

BIENVENIDOS A TRIPLE-S SALUD, INC.

Nuestra prioridad es servirte en todas las etapas de tu vida


Por más de 55 años hemos cuidado la salud de miles de puertorriqueños ofreciendo servicios de excelencia y calidad. Nuestra prioridad es servirte en todas las etapas de tu vida y nos esforzamos día a día en desarrollar iniciativas que respondan a este compromiso.

Triple-S Salud, Inc. (que más adelante se denominará como Triple-S Salud) te provee una amplia gama de servicios de cuidado integral que velan por tu BIENESTAR TOTAL y contribuyen a mejorar tu calidad de vida. Además, provee más y mejores servicios con horario extendido en nuestros Centros de Servicio, incluyendo Centros en Plaza Las Américas y Plaza Carolina abiertos los siete días. Además, te ofrecemos servicios las 24 horas, los 7 días con Telexpreso y nuestra página de Internet www.ssspr.com.

Este resumen de cubierta de la Póliza Medigap te ayudará a conocer los beneficios que Triple-S Salud pone a tu disposición bajo los modelos de cubierta complementaria a Medicare.

Te exhortamos a que te familiarices con este resumen y lo mantengas a tu alcance para referencia.

Nuestro mayor deseo es que continúes siendo parte de nuestra gran familia donde cuidamos lo más preciado para ti y tu familia, tu salud.



Madeline Hernández Urquiza, CPA
Presidenta

**Triple-S Salud, Inc.
San Juan, Puerto Rico**

Concesionario Independiente de la *Blue Cross and Blue Shield Association*

Resumen de la Cubierta Complementaria a Medicare 2017 – Tabla de Beneficios de los Planes Complementarios a Medicare vendidos con fecha de efectividad a partir del 1 de junio de 2010. Esta tabla muestra los beneficios que se incluyen en cada modelo. Cada compañía deberá hacer disponible el Modelo "A". Los Planes E, H, I y J ya no están disponibles para la venta. Quizás algunos modelos no estarán disponibles en Puerto Rico.

BENEFICIOS BÁSICOS: Incluidos en todos los Modelos. **Hospitalización:** Coaseguro de la Parte A más cubierta por 365 días adicionales después que los beneficios del Programa *Medicare* terminen. **Gastos Médicos:** Coaseguro de la Parte B (generalmente 20% de los gastos aprobados por el Programa *Medicare*) o copagos para servicios ambulatorios en el hospital. **Sangre:** Cubre las primeras tres pintas de sangre cada año. **Hospicio:** Coaseguro de la Parte A.

A	B	C	D	F**	G	K	L	M	N
Beneficios Básicos, incluyendo el 100% del coaseguro de la Parte B	Beneficios Básicos, incluyendo el 100% del coaseguro de la Parte B	Beneficios Básicos, incluyendo el 100% del coaseguro de la Parte B	Beneficios Básicos, incluyendo el 100% del coaseguro de la Parte B	Beneficios Básicos, incluyendo el 100% del coaseguro de la Parte B	Beneficios Básicos, incluyendo el 100% del coaseguro de la Parte B	Hospitalización y cuidado preventivo pagado al 100%; otros beneficios básicos pagados al 50%	Hospitalización y cuidado preventivo pagado al 100%; otros beneficios básicos pagados al 75%	Beneficios Básicos, incluyendo el 100% del coaseguro de la Parte B	Beneficios Básicos, incluyendo el 100% del coaseguro de la Parte B, excepto hasta \$20 de copago para la visita de oficina y hasta \$50 de copago para sala de emergencia
		Coaseguro Institución Enfermería Especializada	Coaseguro Institución Enfermería Especializada	Coaseguro Institución Enfermería Especializada	Coaseguro Institución Enfermería Especializada	50% del coaseguro Institución Enfermería Especializada	75% del coaseguro Institución Enfermería Especializada	Coaseguro Institución Enfermería Especializada	Coaseguro Institución Enfermería Especializada
	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	50% del deducible de la Parte A	75% del deducible de la Parte A	50% del deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A
		Deducible de la Parte B		Deducible de la Parte B					
				Exceso de la Parte B (100%)	Exceso de la Parte B (100%)				
		Emergencias de Viaje en el Extranjero	Emergencias de Viaje en el Extranjero	Emergencias de Viaje en el Extranjero	Emergencias de Viaje en el Extranjero			Emergencias de Viaje en el Extranjero	Emergencias de Viaje en el Extranjero
						Desembolso máximo \$5,120; pagado al 100%, luego de alcanzar el límite	Desembolso máximo \$2,560; pagado al 100%, luego de alcanzar el límite		

NOTA: Triple-S Salud ofrecerá solamente los Modelos A, B y C

** El Plan F también tiene una opción llamada "*High Deductible Plan F*". Este plan paga los mismos beneficios que el Plan F, luego de que la persona haya pagado un deducible anual de \$2,200. Los beneficios de este Plan no comenzarán hasta que el desembolso máximo exceda \$2,200. Los desembolsos máximos para estos deducibles son gastos que hubieran sido pagados por esta póliza. Estos gastos incluyen los deducibles por la Parte A y B de Medicare, pero no incluyen el deducible por separado de Emergencias de Viaje en el Extranjero

Triple-S Salud
San Juan, Puerto Rico
Concesionario Independiente de la *Blue Cross and Blue Shield Association*

RESUMEN DE CUBIERTA DE LA PÓLIZA MEDIGAP
2017

INFORMACIÓN DE PRIMAS

Triple-S Salud solo podrá aumentar tus primas si aumenta la prima de todas las pólizas como la tuya en Puerto Rico.

ES IMPORTANTE QUE LEAS TU PÓLIZA Y EL ENDOSO DETENIDAMENTE

Este resumen de la póliza Medigap te ofrece una breve descripción de los aspectos importantes de tu cubierta. La póliza y el endoso constituyen tu contrato de seguro. Deberás leer la póliza y el endoso para comprender los derechos y las obligaciones que tienes así como Triple-S Salud. **Utiliza este resumen para comparar los beneficios y las primas entre los modelos de póliza Medigap.**

DERECHO A DEVOLVER LA PÓLIZA

Si encuentras que no estás satisfecho con tu póliza, puedes devolverla al PO Box 363628, San Juan, P.R. 00936-3628. Si nos devuelves la póliza dentro de los 30 días después de haberla recibido, trataremos la póliza como si nunca se hubiese emitido y te devolveremos la prima pagada.

REEMPLAZO DE LA PÓLIZA

Si estás reemplazando otra póliza de seguro de salud, **NO la canceles hasta que recibas tu nueva póliza y estés seguro de que la quieres retener.**

AVISO

Esta póliza quizás no cubra todos tus costos médicos. Ni Triple-S Salud ni sus representantes autorizados, productores u otros representantes están relacionados con el Programa Medicare. Este **Resumen de Cubierta** no provee todos los detalles en cuanto a la cubierta del Programa Medicare. Comunícate con la oficina del Seguro Social o consulta la Guía del Programa Medicare para más detalles.

LAS CONTESTACIONES COMPLETAS SON MUY IMPORTANTES

Cuando completes la solicitud para la nueva póliza, asegúrate de contestar verídica y completamente todas las preguntas acerca de tu historial médico y de salud. Triple-S Salud podrá cancelar tu póliza y negarse a pagar cualesquier reclamaciones si se suprime o falsifica información médica importante.

Revisa la solicitud cuidadosamente antes de firmarla. Asegúrate que toda la información ha sido debidamente registrada.

La siguiente Tabla Comparativa describe las diferencias en beneficios que te ofrecen las pólizas Medigap (Modelos A, B y C) de Triple-S Salud.

**TABLA COMPARATIVA
PÓLIZAS MEDIGAP MODELOS A, B y C**

Beneficios	Medicare Cubre:	Medigap Cubre: Modelo A (C-6)	Medigap Cubre: Modelo B (C-7)	Medigap Cubre: Modelo C (C-8)
Seguro de Hospitalización Parte A del Programa Medicare:				
Deducible por periodo de enfermedad	Nada	Nada	\$1,316	\$1,316
Primeros 60 días	100%	Nada	Nada	Nada
Coaseguro días 61 al 90	Todo menos \$329 diarios	\$329 diarios	\$329 diarios	\$329 diarios
Coaseguro días 91 al 150	Todo menos \$658 diarios	\$658 diarios	\$658 diarios	\$658 diarios
Periodo adicional hasta un máximo de 365 días por vida	Nada	100%	100%	100%
Servicios en Institución de Enfermería Especializada:				
Primeros 20 días	100%	Nada	Nada	Nada
Coaseguro días 21 al 100	Todo menos \$164.50 diarios	Nada	Nada	\$164.50 diarios
Seguro Médico Parte B del Programa Medicare:				
Deducible anual	Nada	Nada	Nada	\$183
Coaseguro	80%	20%	20%	20%
Deducible primeras 3 pintas de sangre (combinación Partes A y B)	Nada	100%	100%	100%
Beneficios Adicionales:				
Emergencias fuera de Puerto Rico y Estados Unidos de América	Algunos servicios cuando la facilidad más cercana está en la frontera de México y Canadá.	Nada	Nada	80% hasta un máximo de \$50,000 por vida, sujeto a un deducible anual de \$250.

**DESCRIPCIÓN DEL MODELO-A
MEDICARE (PARTE A) - SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-A PAGA	TU PAGAS
<p>HOSPITALIZACIÓN* Habitación semiprivada y comidas, servicios y suministros generales de enfermería y misceláneos</p> <p>Primeros 60 días 61er. hasta 90mo. día 91er. día y posteriormente: -Mientras que se utilice los 60 días de reserva vitalicios -Una vez que se utilicen los días de reserva vitalicios: -365 días adicionales</p> <p>-Más allá de los 365 días</p>	<p>Todo menos \$1,316 Todo menos \$329 por día</p> <p>Todo menos \$658 por día</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>	<p>\$0 \$329 por día \$658 por día</p> <p>100% de los gastos elegibles del Medicare \$0</p>	<p>\$1,316 (Deducible Parte A) \$0 \$0 \$0** Todos los costos</p>
<p>CUIDADO EN UNA CASA DE SALUD* Deberás cumplir con los requisitos de Medicare, incluso el haber estado en un hospital por lo menos 3 días e ingresado a una facilidad aprobada por Medicare dentro de 30 días después de haber salido del hospital</p> <p>Primeros 20 días 21er. hasta el 100mo. día 101er. días y posteriormente</p>	<p>Todas las cantidades aprobadas Todo menos \$164.50 por día \$0</p>	<p>\$0 \$0 \$0</p>	<p>\$0 Hasta \$164.50 por día Todos los costos</p>
<p>SANGRE Primeras 3 pintas Cantidades adicionales</p>	<p>\$0 100%</p>	<p>3 pintas \$0</p>	<p>\$0 \$0</p>
<p>CUIDADO EN UN HOSPICIO Disponibles mientras que tu médico certifique que tienes una enfermedad terminal y tú eliges recibir estos servicios</p>	<p>Todo menos muy poco coaseguro para medicamentos de pacientes ambulatorios y cuidado de prórroga.</p>	<p>Copago o coaseguro de Medicare</p>	<p>\$0</p>

*Un periodo de beneficios comienza el primer día que recibes servicios como un paciente recluido en un hospital y termina después que hayas estado fuera del hospital y no hayas recibido cuidado en una casa de salud o en cualquier otra facilidad por 60 días consecutivos.

**Cuando tu beneficio de hospital de la Parte A de Medicare se haya agotado, Triple-S Salud pagará cualquier cantidad que Medicare hubiera pagado por hasta 365 días adicionales, según provisto en la póliza de beneficios básicos. Durante este periodo, el hospital no podrá facturarte por el balance en base a cualquier diferencia entre los cargos facturados y la cantidad que Medicare hubiera pagado.

**DESCRIPCIÓN DEL MODELO-A (CONTINUACIÓN)
MEDICARE (PARTE B) - SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO CALENDARIO**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-A PAGA	TU PAGAS
GASTOS MÉDICOS-DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO DE PACIENTE AMBULATORIO , tales como servicios de médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos de pacientes recluidos y ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero. Primeros \$183 de Cantidades Aprobadas por Medicare*** Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	\$0 Generalmente 80%	\$0 Generalmente 20%	\$183 (Deducible de la Parte B) \$0
Cargos en Exceso de la Parte B (Por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos
SANGRE Primeras 3 pintas Próximos \$183 de Cantidades Aprobadas por Medicare*** Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	\$0 \$0 80%	Todos los costos \$0 20%	\$0 \$183 (Deducible de la Parte B) \$0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - PRUEBAS DE SANGRE PARA SERVICIOS DIAGNÓSTICOS	100%	\$0	\$0

PARTES A & B

CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE Servicios médicamente necesarios de cuidado diestro y suministros médicos Equipo médico duradero Primeros \$183 de Cantidades Aprobadas por Medicare*** Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	100% \$0 80%	\$0 \$0 20%	\$0 \$183 (Deducible de la Parte B) \$0
--	----------------------------	---------------------------	---

***Una vez que te hayan facturado \$183 de las cantidades aprobadas por Medicare por servicios cubiertos (que se indican con un asterisco), tu Deducible de la Parte B se habrá cumplido para el año calendario.

**DESCRIPCIÓN DEL MODELO-B
MEDICARE (PARTE A) - SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-B PAGA	TU PAGAS
HOSPITALIZACIÓN* Habitación semiprivada y comidas, servicios y suministros generales de enfermería y misceláneos Primeros 60 días	Todo menos \$1,316	\$1,316 (Deducible de la Parte A)	\$0
61er. hasta 90mo. día	Todo menos \$329 por día	\$329 por día	\$0
91er. día y posteriormente: -Mientras que se utilice los 60 días de reserva vitalicios -Una vez que se utilicen los días de reserva vitalicios:	Todo menos \$658 por día	\$658 por día	\$0
-365 días adicionales	\$0	100% de los gastos elegibles del Medicare	\$0**
-Más allá de los 365 días	\$0	\$0	Todos los costos
CUIDADO EN UNA CASA DE SALUD* Deberás cumplir con los requisitos de Medicare, incluso el haber estado en un hospital por lo menos 3 días e ingresado a una facilidad aprobada por Medicare dentro de 30 días después de haber salido del hospital			
Primeros 20 días	Todas las cantidades aprobadas	\$0	\$0
21er. hasta el 100mo. día	Todo menos \$164.50 por día	\$0	Hasta \$164.50 por día
101er. días y posteriormente	\$0	\$0	Todos los costos
SANGRE Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	\$0 100%	3 pintas \$0	\$0 \$0
CUIDADO EN UN HOSPICIO Disponible mientras que tu médico certifique que tienes una enfermedad terminal y tú eliges recibir estos servicios	Todo menos muy poco coaseguro muy limitado para medicamentos de paciente ambulatorio y cuidado de prórroga	Copago o coaseguro de Medicare	\$0

*Un periodo de beneficios comienza el primer día que recibes servicios como un paciente recluido en un hospital y termina después que hayas estado fuera del hospital y no hayas recibido cuidado en una casa de salud o en cualquier otra facilidad por 60 días consecutivos.

**Cuando tu beneficio de hospital de la Parte A de Medicare se haya agotado, Triple-S Salud pagará cualquier cantidad que Medicare hubiera pagado por hasta 365 días adicionales, según provisto en la póliza de beneficios básicos. Durante este periodo, el hospital no podrá facturarte por el balance en base a cualquier diferencia entre los cargos facturados y la cantidad que Medicare hubiera pagado.

**DESCRIPCIÓN DEL MODELO-B (CONTINUACIÓN)
MEDICARE (PARTE B) - SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO CALENDARIO**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-B PAGA	TU PAGA
GASTOS MÉDICOS-DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL PARA PACIENTE AMBULATORIO , tales como servicios de médicos, suministros y servicios médicos para pacientes recluidos y pacientes ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero.			
Primeros \$183 de Cantidades Aprobadas por Medicare***	\$0	\$0	\$183 (Deducible de la Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	Generalmente 80%	Generalmente 20%	\$0
Cargos en Exceso de la Parte B (Por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0
Próximos \$183 de Cantidades Aprobadas por Medicare***	\$0	\$0	\$183 (Deducible de la Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - PRUEBAS DE SANGRE PARA SERVICIOS DIAGNÓSTICOS	100%	\$0	\$0

PARTES A & B

CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE Servicios médicamente necesarios de cuidado diestro y suministros médicos			
Equipo médico duradero	100%	\$0	\$0
Primeros \$183 de Cantidades Aprobadas por Medicare***	\$0	\$0	\$183 (Deducible de la Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	80%	20%	\$0

***Una vez que te hayan facturado \$183 de las cantidades aprobadas por Medicare por servicios cubiertos (que se indican con un asterisco), tu Deducible de la Parte B se habrá cumplido para el año calendario.

**DESCRIPCIÓN DEL MODELO-C
MEDICARE (PARTE A) - SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-C PAGA	TU PAGAS
HOSPITALIZACIÓN* Habitación semiprivada y comidas, servicios y suministros generales de enfermería y misceláneos Primeros 60 días	Todo menos \$1,316	\$1,316 (Deducible de la Parte A)	\$0
61er. hasta 90mo. día	Todo menos \$329 por día	\$329 por día	\$0
91er. día y posteriormente: -Mientras que se utilice los 60 días de reserva vitalicios -Una vez que se utilicen los días de reserva vitalicios:	Todo menos \$658 por día	\$658 por día	\$0
-365 días adicionales	\$0	100% de los gastos elegibles del Medicare	\$0**
-Más allá de los 365 días	\$0	\$0	Todos los costos
CUIDADO EN UNA CASA DE SALUD* Deberás cumplir con los requisitos del Medicare, incluso el haber estado en un hospital por lo menos 3 días e ingresado a una facilidad aprobada por Medicare dentro de 30 días después de haber salido del hospital			
Primeros 20 días	Todas las cantidades aprobadas	\$0	\$0
21er. hasta el 100mo. día 101er. días y posteriormente	Todo menos \$164.50 por día \$0	Hasta \$164.50 por día \$0	\$0 Todos los costos
SANGRE Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	\$0 100%	3 pintas \$0	\$0 \$0
CUIDADO EN UN HOSPICIO Disponible mientras que tu médico certifique que tienes una enfermedad terminal y tú eliges recibir estos servicios	Todo menos coaseguro muy limitado para medicamentos de paciente ambulatorio y cuidado de prórroga	Copago o coaseguro de Medicare	\$0

*Un periodo de beneficios comienza el primer día que recibes servicio como un paciente recluido en un hospital y termina después que hayas estado fuera del hospital y no hayas recibido cuidado en una casa de salud o en cualquier otra facilidad por 60 días consecutivos.

**Cuando tu beneficio de hospital de la Parte A de Medicare se haya agotado, Triple-S Salud pagará cualquier cantidad que Medicare hubiera pagado por hasta 365 días adicionales, según provisto en la póliza de beneficios básicos. Durante este periodo, el hospital no podrá facturarte por el balance en base a cualquier diferencia entre los cargos facturados y la cantidad que Medicare hubiera pagado.

**DESCRIPCIÓN DEL MODELO-C (CONTINUACIÓN)
MEDICARE (PARTE B) - SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO CALENDARIO**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-C PAGA	TU PAGAS
GASTOS MÉDICOS-DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL PARA PACIENTE AMBULATORIO , tales como servicios de médicos, suministros y servicios médicos para pacientes recluidos y pacientes ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero. Primeros \$183 de Cantidades Aprobadas por Medicare*** Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	\$0 Generalmente 80%	\$183 (Deducible de la Parte B) Generalmente 20%	\$0 \$0
Cargos en Exceso de la Parte B (Por encima de las cantidades aprobadas por Medicare)	\$0	\$0	Todos los costos
SANGRE Primeras 3 pintas Próximos \$183 de Cantidades Aprobadas por Medicare*** Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	\$0 \$0 80%	Todos los costos \$183 (Deducible de la Parte B) 20%	\$0 \$0 \$0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO - PRUEBAS DE SANGRE PARA SERVICIOS DIAGNÓSTICOS	100%	\$0	\$0

PARTES A & B

CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR SERVICIOS APROBADOS POR MEDICARE Servicios médicamente necesarios de cuidado diestro y suministros médicos Equipo médico duradero Primeros \$183 de Cantidades Aprobadas por Medicare*** Restante de Cantidades Aprobadas por Medicare	100% \$0 80%	\$0 \$183 (Deducible de la Parte B) 20%	\$0 \$0 \$0
--	------------------------	---	-----------------------

OTROS BENEFICIOS - NO CUBIERTOS POR MEDICARE

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-C PAGA	USTED PAGA
VIAJES HACIA EL EXTRANJERO - NO CUBIERTOS POR MEDICARE Servicios médicamente necesarios de cuidado de emergencia que comienzan durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los Estados Unidos de América. Primeros \$250 cada año civil Restante de los Cargos	\$0 \$0	\$0 80% hasta un beneficio vitalicio máximo de \$50,000	\$250 20% y cantidades sobre el máximo vitalicio de \$50,000

***Una vez que te hayan facturado \$183 de las cantidades aprobadas por Medicare por servicios cubiertos (que se indican con un asterisco), tu Deducible de la Parte B se habrá cumplido para el año calendario.

¿QUE SIGNIFICA MEDIGAP?

El Congreso de Estados Unidos aprobó la ley *Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA)* que simplifica y estandariza las pólizas complementarias a Medicare. Las nuevas pólizas se identificarán como modelos Medigap, y tendrán beneficios que serán similares para todas las compañías aseguradoras.

Esta póliza provee beneficios para personas acogidas a ambas partes del Programa Medicare (Partes A y B) y está sujeta a lo estipulado por el Programa Medicare. Asegura a la persona elegible con el gasto aceptable por concepto de deducibles y coaseguros, de acuerdo a los cargos aceptados por el Programa Medicare, por motivo de servicios médico-quirúrgicos y otros servicios de salud recibidos bajo el Programa Medicare. El Programa Medicare le paga el 80% de los cargos razonables luego de descontar el deducible anual. La póliza Medigap paga el restante 20% de los cargos razonables aceptados por el Programa Medicare.

Los cambios que surjan por legislación Federal en la cantidades correspondientes a deducibles o coaseguros establecidos por el Programa Medicare, estarán cubiertos por Triple-S Salud de acuerdo a la disposiciones de la póliza. La póliza Medigap cubrirá dichas cantidades hasta completar el 100% de las cantidades aprobadas por el Programa Medicare en Puerto Rico a base de los cargos usuales, acostumbrados y razonables.

LIMITACIONES POR CONDICIONES PREEXISTENTES

Aplicará un periodo de espera durante los primeros seis (6) meses de vigencia de la póliza, por motivo de condiciones preexistentes. Condiciones preexistentes se definen como condiciones físicas o mentales padecidas por un asegurado las cuales se manifestaron inicialmente antes de la emisión de su póliza; o que existían antes de la emisión y por las cuales recibió tratamiento. En esta póliza se establece un periodo límite para las condiciones preexistentes de seis (6) meses antes de la fecha en que la póliza entra en vigor. Dicho periodo de espera no aplicará:

- si la póliza reemplaza otra póliza en la cual se había cubierto el periodo de espera;
- si la póliza reemplaza otra póliza que había estado en vigor por seis (6) meses o más.

Cualquier periodo de espera mencionado anteriormente no será aplicable si has cumplido bajo otro seguro con Triple-S Salud que expire en la fecha que quedes asegurado (a) bajo esta póliza o será aplicable parcialmente hasta completarlo si cumpliste parte del periodo en dicho otro seguro.

Estas disposiciones aplican a todas las pólizas Medigap emitidas con fecha de efectividad de agosto de 1992 en adelante.

ÁREA DE SERVICIO

El área de servicio es el área dentro de la cual se espera que recibas la mayoría de los servicios médico-hospitalarios. En esta póliza el área de servicio significa Puerto Rico, ya que los beneficios provistos en esta póliza están disponibles sólo para aquellas personas que viven permanentemente en Puerto Rico.

BENEFICIOS BAJO MEDICAID

No necesitas tener más de una póliza complementaria a Medicare. Si tienes 65 años o más, puedes ser elegible para los beneficios de Medicaid y posiblemente no necesites tener una póliza complementaria a Medicare.

Las primas y beneficios correspondientes a la póliza complementaria a Medicare quedarán suspendidos durante un periodo de 24 meses mientras sean elegibles para beneficios de Medicaid. Deberás solicitar la suspensión de tu póliza dentro de los 90 días siguientes a tu elegibilidad bajo Medicaid. Cuando termine tu elegibilidad bajo Medicaid, podrás solicitar reactivar tu póliza complementaria a Medicare dentro de los próximos 90 días después de terminar tu elegibilidad a Medicaid.

Podrás recibir orientación respecto a Medicaid mediante los servicios de asesoramiento disponibles en las unidades certificadoras dentro de las facilidades de los Hospitales de Área, Centros Médicos, y Centros de Diagnóstico y Tratamiento del Departamento de Salud de Puerto Rico.

PREGUNTAS IMPORTANTES

¿Qué procedimiento debo seguir para acogerme a los beneficios de la Póliza Medigap?

Debes tener más de 65 años o ser incapacitado y debes estar acogido a las Partes A y B del Programa Medicare. Puedes solicitar el Formulario de Solicitud de Seguro en las oficinas de Triple-S Salud en San Juan, Ponce, Mayagüez, Arecibo, Caguas, **Plaza Carolina o Plaza Las Américas** ya sea personalmente, por carta o por teléfono. Si eres un empleado activo, no puedes acogerte a estos beneficios.

Si eres mayor de 65 años y sometes la solicitud dentro de los seis (6) meses a partir de la fecha en que te acogiste a la Parte B del Programa Medicare, serás elegible al seguro sin evidencia de asegurabilidad.

Deberás llenar en todas sus partes el Formulario de Solicitud de Ingreso y el Cuestionario Póliza Medigap que acompaña la solicitud, acompañar fotocopia de la tarjeta del Programa Medicare donde aparezcan las Partes A y B del Programa (*Hospital and Medical Insurance*) y llevarla o enviarla por correo a las oficinas de Triple-S Salud.

¿Debo pagar al médico al utilizar sus servicios?

Si visitas un médico o proveedor participante de Medicare y de Triple-S Salud, no tienes que pagar nada. Sólo tienes que presentar ambas tarjetas. Refiérete al Directorio de Participantes de Medicare y de Triple-S Salud. Solicita el directorio de Medicare al Representante del Programa Medicare en Puerto Rico. El directorio de Triple-S Salud está disponible en nuestras Oficinas.

Recuerda que las tarifas establecidas por los médicos y proveedores que no son participantes de Medicare y Triple-S Salud, pueden ser diferentes a las tarifas establecidas por Medicare y Triple-S Salud para sus médicos y proveedores participantes.

Si visitas un médico o proveedor participante de Triple-S Salud pero no participante de Medicare, pagarás la tarifa establecida para el servicio por dicho médico o proveedor. Solicita reembolso por el 80% del cargo razonable al Representante del Programa Medicare en Puerto Rico. El 20% restante, deberás solicitarlo a Triple-S Salud mediante el Formulario de Reembolso, después que Medicare te pague los servicios. Envía dicho formulario a Triple-S Salud, acompañado del recibo de pago y la Explicación de Beneficios expedida por el Representante del Programa Medicare del área en que se prestó el servicio.

Si visitas un médico o proveedor participante de Medicare pero no participante de Triple-S Salud, si recibes servicios fuera de Puerto Rico, o si recibes servicios no cubiertos por el Programa Medicare en países extranjeros; deberás utilizar el Formulario de Reembolso. Envíalo a Triple-S Salud acompañado del recibo de

pago y la Explicación de Beneficios expedida por el Representante del Programa Medicare del área en que se prestó el servicio, a la siguiente dirección:

PO Box 363628
SAN JUAN, P.R. 00936-3628

¿Qué servicios están cubiertos por esta póliza?

Algunos de los modelos de esta póliza cubren los deducibles y coaseguros que no paga el Programa Medicare, independientemente que estés hospitalizado o no. Además, reembolsa algunos gastos no cubiertos por el Programa Medicare.

Recuerda que es importante presentar al hospital y al médico-cirujano participante tu tarjeta de asegurado para que éstos puedan facturar directamente a Triple-S Salud por los deducibles y coaseguros que el Programa Medicare no paga.

¿Puedo yo, como asegurado de la Póliza Medigap, acogerme a la cubierta dental?

Sí. Si estás acogido(a) a los beneficios de esta póliza podrás suscribirte de forma opcional, únicamente a los servicios dentales básicos, pagando la prima adicional correspondiente.

¿Puedo suscribirme a una cubierta de farmacia de Medicare Parte D continuando con mis beneficios de Medigap?

Sí. Puedes suscribirte a una cubierta de farmacia de Medicare Parte D cuando estás cubierto por una póliza Medigap. Comunícate con nuestro Centro de Llamadas al 787-774-6060 que con mucho gusto te orientaremos como acogerte a los beneficios de una cubierta de farmacia de Medicare Parte D, o solicítale información al Representante Autorizado que te está ofreciendo la orientación sobre tu Póliza Medigap. Periodos de suscripción establecidos por Medicare pueden aplicar. Comunícate con Triple-S Salud para más detalles.

LA PÓLIZA MEDIGAP NO CUBRE LOS SIGUIENTES SERVICIOS

- Servicios que se presten mientras la póliza no esté en vigor.
- Todo lo que no sea considerado por el Programa Medicare como coaseguro, deducible, o servicio cubierto, excepto que de otra manera se disponga en la póliza.

DISPOSICIONES GENERALES

1. **IDENTIFICACIÓN:** Triple-S Salud expedirá una tarjeta a cada persona asegurada, la que será requisito presentar a cualquier proveedor participante de Triple-S Salud al cual se le soliciten servicios para que los mismos estén cubiertos por la póliza. Además, en los casos que se requiera, deberá presentar una segunda identificación.
2. **PAGO DE PRIMA:** El asegurado principal será responsable por el pago de la prima correspondiente a la póliza; disponiéndose, que dicha responsabilidad cubrirá toda prima adeudada hasta la fecha de terminación de la póliza, conforme a la cláusula de **TERMINACIÓN** de la misma.

En el caso de que la tarjeta de la persona asegurada no se devuelva a Triple-S Salud conforme lo dispone la cláusula de **TERMINACIÓN** de la póliza, Triple-S Salud tendrá derecho a cobrar la prima adeudada, o a su opción, podrá recobrar los costos incurridos en el pago de reclamaciones por servicios prestados a la persona asegurada cuya tarjeta no haya sido devuelta; disponiéndose, que el asegurado principal será responsable por el pago de cualesquiera de las dos cantidades reclamadas por Triple-S Salud.

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

3. **DERECHOS PERSONALES:** La persona asegurada no podrá ceder, traspasar o enajenar en favor de terceras personas, ninguno de los derechos y beneficios que pueda reclamar en virtud de la póliza; disponiéndose, que Triple-S Salud se reserva el derecho de recobrar todos los gastos incurridos en caso de que la persona asegurada, con su consentimiento expreso o implícito, permita que personas no aseguradas utilicen la tarjeta de asegurado expedida a su favor por Triple-S Salud; y disponiéndose además, que el recobro de tales gastos no impedirá que Triple-S Salud pueda cancelar el contrato de seguros en el momento en que descubra el uso ilegal de la tarjeta, ni impedirá la radicación de querrela para que se enjuicie criminalmente a la persona asegurada o la persona que utilice ilegalmente dicha tarjeta.
4. **TERMINACIÓN:** La persona asegurada podrá devolver la póliza a Triple-S Salud dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que reciba la póliza y recibirá la prima íntegra correspondiente. Triple-S Salud se reserva el derecho de terminar esta póliza en la fecha de vencimiento de cualquier prima mediante el envío a la persona asegurada de una notificación por escrito con no menos de 10 días de anticipación. La persona asegurada podrá terminar esta póliza mediante el envío de una notificación por escrito a Triple-S Salud, para tener efecto dicha terminación al recibo de la notificación o en cualquier fecha posterior que en el mismo se especifique, disponiéndose, que el asegurado principal será responsable del pago de las primas hasta la fecha de terminación de la póliza. Inmediatamente luego de terminada la póliza, la persona asegurada deberá devolver a Triple-S Salud su tarjeta de asegurado y las tarjetas de todos sus dependientes. La terminación no afectará a cualquier reclamación por servicios prestados con anterioridad a la fecha de terminación.

Si al momento de terminación, la persona asegurada se encuentra hospitalizada, los beneficios de hospital se considerarán incurridos y se pagarán bajo la póliza. Triple-S Salud asumirá la responsabilidad por los beneficios de hospital conforme a los beneficios establecidos por Medicare, durante el periodo de 31 días luego de la terminación; o hasta la fecha de alta, de las dos fechas la que ocurra primero.

5. **DUPLICIDAD DE BENEFICIOS:** Los beneficios cubiertos por la póliza no deberán duplicar los beneficios cubiertos por el Programa Medicare o cualquier otra póliza.

Este folleto representa un resumen de los beneficios y condiciones de la Póliza Medigap. Su propósito es de carácter informativo únicamente y su contenido está sujeto a las disposiciones de la póliza. Triple-S Salud no está asociado en forma alguna con el Programa Medicare.

TUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

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

Derecho a una alta calidad de Servicios de Salud

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

Derechos en cuanto a la obtención y divulgación de información

Tienes derecho a recibir información cierta, confiable y sencilla, en inglés o español, sobre tu plan de salud tal como:

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

Derecho en cuanto a la selección de planes y proveedores

Tienes derecho a:

- Seleccionar planes de cuidado de salud y proveedores de servicios de salud que sean adecuados y que mejor se ajusten a tus necesidades sin que sean discriminados por tu condición socioeconómica, capacidad de pago, por condición médica preexistente o tu historial médico, independientemente de tu edad.
- Una red de proveedores autorizados y suficientes para garantizar que todos los servicios cubiertos por el plan estarán accesibles y disponibles sin demoras irrazonables y en razonable proximidad geográfica a tu residencia y lugar de trabajo, incluyendo el acceso a servicios de emergencia las veinticuatro (24) horas, los siete (7) días. Todo plan de cuidado de salud que ofrezca cubiertas sobre servicios de salud en Puerto Rico deberá permitir que puedas recibir servicios de salud primarios de cualquier proveedor de servicios primarios participante que hayas seleccionado conforme a lo dispuesto en el plan de cuidado de salud.
- Permitir que puedas recibir los servicios de salud especializados necesarios o apropiados para el mantenimiento de la salud, según los procedimientos de referido establecidos en el plan de cuidado de salud. Esto incluye el acceso a especialistas cualificados si tienes condiciones o necesidades especiales de cuidado médico o de la salud, de manera que garanticemos acceso directo y rápido a los proveedores o especialistas cualificados de tu selección de entre la red de proveedores del plan. En caso de que se requiera autorización especial bajo el plan para tal acceso a proveedores o especialistas cualificados, el plan garantizará un número adecuado de visitas para cubrir tus necesidades de salud.

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

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

fecha en que seas dado(a) de alta. Si estás embarazada y la cancelación ocurre en el segundo trimestre, el período de transición se extenderá hasta la fecha de alta después del parto o de la fecha de alta del neonato, la que fuera última. Si has sido diagnosticado(a) con una condición terminal, antes de la fecha de terminación del plan y que continúes recibiendo servicios por esa condición antes de la fecha de terminación del plan, el período de transición se extenderá durante el tiempo restante de tu vida.

Derecho en cuanto al acceso a servicios y facilidades de emergencia

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

Derecho a participar en la toma de decisiones sobre tu tratamiento

- Derecho a participar o que una persona de tu confianza participe plenamente de las decisiones sobre tu cuidado médico.
- Recibir toda la información necesaria y las opciones de tratamiento disponibles, los costos, riesgos y probabilidades de éxito de dichas opciones.
- Tu proveedor de servicios de salud deberá respetar y acatar tus decisiones y preferencias de tratamiento.
- Ningún plan de cuidado de salud puede imponerte cláusulas de mordaza, penales o de otro tipo que interfieran con la comunicación entre tu médico y tú.
- Todo profesional de la salud deberá proveerte la orden médica para pruebas de laboratorio, rayos-X o medicamentos para que puedas escoger la instalación en que recibirás los servicios.

Derecho en cuanto a respeto y trato igual

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

Derecho a confidencialidad de información y récords médicos

- Comunicarte libremente y sin temor con tus proveedores de servicios médicos.
- Tener la confianza de que tus récords médicos serán mantenidos en estricta confidencialidad y no serán divulgados sin tu autorización, excepto para fines médicos o de tratamiento, por orden judicial o por autorización específica de la ley.
- Obtener recibo de los gastos incurridos por concepto del pago total o parcial, de copagos o coaseguros. El mismo debe especificar la fecha del servicio, nombre, número de licencia y especialidad del proveedor, nombre del paciente y de la persona que paga por los servicios, desglose de los servicios, cantidad pagada y firma del oficial autorizado.
- Acceder u obtener copia de tu expediente médico. Tu médico debe entregarte copia del expediente médico en un término de 5 días laborables contados desde tu petición. Los hospitales, tienen un término de 15 días laborables. Pueden cobrarte hasta \$0.75 por página pero no más de \$25.00 por

el expediente. De romperse la relación médico-paciente tienes derecho a solicitar el expediente original libre de costo, sin importar si tienes alguna deuda pendiente con el proveedor de servicios de salud.

- Recibir trimestralmente un informe de utilización que, entre otras cosas, incluya: tu nombre y la de tus dependientes bajo tu plan, tipo y descripción del servicio, fecha y proveedor que les brindó el servicio, así como la cantidad pagada por el servicio. Puedes acceder al informe de utilización trimestral en que se desglosan los servicios pagados en tu beneficio el de tus dependientes, registrándote como asegurado en el portal de Triple-S Salud (www.ssspr.com).

Derechos en cuanto a quejas y agravios

- Todo proveedor de servicios de salud o asegurador tendrá disponible un procedimiento para resolver de manera rápida y justa cualquier queja que presentes y tendrá mecanismos de apelación para la reconsideración de las determinaciones.
- Recibir respuesta a tus inquietudes en el idioma de tu predilección, sea inglés o español.

Tu responsabilidad como paciente es:

- Proveer la información necesaria sobre planes médicos y el pago de cualquier cuenta. Conocer las reglas de coordinación de beneficios.
- Informar al asegurador cualquier instancia o sospecha de fraude contra el seguro de salud. En caso de sospecha de fraude contra el seguro de salud, deberás comunicarte con nuestro Centro de Llamadas al 787-774-6060 o a través de nuestro portal de Internet www.ssspr.com.
- Proveer la información más completa y precisa sobre tu condición de salud, incluyendo enfermedades anteriores, medicamentos, etc. Participar en toda decisión relacionada con tu cuidado médico. Conocer los riesgos y límites de la medicina.
- Conocer la cobertura, opciones y beneficios y otros detalles de tu plan de salud.
- Cumplir con los procedimientos administrativos de tu plan de salud.
- Adoptar un estilo de vida saludable.
- Informar al médico los cambios inesperados en tu condición.
- Informar que entiendes claramente el curso de acción recomendado por el profesional de la salud.
- Proveer copia de tu declaración previa de voluntad.
- Informar al médico si anticipas problemas con el tratamiento prescrito.
- Reconocer la obligación del proveedor de ser eficiente y equitativo al proveer cuidado a otros pacientes.
- Ser considerado, de modo que sus actuaciones particulares no afecten a los demás.
- Resolver cualquier diferencia a través de los procedimientos establecidos por la aseguradora.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO TU INFORMACIÓN DE SALUD PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDES OBTENER ACCESO AL MISMO.

REVISA ESTE AVISO CON CUIDADO. LA PROTECCION DE TU INFORMACIÓN PERSONAL, FINANCIERA Y DE SALUD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

Nuestra Responsabilidad Legal

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

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

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

Organizaciones cubiertas por este Aviso

TRIPLE-S SALUD, INC.

Información General

Nuestro compromiso es limitar la información que recopilamos a la estrictamente necesaria para administrar la cubierta de tu seguro o beneficios. Como parte de nuestras funciones administrativas, podemos recopilar tu información personal de distintas fuentes como:

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

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

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) de 1996 fue creada para proteger a millones de trabajadores y a miembros de sus familias en los Estados Unidos que padecen alguna afección médica.

HITECH: Ley titulado "Health Information Technology for Economic and Clinical Health", impactó significativamente en la administración e intercambio electrónico de información de salud. El mismo provee, para los estados y territorios de la nación norteamericana, billones de dólares en incentivos para la adopción e implantación de infraestructura tecnológica con capacidad de mantener aplicaciones.

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

Usos y Divulgaciones de Información de Salud

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

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

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

Pago: Para pagar por los servicios de salud que te prestaron; determinar la elegibilidad a los mismos bajo tu póliza; coordinar beneficios; cobro de las primas; y otras actividades relacionadas.

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

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

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

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

Ayudas en Casos de Desastres y situaciones de emergencia: Podemos usar o divulgar tu información de salud según permitido o requerido por ley.

Programas gubernamentales de beneficios: Podemos usar o divulgar tu información de salud según permitido o requerido por ley.

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

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

- Para prevenir una amenaza inminente a la salud o seguridad públicas;
- Para actividades de investigación científica;
- Según autorizado por las leyes de compensación de accidentes del trabajo;
- Según requerido o permitido por las leyes aplicables.

Servicios Relacionados con tu Salud: Podemos usar tu información de salud para ofrecerte información sobre beneficios y servicios relacionados con tu salud, o alternativas de tratamiento que pudieran ser de interés. Usaremos tu información para llamarte o escribirte para recordarte tus citas médicas o las pruebas preventivas que necesites de acuerdo a tu edad o condición de salud.

Con Tu Autorización: Nos puedes autorizar por escrito a usar o divulgar tu 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 tu autorización. En estos casos, las pólizas de seguro y tus beneficios no se afectarán si deniegas la autorización. La autorización tiene que estar firmada y fechada por ti, indicar la persona o entidad autorizada a recibir la información, breve descripción de la información a divulgarse y fecha de expiración de la autorización, la cual no excederá de 2 años contados desde la fecha en que firmas la misma. Salvo que hayas firmado la autorización para uno de los siguientes propósitos:

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

La información divulgada conforme a la autorización provista por ti pudiera ser re divulgada por el recipiente de la misma y no estar protegida por las leyes de privacidad aplicable. Tienes derecho a revocar la autorización por escrito en cualquier momento, pero tu revocación no afectará los usos o divulgaciones permitidos por tu autorización mientras la misma estuvo vigente. Nosotros guardaremos registro de las autorizaciones o revocaciones que hayas otorgado.

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

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

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

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

Derechos Individuales

Acceso: Tienes el derecho de examinar y obtener copia de tu 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, debes presentarnos tu solicitud por escrito. Al recibo de tu solicitud nosotros tendremos treinta (30) días para efectuar alguna de las siguientes actividades:

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

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

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

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

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

Enmienda: Tienes derecho de solicitar que enmendemos tu información de salud. Tu solicitud debe ser por escrito, y contener una explicación o evidencia que justifique la enmienda. En el término de sesenta (60) días

realizaremos la enmienda. De necesitar tiempo adicional, te solicitaremos por escrito un período de treinta (30) días adicionales previo a la expiración del plazo original.

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

Cierre de negocio: En la eventualidad de un cierre de negocio nos comunicaremos contigo para informarte cómo obtener tu historial de reclamaciones y cualquier otra información necesaria.

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

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

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, como:

- Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

Ofrecemos servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como:

- Intérpretes capacitados.
- Información escrita en otros idiomas.

Si interesas recibir alguno de estos servicios, puedes llamar al (787)774-6060 o 1-800-981-3241.

Para servicios telefónicos para audio impedidos (TTY/TDD) llama al 787-792-1370 o sin cargos al 1-866-215-1999.

Si consideras que no te proporcionamos estos servicios o consideras que se discriminó contigo de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puedes presentar un reclamo en persona o por correo postal, fax, o correo electrónico a la siguiente oficina:

Oficina de Cumplimiento y Privacidad

Teléfono: (787) 277-6686

Fax: (787) 706-4004

Correo electrónico: privacidad@ssspr.com

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

También puedes presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos de manera electrónica, por correo postal o por teléfono:

U.S. DHHS

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Teléfono: 1-800-368-1019

TDD: 1-800-537-7697

Dirección: 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

Preguntas: Si interesas obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tienes preguntas o dudas, comunícate con nosotros. Todos los formularios para ejercer tus derechos están disponibles en www.ssspr.com.

Si entiendes que nosotros o alguno de nuestros socios de negocio ha incurrido en alguna infracción de tus derechos de privacidad, o estás en desacuerdo con alguna decisión nuestra sobre el acceso a tu información de salud, puedes presentar su queja a la dirección de la Oficina de Cumplimiento y Privacidad antes mencionada. También puedes someter tu queja por escrito al Departamento de Salud Federal (DHHS) a la siguiente dirección:

Region II, OCR, US DHHS

Teléfono: (212) 264-3313

Fax: (212) 264-3039

TDD: (212) 264-2355

Dirección: Jacob Javits Federal Bldg, 26 Federal Plaza, Ste 3312, New York, NY 10278

No tomaremos ningún tipo de represalia si decides presentar una queja con nosotros o ante el DHHS.

If you wish to receive this notice in English, please visit our webpage: <https://www.ssspr.com/en/privacy-policy/>

**Triple-S Salud, Inc.
San Juan, Puerto Rico**

Concesionario Independiente de la *Blue Cross and Blue Shield Association*

CUESTIONARIO PÓLIZA MEDIGAP

Nombre del Solicitante:	Núm. Seguro Social:
-------------------------	---------------------

Este cuestionario complementa la información contenida en la solicitud de ingreso de la póliza Medigap. Como solicitante, deberás leer este formulario en su totalidad y completar la información requerida.

No necesitas tener más de una póliza complementaria a Medicare. Si tienes 65 años o más, puedes ser elegible para los beneficios de Medicaid y posiblemente no necesites tener una póliza complementaria a Medicare.

Las primas y beneficios correspondientes a la póliza complementaria a Medicare quedarán suspendidos durante un periodo de veinticuatro (24) meses mientras seas elegible para beneficios de Medicaid. Deberás solicitar la suspensión de tu póliza dentro de los noventa (90) días siguientes a tu elegibilidad bajo Medicaid. Cuando termines tu elegibilidad bajo Medicaid, podrás solicitar la reactivación de tu póliza complementaria a Medicare dentro de los próximos noventa (90) días después de terminar tu elegibilidad a Medicaid.

Podrás recibir orientación respecto a la póliza complementaria a Medicare en las oficinas de Triple-S Salud; y la de Medicaid mediante los servicios de asesoramiento disponibles en las unidades certificadoras dentro de las facilidades de los Hospitales de Área, Centros Médicos o Centros de Diagnóstico y Tratamiento del Departamento de Salud de Puerto Rico.

De acuerdo a tu conocimiento:

1. ¿Tienes vigente otra póliza complementaria a Medicare (incluyendo un contrato de servicio de cuidado de salud o con un HMO)? Sí () No ()

Si contestas afirmativamente: ¿con cuál compañía?

2. ¿Tienes otra(s) póliza(s) de seguro de salud que provea(n) beneficios que pueda(n) estar cubiertos también en esta póliza complementaria a Medicare? Sí () No ()

a) Si contestas afirmativamente: ¿con cuál compañía? _____

b) ¿Qué tipo(s) de póliza(s)?

3. Si contestaste afirmativamente (sí) a las preguntas 1 y 2 anteriores, ¿Interesas reemplazar dicha(s) póliza(s) de salud con la póliza Medigap? Sí () No (). Si contestas afirmativamente, lee detenidamente el "Aviso al Solicitante sobre el Reemplazo de un Seguro Complementario a Medicare"

4. ¿Estás cubierto por Medicaid? Sí () No ()

Firma del Solicitante

Fecha

NOTA: SI LA PÓLIZA ES ADQUIRIDA MEDIANTE UN REPRESENTANTE AUTORIZADO, CORREDOR U OTRO REPRESENTANTE, EL REPRESENTANTE AUTORIZADO, CORREDOR U OTRO REPRESENTANTE DEBERÁN

COMPLETAR LA INFORMACIÓN EN EL REVERSO DE ESTA FORMA Y TU (SOLICITANTE) DEBERÁS VOLVER A FIRMAR EN EL REVERSO.

**Triple-S Salud, Inc.
San Juan, Puerto Rico**

Concesionario Independiente de la *Blue Cross and Blue Shield Association*

REVERSO CUESTIONARIO PÓLIZA MEDIGAP

Nombre del Solicitante:	Núm. Seguro Social:
-------------------------	---------------------

5. El Representante Autorizado, Corredor u Otro Representante deberá indicar a continuación otras pólizas de seguro de salud que haya vendido al solicitante:

a) Pólizas vendidas por el Representante Autorizado, Corredor u Otro Representante que están vigentes

b) Pólizas vendidas por el Representante Autorizado, Corredor u Otro Representante durante los pasados cinco (5) años que no están vigentes

Firma del Representante Autorizado,
Corredor u Otro Representante

Nombre en letra de molde y dirección del
Representante Autorizado, Corredor u Otro Representante

Firma del Solicitante

Fecha

Triple-S Salud, Inc.
PO BOX 363628
San Juan, Puerto Rico, 00936-3628

Concesionario Independiente de la *Blue Cross and Blue Shield Association*

AVISO AL SOLICITANTE SOBRE EL REPLAZO DE UN SEGURO COMPLEMENTARIO A MEDICARE

Nombre del Solicitante:	Núm. Seguro Social:
-------------------------	---------------------

GUARDA ESTE AVISO. PODRÍA SER IMPORTANTE PARA TI EN EL FUTURO

De acuerdo a la información que has proporcionado, intentas terminar tu cubierta complementaria a Medicare existente y reemplazarla por esta póliza emitida por Triple-S Salud. Tu nueva póliza proveerá treinta (30) días dentro de los cuales puedes decidir si deseas mantener la póliza.

Deberás revisar esta nueva cubierta cuidadosamente. Compárala con todas las cubiertas de accidente y enfermedad que tengas actualmente. Si después de la debida consideración, encuentras que la adquisición de esta nueva cubierta complementaria a Medicare es una buena decisión, deberás terminar tu cubierta complementaria a Medicare actual. Deberás evaluar la necesidad de otra cubierta que tengas que pueda duplicar esta póliza.

Firma del Representante Autorizado,
Corredor u Otro Representante

Nombre en letra de molde y dirección del
Representante Autorizado, Corredor u Otro Representante

Firma del Solicitante

Fecha

**Triple-S Salud, Inc.
San Juan, Puerto Rico**

Concesionario Independiente de la *Blue Cross and Blue Shield Association*

**DECLARACIÓN AL SOLICITANTE POR EL REPRESENTANTE AUTORIZADO, CORREDOR
U OTRO REPRESENTANTE**

Nombre del Solicitante:	Núm. Seguro Social:
-------------------------	---------------------

He revisado tu cubierta actual de seguro médico o de salud. A mi mejor conocimiento, el remplazo de seguro implicado en esta transacción no duplica la cubierta. Se adquiere la póliza de remplazo por la(s) siguiente(s) razón(es):

- Beneficios adicionales
- Ningún cambio en beneficios, pero primas más bajas
- Menos beneficios y primas más bajas
- Otro(s) (favor de especificar)

Las condiciones de salud que puedas tener actualmente (condiciones preexistentes) podrían no estar inmediata o totalmente cubiertas bajo la póliza nueva. Esto podría resultar en la denegación o demora de una reclamación para beneficios bajo la póliza nueva, mientras que una reclamación similar podría ser pagada bajo su póliza actual.

La ley estatal estipula que su póliza de remplazo no podrá contener condiciones preexistentes, periodos de espera, periodos de eliminación o periodos de probatoria nuevos. Triple-S Salud eliminará cualquier periodo de tiempo aplicable a condiciones preexistentes, periodos de espera, periodos de eliminación o periodos de probatoria en la póliza nueva por periodos similares hasta el alcance en que dicho tiempo fue consumido bajo la póliza original.

Si aún deseas terminar tu póliza actual y reemplazarla por una póliza nueva, asegúrate de contestar veraz y cabalmente todas las preguntas de la solicitud relativas a tu historial médico y salud. El dejar de incluir en la solicitud toda la información médica esencial puede proveer un fundamento a Triple-S Salud para que deniegue cualquier reclamación futura y rembolsé tu prima, como si tu póliza nunca hubiese estado vigente. Vuelve a leer la solicitud detenidamente después que termines de completarla y antes de firmarla, para asegurarte de que anotaste correctamente toda la información.

No canceles tu póliza actual hasta que hayas recibido tu póliza nueva y estés seguro de que deseas retenerla.

Firma del Representante Autorizado,
Corredor u Otro Representante

Nombre en letra de molde y dirección del
Representante Autorizado, Corredor u Otro Representante

Firma del Solicitante

Fecha