ataxia Friedreich
Filspari	Tratamiento para nefropatía primaria IgA
Syfovre intravitreal	Tratamiento para degeneración macular senil no exudativa
Adcirca	Tratamiento para hipertensión pulmon
Adempas	Tratamiento para hipertensión pulmonar
Amphadase	Utilizado para procedimientos de extravasación, contraste y clisis para administración de fluidos
Ampyra	Tratamiento para esclerosis múltiple
Aubagio	Tratamiento para esclerosis múltiple
Avonex	Tratamiento para esclerosis múltiple
Bafiertam	Tratamiento para esclerosis múltiple
Briumvi	Tratamiento para esclerosis múltiple
Bronchitol	Tratamiento de fibrosis quística
Cabtreo	Tratamiento para ácne
Cimzia	Tratamiento para artritis reumatoide, espodilitis alquilosante, crohn, espondiloartritis, psoriasis placa, psoriasis artrítica
Copaxone	Tratamiento para esclerosis múltiple
Cuvrior	Tratamiento para enfermedad Wilson
Daybue	Tratamiento síndrome Rett
Enbrel	Tratamiento para artritis reumatoide, espodilitis alquilosante, psoriasis placa, psoriasis artrítica, psoriasis artrítica juvenil, artritis idiopática juvenil
Extavia	Tratamiento para esclerosis múltiple
Fabrazyme	Tratamiento para enfermedad Fabry
Gilenya	Tratamiento para esclerosis múltiple
Hylenex	Utilizado como contraste para procedimiento
Iheezo	Tratamiento anestésico
Joenja	Tratamiento para síndrome delta PI3K activado
Kalydeco	Tratamiento de fibrosis quística

Nombre del medicamento	Uso indicado
Mavenclad	Tratamiento para esclerosis múltiple
Lamzede	Tratamiento para mannosidosis
Lemtrada	Tratamiento para esclerosis múltiple
Leqembi	Tratamiento para enfermedad de alzheimer
Letairis	Tratamiento para hipertensión pulmonar
Liqrev	Tratamiento para hipertensión pulmonar
Lumryz	Tratamiento para narcolepsia y cataplexia, somnolencia excesiva
Ocrevus	Tratamiento para esclerosis múltiple
Omisirge	Tratamiento para trasplante
Onpattro	Tratamiento para polineuropatía amiloide familiar
Opsumit	Tratamiento para hipertensión pulmonar
Opvee	Tratamiento para sobreuso de opioides
Orenitram	Tratamiento para hipertensión pulmonar
Pulmozyme	Tratamiento de fibrosis quística
Remodulin	Tratamiento para hipertensión pulmonar
Revatio	Tratamiento para hipertensión pulmonar
Rinvoq	Tratamiento para artritis reumatoide, espodilitis alquilosante, crohn, espondiloartritis axial no- radiografica, psoriasis artrítica, colitis ulcerativa, dermatitis atópica
Rivfloza	Tratamiento para hiperoxaluria primaria tipo 1
Skyrizi	Tratamiento para crohn, psoriasis de placa, psoriasis artrítica
Sohonos	Tratamiento para fibrodisplasia ossificans progresiva
Symdeko	Tratamiento de fibrosis quística
Tadliq	Tratamiento para hipertensión pulmonar
Tascenso	Tratamiento para esclerosis múltiple
Tecfidera	Tratamiento para esclerosis múltiple
Tracleer	Tratamiento para hipertensión pulmonar
Trikafta	Tratamiento de fibrosis quística
Tysabri	Tratamiento para esclerosis múltiple
Tyvaso	Tratamiento para hipertensión pulmonar
Veletri	Tratamiento para hipertensión pulmonar
Ventavis	Tratamiento para hipertensión pulmonar
Veopoz	Tratamiento para enteropatía CD55 deficiente de proteína/enfermedad de chaple
Vumerity	Tratamiento para esclerosis múltiple
Vyjuvek	Tratamiento para epidermólisis bullosa distrófica
Wainua	Tratamiento para polineuropatía debido a amiloidosis heredada mediada por transtiretin
Wakix	Tratamiento para cataplexia y narcolepsia, somnolencia excesiva, apnea de sueño obstructiva
Xdemvy	Tratamiento para blefaritis
Xiaflex	Tratamiento para Dupuytren, Peyronie
Xywav	Tratamiento para cataplexia y narcolepsia, somnolencia excesiva, hipersomnia idiopática
Zilbrysq	Tratamiento para miastenia grave AChR positivo

Nombre del medicamento	Uso indicado
Voxzogo	Tratamiento para achondroplasia
Rezdiffra	Tratamiento para non-alcoholic esteatohepatitis
Eohilia	Tratamiento para esofagitis eosinofilica
Alyglo	Tratamiento para primary humoral immunodeficiency
Zelsuvmi	Tratamiento para Molluscum contagiosum
Exblifep	Tratamiento para Infección tracto urinario
Vafseo	Tratamiento para Anemia debido a enfermedad renal crónica
Zevtera	Tratamiento para Infecciones bacterianas
Lumisight	Tratamiento para agente de imagen óptico
Yorvipath	Tratamiento para Hipoparatioidismo
Glepaglutide	Tratamiento para Síndrome del intestino corto
Xolremdi	Tratamiento para Verrugas, infecciones hipogammaglobulinemia, Síndrome mielocathexis
Seladelpar	Tratamiento para Colangitis biliar primaria
Rezzayo	Tratamiento para Candidemia/Candidiasis
Xacduro	Tratamiento para Pneumonia
Pombiliti	Tratamiento para Enfermedad Pompe
Izervay	Tratamiento para Degeneración macular
Omvoh	Tratamiento para Colitis ulcerativa
Rebyota	Tratamiento para Clostridioides difficile
Jesduvroq	Tratamiento para Anemia debido enfermedad renal crónica
Veozah	Tratamiento para calores súbitos debido a menopausa
Miebo	Tratamiento para Enfermedad de ojo seco
Inpefa	Tratamiento para Fallo cardiaco
Vowst	Tratamiento para Clostridioides difficile
Rystiggo	Tratamiento para Miastenia grave
Velsipity	Tratamiento para Colitis ulcerativa
Bimzelx	Tratamiento para Psoriasis de placa
Filsuvez	Tratamiento para epidermólisis bullosa
Kisunia	Tratamiento para Enfermedad de Alzheimer
Opsynvi	Tratamiento para hipertensión pulmonar
Spevigo	Tratamiento para psoriasis pustulosa generalizada
Iqirvo	Tratamiento para colangitis biliar primaria
Ohtuvayre	Tratamiento para COPD
Sofdra	Tratamiento para hiperhidrosis axilar primaria
Nemluvio	Tratamiento para dermatitis atópica y prurigo nodularis
Livdelzi	Tratamiento para colangitis biliar primaria
Miplyffa	Tratamiento para enfermedad Niemann-Pick tipo C (NPC)
Aqneursa	Tratamiento para enfermedad Niemann-Pick tipo C (NPC)
Vyalev	Tratamiento para enfermedad de Parkinson via pompa Vyafuser
Crenessity	Tratamiento para hiperplasia congénita adrenal clásica
Alyftrek	Tratamiento para fibrosis quística
Tryngolza	Tratamiento para reducir los triglicéridos síndrome de quilomicronemia

Nombre del medicamento	Uso indicado
	familiar
Attruby	Tratamiento de la cardiomiopatía asociada a la amiloidosis mediada por transtirretina de tipo salvaje o variante (ATTR-CM)
Blujepa	Tratamiento para infecciones del tracto urinario no complicadas (uUTI)
Crexont	Tratamiento de la enfermedad de Parkinson
Journavx	Tratamiento para fibrosis pulmonar idiopática
Libervant	Tratamiento para convulsiones agudas
Lynkuet	Tratamiento para reducir síntomas vasomotores en mujeres postmenopáusica
Palsonify	Tratamiento para acromegalia en pacientes no canditatos a cirugía
Rhapsido	Tratamiento de la urticaria crónica espontánea
Sephience	Tratamiento de la hiperfenylalaninemia
Tryptyr	Tratamiento de los signos y síntomas de la enfermedad del ojo seco
Tryvio	Tratamiento para la hipertensión
Vizz	Tratamiento de la presbicia
Vykat	Tratamiento de la hiperfagia en adultos y pacientes pediátricos mayores de 4 años con síndrome de Prader-Willi
Wegovy	Tratamiento para obesidad, condiciones cardiovasculares y steatohepatitis asociada a disfunción metabólica no cirrótica
Zepbound	Tratamiento para obesidad y apnea
Strensiq	Tratamiento de pacientes con hipofosfatasia de inicio perinatal/infantil y juvenil
Pivya	Tratamiento de la infección del tracto urinario no complicada

10. Productos utilizados para tratamiento de trombocitopenia púrpura idiopática (Promacta, Nplate, Tavalisse, Doptelet, Alvaiz, Wayrilz (rilzabrutinib)
11. Productos utilizados para tratamiento para amiloidosis (Tafamidis, Vyndamax, Vyndaquel).
12. Productos utilizados para tratamiento para esclerosis lateral amiotrófica (Radicava, Radicava ORS, Relyvrio, Qalsody).
13. Productos utilizados para tratamiento para fibrosis pulmonar idiopática (Ofev, Esbriet).
14. Productos utilizados para tratamiento de hemoglobinuria nocturna paroxismal (Soliris, Ultomiris, Empaveli, Fabhalta, Voydeya, PiaSky).
15. Productos utilizados para tratamiento para colangitis biliar primaria (Ocaliva).
16. Productos utilizados para tratamiento de atrofia muscular espinal (Spinraza, Zolgensma, Evrysdi).
17. Productos utilizados para tratamiento de Distrofia muscular de Duchenne (Exondys 51, Vyondys 53, Viltepso, Amondys 45, Agamree, Elevidys, Duvyzat).
18. Antihemofílicos (Hemlibra, Advate, Adynovate, Afstyla, Alphanate, Alphanate/VWF Complex/Human, AlphaNine SD, Alprolix, Bebulin, BeneFIX, Coagadex, Corifact, Eloctate, Feiba, Fibryga, Helixate FS, Hemofil M, Humate-P, Idelvion, Ixinity, Kcentra, Koate, Koate-DVI, Kogenate FS, Kogenate FS Bio- Set, Kovaltry, Monoclate-P, Mononine, Novoeight, NovoSeven RT, Nuwiq, Obizur, Profilnine, Profilnine SD, Rebinyn, Recombinate, Refacto, RiaSTAP, Rixubis, SevenFact, Tretten, Wilate, Xyntha, Xyntha Solofuse, Roctavian, Prademagene zamikeracel, Hympavzi, Marstacimab, Altuviiio, Alhemo).
19. Productos utilizados para tratamiento de enfermedad Gaucher (Vpriv, Zavesca/Miglustat, Cerezyme, Elelyso, Ceredase, Cerdelga).
20. Productos para prevención y/o tratamiento para migraña: Aimovig, Nurtec, Trudhesa, Ubrelvy, Qulipta, Reyvow, Vyepti, Zavzpret, Elyxib, Ajovy.
21. Productos para dermatitis atópica: Adbry, Rinvoq, Cinbiqo, Dupixent (aplica como exclusión para todas sus indicaciones aprobadas por la FDA), Lebrikizumab, Ebglyss, Nemluvio.
22. Medicamentos utilizados para trasplante de órganos y tejidos (cyclosporine modified, tacrolimus, sirolimus, cyclosporine, mycophenolate sodium, everolimus, azathioprin, belatacept y basiliximab).
23. Productos utilizados para el tratamiento de abstención del hábito de fumar (varenicicline). Es una exclusión categórica excepto los requeridos por las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-

152 (HCERA).

24. Sangre y sus componentes (hetastarch 6%/nacl IV, rehomacrodex IV, albúmina humana y fracciones de proteínas Plasmáticas).
25. Un medicamento cuando la FDA ha determinado que su uso es contraindicado para el tratamiento de la indicación para la cual se prescribe.
26. Tratamiento para los síntomas de ataques repentinos de porfiria relacionados con el ciclo menstrual (*Hemin, Panhematin*).
27. Terapia de genes: Cualquier tratamiento, medicamento o dispositivo que altere los genes del cuerpo, la corrección genética o expresión de los genes (Abecma, Breyanzi, Imlygic, Luxturna, Tecartus, Yescarta, Zolgensma, Carvykti (ciltacabtagene autoleucel), Skysona, Xenpozyme, Hemgenix, Roctavian, Casgevy, Lenmeldy, Eladocagene exuparvovec, Fordadistrogene, Atidarsagene autotemcel, Prademagene zamikeracel, Fidanacogene, Kresladi, Adstiladrin, Beqvez, Kebilidi, Otarmeni (Lunsotogene Parvec), Papzimeos).
28. Terapia de células: cualquier tratamiento donde ocurra la transferencia de células vivas intactas a un paciente para ayudar a aliviar o curar una enfermedad. Las células pueden provenir del paciente (células autólogas) o de un donante (células alogénicas) (Allocord, Clevecord, Ducord, Gintuit, Hemacord, Kymriah, Laviv, Maci, Provenge, Ryplazim, StrataGraft).
29. Terapia de células T con receptor de antígeno quimérico (CAR-T por sus siglas en inglés): cualquier tratamiento o terapia donde se modifique las propias células inmunitarias del paciente (células T) para expresar un receptor en su superficie que reconoce estructuras (antígenos) en la superficie de las células malignas (Carvykti (ciltacabtagene autoleucel), Yescarta (Axicabtagene Ciloleucel)), Tecartus (Brexucabtagene Autoleucel), Abecma (Idecabtagene Vicleucel), Breyanzi (Lisocabtagene Maraleucel), Aucatzyl (Obecabtagene Autoleucel), Kymriah (Tisagenlecleucel Injection)).
30. Gastos por agentes inyectables que requieran ser administrados por un profesional de la salud. Los que estén relacionados a cáncer que requieran ser administrados por un profesional de la salud se cubren bajo la cubierta médica.
31. Gastos o servicios por medicamentos aprobados por la FDA mediante el Programa de Aprobación Acelerada (“Accelerates Approval”), designación por vía rápida (“Fast Track Designation”), designación de Terapia Innovadora (“Breakthrough Therapy”), y/o medicamentos aprobados por la FDA que no cuenten con evidencia de efectividad clínica, excepto en el caso de medicamentos cuya cubierta sea requerida por una ley estatal federal aplicable. Por lo tanto, aquellos medicamentos aprobados por la FDA que están dentro de las categorías establecidas anteriormente no están cubiertos.

SECCIÓN 8 Exclusiones de los Beneficios Dentales

Las exclusiones de la póliza de servicios de hospitalización, médico-quirúrgicos y ambulatorios aplican a esta cubierta, excepto aquellos servicios que se mencionan específicamente como servicios cubiertos.
Triple-S Salud no pagará por los siguientes gastos o servicios, excepto que se disponga lo contrario:

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

CAPÍTULO 5: Tabla de copagos, coaseguros y deducibles

Beneficios	Cubierta Metálica: Oro Plan Pocket Copagos y/o Coaseguros
Deducible y Máximo de Bolsillo (MOOP)	
Deducible Anual para Beneficios Médicos	
-Individual	N/A
-Familiar	N/A
Nota: El deducible anual para beneficios médicos no aplica a los siguientes beneficios: Servicios de Emergencia, Teleconsulta MD, Contigo Fit, Mi Consulta MD, Servicios Preventivos, vacunas y Salus	
Deducible Anual para Medicamentos	
-Individual	N/A
-Familiar	N/A
Gasto Máximo de Bolsillo (MOOP) para Beneficios Médicos y Medicamentos Recetados (Combinados)	
-Individual	$6,350
-Familiar	$12,700
Beneficios Esenciales de Salud	
Servicios de Emergencia	
Accidente	$50
Enfermedad	$200
Centro de Urgencia	$15
Hospitalización	
Parcial incluyendo Salud Mental	$0
Completa (incluyendo Salud Mental)	$200
Servicios Médicos y Quirúrgicos Cubiertos en Hospital	
Cirugías	$50
Cirugía Ortognática	$50
Mastectomía	$50
Cirugías reconstructivas.	$50
Trasplante de córnea, injerto de piel y hueso	$50
Pruebas Cardiovasculares Invasivas	25% Red Pocket / 50%
Litotricia	25% Red Pocket / 50%
Quimioterapia y radioterapia	30%
Diálisis o hemodiálisis	20% Red Pocket / 50%
Otras Facilidades	
Facilidad de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility)	$100 Red Pocket / 50%
Cuidado de Salud en el Hogar (incluye, entre otros, Terapia del Habla y Ocupacional)	20% Red Pocket / 50%
Centro de Cirugía Ambulatoria	45%
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos ambulatorios en facilidad	$50 Red Pocket / 30%

	Pocket Oro
Servicios Ambulatorios, medico-quirúrgicos	
Servicios disponibles en las Clínicas SALUS incluyendo visitas, pruebas diagnósticas, laboratorios, rayos X, terapia física y manipulaciones	$0
Generalista y otros Médicos Primarios, incluyendo Médico de Familia, Medicina Interna, Pediatra y Ginecólogo/Obstetra	$0
Especialista	$0 Red Pocket / $10
Sub-Especialista	$0 Red Pocket / $25
Siquiatría	$0 Red Pocket / $10
Sicólogo	$0 Red Pocket / $10
Podiatria	$0 Red Pocket / $10
Quiropráctico	$10 Red Pocket / 50%
Audiólogo	$0 Red Pocket / $10
Optómetra	$0 Red Pocket / $10
Trabajador Social (Dx Autismo)	$0 Red Pocket / $10
Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgicos ambulatorios en Oficina Medica	$50 Red Pocket / 30%
Procedimientos Endoscópicos	25% Red Pocket / 50%
Servicios médicos en el hogar de la persona asegurada por médicos que presten este servicio	$10 Red Pocket
Inyecciones intrarticulares	$0
Criocirugía del cuello uterino	$50 Red Pocket / 30%
Servicios de esterilización para la mujer	$0
Vasectomía	$50 Red Pocket / 30%
Pruebas de alergia	$0
Diálisis y Hemodiálisis	20% Red Pocket / 50%
Quimioterapia y radioterapia	30%
Nutricionista	$5
Servicios de Maternidad y Cuidado de recién nacidos	
Sonogramas obstétricos	35%
Perfil Biofísico	30% Red Pocket / 50%
Visitas preventivas Well Baby care	$0
Servicios de Rehabilitación, Habilitación, y Equipo Médico Duradero	
Terapia Física	$10 Red Pocket / $18
Terapia Respiratoria	$0 Red Pocket / 50%
Equipo Médico Duradero	50%
Ventilador Mecánico	50%
Manipulaciones de Quiropráctico	$10 Red Pocket / $18
Salud Mental y de Desórdenes por el uso de sustancias controladas	
Hospitalizaciones regulares	$200
Hospitalizaciones parciales	$0
Terapias electroconvulsivas por condiciones mentales	$0
Visitas a la oficina del psiquiatra	$0 Red Pocket / $10
Visitas a la oficina del psicólogo	$0 Red Pocket / $10
Terapia de Grupo	$0 Red Pocket / $10
Visitas Colaterales	$0 Red Pocket / $10
Otras Evaluaciones Psicológicas	$0 Red Pocket / $20
Tratamiento residencial	$100 Red Pocket/ 50%

	Pocket Oro
Servicios de Laboratorios, Rayos X y Pruebas diagnósticas	
Servicios disponibles en las Clínicas SALUS incluyendo pruebas diagnósticas, laboratorios, radiología e imágenes	$0
Laboratorio	30%
Rayos X	30%
PET Scan, CT Scan, MRI o PET CT	35%
Pruebas Diagnósticas	35%
Pruebas Diagnósticas especializadas	35%
Servicios Preventivos, Bienestar y Manejo de Enfermedades Crónicas	
Servicios Preventivos (incluyendo las de mujer)	$0
Inmunizaciones (Vacunas) Preventivas	$0
Inmunización (Vacuna) para Virus Respiratorio Sincitial	30% Red Pocket/ 50%
Inmunización (Vacuna) contra el cáncer cervical	$0
Servicios de Visión Pediátrica	
Examen de la vista (Refracción)	$0
Visión Pediátrica (Lentes de Correción Visual o marcos (frames) para Lentes de Corrección Visual)	$0
Servicios de Visión Adulto	
Examen de Refracción (adultos)	$0
Espejuelos o lentes de contacto	$75 por reembolso
Otros Servicios Cubiertos	
Tratamiento de quimioterapia y radioterapia (oral, inyectable, intravenosa e intratecal)	30%
Preparado de Aminoácidos Libre de Fenilalanina	$0
Pruebas diagnósticas en oftalmología	35%
Ambulancia Aérea en Puerto Rico	20%
Ambulancia terrestre en Puerto Rico	$0 en casos de emergencia En casos que no sean emergencia, la persona asegurada paga el costo total y Triple-S Salud le reembolsará hasta un máximo de $80 por caso.
Servicios de Emergencia en EU	50%
Servicios de Urgencia en EU: Sanitas	$50
Servicios en los Estados Unidos de América de casos donde se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico	50%
Beneficio de Cirugía Bariátrica para el Tratamiento de Obesidad Mórbida	
Procedimiento de Cirugía Bariátrica	40% Red Pocket / 40%
Cubierta Dental	
Diagnóstico y Preventivo	$0
Mantenedores de Espacio	N/A

	Pocket Oro
Cubierta de Farmacia - A través de la Red de Farmacias *Better Value*	
Aplica Formulario de Medicamentos Select	**Select**
Deducible inicial, no aplica a los medicamentos clasificados como preventivos por ley federal	N/A
1er nivel de cubierta por persona	$1,600
Coaseguro luego del primer nivel de cubierta	80%
Nivel 1 – Medicamentos Genéricos Preferidos	$5 ($0 Triple-S en Casa)
Nivel 2 – Medicamentos de Marca Preferidos	35% mín $20
Nivel 3 – Medicamentos de Marca No Preferidos	50% mín $30
Nivel 4 – Productos Especializados Preferidos	75%
Nivel 5 – Productos Especializados No Preferidos	75%
Quimioterapia oral	30%
Medicamentos requeridos por ley federal (incluyendo los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico)	$0
Programa de medicamentos *Over The Counter* (OTC)	$1
Programa de Medicamentos Por Correo (si aplica) o Suministro de 90 días	
Nivel 1 – Medicamentos Genéricos	$10
Nivel 2 – Medicamentos de Marca Preferidos	27% mín $40
Nivel 3 – Medicamentos de Marca No Preferidos	38% mín $60
Programas Incluidos como Parte de sus Beneficios	
Triple-S Natural	$15
Teleconsulta MD (Telemedicina)	$0
MiConsulta MD	$0
Contigo Fit: Gimnasio, Yoga y entrenador personal	$20 mensuales por reembolso
Seguro Primer Diagnóstico de Cáncer	$2,000 pago único
Mi Momento: Beneficio de apoyo financiero para la planificación familiar	$200 por reembolso

CAPÍTULO 6: Cómo Funciona su Plan

SECCIÓN 1 Descripciones de Cubierta

Sección 1.01 Su Cubierta Bajo Esta Póliza

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

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

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

Sección 1.02 Su Plan

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

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

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

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

Sección 1.03 Modelo de Acceso de Su Plan

POS "*Point of Service*"
Este plan utiliza un sistema de servicio POS que permite al asegurado acceder a servicios médicos a través de dos niveles de redes, con variación en el costo compartido según la red utilizada.

Red Pocket
Es una red de proveedores participantes designada como red preferida Cuando el asegurado utilice los servicios de un proveedor participante de la Red Pocket, se aplicará el costo compartido menor aplicable establecido en la Tabla de copagos, coaseguros y deducibles vigente. Esta red constituye la opción de mayor beneficio económico para el asegurado y su grupo familiar. Entre los servicios que puede acceder son los siguientes:

MiConsulta MD
Es una plataforma de consulta médica virtual que le permite consultar a proveedores participantes como: generalista, médico de familia, internista, pediatra, entre otras especialidades, ya sea por una dolencia o urgencia menor. Para detalles de horario y localidades, accede a la dirección web: salud.grupotriples.com/miconsulta-md/.

TeleconsultaMD
Es un servicio de consultas médicas virtuales disponible desde cualquier lugar dentro de la región geográfica de Puerto Rico. Puedes consultar a un generalista, médico de familia, internista, pediatra o sicólogo licenciado, entre otras especialidades, a través del app Mi Triple-S o tu computadora en el siguiente horario: Lunes a domingo de 6:00 a.m. a 10:00 p.m. (AST).

Red Blue Select
Es una red EPO (*Exclusive Provider Organization*) con un sistema de servicio que requiere el uso exclusivo de proveedores participantes de la red, sin cubierta para servicios fuera de dicha red, excepto en casos de emergencias. El asegurado tiene la opción de visitar los proveedores de la Red Blue Select y se le aplicará el costo compartido mayor aplicable establecido en la tabla de copagos, coaseguros y deducibles vigente.

Servicios en Estados Unidos

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

Emergencias
Triple-S Salud cubre los servicios médicos en Estados Unidos en casos de emergencia. No se requiere preautorización, pero están sujetos a la corroboración por parte de Triple-S Salud de su necesidad médica. Los servicios son provistos a través de la red Blue Cross Blue Shield del área, si el proveedor que presta los servicios es uno participante de esta red. Si el proveedor no es participante de esta red, no podrá facturar el exceso y la persona asegurada no será responsable de un pago por los servicios que exceda la cantidad aplicable, si hubiese recibido los servicios de un proveedor contratado. Estos servicios se pagarán directamente al proveedor.

Sección 1.04 Servicios Médicamente Necesarios

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

Sección 1.05 Servicios Médico-Quirúrgicos Durante una Hospitalización

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

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

Sección 1.06 Servicios de Hospitalización

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

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

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

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

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

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

Sección 1.07 Proveedores Participantes de Nuestra Red

Nosotros tenemos un contrato con médicos, facilidades y proveedores a través de toda la Isla para que provean servicios a las personas aseguradas. Es importante que usted conozca y acceda en cualquier momento nuestro Directorio de Proveedores 2027 en la red Blue Select Networky antes de obtener un servicio verifique si es participante.

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

- Verifique en el Directorio de Proveedores 2027 en la red Blue Select Network de Triple-S Salud que tenga disponible.
- Para una versión actualizada, visite nuestro portal de Internet en www.ssspr.com. El directorio de proveedores online se actualiza diariamente y le permite realizar búsquedas por especialidad y pueblo.
- Acceda a nuestra aplicación móvil Mi Triple-S. Una vez complete el proceso de registro, puede acceder el Directorio de Proveedores 2027.
- Llame al Departamento de Servicio al Cliente para preguntas de un proveedor específico al 787-774- 6060 (libre de cargos: 1-800-981-3241) de lunes a domingo de 6:00am a 10:00pm AST (Tiempo Estándar del Atlántico). El número de Servicio al Cliente aparece en la parte posterior de la tarjeta del plan.

Sección 1.08 Redes Preferidas en Facilidades Ambulatorias

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

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

Es importante que revise el Directorio de Proveedores 2027 en la red Blue Select Network antes de recibir los mismos para asegurarse que el proveedor del cual recibe los servicios es uno participante de estas Redes Preferidas.

Sección 1.09 Contrataciones Especiales por Manejo

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

Sección 1.10 Compensación a los Proveedores de la Red

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

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

Sección 1.11 Administradores de Beneficios Contratados

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sección 1.14 Nuevas Personas Aseguradas con un Tratamiento en Curso

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

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

Para poder continuar recibiendo los servicios de un proveedor no participante bajo las circunstancias anteriormente descritas, el proveedor debe aceptar como pago nuestros honorarios por dichos servicios. El proveedor debe estar de acuerdo con proporcionar la información médica necesaria relacionada al cuidado

médico de las personas aseguradas y aceptar nuestras políticas y procedimientos, incluyendo aquellas para asegurar la calidad del cuidado de salud, la obtención de una preautorización y un plan de tratamiento aprobado por el Plan. Si el proveedor está de acuerdo con estas condiciones, las personas aseguradas reciben los servicios cubiertos como si fueran provistos por un proveedor participante. La persona asegurada es responsable únicamente de los copagos y coaseguros aplicables a su cubierta.

Sección 1.15 Servicios de Emergencia

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

En caso de que una persona asegurada requiera tratamiento para una condición de emergencia, debe buscar atención inmediata en la sala de emergencia de un hospital o una sala de emergencia independiente más cercana o llamar al Sistema 9-1-1 que es el sistema de respuestas a llamadas de emergencia de seguridad pública, vía el número 9-1-1 creado en virtud de la Ley 144 de 22 de diciembre de 1994, según enmendada conocida como “Ley para la Atención Rápida a Llamadas de Emergencias de Seguridad Pública” o “Ley de Llamadas 9-1-1”. Los servicios de emergencia no requieren preautorización ni están sujetos a periodos de espera. Sin embargo, sólo los servicios de emergencia para el tratamiento de una condición de emergencia están cubiertos en una sala de emergencia y se cubren independientemente sea un proveedor participante.

Sección 1.16 Cuidado de Urgencias

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

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

Sección 1.17 Maximice sus Beneficios del Plan

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

Evite utilizar la sala de emergencia para servicios que son de urgencia o de rutina y que no son una emergencia. La visita a sala de emergencia en estos casos puede redundar en costos más altos para el plan de salud y desembolsos mayores para usted en comparación a una visita médica. Observe los siguientes ejemplos:

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

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

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

- Utilice medicamentos genéricos como primera opción siempre que estén disponibles para el tratamiento de su condición.
  - Un medicamento genérico es una copia de un medicamento de marca cuya patente ha caducado. La patente es la que le ofrece a la compañía farmacéutica el derecho único para vender el medicamento mientras es efectiva. Cuando la patente se vence, las compañías pueden vender versiones genéricas del medicamento de marca disponible.
  - Un medicamento genérico tiene el mismo uso y trabaja de igual manera en el cuerpo que los medicamentos de marca. Tienen el mismo ingrediente activo, son iguales en dosis, seguridad y calidad, por exigencia de la Administración Federal de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés).
  - Por otro lado, los medicamentos genéricos pueden significar ahorros para su bolsillo, ya que cuestan mucho menos que los de marca. Los copagos y/o coaseguros por los medicamentos genéricos usualmente son menores. Por favor observe que, si usted está utilizando un medicamento de marca para el cual existe un genérico disponible, usted puede estar recibiendo los mismos beneficios a un costo menor.
- Utilice medicamentos OTC bajo el programa de Triple-S Salud. La lista incluye medicamentos para condiciones del estómago, alergias y gotas oftálmicas que han demostrado ser seguros y efectivos, además de que representan un costo menor para el plan de salud. Recuerde que tiene que presentar una receta del médico para el medicamento OTC.
- Evalúe con su médico los medicamentos que forman parte de su tratamiento y que se incluyen en nuestra Formulario de Medicamentos. Use los medicamentos preferidos los cuales son costo-efectivos y ya probados para el tratamiento de condiciones. Además, han sido seleccionados por el Comité de Farmacia y Terapéutica por su efectividad. Usted tiene desembolsos mayores cuando utiliza los medicamentos que no son preferidos. Verifique su descripción de cubierta y Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros en el Capítulo 5 para que pueda ver cuánto es su desembolso por concepto de copagos y coaseguros.

- Utilice su cubierta de servicios preventivos para detectar condiciones a tiempo.

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

Sección 1.18 Teleconsulta

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

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

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

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

La llamada a Teleconsulta es **libre de cargos** a través del número **1-800-255-4375**. Busque el número de teléfono en la parte de atrás de su tarjeta del Plan. Recuerde, cuando llame a ***Teleconsulta,*** tener a la mano su tarjeta del plan.

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

Sección 1.19 Preautorización de Servicios / Preautorización de Medicamentos

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

Sección 1.20 Obtenga una Copia Actualizada del Formulario de Medicamentos

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

Sección 1.21 Manejo Clínico

Los beneficios que ofrece esta Póliza están sujetos a preautorizaciones (revisión prospectiva), revisiones concurrentes y retrospectivas para determinar cuando los servicios deben ser cubiertos por el plan. El objetivo de estas revisiones es promover la prestación de cuidado médico de forma costo-efectiva mediante la revisión de la utilización de los procedimientos médicos y, en su caso, el nivel o proveedor que presta el servicio. Los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios para considerarse cubiertos por el plan.

Sección 1.22 Programa de Manejo de Casos

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

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

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

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

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

La persona asegurada puede ser referida al programa por su médico, trabajador social, hospital, planificador de alta, un familiar o por su cuenta, así como otras fuentes.
La elegibilidad para participar en el programa dependerá de la existencia de opciones efectivas para el tratamiento de la condición de salud de la persona asegurada de acuerdo con el plan de cuidado individualizado.

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

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

Sección 1.23 Programa de Manejo Clínico

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

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

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

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

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

Programa	Descripción
Programa de Diabetes	Ofrece al asegurado una guía personalizada, a través de un profesional de la salud (enfermera) que identificará el factor de riesgo específico y las necesidades del asegurado al realizar una evaluación de riesgo relacionada con la condición integral. Educará al asegurado sobre el uso y manejo de los medicamentos, la prevención de futuras complicaciones reforzará los hábitos de nutrición (si es necesario, referirá al especialista en nutrición), la actividad física y el uso del glucómetro, entre otros. También se lleva a cabo la coordinación de servicios, que depende de las necesidades del afiliado.
Programa de Asma	Está diseñado para ofrecer una guía a nuestros asegurados, motivándolos a desarrollar las habilidades necesarias para identificar los riesgos y auto cuidado de su condición de asma. El asegurado recibirá información y orientación sobre su condición, a través de una enfermera especializada en afecciones respiratorias. Con la ayuda de personal de manejo clínico, educadores y terapistas, las personas aseguradas, que padecen de asma, reciben información sobre su condición y factores que pueden provocar ataques de asma, síntomas, señales de alerta y medicamentos para establecer estrategias para controlarla. Se le ofrece orientación sobre el uso correcto de los inhaladores tanto de mantenimiento como de rescate. Se le asiste en la coordinación de cita.
Programa de Fallo Cardíaco e Hipertensión:	Personas aseguradas que padecen de fallo cardíaco (enfermedad del corazón que provoca que el bombeo de sangre al cuerpo no sea normal) o hipertensión descontrolada, que puede llevar a fallo cardiaco. Cuando la condición es severa, reciben material educativo en su hogar y orientación de parte de nuestros profesionales de Enfermería del programa, sobre cómo cuidarse y así lograr sentirse mejor. Las personas aseguradas cuya condición no es severa son citados por los educadores en salud para actividades educativas. Todo esto les ayuda a controlar su condición, evitar complicaciones y mejorar su calidad de vida.

Programa	Descripción
Programa *"Whole Person Cancer Program"*	En Triple-S reconocemos que recibir un diagnóstico de cáncer es una experiencia llena de retos para la persona y su núcleo familiar. Por ello, este nuevo programa fue creado con el fin de atender las necesidades holísticas de nuestros asegurados con un diagnóstico de cáncer. Este programa cuenta con un personal destacado, exclusivamente dedicado a manejar la población con cáncer. La población elegible son los asegurados de todas las edades con diagnóstico de cáncer. El personal de Enfermería evalúa el diagnóstico y comorbilidades para realizar un plan de cuidado individualizado, y se establece un plan de acción con un equipo multidisciplinario
Programa de COPD	Los asegurados mayores de 40 años, con la condición de COPD (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) recibirán una guía y un plan de cuidados personalizados sobre su condición, revisión de medicamentos y orientación sobre el uso correcto de los mismos, identificar signos y síntomas de complicaciones y el profesional de la salud (enfermera) reforzará la importancia del seguimiento médico. Nuestros profesionales ayudarán a los participantes a conocer su enfermedad y a adoptar estilos de vida saludables para evitar futuras complicaciones y disfrutar de una mejor calidad de vida.
Programa Contigo Mamá	Este programa educa a las personas aseguradas sobre la importancia del cuidado prenatal temprano y sobre los factores de riesgos a los que deben estar pendientes. Las personas aseguradas durante su estado de embarazo reciben folletos educativos sobre el cuidado del embarazo y del bebé. La etapa prenatal, aunque no es una enfermedad crónica, puede desarrollar una serie de complicaciones debido a enfermedades o condiciones preexistentes. Al registrarse y participar del programa prenatal la asegurada embarazada recibe orientación por teléfono de un especialista de manejo clínico en el área de prenatal, orientaciones en talleres educativos ofrecidos por los educadores en salud y ayuda a coordinar los servicios tales como la bomba de Zofrán para las aseguradas con hiperémesis gravídarum y Progesterona para prevenir el parto prematuro en las embarazadas de alto riesgo. También al registrarse y participar de los módulos de Contigo Mamá la persona asegurada podrá obtener el servicio Postnatal de Asistencia en el Hogar (In-home Support). De no registrarse y no completar los módulos, el beneficio no estará cubierto. Este beneficio consiste en apoyo en el hogar para actividades de la vida diaria, tales como limpieza doméstica liviana (limpieza, lavandería, lavar los platos), preparación de comidas, ayuda para bañarse, vestirse y recordatorios de medicamentos. El beneficio cubre hasta 16 horas (cuatro (4) horas por día para un máximo de cuatro (4) días) por año póliza, luego de haber dado a luz a su bebé. Incluye también educación individualizada sobre el tema de la lactancia y máquina de extracción de leche.
Programa Viviendo Sin Humo	Es un programa educativo que ofrece orientación y educación general sobre los efectos de fumar en la salud y los beneficios de modificar o eliminar esta adicción. El mismo está dirigido a personas que padecen condiciones crónicas y aquellos que desean dejar esta adicción. El Programa es libre de costo para las personas aseguradas y se ofrece vía teléfono. El asegurado en coordinación con la especialista en educación que ofrece el programa indicará el día y horario de su predilección. Este programa apoya a las personas aseguradas participantes en el proceso de cesar o disminuir, contribuyendo a reducir los riesgos a la salud. Para más información, puede comunicarse por email a servpreven@ssspr.com.

Programa	Descripción
Programa Contigo Mujer	Programa educativo dirigido a la salud integral de la mujer mediante actividades que promuevan la prevención y promoción de la salud. Trimestralmente se ofrecerán campañas con diferentes iniciativas. Los temas de las campañas serán: Mujer y Salud, Hermosa y saludable, Finanzas y la salud y Saludable en las fiestas.
Programa Contigo Relax	Programa educativo enfocado en temas de salud mental y conductual para todas las edades. El contenido incluye videos, presentaciones y eventos. Se accede a través de la plataforma Mi Triple-S.

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

Sección 1.24 Su Cubierta Cuando Participa en un Ensayo Clínico

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

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

Nuestro plan cubre:

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

Nuestro plan no cubre:

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

Sección 1.25 Centros Preventivos

Triple-S Salud, cuenta con Centros de Cuidado Preventivo los cuales están disponibles para adultos mayores de 21 años de edad. Incorporan una evaluación médica comprensiva y la realización de pruebas preventivas siguiendo las guías clínicas del *US Preventive Services Task Force*. Estos centros le ofrecen la ventaja de realizar su evaluación anual preventiva en un mismo lugar, además de recibir las recomendaciones médicas, resultados de pruebas de laboratorio y estudios, en su visita de seguimiento. La evaluación médica y pruebas preventivas ordenadas según la guía de reforma federal realizadas en los Centros de Cuidado Preventivo son cero copagos. Para una lista de los Centros de Cuidado Preventivo participantes, refiérase al Directorio de Proveedores 2027 en la red Blue Select Network.

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

Sección 1.26 Triple-S Natural

Triple-S Natural es un programa que le permite recibir ciertos servicios médicos utilizando un modelo de medicina alternativa. La persona asegurada es responsable de pagar el copago establecido que se presenta en el Capítulo 5.

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

- **Acupuntura Médica**: La acupuntura utiliza como base la capacidad del cuerpo para regenerarse y curarse a través de estímulos producidos por la inserción y manipulación de agujas u otro instrumental en determinados puntos de la piel. Dichos puntos han sido clínicamente definidos con propósitos terapéuticos.
- **Masaje Terapéutico:** El masaje tiene como fundamento la concepción del ser humano como un total y concibe la enfermedad como la ruptura del flujo constante de energía, nutriente y bienestar que garantizan el estado óptimo de salud de la persona. A través de una combinación de técnicas especializadas, se utilizan las manos, codos y algunos instrumentales auxiliares que faciliten la activación del flujo sanguíneo y de energía necesaria para la reconstrucción del paciente.
- **Medicina Naturopática:** Significa el sistema de cuidado practicado por un Doctor en Naturopatía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de condiciones de salud humana mediante el uso de medicina natural, terapias y educación al paciente con el fin de mantener y estimular el sistema intrínseco de autosanación de cada individuo.
- **Musicoterapia:** Utiliza la música con un fin terapéutico. Especialidad orientada a la apertura de los canales de comunicación por medio del sonido, el ritmo, el gesto, el movimiento y el silencio, a nivel psicológico, físico y cognoscitivo. La musicoterapia tiene una amplia aplicación a condiciones mentales, adicciones, estados depresivos, hiper o hipoactividad, entre otros.

El programa está disponible solo a través de proveedores participantes del plan. Favor referirse al Directorio de Proveedores 2027 en la red Blue Select Network para una lista de los proveedores participantes. Visite nuestro portal de Internet en www.ssspr.com, nuestra aplicación móvil o llame a Servicio al Cliente para un proveedor participante cercano a usted.

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

La Evaluación de Riesgos a la Salud, (HRA, por sus siglas en inglés) es una herramienta que evalúa estilos de vida, factores de riesgo y condiciones existentes. El HRA ayuda a tener un perfil claro de las personas aseguradas y a determinar hacia dónde dirigir los esfuerzos de educación en salud y estrategias de prevención. También ayuda a las personas aseguradas a hacer una autoevaluación para conocer dónde se encuentran en términos de cumplimiento con los exámenes preventivos, los cambios que necesitan hacer y les invita a consultarlos con su médico de cabecera y así tener una mayor conciencia para prevenir problemas de salud en el futuro. **Regístrese hoy en nuestro portal www.mitriples.com y complete su cuestionario. ¡Manténgase activo, manténgase saludable!**

Sección 1.28 Materiales Educativos en el Portal de Internet

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

Sección 1.29 Encuestas de Satisfacción

La opinión de nuestras personas aseguradas cuenta.

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

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

Sección 1.30 Beneficios No Cubiertos por el Plan

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

Le recomendamos que verifique el Capítulo 5, secciones Exclusiones de la Cubierta Médica, Exclusiones del Beneficio de Farmacia y Exclusiones de los Beneficios Dentales antes de recibir el servicio médico, tratamiento o medicamento, así como cualquier endoso que se adhiera para comprobar si está cubierto o no. También, le recomendamos que explore con su médico o proveedor de servicios alternativas de tratamiento que estén cubiertas bajo el plan para que reduzca sus pagos u opciones de cubierta bajo programas con otras organizaciones que le puedan proveer ayuda adicional.

Sección 1.31 Instrucciones Previas o Directrices Anticipadas

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

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

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

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

Sección 1.32 Decisiones Informadas Sobre el Cuidado de su Salud

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

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

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

Sección 1.33 Cubierta de Servicios por Ley Local o Federal

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

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

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

Sección 1.35 Actos de Discrimen Indebido para Víctimas de Maltrato

Constituye discrimen indebido:

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

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

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

La comisión de uno o más de los siguientes actos se considera maltrato, bien fueren ejecutados por un miembro o ex miembro de la familia de la víctima, algún residente de su casa, compañero o compañera sentimental o cualquier persona a cargo de su cuidado:

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

Sección 1.36 Cómo Funciona su Cubierta

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

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

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

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

A. 1) El plan primario paga sus beneficios como si el plan secundario no existiere.

2) Si el plan primario fuera un plan de panel cerrado y el plan secundario no fuere un plan de panel cerrado, el plan secundario paga sus beneficios como si fuere el plan primario cuando la persona asegurada reciba sus servicios de un proveedor fuera del panel, excepto en los casos de servicios de emergencia o en casos de referidos autorizados que sean provistos por el plan primario.

3) Cuando existan múltiples contratos que provean cubiertas coordinadas y que sean tratados como un mismo plan para efecto de esta regla, esta sección aplica solamente al plan como un todo. La coordinación entre los contratos componentes se rige por los términos de éstos. Si más de un contratista paga o provee beneficios bajo el plan, el contratista que esté designado como el pagador primario dentro del plan es responsable por el cumplimiento de todo el plan con esta sección.

4) Si una persona está asegurada por más de un plan secundario, estas reglas aplican también al orden en el cual los planes secundarios pagan sus beneficios entre uno y otro. Cada plan secundario toma en consideración los beneficios del plan primario y los beneficios de cualquier otro plan que tenga designado pagar primero bajo estas reglas.

B. 1) Salvo por lo que se dispone más adelante en el párrafo (2), un plan que no haya dispuesto un orden de coordinación de beneficios consistente con esta sección se considera como un plan primario, a menos que las disposiciones de ambos planes, independientemente lo indicado en este párrafo, establezcan que el plan que haya dispuesto un orden de coordinación de beneficios es el primario.

2) Una cubierta grupal diseñada para complementar una parte de un paquete básico de beneficios puede proveer que la cubierta complementaria sea el exceso a cualesquiera otras partes del plan provistas por un mismo contrato o póliza. Un ejemplo de esto son las cubiertas de gastos médicos mayores y las cubiertas específicamente diseñadas para cubrir servicios provistos por proveedores no participantes en un plan de panel cerrado.

C. Un plan solamente puede tomar en consideración los beneficios pagados por otro plan cuando bajo estas reglas sea un pagador secundario ante dicho otro plan.

D. Orden de Determinación de Beneficios

Cada plan determina sus beneficios utilizando la primera de las siguientes reglas que le aplique:

1) No dependiente o dependiente

a) Salvo por lo que se dispone en el subpárrafo (b) de este párrafo, el plan que cubre a una persona como no dependiente (por ejemplo, el plan que cubre a una persona como empleado, persona asegurada, suscriptor, tenedor de la póliza, o retirado) es el plan primario y el plan que cubre a la persona como dependiente es el plan secundario.

b) (i) Si la persona es beneficiaria de Medicare y como resultado de las disposiciones del Título XVIII de la Ley del Seguro Social y sus reglamentos, Medicare es:

(I) Secundario al plan que cubre a la persona como dependiente; y

(II) Primario al plan que cubre a la persona como no dependiente

(ii) Entonces el orden de beneficios se revierte, de tal manera que el plan que cubre a la persona como no dependiente es secundario y el otro plan que cubre a la persona como dependiente es primario.

2) Hijo Dependiente Cubierto Bajo Más de Un Plan

A menos que exista una orden de un tribunal que diga lo contrario, los planes que cubren a un hijo dependiente pagan sus beneficios en el siguiente orden:

a) En el caso de un hijo dependiente cuyos progenitores estén casados o estén viviendo juntos, aunque nunca se hayan casado:
   (i) El plan del progenitor cuyo cumpleaños sea primero dentro de un año natural es el plan primario; o
   (ii) Si ambos progenitores cumplen en el mismo día del año, el plan que haya cubierto a uno de los progenitores por el mayor periodo de tiempo es el plan primario.

b) En el caso de un hijo dependiente cuyos progenitores estén divorciados o separados o no estén viviendo juntos, aunque nunca se hayan casado:

   (i) Si una orden de un tribunal dispone que uno de los progenitores es responsable por los gastos médicos del hijo dependiente o por proveerle al hijo de un plan médico, y el plan de dicho progenitor tiene conocimiento de dicho decreto, ese plan es primario. Si el progenitor con dicha responsabilidad no tiene un plan médico que cubra los gastos del hijo dependiente, pero el cónyuge de dicho progenitor sí tiene tal plan, el plan del cónyuge del progenitor con la responsabilidad es el plan primario. Esta disposición no aplica con respecto a cualquier año en el cual se pagaron o proveyeron servicios antes que dicho plan tenga conocimiento de la orden judicial correspondiente.

   (ii) Si una orden de un tribunal dispone que ambos progenitores son responsables por los gastos médicos del hijo dependiente o por proveerle un plan médico, las reglas establecidas en el subpárrafo (a) de este párrafo determinan el orden de los beneficios.

   (iii) Si una orden de un tribunal dispone que los progenitores tienen custodia compartida sin especificar que uno de ellos es responsable de los gastos médicos del hijo dependiente o por proveerle un plan médico, las reglas establecidas en el subpárrafo (a) de este párrafo determinan el orden de los beneficios.

   (iv) Si no existe una orden de un tribunal asignando responsabilidad a uno de los progenitores por los gastos médicos del hijo dependiente o por proveerle un plan médico, entonces el orden de los beneficios se determina de la siguiente forma:
      I. El plan que cubra al progenitor custodio;
      II. El plan que cubra al cónyuge del progenitor custodio;
      III. El plan que cubra al progenitor no custodio; y por último
      IV. El plan que cubra al cónyuge del progenitor no custodio.

c) En el caso de un menor de edad cubierto como dependiente bajo más de un plan de personas que no sean progenitores de dicho menor, el orden de los beneficios se determina bajo los subpárrafos (a) o (b) de este párrafo, según aplique, como si tales personas fueran los progenitores de dicho menor.
   i. Para un hijo dependiente que tiene cubierta bajo el plan de uno o ambos padres y también tiene su propia cubierta como dependiente bajo el plan del cónyuge, la regla del párrafo (5) se aplica.
   ii. En el caso de la cubierta del hijo menor dependiente bajo el plan del cónyuge que comenzó en la misma fecha que la cubierta bajo uno o los planes de ambos padres, el orden de los beneficios se determina mediante la aplicación de la regla de cumpleaños en el párrafo (a) el padre (s) del menor dependiente (s) y el cónyuge dependiente.

3) Empleado Activo o Retirado o Ex Empleado

a) El plan que cubre a una persona como empleado activo, esto es un empleado que no es un exempleado o retirado, o como dependiente de un empleado activo es el plan primario. El plan que cubra a una persona como empleado retirado o exempleado, o como dependiente de un empleado retirado o un exempleado es el plan secundario.

b) Si el otro plan no tiene esta regla, y como resultado, los planes no se ponen de acuerdo en el orden en que deban pagarse los beneficios, esta regla es ignorada.

c) Esta regla no aplica si la regla en el Párrafo (1) puede determinar el orden de los beneficios.

4) COBRA o Extensiones de Cubierta Bajo Ley Estatal

a) Si una persona que tiene una cubierta extendida bajo la Ley COBRA o una cubierta extendida bajo otra ley federal o estatal similar también tiene cubierta bajo otro plan, el plan

que cubra a dicha persona como empleado, persona asegurada, suscriptor o retirado o que cubra a dicha persona como dependiente de un empleado, persona asegurada, suscriptor o retirado es el plan primario y el plan que cubra a esa persona bajo la Ley COBRA o bajo una extensión de cubierta bajo otra ley federal o estatal similar es el plan secundario.

b) Si el otro plan no tiene esta regla, y los planes no se ponen de acuerdo sobre el orden en que se deban pagar los beneficios, esta regla es ignorada.

c) Esta regla no aplica si la regla en el Párrafo (1) puede determinar el orden de los beneficios.

5) Tiempo de Cubierta Más Largo o Más Corto

a) Si ninguna de las reglas anteriores determinara el orden de los beneficios, el plan que haya cubierto a la persona asegurada por el periodo de tiempo más largo es el plan primario y el plan que haya cubierto a la persona por el periodo de tiempo más corto es el plan secundario.

b) Para efectos de determinar el periodo de tiempo que una persona ha estado cubierta bajo un plan, dos planes sucesivos se tratan como uno sólo si la persona fue elegible para participar del segundo plan dentro de un periodo de veinticuatro (24) horas luego de la terminación del primer plan.

c) El comienzo de un nuevo plan no incluye:

i. Un cambio en la cantidad o alcance de los beneficios del plan;

ii. Un cambio en la entidad que paga, provee o administra los beneficios del plan; o

iii. Un cambio en el tipo de plan, como, por ejemplo, de un plan de patrono sencillo a un plan de patronos múltiples.

d) El periodo de tiempo que una persona ha estado cubierta bajo un plan se mide desde la fecha en que comenzó la cubierta de dicha persona bajo ese plan. Si no se pudiera determinar tal fecha en el caso de un plan grupal, la fecha en que la persona se convirtió en persona asegurada del grupo por primera vez se utiliza para determinar el periodo de tiempo en que la persona ha estado cubierta bajo dicho plan grupal.

6) Si ninguna de las reglas anteriores determinara el orden de los beneficios, los gastos son compartidos por los planes en partes iguales.

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

SECCIÓN 3 Sus Derechos y Responsabilidades como Paciente

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

Sección 3.01 Derechos como Paciente

- Recibir servicios de salud de alta calidad.
- Recibir información sobre planes médicos, facilidades y profesionales de la salud, así como participar en todas las decisiones relacionadas con su cuidado médico.
- Seleccionar su médico primario, proveedores de salud, especialistas, laboratorio, farmacia, rayos x, hospital y sala de emergencias de su preferencia dentro del listado de proveedores de la aseguradora.
- Continuar recibiendo servicios de cuidado de salud a partir de la cancelación o terminación del plan.
- Ser atendido en sala de emergencia las 24 horas del día/7 días a la semana sin necesidad de referido o autorización de su médico primario o aseguradora.
- Participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento, recibiendo de su médico la información necesaria.
- Ser tratado con respeto, no ser discriminado y recibir trato igual por cualquier profesional de la salud.
- Comunicarse libremente con su proveedor de servicios de salud sin temor y en estricta confidencialidad.
- Procurar que su proveedor de servicios de salud que tenga acceso a su récord médico y su información médica la mantenga confidencial (en secreto).
- Presentar reclamaciones o querellas ante la Oficina del Procurador del Paciente para resolver situaciones sobre sus servicios de salud.

Sección 3.02 Responsabilidades como Paciente

- Proveer información detallada sobre su condición actual de salud, enfermedades anteriores, medicamentos, hospitalizaciones y asuntos relacionados.
- Reportar los cambios en su condición de salud al profesional de la salud a cargo de su tratamiento.
- Informar a su médico que usted comprendió claramente las indicaciones para tratar su condición de salud.
- Cumplir con el tratamiento que acordó con su médico primario o especialista e informar a su médico si hay problemas con el tratamiento indicado.
- Proveer copia escrita de las instrucciones sobre su deseo de tratamiento médico futuro sobre la prolongación de su vida.
- Conocer la obligación del proveedor de ser eficiente y justo al proveer cuidado a otros pacientes.
- Mantener un comportamiento adecuado que no perjudique, dificulte o evite que otros pacientes reciban la atención médica que necesitan.
- Utilizar los servicios médicos, facilidades de servicios de salud y sala de emergencia sólo cuando sea necesario o porque su condición de salud así lo requiera.
- Proveer información necesaria sobre planes médicos y colaborar con el proveedor cuando sea necesario para pagar todas las cuentas y facturas que se le han enviado.
- Reconocer el impacto que su estilo de vida está teniendo en su salud y asumir la responsabilidad de su cuidado. Es su responsabilidad cuidar su salud y cuidar la de su familia.
- Participar en toda decisión relacionada a su cuidado de salud.
- Informar a las autoridades sobre cualquier fraude o actuación impropia de la que tenga conocimiento con relación a los servicios y facilidades de salud médico hospitalarias. Utilizar los mecanismos y procedimientos internos establecidos por el proveedor de cuidado de salud o el plan de salud para resolver diferencias o problemas.
- Reconocer los riesgos y límites de la medicina y del profesional de la salud.
- Informarse sobre todo lo relacionado a su plan de salud y los servicios que ofrece.
- Cumplir con los procedimientos administrativos y operacionales de su plan de salud, proveedor de servicios y de los programas de beneficios de salud gubernamentales.

SECCIÓN 4 Apelaciones de Determinaciones Adversas de Beneficios

Sección 4.01 Derecho a solicitar una apelación luego de una determinación adversa

¿Qué es una Determinación Adversa?

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

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

Sección 4.02 Derecho a apelar una determinación adversa

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

Sección 4.03 Procedimiento de apelaciones

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

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

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

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

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

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

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

Para solicitar asistencia, puede comunicarse o escribir a:

Oficina del Comisionado de Seguros División de Investigaciones
Dirección postal OCS
PO Box 195415
San Juan, PR 00919-5415

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

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

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

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

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

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

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

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

- una apelación en la cual se solicita una revisión de primer nivel de una determinación adversa relacionada con una revisión prospectiva, dentro de un plazo razonable de acuerdo a la condición médica de la persona asegurada, pero nunca más tarde de quince (15) días calendario del recibo de la apelación.
- una apelación en la que se solicita una revisión de primer nivel de una determinación adversa relacionada con una revisión retrospectiva en un plazo razonable, pero nunca más tarde de treinta (30) días calendario del recibo de la apelación. Dicha determinación incluye:
- Los títulos y credenciales de las personas que participaron en el proceso de revisión de primer nivel (los revisores);
- La declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la querella;
- La determinación de los revisores con la justificación médica o base contractual para que la persona asegurada o su representante personal pueda responder a los planteamientos;
- La evidencia o documentación usada como base de la determinación.

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

- Las razones específicas de la determinación adversa;
- Referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;
- Una declaración sobre los derechos que tiene la persona asegurada para acceder u obtener de forma gratuita copias de los documentos, registros y otra información pertinente utilizada en la evaluación de la apelación.
- Si para formular la determinación adversa Triple-S Salud se fundamentó en una regla, guía o protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá una copia de dicha regla, guía o protocolo en específico u otro criterio similar en que se fundamentó la determinación adversa, de manera gratuita a solicitud de la persona asegurada, si fuera aplicable, de su representante personal;
- Si la determinación adversa se basa en la necesidad médica o la naturaleza experimental o investigativa del tratamiento o en una exclusión o limitación similar, una explicación escrita del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación o una declaración de que se provee una explicación a la persona asegurada o si fuera aplicable a su representante personal, de manera gratuita a su solicitud.
- De aplicar, debe incluir las instrucciones para solicitar copia de la regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar en que se basó la determinación, una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación.

- Debe incluir una declaración en la que indique una descripción del proceso para obtener una revisión voluntaria adicional, así como los plazos para la revisión, en caso de que la persona asegurada interese solicitarla. De igual forma, debe incluir una descripción de cómo obtener una revisión externa independiente, si la persona asegurada decidiera que no va a solicitar una revisión voluntaria y el derecho de la persona asegurada a establecer una demanda ante un tribunal competente.
  De aplicar también, debe incluir una declaración que indique que Triple-S Salud y usted pueden tener otras opciones de resolución voluntaria de las controversias disponibles, tales como la mediación o el arbitraje y su derecho de comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros o la Oficina del Procurador de la Salud para orientación, opciones disponibles y solicitar ayuda, así como la información de los números a llamar en estos casos.

2. <u>Revisiones Ordinarias de Querellas No Relacionadas con una Determinación Adversa</u>

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

Triple-S Salud le informa los derechos que le asisten dentro de tres (3) días laborables del recibo de la querella, y designa a una o más personas que no hayan manejado anteriormente el asunto objeto de la querella. Además, Triple-S Salud le proveerá a usted o persona asegurada o a su representante personal, si fuera aplicable, el nombre, dirección y número de teléfono de las personas designadas para realizar la revisión ordinaria de la querella. Triple-S Salud le notifica por escrito su determinación a más tardar los treinta (30) días calendario del recibo de la querella. Una vez notificado de la decisión de Triple-S Salud, la determinación incluirá los nombres y títulos de los oficiales o peritos que intervinieron en la evaluación de su querella, así como a una declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la querella.

Debe también incluir:

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

DERECHO A SER ASISTIDO

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

- La Oficina del Comisionado de Seguros está ubicada en 361 Calle Calaf World Plaza Building, 268 Muñoz Rivera Ave., San Juan PR 00918 o puede comunicarse al (787) 304-8686.
- La Oficina del Procurador de la Salud está ubicada en Mercantil Plaza, Avenida Ponce de León 1501, Hato Rey, PR o puede comunicarse al (787) 977-0909 (Área Metro) o libre de cargos al 1-800-981-0031.

DERECHO A NOMBRAR UN REPRESENTANTE

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

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

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

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

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

3. <u>Nivel Voluntario de Revisiones de Querellas</u>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. <u>Revisiones Aceleradas de Querellas Relacionadas con una Determinación Adversa</u>

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

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

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

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

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

Dicha determinación incluye:

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

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

- Las razones específicas de la determinación adversa;
- Referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;
- Una declaración sobre los derechos que tiene la persona asegurada para acceder u obtener de forma gratuita copias de los documentos, registros y otra información pertinente utilizada en la evaluación de la apelación, incluyendo cualquier regla, guía o protocolo interno u otro criterio similar utilizado para fundamentar la determinación.
- Si la determinación adversa se basa en la necesidad médica o la naturaleza experimental o investigativa del tratamiento o en una exclusión o limitación similar, una explicación escrita del

razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación o una declaración de que se provee una explicación a la persona asegurada o si fuera aplicable a su representante personal, de manera gratuita a su solicitud.

- De aplicar, debe incluir las instrucciones para solicitar copia de la regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar en que se basó la determinación, una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación y la descripción del proceso para obtener una revisión voluntaria adicional, así como los plazos para la misma, en caso de que la persona asegurada interese solicitarla.
- De igual forma, debe incluir una descripción de cómo obtener una revisión externa independiente, si la persona asegurada decidiera que no va a solicitar una revisión voluntaria.
- Una declaración en la que se indica el derecho de la persona asegurada a establecer una demanda ante un tribunal competente.
- De aplicar también, debe incluir una declaración que indique que Triple-S Salud y usted pueden tener otras opciones de resolución voluntaria de las controversias disponibles, tales como la mediación o el arbitraje.
- Una notificación de derecho de comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros o la Oficina del Procurador de la Salud para orientación, opciones disponibles y solicitar ayuda, así como la información de los números a llamar en estos casos.
- Usted tiene derecho a comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros o con la Oficina del Procurador de la Salud para solicitarle ayuda.
- Triple-S Salud podrá proveer la notificación verbalmente, por escrito o electrónicamente.
- Si se provee la notificación de la determinación adversa verbalmente, Triples-S Salud proveerá una notificación por escrito o por medio electrónico a más tardar a los tres (3) días de la notificación verbal.
- Nada de lo aquí dispuesto se entenderá que limita la facultad de Triple-S Salud para dejar sin efecto una determinación adversa sin observar el procedimiento aquí prescrito.

Para solicitar asistencia, puede comunicarse o escribir a:

Oficina del Comisionado de Seguros División de Investigaciones
Dirección postal OCS
PO Box 195415
San Juan, PR 00919-5415
361 Calle Calaf Edificio World Plaza
268 Ave. Muñoz Rivera San Juan, PR 00918
Teléfono: 787-304-8686 www.ocs.pr.gov

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Describirá exactamente cuál es la información adicional que se requiere para completar la solicitud; y

Dispondrá un plazo de por lo menos cuarenta y cinco (45) días, contados a partir de la fecha del recibo de la notificación de prórroga, para que la persona asegurada provea la información adicional especificada.

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

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

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

- Se considerará como una determinación adversa toda reducción o terminación del tratamiento que haga Triple-S Salud antes de finalizar el plazo o la cantidad de tratamientos previamente certificados, salvo que la reducción o terminación se deba a una enmienda en los beneficios del plan médico o a la terminación del plan médico; y
- Triple-S Salud notificará la determinación adversa a la persona asegurada, con antelación a la reducción o terminación, de modo que la persona asegurada pueda presentar una querella interna y obtener una determinación con respecto a dicha querella, antes de que se reduzca o termine el beneficio.

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

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

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

- Determine que la prórroga es necesaria debido a circunstancias fuera del control de Triple-S Salud; y

- Notifique a la persona asegurada, antes del vencimiento del plazo inicial de treinta (30) días calendario, las circunstancias que justifican la prórroga y la fecha en que espera hacer la determinación.

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

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

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

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

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

- Información suficiente que permita identificar el beneficio solicitado o la reclamación hecha, incluyendo los datos que sean aplicables entre los siguientes: la fecha del servicio; el proveedor; la cuantía de la reclamación; el código de diagnóstico y su significado; y el código de tratamiento y su significado;
- Las razones específicas de la determinación adversa, incluyendo el código de denegación y su significado, así como una descripción de los estándares, si alguno, utilizados en la denegación del beneficio o reclamación;
- Una referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;
- Una descripción de todo material o información adicional que se necesite para que la persona asegurada pueda completar la solicitud, incluida una explicación de por qué dicho material o información es necesario;
- Una descripción de los procedimientos internos de querellas de Triple-S Salud, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos;
- Si para formular la determinación adversa Triple-S Salud se fundamentó en una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá, libre de costo, a la persona asegurada una copia de dicha regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar;
- Si la determinación adversa se basó en el juicio sobre la necesidad médica del servicio o tratamiento, en la naturaleza experimental o investigativa del mismo o en una exclusión o límite similar, la notificación incluirá una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, y al aplicar los términos del plan médico a las circunstancias de la persona asegurada; y
- Una explicación del derecho de la persona asegurada a comunicarse, según corresponda, con la oficina del Comisionado o con la Oficina del Procurador del Paciente para pedir ayuda en cualquier

momento y sobre el derecho a incoar una demanda ante un tribunal competente cuando termine el proceso interno de querellas de Triple-S Salud. Deberá incluirse la información de contacto de la Oficina del Comisionado y del Procurador de la Salud.

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

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

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

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

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

Si la persona asegurada no ha provisto suficiente información para que Triple-S Salud pueda tomar una determinación, Triple-S Salud notificará la deficiencia a la persona asegurada, ya sea verbalmente o, si la persona asegurada así lo solicita, por escrito, y le indicará la información específica que se necesita, a la brevedad posible, pero en ningún caso en un término mayor de veinticuatro (24) horas, contadas a partir del recibo de la solicitud.

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

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

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

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

A los fines de calcular los plazos en que se requiere que Triple-S Salud tome sus determinaciones, el plazo comenzará en la fecha en que Triple-S Salud reciba la solicitud conforme a los procedimientos para la radicación de solicitudes que haya establecido, independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para tomar la determinación.

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

- Información suficiente que permita identificar el beneficio solicitado o la reclamación hecha, incluyendo los datos que sean aplicables entre los siguientes: la fecha del servicio; el proveedor; la cuantía de la reclamación; el Código de diagnóstico y su significado y el Código de tratamiento y su significado.
- Las razones específicas de la determinación adversa, el código de denegación y su significado, así como una descripción de los estándares, si alguno, utilizados en la denegación del beneficio o reclamación.
- Una referencia a las disposiciones específicas de la póliza en las que se basa la determinación.
- Una descripción de todo material o información adicional que se necesite para que la persona asegurada pueda completar la solicitud, incluyendo una explicación de por qué dicho material o información es necesaria.
- Una descripción de los procedimientos internos de querellas de Triple-S Salud, establecidos a tenor con el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos.
- Una descripción de los procedimientos internos de revisión acelerada de querellas de Triple-S Salud establecidos a tenor con el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos.
- Si para formular la determinación adversa Triple-S Salud se fundamentó en una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá libre de costo, a la persona asegurada, una copia de dicha regla, guía o protocolo interno u otro criterio similar.
- Si la determinación adversa se basa en el juicio sobre la necesidad médica del servicio o tratamiento, en la naturaleza experimental o investigativa del mismo o en una exclusión o límite similar, la modificación incluirá una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, y al aplicar los términos de la póliza a las circunstancias de la persona asegurada.
- Una explicación del derecho a la persona asegurada a comunicarse, según corresponda, con la oficina del Comisionado o con la oficina del Procurador de la Salud para pedir ayuda en cualquier momento y sobre el derecho a incoar una demanda ante un tribunal competente cuando termine el proceso interno de querella de Triple-S Salud, incluyendo la información de contacto de la Oficina del Comisionado y del Procurador de la Salud.

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

7. <u>Servicios de Emergencia</u>

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

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

- Triple-S Salud no requerirá obtener autorización previa para los servicios de emergencia, aun cuando dichos servicios de emergencia hayan sido provistos por un proveedor que no forme parte de la red de proveedores de Triple-S Salud (proveedores no participantes);
- Si los servicios de emergencia fueron provistos por un proveedor no participante, no se impondrán requisitos administrativos ni limitaciones de cubierta que resulten más restrictivos que los requisitos o limitaciones aplicables a los proveedores participantes cuando prestan los mismos servicios de emergencia;

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

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

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

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

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

Sección 4.04 Notificación del Derecho a la Revisión Externa

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

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

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

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

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

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

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

Además de la información que se debe proveer, Triple-S Salud incluirá una descripción de los procedimientos de revisión externa ordinaria y de revisión externa acelerada, destacando las disposiciones que le ofrecen a la persona asegurada la oportunidad de presentar información adicional. También se deberán incluir, si alguno, los formularios necesarios para procesar la solicitud de revisión externa. Triple- S Salud incluirá un formulario de autorización u otro documento aprobado por el Comisionado, mediante el cual la persona asegurada autorice a Triple-S Salud a divulgar información de salud protegida, incluidos los expedientes médicos, que son pertinentes a la revisión externa.

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

- **Por facsímil: 787-273-6082**
- **Por correo regular:**
  Oficina del Comisionado de Seguros División de Investigaciones Dirección postal OCS
  PO Box 195415 San Juan, PR 00919-5415
  361 Calle Calaf Edificio World Plaza 268 Ave. Muñoz Rivera San Juan, PR 00918
  Teléfono: 787-304-8686
  www.ocs.pr.gov
- **Por correo electrónico:** investigaciones@ocs.pr.gov

Sección 4.05 Solicitud de Revisión Externa

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

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

Sección 4.06 Requisito de Agotar el Proceso Interno de Querellas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sección 4.07 Revisión Externa Ordinaria

A más tardar los ciento veinte (120) días siguientes al recibo de una notificación de determinación adversa o determinación adversa final, la persona asegurada podrá presentar una solicitud de revisión externa al Comisionado.

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

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

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

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

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

Si la solicitud:

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

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

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

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

- La determinación del Comisionado a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa,

luego de la determinación inicial en contrario de Triple-S Salud, deberá hacerse en concordancia con los términos de cubierta del plan médico y estará sujeta a todas las disposiciones aplicables.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sección 4.08 Revisión Externa Acelerada

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

Una determinación adversa, siempre y cuando:

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

- La persona asegurada haya radicado una solicitud de revisión interna acelerada de una querella para la cual se hizo una determinación adversa; o

Una determinación adversa final, siempre y cuando:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sección 4.09 Revisión Externa de Determinaciones Adversas Basadas en Tratamiento Experimental o Investigativo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El médico que atiende a la persona asegurada:

- Ha recomendado un servicio de cuidado de la salud o tratamiento respecto al cual certifica, por escrito, que, según su opinión, con toda probabilidad será de mayor beneficio para la persona asegurada que los otros servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales o acostumbrados disponibles; o
- El médico que atiende a la persona asegurada, el cual está cualificado para practicar la medicina en la rama indicada para el tratamiento de la condición de salud en cuestión, ha certificado por escrito que existen estudios con validez científica, realizados según los protocolos aceptados, que demuestran que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento solicitado por la persona asegurada tiene una mayor probabilidad de ser de beneficio que ningún otro servicio de cuidado de la salud o tratamiento usual o acostumbrado disponible;

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

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

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

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

Si la solicitud:

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

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

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

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

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

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

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

A más tardar el próximo día laborable del recibo de la notificación asignándole la revisión externa, la organización de revisión independiente deberá seleccionar, según se entienda apropiado, uno o más revisores clínicos para llevar a cabo la revisión externa.

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

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

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

Al formular su opinión, los revisores clínicos no estarán obligados por ninguna de las decisiones o conclusiones resultantes del proceso de revisión de utilización o el proceso interno de querellas de Triple- S Salud.

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

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

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

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

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

En caso de que la organización de revisión independiente reciba información de la persona asegurada o a la persona asegurada, la organización de revisión independiente deberá remitir dicha información, a su vez, a Triple-S Salud implicado, a más tardar el próximo día laborable del recibo de la información.
Al recibo de la información, Triple-S Salud podrá reconsiderar su determinación adversa o determinación adversa final objeto de la revisión externa.

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

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

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

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

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

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

- Una descripción de la condición de salud de la persona asegurada;
- Una descripción de los indicadores relevantes en el análisis y proceso de determinar si existe suficiente evidencia para demostrar que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado tiene una mayor probabilidad de ser beneficioso para la persona asegurada que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento usual o acostumbrado disponible y que los riesgos adversos del servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado no serían marcadamente mayores que los de los servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales y acostumbrados disponibles;
- Una descripción y análisis de la evidencia médica o científica que se tomó en consideración en la opinión expresada;
- Una descripción y análisis de cualquier estándar basado en evidencia (“evidence-based standard”) que se haya tomado en consideración en la opinión expresada; e
- Información acerca de si el razonamiento tras la opinión del revisor
- En el caso de una revisión externa acelerada, cada revisor clínico expresará su opinión, de manera

verbal o escrita, a la organización de revisión independiente, tan pronto como la condición o circunstancia de salud de la persona asegurada requiera, pero nunca más tarde de los cinco (5) días siguientes de haber sido seleccionado para realizar la revisión externa.

- Si la opinión del revisor clínico se hubiese expresado originalmente de manera verbal, a más tardar los dos (2) días de haber provisto la opinión, el revisor clínico suministrará una confirmación escrita a la organización de revisión independiente e incluirá en ésta la información que se requiere.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si hay un empate entre los revisores clínicos en cuanto a si se debe cubrir o no el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado, la organización de revisión independiente obtendrá la opinión de un revisor clínico adicional, de modo que pueda hacer una determinación en base a las opiniones de la mayoría.

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

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

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

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

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

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

Sección 4.10 Obligatoriedad de la Determinación de la Revisión Externa

La determinación de la revisión externa obliga a Triple-S Salud, salvo en los casos en que Triple-S Salud tenga algún otro remedio conforme a las leyes aplicables de Puerto Rico.

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

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

Sección 4.11 Pago del Costo de la Revisión Externa

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

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

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

Los procesos de revisión externa en la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, respecto a las determinaciones adversas finales1, serán llevadas por conducto del organismo revisor independiente *Federal Hearings & Appeal Services, Inc. (FHAS)*. De conformidad con el referido Artículo 28.170, será la organización de seguros de salud o asegurador, contra la que se presentó la solicitud de revisión externa, quién tendrá la obligación de pagar el costo de las solicitudes de revisión externa, la cual estará basada en una tarifa de $625 por cada solicitud de revisión ordinaria o, en caso de una solicitud revisión expedita, la tarifa aplicable será de $700 por cada solicitud revisión expedita.

SECCIÓN 5 Procedimiento de Trámite para Reembolsos

Sección 5.01 Descripción del Proceso de Trámite para Reembolso

1. Las solicitudes de reembolso deben ser enviadas:
   a) A través de nuestro portal de Internet www.ssspr.com. En la sección Herramientas para Ti que se encuentra en la parte inferior de la página principal están los Formularios para Persona Asegurada donde se presenta la información para someter un reembolso en línea.
   b) Por correo electrónico (e-mail). Para los servicios **médicos** debe enviar a la siguiente dirección: reembolso@ssspr.com. Para los servicios **dentales** debe enviar los documentos a: reemdental@ssspr.com.
   c) Aplicación Móvil Mi Triple S
   d) Visitas a Centros de Servicio de Triple S
   e) A través de llamada al Centro de Servicio al Cliente 1-800-981-3241 & 787-774-6060.
   f) Por correo: Triple-S Salud, PO Box 363628, San Juan, PR 00936-3628.

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

Si solicita reembolso por medicamentos debe añadir:

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

Si solicita reembolso por servicios dentales debe añadir:

- El código de servicio, número de diente y, superficies restauradas (si aplica)
- Cantidad pagada por cada servicio
- Si la persona asegurada paga en un recibo más de una visita debe enviar las fechas de servicio exactas **(MES, DÍA, AÑO)** por las que pagó.
- En caso de tener suscritos los servicios de prótesis dental y periodoncia, que se ofrece de forma opcional con una prima adicional correspondiente, deben traer radiografías.

Si solicita reembolso por Coordinación de Beneficios debe añadir:

- Número de contrato de su plan primario si el mismo es con Triple-S Salud
- Si es para rembolsar por cantidades dejadas de pagar por su plan primario, debe incluir la Explicación de Beneficios del otro plan.

2. Debe dar aviso por escrito de la reclamación a Triple-S Salud dentro de los veinte (20) días después de haber recibido el servicio o tan pronto como sea razonablemente posible por la persona asegurada en un plazo que no exceda de un (1) año a partir de la fecha en que se prestó el servicio a menos que se presente evidencia de que fue imposible someter la reclamación en el periodo de tiempo establecido.

3. Triple-S Salud tiene hasta 15 días para entregar acuse de recibo luego de recibir por correo la notificación de reclamación. Las notificaciones realizadas a una persona designada por la persona asegurada se consideran 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 de la persona asegurada, debe informarlo dentro de los 7 días siguientes y debe indicar nombre y dirección de la persona que debe recibir la notificación.

   Si la notificación de reclamación se realiza por medio electrónico, la persona asegurada recibe inmediatamente un acuse de recibo por sistema. Si realiza el trámite en un centro de servicio, se acusa recibo al momento de la entrega del documento.

4. Triple-S Salud hace la investigación, ajuste y resolución de cualquier reclamación en el periodo razonablemente más corto dentro de 30 días después de haber recibido la solicitud. De Triple-S Salud no poder resolver en el tiempo anteriormente indicado, mantiene en sus expedientes los documentos que evidencien justa causa para exceder este término. El Comisionado de Seguros tiene la autoridad para solicitar la resolución inmediata si entiende que se está retrasando el proceso indebida o injustificadamente.
5. En cumplimiento con la ley núm. 109 del 22 de diciembre de 2022, Ley para establecer la Política Pública del Gobierno de Puerto Rico en torno a la población con Albinismo y el Síndrome de Hermansky-Pudlak, se cubren los lentes y espejuelos especialmente prescritos para protección, prevención y mejora de la visión por reembolso.

SECCIÓN 6 Preautorizaciones y Procedimiento de Trámite

Para que los servicios se consideren cubiertos, la persona asegurada debe cumplir con el requisito de la preautorización previa para los servicios que así lo requieren, según se identifica en el Capítulo 5 Beneficios Cubiertos.

Una vez recibida la solicitud de la preautorización, Triple-S Salud notifica a la persona asegurada su determinación en un tiempo no mayor de 15 días luego de la fecha en que se recibe. Esto aplica a las determinaciones de revisión prospectivas.

Si la solicitud está incompleta y no cumple con los requisitos mínimos de evaluación, Triple-S Salud le notifica a la persona asegurada de forma verbal o escrita, a menos que haya solicitado que sea de forma escrita, en un tiempo no mayor de cinco (5) días desde la fecha en que se recibe y le indica la información que debe enviar para poder completar la evaluación. La persona asegurada tiene hasta 45 días a partir de la fecha de notificación para proveer la información solicitada.

Las determinaciones prospectivas se realizan dentro de un plazo no mayor de quince (15) días desde la fecha en que se recibe la solicitud. Triple-S Salud le notifica a la persona asegurada antes que termine el plazo inicial de los quince (15) días de haber recibido su solicitud de preautorización con una justificación y le indicará la fecha en que se espera se haga la determinación.

El médico, hospital, facilidad y la persona asegurada están orientados sobre qué servicios deben ser preautorizados. Las preautorizaciones para estudios y procedimientos son tramitadas por el médico que lo atiende, el personal clínico que él designe o la facilidad donde se vaya a tratar, llamando a Preautorizaciones Triple-S Salud de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. Los proveedores también pueden verificar la elegibilidad de estudios y procedimientos utilizando nuestro portal en la internet www.ssspr.com disponible las 24 horas, los 7 días.

La persona asegurada, médico y proveedor participante son orientados sobre las admisiones hospitalarias que requieran preautorización o notificación en 72 horas o tan pronto como sea razonablemente posible. **Los servicios recibidos como consecuencia de una emergencia médica en una Sala de Emergencia no requieren preautorización.**

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

- Ambulancia aérea en servicios de Puerto Rico
- Cirugía bariátrica
- Cirugías mastectomía
- Cirugía ortognática
- Cirugías reconstructivas
- Equipo Médico Duradero
- Equipo, Tratamiento y Facilidades no Disponibles en Puerto Rico
- Litotricia (ESWL)
- Trasplante de piel, hueso y córnea
- Pet scan & Pet CT
- Pruebas Genéticas
- Synagis
- Servicios Post Hospitalarios - Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar
- Servicios Post-Hospitalarios - Servicios de Cuidado de Enfermería Diestra
- Tratamiento Residencial
- Ventilador Mecánico
- Equipo, Tratamiento y Facilidades no Disponibles en Puerto Rico

Preautorizaciones en Casos Urgentes

La solicitud de preautorización se considerará de forma urgente si el médico solicita que se atienda con carácter de urgencia ya que, bajo su criterio, pone en un serio riesgo la vida, salud o capacidad de la persona asegurada para recuperar su función máxima, o porque someterle a los términos de tiempo regulares para contestar una solicitud de preautorización le expone a sufrir dolor severo, el cual no se puede manejar adecuadamente sin el tratamiento para el cual se esté solicitando la preautorización. La solicitud para estos casos se puede hacer de forma oral o escrita. Triple-S Salud notificará su decisión de forma oral o escrita, a menos que usted solicite que sea de forma escrita, dentro de 24 horas a partir del recibo de su solicitud.

Si se necesita información adicional, se notificará de forma oral o escrita, a menos que la persona asegurada solicite que sea de forma escrita, dentro de las 24 horas del recibo de la solicitud. La persona asegurada o su representante tiene un término no menor de 48 horas a partir de la notificación para enviar la información adicional solicitada. Una vez recibida la información, Triple-S Salud debe contestar la solicitud en un término no mayor de 48 horas a partir de lo que ocurra primero entre la fecha de recibo de la información adicional o la fecha en que vence el plazo otorgado para recibir la misma. De no recibir la información solicitada en el término antes señalado, Triple-S Salud puede denegar la certificación del servicio.

La notificación de la determinación adversa indica lo siguiente, según aplique:

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

Para Preautorizaciones o si necesita información adicional, llámenos al Departamento de Servicio al Cliente al (787) 774-6060.

Puede someter la información requerida vía fax o por correo

Fax: (787) 774-4824

Correo: Triple-S Salud, Inc. Departamento de Preautorizaciones P O Box 363628
San Juan, PR 00936-3628

Usted tiene derecho a comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros o con la Oficina del Procurador de la Salud para solicitar ayuda en cualquier momento y tiene el derecho a proceder a demandar ante un tribunal competente cuando termine el proceso interno de querellas de Triple-S Salud. La Oficina del Comisionado de Seguros está ubicada en 361 Calle Calaf World Plaza Building, 268 Muñoz Rivera Ave., San Juan PR 00918 y puede comunicarse al (787) 304-8686.

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

CAPÍTULO 7: 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, la persona asegurada o cualquiera de sus dependientes sufre alguna enfermedad o lesión, cubierta bajo la póliza, Triple-S Salud tiene derecho a subrogarse en los derechos de la persona asegurada, para reclamar y recibir de dicho tercero, una compensación equivalente a los gastos incurridos en el tratamiento de la persona asegurada, ocasionados por tales actos culposos o negligentes. Triple-S Salud sólo reclamará los gastos médicos que pagó relacionados con el accidente ocasionado por el tercero.

   La subrogación es un proceso legal mediante el cual un asegurador asume los derechos de la persona asegurada ante un tercero que le ha ocasionado daños. Si la persona asegurada tiene un accidente ocasionado por la culpa o negligencia de un tercero (por ejemplo: escuela, supermercado u otro establecimiento público o privado) debe llenar el Reporte de Incidente del lugar en que tuvo el accidente. La persona asegurada debe proveer copia a Triple-S Salud de este informe lo más pronto posible, con su nombre y número de contrato. Esta información puede enviarse a través del correo electrónico subrogation@ssspr.com o entregar al administrador del plan el cual puede remitir estos documentos a Triple-S Salud.

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

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

3. **AVISO DE RECLAMACIÓN:** Debe darse aviso por escrito de la reclamación a Triple-S Salud dentro de los veinte (20) días después de haber ocurrido el servicio o después de dicho término, tan pronto como sea razonablemente posible por la persona asegurada. 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 considera como aviso dado a Triple-S Salud.

4. **CANCELACIÓN INDIVIDUAL**: Triple-S Salud puede 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 notifica a la persona asegurada mediante un aviso por escrito que le es entregado, o se envía por correo a su última dirección según demuestren los archivos de Triple-S Salud, indicando cuándo dicha cancelación es efectiva, que no es menos de treinta (30) días después del aviso.

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

5. **CONCESIONARIO INDEPENDIENTE DE LA *BLUE CROSS BLUE SHIELD ASSOCIATION***: La persona asegurada, por este medio expresamente reconoce y conoce que esta póliza constituye un contrato únicamente entre la persona asegurada y Triple-S Salud, Inc. que es una corporación independiente y opera bajo una licencia de la *Blue Cross Blue Shield Association*, una asociación de Planes independientes afiliados a *la Blue Cross Blue Shield* (la Asociación) permitiendo a Triple-S Salud, Inc. usar la marca de servicio *Blue Cross Blue Shield* en Puerto Rico e Islas Vírgenes y que Triple-S Salud, Inc. no está contratada como agente de la Asociación.

La persona asegurada y sus dependientes acuerdan y acceden que no han 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. pueden ser responsables por cualquier obligación de Triple-S Salud, Inc. para con la persona asegurada, creado bajo esta póliza.

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

6. **CONFIDENCIALIDAD**: Triple-S Salud mantiene 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.

7. **CONTRATO ÚNICO-CAMBIOS**: Esta póliza, incluyendo los endosos y documentos anexos, si los hubiere, constituye el texto íntegro del contrato de seguro. Ningún cambio en esta póliza es válido hasta que sea aprobado por un funcionario ejecutivo del asegurador y por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico previo a su uso 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.

8. **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 servicios hospitalarios o médico- quirúrgicos 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.

9. **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 la persona asegurada 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.

10. **DERECHOS CIVILES PARA INDIVIDUOS BAJO LA SECCIÓN 1557:** Triple-S Salud, Inc. Cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

    Triple-S Salud, Inc. no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

    Ofrecemos asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros. También, ofrecemos servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el español.

    Para más información, puede referirse a nuestro portal electrónico: http://www.ssspr.com/SSSPortal/GeneralInfo/politica-privacidad.htm o llamar a los siguientes números: (787) 774-6060 o sin cargos al 1-800-981-3241, para servicios telefónicos para audio impedidos (TTY/TDD) al (787) 792-1370 o sin cargos al 1-866-215-1999.

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 identificación del plan expedida a su favor por Triple-S Salud. Disponiéndose, además, que el recobro de tales gastos no impide que Triple-S Salud pueda cancelar el contrato de seguros en el momento en que descubra el uso ilegal de la tarjeta, ni impide la radicación de querella para que se enjuicie criminalmente a la persona asegurada o a la persona que utilice ilegalmente dicha tarjeta.

12. **EXÁMENES FÍSICOS:** Triple-S Salud tiene 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 LA PERSONA ASEGURADA**: La persona asegurada no es responsable de pagar por aquellos servicios para los cuales el proveedor participante incumplió con los procedimientos de elegibilidad, políticas médicas o políticas de pago o protocolos de servicios establecidos por Triple-S Salud.

14. **FUMADOR O NO FUMADOR:** Si Triple-S Salud adviene en conocimiento por información de servicios solicitados que una persona asegurada tiene una dependencia del tabaco y está clasificado como fumador, Triple-S Salud le notificará para cambiar su prima retroactiva a la efectividad del año contrato/póliza. Si al momento de la notificación la persona asegurada entiende que debe estar clasificado como no fumador, debe presentar por escrito una declaración jurada y un certificado médico informando que ya no es fumador por al menos los últimos 6 meses.

15. **IDENTIFICACIÓN:** Triple-S Salud expide una tarjeta a cada persona asegurada, la que es 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, debe presentar una segunda identificación con fotografía.

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

17. **PAGO DE PRIMA:** La persona asegurada principal es responsable por el pago de la prima correspondiente a la póliza; disponiéndose, que dicha responsabilidad cubre toda prima adeudada hasta la fecha de terminación de la póliza, conforme con la cláusula de Terminación. La persona asegurada principal sigue 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 tiene derecho a cobrar la prima adeudada, o a su opción, puede recobrar los costos incurridos en el pago de reclamaciones por servicios prestados a la persona asegurada luego de la cancelación del plan de salud de dicha persona; disponiéndose, que la persona asegurada principal es responsable por el pago de cualesquiera de las dos cantidades reclamadas por Triple-S Salud. Triple-S Salud puede 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 de la persona asegurada principal.

    Si la edad de la persona asegurada está incorrecta, la prima se ajustará de acuerdo con la edad correspondiente.

18. **PAGO DE RECLAMACIONES:** Como regla general, los beneficios provistos bajo esta póliza son pagaderos a proveedores participantes, excepto en casos de emergencias donde se paga según lo dispuesto por ley. De la persona haber utilizado proveedores no participantes en casos de emergencias, los servicios prestados son pagados directamente al proveedor.

    En el caso de que la persona asegurada haya recibido servicios posteriores a los servicios de emergencia, o de post-estabilización, que están cubiertos bajo el plan de cuidado de salud, excepto por el hecho de que se trata de un proveedor no participante, Triple-S Salud le rembolsa a la persona asegurada por aquella parte de los costos según establecido en la póliza.

Para que Triple-S Salud pueda indemnizar o emitir un reembolso a la persona asegurada en estos casos, la persona asegurada debe dar aviso por escrito de la reclamación a Triple-S Salud dentro de los veinte (20) días después de haber recibido el servicio o tan pronto como sea razonablemente posible, pero que no exceda de un (1) año a partir de la fecha en que se prestó el servicio, a menos que se presente evidencia que fue imposible someter la reclamación en el periodo de tiempo establecido.

19. **PAGO SERVICIO CUBIERTO TOTAL SI NO HUBIERE PROVEEDOR:** En los casos que una persona asegurada necesite un servicio médicamente necesario cubierto por el plan para el cual no hubiere proveedor contratado y no esté dispuesto en su cubierta que el servicio es provisto mediante reembolso a la persona asegurada, Triple-S Salud coordina y establece un acuerdo especial con un proveedor no participante para la prestación de dichos servicios a la persona asegurada. Esto está sujeto a los términos y condiciones de la póliza de la persona asegurada y al pago al proveedor a base de la tarifa establecida por Triple-S Salud para los servicios a prestarse, descontando el costo compartido correspondiente. En caso de que Triple-S Salud no logre establecer un acuerdo, se reembolsará el 100% de lo que pagó el asegurado, descontando el costo compartido aplicable al servicio recibido.

20. **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 continúa en vigor.

21. **PROGRAMA BLUECARD® Y SERVICIOS FUERA DEL ÁREA:** Triple-s Salud tiene una variedad de relaciones con otros licenciatarios de Blue Cross y/o Blue Shield. Generalmente, estas relaciones se llaman "*Inter-Plan Arrangements*." Estos *Inter-Plan Arrangements* funcionan a base de normas y procedimientos emitidos por la Blue Cross Blue Shield Association ("*Association*"). Siempre que usted acceda servicios de salud fuera del área geográfica que Triple-S Salud sirve, la reclamación por esos servicios puede tramitarse por uno de esos *Inter-Plan Arrangements*. Los *Inter-Plan Arrangements* se describen en forma general a continuación.

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

    Tipos de reclamaciones

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

    ### A. Programa BlueCard®

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

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

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

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

    El precio Estimado y el precio promedio también toman en cuenta ajustes para corregir sobre estimación o subestimación de modificaciones de precios anteriores para corregir los precios de reclamaciones pasadas

que se señalaron anteriormente. Sin embargo, tales ajustes no afectarán el precio que nosotros hemos utilizado para su reclamación porque ellos no serán aplicados de manera retroactiva a reclamaciones que han sido pagadas.

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

B. Impuestos Federales/Estatales/Recargos /Tarifas

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

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

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

22. **PRUEBAS DE SERVICIOS:** En caso de cualquier reclamación por servicios de parte de la persona asegurada, debe 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 invalida ni reduce 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; 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. La persona asegurada principal consiente y autoriza a cualquier profesional o proveedor de servicios para que suministre a Triple-S Salud informes, que se mantienen confidenciales, relacionados con el diagnóstico y los servicios suministrados a él o a cualquier dependiente asegurado. Los mismos son utilizados única y exclusivamente para determinar los derechos y obligaciones contraídas dentro de la póliza.

23. **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 una persona asegurada 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 comunica con la persona asegurada cuando se percate que ha efectuado un pago equivocado o en exceso. La persona asegurada tiene la obligación de notificar a Triple-S Salud cuando se percate de que ha recibido un pago equivocado o en exceso.

24. **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 hace que se reinstale la póliza. Si Triple-S Salud o el representante autorizado pide una solicitud, se le da un recibo condicional por la prima. Si la solicitud se aprueba, esta póliza es reinstalada a partir de la fecha de aprobación. En ausencia de dicha aprobación, esta póliza queda 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, es 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.

25. **RENOVACIÓN DE CUBIERTA**: Triple-S Salud renueva el plan médico individual a la persona asegurada o dependiente, a opción de la persona asegurada, y en conformidad con la legislación y reglamentación federal aplicable; excepto en los siguientes casos:

    a. Falta de pago de las primas o contribuciones conforme a los términos del plan médico o que Triple- S Salud no haya recibido el pago de las primas a su debido tiempo.
    b. La persona asegurada o su representante 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 descontinuar el ofrecimiento de todos los planes médicos individuales que tramita o emite en Puerto Rico y que haya notificado su determinación de no renovar el plan médico 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. todas las personas aseguradas, 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 responde a los mejores intereses de las personas aseguradas o afecta 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 descontinúa el producto obsoleto en Puerto Rico y 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 todas las personas aseguradas, con por lo menos ciento ochenta (180) días de anticipación a la fecha de no renovación;
        iii. Le ofrece a cada persona asegurada 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 descontinuar 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 de la persona asegurada o los factores relacionados con su condición de salud o las de sus dependientes que pudieran ser elegibles para la cubierta.

    En el caso de un plan médico que se ofrezca por medio de un plan de red preferida, la persona asegurada 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 de la persona asegurada.

26. **RESCISIÓN DE CUBIERTA:** Triple-S Salud se reserva el derecho a rescindir la cubierta (invalidar retroactivamente a la fecha original de vigencia) de cualquier persona asegurada en caso de fraude o representación falsa de un hecho material. Triple-S Salud podrá rescindir la cubierta bajo esta póliza según las siguientes razones indicadas en el Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) y el Art. 2.050 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico:

    a. “Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores no podrán rescindir o cancelar un plan médico, tanto para personas individuales como para grupos de personas, luego de que la persona asegurada esté cubierta bajo el plan médico, excepto en casos que involucren fraude o una tergiversación intencional de datos sustanciales de parte de la persona asegurada o de la persona asegurada solicitando un plan médico a nombre de otra persona. La organización de seguros de salud o asegurador que desee rescindir o cancelar una cubierta de un plan médico deberá proporcionar un aviso, con por lo menos treinta (30) días de anticipación, a cada persona asegurada del plan médico o, el asegurado principal en el caso de planes médicos individuales, que se pueda ver afectado por la propuesta rescisión o cancelación de la cubierta”.
    b. En caso de una rescisión de cubierta, Triple-S Salud enviará una notificación escrita con por lo menos treinta (30) días de anticipación a cada persona asegurada del plan médico que pueda verse afectado por la propuesta rescisión de la cubierta.

27. **RESUMEN DE BENEFICIOS:** Triple-S Salud entrega al tenedor de la póliza un Resumen de Beneficios y Cubierta (SBC, por sus siglas en inglés), el cual presenta la estructura de copagos, limitaciones y exclusiones de su plan, una lista de médicos y proveedores participantes, así como el Formulario de Medicamentos.

28. **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 a la persona asegurada principal de una notificación por escrito con no menos de treinta (30) días de anticipación. La terminación no afecta a cualquier reclamación por servicios prestados con anterioridad a la fecha de la terminación.

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

    El periodo de cuidado de transición está sujeto al pago de la prima correspondiente y puede ser denegado o terminado si la persona asegurada y/o el proveedor incurre en fraude contra el seguro. Por favor, lea la Sección 1.13 Cuando un Proveedor Abandona la Red de Triple-S Salud o el Plan de Salud Cesa, para detalles adicionales.

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

CAPÍTULO 8: Prácticas de Privacidad y Aviso Sobre Discrimen

SECCIÓN 1 Notificación de Prácticas de Privacidad

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

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

Sección 1.01 Nuestra responsabilidad legal

A Triple-S Salud, Inc. (Triple-S, en adelante), se le requiere por ley mantener la confidencialidad, privacidad y seguridad de su información de salud. De igual forma, es requerido por ley proveerle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad y sus derechos con respecto a su información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés). Seguiremos las prácticas de privacidad descritas en este aviso mientras el mismo esté vigente.

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

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

Sección 1.02 Como protegemos su PHI

Triple-S tiene que regirse por los términos de este Aviso. Sin embargo, nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso. Antes de realizar algún cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, enmendaremos este aviso y lo enviaremos a todos nuestros suscriptores activos a la fecha del cambio. Este aviso cobrará vigencia a partir del 1ro de octubre de 2022.

- Nuestros empleados están capacitados sobre nuestras políticas y procedimientos relacionadas a la privacidad y la protección de los datos.
- Nosotros usamos salvaguardas administrativas, físicas y técnicas implementadas para mantener la integridad, confidencialidad, privacidad y seguridad de su información protegida de salud.
- Hemos desarrollado e implementado políticas y procedimientos establecidos que restringen el uso de su PHI por parte de nuestros empleados solo a aquellos que están autorizados a acceder esta información, limitado para propósitos de tratamiento o pago o para llevar a cabo ciertas operaciones de atención médica; y
- Hemos implementado procesos apropiados para monitorear y asegurar el cumplimiento con nuestras políticas de Privacidad y Seguridad de la información protegida de salud.

RESUMEN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

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

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

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

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

Sección 1.03 Leyes y regulaciones

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

HITECH: Ley titulada como Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act of 2009 (HITECH, por sus siglas en inglés). Esta ley promueve la adopción y el uso significativo de la tecnología de información de salud. También se ocupa de privacidad y seguridad asociada a las transmisiones electrónicas de información de salud, en parte, a través de varias disposiciones que fortalecen la ejecución civil y criminal de las Reglas de HIPAA.

Regla de Privacidad y Seguridad: Son los estándares de la privacidad de la información identificable de un individuo, así como las normas de seguridad para la protección electrónica de la información protegida que se guían a través de 45 C.F.R. Parte 160 y Parte 164.

ORGANIZACIONES CUBIERTAS POR ESTE AVISO

Triple-S Salud, Inc.

Sección 1.04 Usos y divulgaciones de información de salud

Triple-S no divulgará ni utilizará su información para ningún otro propósito que no sea los mencionados en este Aviso a no ser que usted provea una autorización por escrito. Usted tiene derecho a revocar la autorización por escrito en cualquier momento, pero su revocación no afectará los usos o divulgaciones permitidos por su autorización mientras la misma estuvo vigente. Triple-S no divulgará información para propósito de recaudación de fondos.

Triple-S podría utilizar y divulgar PHI para lo siguiente:

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

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

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

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

Operaciones de cuidados de salud: Para servicios legales y de auditoría, incluyendo detección de fraude y abuso y cumplimiento, así como la planificación y desarrollo de negocios, actividades administrativas y de gerencia del negocio, actividades de seguridad del paciente, credencialización, manejo de enfermedades y adiestramiento de estudiantes de medicina o farmacia. Por ejemplo, el plan puede utilizar o divulgar su información de salud para comunicarse con usted para proveerle recordatorios de reuniones, citas o información sobre tratamientos.

Podemos usar o divulgar su información de salud a otra aseguradora o a un proveedor de salud sujeto a las regulaciones federales o locales sobre confidencialidad mientras la aseguradora o proveedor mantengan una relación con usted.

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

Socios de Negocios: Nuestro uso de PHI para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica descritas anteriormente (o para otros usos o divulgaciones descritos en esta Notificación) pueden involucrar divulgación de su PHI a ciertas otros individuos o entidades con las que hemos contractado para llevar a cabo o proporcionar ciertos servicios en nuestros nombres (Socios de Negocios). También podríamos permitir a nuestros Socios Negocios crear, recibir, mantener o transmitir su PHI en nuestro nombre para que el Socio de Negocios nos proporcione servicios, o para la administración o gerencia apropiada del Socio de Negocios o para cumplir con las responsabilidades legales del Socio de Negocios. Estos Socios Negocios incluyen abogados, contadores, consultores, compañías de procesamiento de reclamaciones y otros terceros. Nuestros Socios de Negocios pueden volver a divulgar su PHI a contratistas para que estos contratistas puedan proporcionar servicios a los Socios de Negocios. Estos contratistas estarán sujetos a las mismas restricciones y condiciones que aplican a nuestro Socios de Negocios. Cuando dicho arreglo con un Socio de Negocios involucre el uso o divulgación de su PHI, tendremos un contrato escrito con nuestro Socio de Negocios que contendrá los términos diseñados para proteger la privacidad de su PHI.

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

Para propósitos de investigación: Podemos utilizar o divulgar su PHI a investigadores, si una Junta Revisora Institucional o un Comité de Ética ha revisado la propuesta de investigación y ha establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información y ha aprobado la investigación como parte de un conjunto limitado de datos

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

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

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

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

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

Actividades de monitoreo de agencias reguladoras: Podemos divulgar información de salud a una agencia reguladora como el Departamento de Salud Federal (DHHS, por sus siglas en inglés) para propósitos de auditorías, monitoreo de cumplimiento con la regulación, investigaciones, inspecciones o licencias. Estas divulgaciones pueden ser necesarias para ciertas agencias estatales y federales para monitorear el sistema de atención de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.

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

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

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

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

Con su autorización: Usted nos puede autorizar por escrito a usar o divulgar su información a otras personas para cualquier propósito. Actividades como el mercadeo de productos no relacionados con salud o la venta de información de salud requieren su autorización. En estos casos, las pólizas de seguro y sus beneficios no se afectarán si usted deniega la autorización.

La autorización tiene que estar firmada y fechada por usted, indicar la persona o entidad autorizada a recibir la información, breve descripción de la información a divulgarse y fecha de expiración de la autorización, la cual no excederá de dos años contados desde la fecha en que se firma la misma. Salvo que se haya firmado la autorización para uno de los siguientes propósitos:

- Para sustentar una solicitud de beneficios bajo una póliza de seguro de vida o para la rehabilitación o cambios de beneficios de la misma, en cuyo caso la autorización estará vigente 24 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 o enfermedad crónicos o la rehabilitación de una lesión.

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

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

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

Sección 1.05 Usted tiene los siguientes derechos sobre su PHI

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

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

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

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

Restricciones: Usted tiene el derecho de solicitar que implementemos restricciones adicionales en nuestro manejo de su información de salud.

Nosotros no tenemos que estar de acuerdo con su solicitud, pero si la aceptamos, nos regiremos por la misma (excepto en caso de una emergencia). Su solicitud y nuestro acuerdo de implementar restricciones adicionales en el manejo de su información de salud debe ser por escrito.

Comunicación confidencial: Usted tiene el derecho de solicitar que nuestras comunicaciones hacia usted relacionadas con su información de salud sean dirigidas a direcciones alternas. Debe presentar una solicitud por escrito notificando la dirección postal en la cual interesa que Triple-S le envíe sus comunicaciones.

Nota: Si elige que se le envíen las comunicaciones confidenciales a una nueva dirección, solo responderemos a solicitudes por parte de usted. Si recibe servicios de proveedores de atención médica, usted es responsable de notificar a aquellos proveedores directamente sobre su nueva dirección postal.

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

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

Aviso en caso de violaciones de Privacidad y Seguridad en que su información esté en riesgo: Triple-S es requerido por ley de notificarle de manera oportuna si ocurre un incidente que comprometa la privacidad, seguridad y confidencialidad de su información protegida de salud.

Aviso por medios electrónicos: Si usted recibió este aviso por medio de nuestro portal www.salud.grupotriples.com para Triple-S Salud o por correo electrónico (e-mail), usted tiene derecho a recibir una copia en papel del mismo.

PREGUNTAS Y QUEJAS

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

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

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

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

U.S. Department of Health and Human Services
Mailing Address: 200 Independence Avenue, S.W. Room 509F HHH Bldg.
Washington, D.C. 20201.
Email: OCRComplaint@hhs.gov
Customer Response Center: (800) 368-1019 Fax: (202) 619-3818 TDD: (800) 537-7697

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

If you would like to receive an English version of this notice, please contact us at the address above or visit our website at www.salud.grupotriples.com for Triple-S Salud.

SECCIÓN 2 Aviso: informando a los individuos sobre los requisitos de no discrimen y acceso y la declaración de no discrimen: el discrimen está en contra de la ley

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

Triple-S Salud:

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

Si necesita recibir estos servicios, contacte a un Representante de Servicio. Si considera que Triple-S Salud, Inc. no le ha provisto estos servicios o han discriminado de cualquier otra manera por motivos de raza, origen nacional, color, edad, sexo o incapacidad, comuníquese con:

Representante de Servicio
PO Box 363628, San Juan, PR 00936-3628
Teléfono: (787) 774-6060 o 1-800-981-3241
TTY: (787) 792-1370 o 1-866-215-1999
Fax: (787) 706-2833
E-mail: TSACompliance@ssspr.com

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

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

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

787.774.6060
787.792.1370
TTY (audioimpedidos)

Lunes a viernes	7:30 a.m. a 8:00 p.m.
Sábados	9:00 a.m. a 6:00 p.m.
Domingos	11:00 a.m. a 5:00 p.m.

www.ssspr.com