

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

Concesionario Independiente de la Blue Cross and Blue Shield Association

INTRODUCCIÓN

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

Esta póliza se emite a residentes *bona fide* de Puerto Rico, que no posea un plan médico, excepto Medicare y cuya residencia permanente esté ubicada dentro del Área de Servicio, según definida en esta póliza, por el término de un (1) año a partir de la fecha de vigencia del contrato emitido a la persona asegurada. Usted puede continuar con esta póliza en vigor siempre y cuando pague las primas a tiempo, según se estipula en la Sección – Disposiciones Generales, Inciso 17 - PAGO DE PRIMA. Los beneficios de esta póliza no son acumulativos; no se acumulan de un año a otro.

Triple-S Salud renovará esta póliza, a opción del asegurado, excepto en los casos según lo dispuesto en la Sección Disposiciones Generales, Incisos 4 - CANCELACIÓN INDIVIDUAL y 25 – TERMINACIÓN, con previa notificación por escrito a usted. Todos los términos de cubierta empiezan y terminan a las 12:01 a.m., hora local de Puerto Rico.

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

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

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

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



Madeline Hernández Urquiza, CPA
Presidenta

CONTACTOS

Departamento de Servicio al Cliente

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

Teléfono de Servicio al Cliente	787-774-6060 Usuarios TTY llamen al TTY 787-792-1370
Horario de Operaciones del Centro de Llamadas:	<ul style="list-style-type: none"> • Lunes a viernes: 7:30 a.m. - 8:00 p.m. • Sábado: 9:00 a.m. - 6:00 p.m. • Domingo: 11:00 a.m. - 5:00 p.m.
Fax- Servicio al Cliente	787-706-4014 / 787-706-2833
Fax - Reembolsos	787-749-4032
Teleconsulta	1-800-255-4375
BlueCard	1-800-810-2583 www.bcbsa.com
Dirección Postal Servicio al Cliente	Triple-S Salud, Inc. Departamento de Servicio al Cliente PO Box 363628 San Juan, PR 00936-3628
Dirección de correo electrónico:	customerservice@ssspr.com
Precertificaciones	Triple-S Salud, Inc. Departamento de Precertificaciones PO Box 363628 San Juan, PR 00936-3628
Programa de Manejo de Casos	787-277- 6544, 787-273-1110 extensiones 4312, 4265, 4355 o al 1-800-981-4860 Fax: 787-744-4820
Programa de Educación y Manejo de Enfermedades (asma, diabetes, fallo cardiaco, prenatal, hipertensión, COPD (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), Viviendo sin Humo	1-866-788-6770.

Centros de Servicio

<p>Plaza Las Américas (Segundo nivel frente a Relojes y Relojes)</p> <p>Lunes a viernes: 8:00 a.m.-7:00 p.m.</p> <p>Sábado: 9:00 a.m. – 6:00 p.m.</p> <p>Domingo: 11:00 a.m. – 5:00 p.m.</p>	<p>Plaza Carolina (Segundo nivel al lado de Sears)</p> <p>Lunes a viernes: 9:00 a.m. – 7:00 p.m.</p> <p>Sábado: 9:00 a.m. – 6:00 p.m.</p> <p>Domingo: 11:00 a.m. – 5:00 p.m.</p>
<p>Caguas Edificio Angora</p> <p>Ave. Luis Muñoz Marín Esq. Troche</p> <p>Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m.</p>	<p>Arecibo Edificio Caribbean Cinemas</p> <p>Carr. #2 KM 81.0 Suite 101</p> <p>Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m.</p>
<p>Ponce 2760 Ave. Maruca</p> <p>Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m.</p>	<p>Mayagüez Carretera 114 Km. 1.1</p> <p>Barrio Guanajibo</p> <p>Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m.</p>
<p>Persons who may need assistance due to:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spanish is not the primary language • Special Needs 	<p>This information is available for free in English. Also, if you need oral interpretation services into any language other than Spanish or English please contact our Call Center at 787-774-6060.</p> <p>Call Customer Service if you need free help in another language and format. If you also need help reading or understanding a document, we can help.</p> <p>Written materials may be available in other formats.</p> <p>For telephone services for hearing-impaired (TTY), call 787-792-1370 Monday thru Friday 7:30 a.m. - 8:00 p.m.; Saturday 9:00 a.m. - 6:00 p.m. and Sunday 11:00 a.m. - 5:00 p.m.</p>
<p>Personas con Necesidades Especiales</p>	<p>Llame a Servicio al Cliente si necesita ayuda en otro idioma o formato. Si desea hablar en otro idioma, o necesita ayuda para leer o entender un documento, le podemos ayudar.</p> <p>Los materiales impresos pueden estar disponibles en otros formatos.</p>

	<p>Usuarios TTY pueden llamar a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al TTY 787-792-1370 durante el siguiente horario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lunes a viernes: 7:30 a.m. - 8:00 p.m. • Sábado: 9:00 a.m. - 6:00 p.m. • Domingo: 11:00 a.m. - 5:00 p.m.
<p>Portal de internet</p>	<p>www.ssspr.com</p> <p>Nuestros asegurados cuentan con la opción de registrarse a nuestro portal. En este podrán realizar transacciones, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtener información sobre sus beneficios • Información educativa de salud • Obtener una Certificación de Cubierta • Solicitar duplicados de la tarjeta de identificación • Cambios de dirección • Revisar estatus de reembolsos • Revisar estatus de precertificaciones • Obtener una carta de certificación de estudiante • Revisar su historial de servicios
<p>Aplicación Móvil, Triple-S Salud</p>	<p>En su <i>Smartphone</i>, a través de la aplicación de Triple-S Salud, puede localizar proveedores participantes de forma fácil y rápida. Descargue la aplicación en su tienda Apple o Android. Las funciones de nuestra aplicación son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cubierta y Copagos</i> – El asegurado puede revisar su cubierta. • <i>Tu tarjeta siempre contigo</i> – El asegurado principal puede enviarle por email a su médico su tarjeta del plan. • <i>Directorio Médico</i> - Encuentra el proveedor de servicios de salud más cercano. • <i>Adquiere un plan</i> – Los clientes de planes individuales pueden ver los precios de nuestros planes y adquirir el que mejor se ajuste a su necesidad. • <i>Servicio al Cliente</i> – El asegurado tendrá a la mano información de contacto de Triple-S Salud como teléfonos y direcciones o envíanos un email directamente desde la aplicación. <p>Si no se ha registrado aún:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descargue la aplicación • Si no se ha registrado en el portal de internet, acceda el enlace de Regístrate.

AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS CON MEDICARE

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

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

Este seguro duplica beneficios de Medicare cuando paga:

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

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

AVISO IMPORTANTE SUSCRIPCIÓN AL PLAN INDIVIDUAL DE FARMACIA

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

La suscripción garantizada a este plan individual se proveerá dentro de un periodo de suscripción fijo; un periodo de suscripción inicial anual. Este periodo de suscripción inicial transcurre desde el 1 de octubre hasta el 31 de diciembre de 2016, con fecha de efectividad del 1 de enero de 2017. Disponiéndose que:

- Si la solicitud de ingreso al plan individual es recibida entre los días 1 y 15 del mes, la cubierta tendrá efectividad el 1 de enero de 2017.
- Si la solicitud es recibida entre los días 16 al 31 del mes, la cubierta será efectiva el primer día del segundo mes en que se recibió la solicitud (1 de febrero de 2017).

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

1. un cambio de residencia;
2. si cualifica por primera vez a Medicare fuera del período de suscripción fijo;
3. si tenía un producto Medicare Advantage y decide cambiarse a Medicare Original en el período que provee CMS para estos propósitos;

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

TABLA DE CONTENIDO

CAMBIO EN SUSCRIPCIÓN	8
BENEFICIOS CUBIERTOS	9
TABLA DE DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS	14
EXCLUSIONES.....	16
PROCEDIMIENTO DE TRÁMITE PARA REEMBOLSOS.....	18
PREAUTORIZACIONES PARA MEDICAMENTOS	19
PROCESO DE EXCEPCIONES A LA LISTA DE MEDICAMENTOS O FORMULARIO.....	20
APELACIONES DE DETERMINACIONES ADVERSAS DE BENEFICIOS	23
SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO PACIENTE.....	31
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD	34
DISPOSICIONES GENERALES.....	39
DEFINICIONES.....	44

CAMBIO EN SUSCRIPCIÓN

Después de una persona suscribirse, no podrá hacer cambios en su seguro hasta la próxima fecha de renovación del contrato, a menos que dicho cambio sea necesario por el siguiente motivo:

1. Muerte de la persona asegurada: Cuando la persona asegurada muera durante la vigencia de esta póliza, la solicitud de cambio para el cese del seguro deberá realizarse dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que ocurrió la muerte; la cual deberá acreditarse con el Acta de Defunción. El cambio será efectivo el primer día del mes que sigue a aquél en que ocurrió el evento.

El Acta de Defunción puede ser presentada por un familiar inmediato, heredero, tutor, cuidador, albacea o cualquier otra persona que estuviera a cargo de la persona asegurada fallecida.

Se entenderá que una solicitud de ingreso al seguro se hace cuando la persona la completa en todas sus partes y la envía o la entrega en la oficina principal de Triple-S Salud o en sus otros Centros de Servicios alrededor de la Isla.

BENEFICIOS CUBIERTOS

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

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

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

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

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

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

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

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

Los medicamentos con repeticiones (*refills*) no podrán ser provistos antes de transcurrir el 75% del abastecimiento a partir de la fecha del último despacho, ni luego de transcurrir seis (6) meses desde la fecha original de la receta, excepto que de otra forma lo disponga la ley que controla el despacho de sustancias controladas.

Triple-S Salud podrá establecer una contratación particular con algún proveedor para condiciones de salud que exijan o para las cuales Triple-S Salud requiera de un manejo especializado en dichos casos. Hay ciertas condiciones que, por sus características particulares, requieren que Triple-S Salud

revise de cerca la utilización de los servicios para evitar el fraude al seguro o el abuso de los servicios. Las políticas de Triple-S Salud van dirigidas a lograr una buena administración de estos casos particulares, de manera que se garantice un trato igual para todas las personas aseguradas bajo condiciones similares, a la vez de garantizar un manejo costo-efectivo. Esta política no se interpretará como una eliminación o reducción de los beneficios cubiertos bajo esta póliza.

Esta póliza cubre los medicamentos clasificados como preventivos conforme a las leyes federales *Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA)* y la *Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA)* y según establecidos por el *United States Preventive Services Task Force (USPTF)*. Los medicamentos clasificados como preventivos, que se detallan a continuación se cubren con \$0 copago si los mismos son recibidos de farmacias participantes de la red contratada por Triple-S Salud.

- Suplemento de aspirina para hombres de 45 a 79 años y mujeres de 55 a 79 años.
- Todos los métodos anticonceptivos para la persona asegurada aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), incluyendo anticonceptivos orales; según se receten.
- Suplementos de ácido fólico para personas aseguradas que pudiesen quedar en estado de embarazo
- Suplementos de hierro para menores entre las edades de 6 a 12 meses en riesgo de anemia
- Suplementos de flúor para los menores cuyas fuentes de obtención de agua no tiene flúor
- Medicamentos preventivos para los ojos de todos los recién nacidos para la prevención de Gonorrea
- Para aquellos que utilizan los productos para cesar el uso de tabaco, este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) por 90 días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año.
- Suplemento de vitamina D para pacientes mayores de 65 años de edad para la prevención del riesgo de caídas.
- Medicamentos preventivos a pacientes de alto riesgo de desarrollar cáncer de seno y que tienen un riesgo bajo de reacciones adversas a medicamentos.

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

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

Este plan individual de farmacia tiene las siguientes características:

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

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

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

con receta no lo puede suplir o lo ha retirado del mercado. Esta Lista de Medicamentos se imprime una vez al año. El comité realizará la evaluación de nuevos medicamentos de receta aprobados por la FDA en un término no mayor de 90 días contados a partir de la fecha de aprobación emitida por la FDA. En un término no mayor de 90 días contados a partir de que el nuevo medicamento de receta entre al mercado, se incluirá o no en el formulario dicho nuevo medicamento de receta.

- Todo medicamento en la Lista de Medicamentos del plan está en uno de cinco (5) niveles de copago/coaseguro. Por lo general, entre más alto el nivel de copago/coaseguro, más alto será su costo por el medicamento:
 - a) El Nivel 1 de copago/coaseguro incluye medicamentos genéricos preferidos; este es el nivel más bajo
 - b) El Nivel 2 de copago/coaseguro incluye medicamentos genéricos no preferidos
 - c) El Nivel 3 de copago/coaseguro incluye medicamentos preferidos
 - d) El Nivel 4 de copago/coaseguro incluye medicamentos no preferidos
 - e) El Nivel 5 de copago/coaseguro incluye medicamentos especializados (tanto medicamentos genéricos como medicamentos de marca); este es el nivel más alto.
- Estarán cubiertos los medicamentos sin leyenda, medicamentos genéricos o medicamentos de marca incluidos en la Lista de Medicamentos que en su etiqueta contengan la frase «*Caution: Federal law prohibits dispensing without prescription*» (Precaución: La ley Federal prohíbe su despacho sin receta médica) e Insulina incluidos en la Lista de Medicamentos según se detalla en esta sección y en la sección de Exclusiones de la Cubierta de Farmacia.
- La cantidad de medicamentos provistos conforme a una receta original estará limitada a un abastecimiento de quince (15) días para medicamentos agudos y treinta (30) días para los medicamentos para la diabetes, incluyendo insulina, medicamentos para tiroides y sus derivados, nitroglicerina, diuréticos, preparaciones de digital, hipotensores, bloqueadores, anticoagulantes, anticonvulsivos, antiartríticos, vasodilatadores, medicamentos para el asma, colesterol, Parkinson y medicamentos tranquilizantes incluidos en la familia de las benzodiacepinas.
- La cantidad de medicamentos de mantenimiento será provista hasta un máximo de 180 días conforme al despacho de la receta original y hasta cinco (5) repeticiones, todas con abastecimiento de 30 días. Las recetas tienen que indicar por escrito que el médico receta las autorizaciones.
- El abastecimiento de noventa (90) días aplica a algunos medicamentos de mantenimiento, como medicamentos para condiciones cardíacas, tiroides, diabetes, entre otros; despachados a través de los programas de Envío de Medicamentos por Correo o Despacho de Medicamentos para 90 días en Farmacias.
- El despacho de medicamentos genéricos está provisto como primera opción, excepto para aquellos medicamentos de marca incluidos en la Lista de Medicamentos para esta cubierta para el cual no exista el genérico. Si el asegurado elige, o su médico le receta, un medicamento de marca cuando existe su genérico en el mercado, el asegurado pagará el copago del medicamento de marca y la diferencia en costo entre el medicamento de marca y el genérico.
- **Este beneficio de farmacia tiene varios niveles de cubierta:**
 - a) **Primer nivel de cubierta:** Bajo este plan, el primer nivel de cubierta comenzará desde que la persona asegurada recibe el despacho de su primer medicamento en el año póliza hasta que el costo total por la compra de medicamentos alcance \$3,310. En este nivel de cubierta, la persona asegurada es responsable por los copagos y

coaseguros según el nivel de los medicamentos hasta que el costo total alcance la cantidad establecida \$3,310.

- b) **Segundo nivel de cubierta:** Este próximo nivel de cubierta comienza cuando la persona asegurada excede el primer nivel de cubierta \$3,310 hasta que sus desembolsos por concepto de copagos y coaseguros hayan alcanzado \$4,850. En este nivel de cubierta, la persona asegurada es responsable por los coaseguros que establece la cubierta.
- c) **Tercer nivel de cubierta:** Este último nivel de cubierta comienza una vez los desembolsos por concepto de copagos y coaseguros de la persona asegurada hayan alcanzado \$4,850.01, el plan pagará la mayoría de los costos. La persona asegurada es responsable de pagar los coaseguros establecidos en su cubierta.

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

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

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

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

Este programa aplicará a los asegurados que utilizan el medicamento por primera vez, o si ha transcurrido un periodo mayor de seis (6) meses de haber utilizado alguno de los medicamentos. El programa tiene el propósito de establecer cuándo se cubrirán medicamentos de segundo paso, y no de intervenir con las recomendaciones de tratamiento del médico que atiende al asegurado. El asegurado tendrá libertad de discutir con su médico todas las alternativas de tratamiento

disponibles para su condición de salud, y de tomar decisiones informadas con relación a su tratamiento.

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

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

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

Los medicamentos que requieren preautorización usualmente son aquellos que presentan efectos adversos, son candidatos al uso inapropiado o están relacionados con un costo elevado. Aquellos medicamentos que han sido identificados que requieren preautorización deben satisfacer los criterios clínicos establecidos según lo haya determinado el Comité de Farmacia y Terapéutica. Estos criterios clínicos se han desarrollado de acuerdo a la literatura médica actual.

- c) **Límites de cantidad (QL, por sus siglas en inglés):** Ciertos medicamentos tienen un límite en la cantidad a despacharse. Estas cantidades se establecen de acuerdo a lo sugerido por el fabricante, como la cantidad máxima adecuada que no está asociada a efectos adversos y la cual es efectiva para el tratamiento de una condición.
- d) **Límites de especialidad médica (SL, por sus siglas en inglés):** Algunos medicamentos tienen un límite de especialidad según el médico especialista que está tratando la condición. Por ejemplo, para una condición del hígado deberá ser un gastroenterólogo o infectólogo quien recete el medicamento *Ribavirin*. Estos límites de especialidad se establecen de acuerdo a la literatura médica actual.
- Pueden existir otros requisitos del plan que pudieran afectar la cubierta de determinados medicamentos de receta en específico. Refiérase a la sección de Exclusiones del Beneficio de Farmacia o a la Lista de Medicamentos para más información.

TABLA DE DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS

	Plan de Farmacia Individual
Deducible anual	No aplica
Primer nivel de cubierta: (hasta que los costos totalicen \$3,310)	
Abastecimiento hasta 30 días	
Nivel 1 – Medicamentos Genéricos Preferidos	\$8.00
Nivel 2 – Medicamentos Genéricos No Preferidos	\$18.00
Nivel 3 – Medicamentos Preferidos	30% mínimo \$30.00
Nivel 4 – Medicamentos No Preferidos	40% mínimo \$50.00
Nivel 5 – Productos Especializados	45%
Programa de Medicamentos <i>Over-the-Counter</i>	\$0.00
Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo todos los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico	\$0.00
Abastecimiento de 90 días	
Nivel 1 – Medicamentos Genéricos Preferidos	\$24.00
Nivel 2 – Medicamentos Genéricos No Preferidos	\$54.00
Nivel 3 – Medicamentos Preferidos	30% mínimo \$90.00
Nivel 4 – Medicamentos No Preferidos	40% mínimo \$150.00
Nivel 5 – Productos Especializados	45%
Programa de Medicamentos <i>Over-the-Counter</i>	No aplica
Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo todos los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico	\$0.00
Segundo nivel de cubierta: (una vez los costos totalicen \$3,310.01 y hasta desembolsar \$4,850)	
Abastecimiento hasta 30 días	
Nivel 1 – Medicamentos Genéricos Preferidos	65%
Nivel 2 – Medicamentos Genéricos No Preferidos	65%
Nivel 3 – Medicamentos Preferidos	45%
Nivel 4 – Medicamentos No Preferidos	45%
Nivel 5 – Productos Especializados	65% para genéricos; 45% para marca
Programa de Medicamentos <i>Over-the-Counter</i>	\$0.00
Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo todos los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico	\$0.00
Abastecimiento de 90 días	
Nivel 1 – Medicamentos Genéricos Preferidos	65%
Nivel 2 – Medicamentos Genéricos No Preferidos	65%
Nivel 3 – Medicamentos Preferidos	45%
Nivel 4 – Medicamentos No Preferidos	45%
Nivel 5 – Productos Especializados	65% para genéricos; 45% para marca
Programa de Medicamentos <i>Over-the-Counter</i>	No aplica
Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo todos los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico	\$0.00

Tercer Nivel de Cubierta: (una vez la persona asegurada desembolse \$4,850.01)	
Abastecimiento hasta 30 días	
Nivel 1 – Medicamentos Genéricos Preferidos	10% mínimo \$2.55
Nivel 2 – Medicamentos Genéricos No Preferidos	10% mínimo \$2.55
Nivel 3 – Medicamentos Preferidos	10% mínimo \$6.35
Nivel 4 – Medicamentos No Preferidos	10% mínimo \$6.35
Nivel 5 – Productos Especializados	10% mínimo \$2.55 para genéricos; 10% mínimo \$6.35 para marca
Programa de Medicamentos <i>Over-the-Counter</i>	\$0.00
Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo todos los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico	\$0.00
Abastecimiento de 90 días	
Nivel 1 – Medicamentos Genéricos Preferidos	10% mínimo \$7.65
Nivel 2 – Medicamentos Genéricos No Preferidos	10% mínimo \$7.65
Nivel 3 – Medicamentos Preferidos	10% mínimo \$19.05
Nivel 4 – Medicamentos No Preferidos	10% mínimo \$19.05
Nivel 5 – Productos Especializados	10% mínimo \$7.65 para genéricos; 10% mínimo \$19.05 para marca
Programa de Medicamentos <i>Over-the-Counter</i>	No aplica
Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo todos los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico	\$0.00

EXCLUSIONES

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

1. Medicamentos que no contengan la leyenda: «Caution: Federal law prohibits dispensing without prescription» (Over-the-Counter [OTC]), excepto los incluidos en el Programa de OTC de Triple-S Salud.
2. Cargos por instrumentos artificiales, agujas hipodérmicas, jeringuillas o instrumentos similares aunque sean utilizados con fines terapéuticos.
3. Los siguientes medicamentos están excluidos de la cubierta de farmacia, independientemente a que contengan la leyenda federal: «Caution: Federal law prohibits dispensing without prescription».
 - a. Medicamentos con fines cosméticos o cualquier producto relacionado con el mismo fin (hydroquinone, minoxidil solution, efformitine, finasteride, monobenzene, dihydroxyacetone y bimatropost).
 - b. Productos de fluoruro para uso dental (excepto para menores entre las edades de 6 meses y 6 años) y condiciones dermatológicas como pediculosis y escabicidas (lindane, permethrin, crotamiton, malathion e ivermectin), productos para el tratamiento de la caspa que incluyan champú, lociones y jabones, tratamientos de alopecia (calvicie) como Rogaine®, y medicamentos para el dolor (Nubain® y Stadol®).
 - c. Productos para el control de la obesidad y otros medicamentos utilizados en este tratamiento (benzphetamine, diethylpropion, phendimetrazine, phentermine y mazindol).
 - d. Medicamentos para el tratamiento de infertilidad (follitropin, clomiphene, menotropins, urofollitropin), fertilidad, impotencia (tadalafil, alprostadil, vardefanil, sildenafil, yohimbine) o implantes (sodium hyaluronate, hyaluronan e hylan).
 - e. Medicamentos utilizados en pruebas con fines diagnósticos (thyrotropin, dipyridamole IV 5mg/ml, gonadorelin HCl, cosyntropin y glucagon) y medicamentos para inmunización.
 - f. Productos utilizados como vitaminas y suplementos nutricionales para uso oral.
 - g. Vitaminas orales (solas o en combinaciones con otras vitaminas, minerales y ácido fólico), excepto las prenatales que están cubiertas.
 - h. Vitaminas inyectables (niacina, ácido ascórbico, tiamina, riboflavina, vitamina E, piridoxina, dihidrotaquisterol, múltiples vitaminas con minerales, múltiples vitaminas con hierro, múltiples vitaminas con calcio, complejo de vitamina B - biotina - D - ácido fólico, complejo vitamina B con vitamina C - ácido fólico).
 - i. Medicamentos clasificados como tratamiento para medicina alternativa (raíz de valeriana y ácido lipoico).
 - j. Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso.
 - k. Barbitúricos, excepto cuando se utilicen para tratar la epilepsia, el cáncer o un desorden de salud mental crónico.

4. Productos considerados experimentales o investigativos para el tratamiento de ciertas condiciones, para los cuales la Administración de Drogas y Alimentos (*Food and Drug Administration*) no ha autorizado su uso. Tampoco están cubiertos por 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 el asegurado que comúnmente ofrece el auspiciador de la investigación. Esto aplica aun cuando el asegurado 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. Triple-S Salud cubrirá los gastos médicos rutinarios del paciente según los términos y condiciones establecidos en esta póliza, Gastos usuales y rutinarios médicamente necesarios son aquellos que se requieren para el estudio (*clinical trials*) y que normalmente están disponibles para los asegurados bajo este plan estén o no participando en un ensayo clínico, así como los servicios para diagnosticar y tratar las complicaciones resultantes del estudio, de acuerdo a la cubierta establecida en esta póliza.
5. Servicios prestados por farmacias no participantes en Puerto Rico.
6. Repeticiones ordenadas por un dentista o podiatra.
7. Gastos por agentes antineoplásicos inyectables.
8. Triple-S Salud se reserva el derecho de seleccionar aquellos medicamentos que habrá de incluir en su cubierta de Farmacia. Cualquier gasto por medicamentos nuevos no estará cubierto hasta tanto dicho medicamento sea evaluado en un término no mayor a los 90 días luego de su aprobación por la FDA y recomendado para inclusión en la Cubierta de Farmacia por el Comité de Farmacia y Terapéutica de Triple-S Salud. Además, cualquier medicamento nuevo de las clasificaciones terapéuticas (categoría) excluidas se considerará también una exclusión.
9. También estarán excluidos la solución azul tripán (colorante azoico que se utiliza en tinciones histológicas permitiendo diferenciar entre células vivas de células muertas), la lacosamida intravenosa (medicamento para tratar convulsiones) y los implantes intracraneales de carmustina (tratar glioma maligno o glioblastoma multiforme, un tipo de tumor cerebral).
10. Medicamentos utilizados para trasplante de órganos y tejidos (cyclosporine modified, tacrolimus, sirolimus, cyclosporine, mycophenolate sodium, everolimus, azathropin 75mg, belatacept y basiliximab).

PROCEDIMIENTO DE TRÁMITE PARA REEMBOLSOS

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

PREAUTORIZACIONES PARA MEDICAMENTOS

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

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

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

PROCEDIMIENTO DE TRÁMITE DE PREAUTORIZACIONES PARA MEDICAMENTOS

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

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

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

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

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

Triple-S Salud tomará una determinación con respecto a la solicitud de 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 mantendrá la cubierta en los mismos términos y continuadamente. Esto, mientras se le siga recetando el medicamento y se considere un tratamiento seguro, y hasta que se hayan agotado los límites de los beneficios aplicables.

PROCESO DE EXCEPCIONES A LA LISTA DE MEDICAMENTOS O FORMULARIO

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

Tipos de excepción

Existen varios tipos de excepciones que el asegurado puede solicitar:

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

¿Cómo hacer la petición?

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

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

Información requerida para aprobar su solicitud de excepción

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

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

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

- I. El mecanismo de solicitud de excepción médica estará disponible para los siguientes casos:
 - a. Medicamentos no cubiertos por el formulario

- b. Descontinuación de cubierta por motivos que no sean de seguridad o retiro del mercado por su fabricante
 - c. Excepción al procedimiento de terapia escalonada o limitación de dosis
- II. El Departamento de Farmacia de Triple-S Salud establece que la persona asegurada, o su representante personal, es la única que podrá hacer la solicitud de excepción por escrito utilizando la Forma CSS-AS-04-002 por las siguientes razones:
- a. No hay ningún medicamento de receta en el formulario que sea una alternativa clínicamente aceptable para tratar la enfermedad o condición médica de la persona asegurada.
 - b. El medicamento de receta alternativo que figura en el formulario o que se requiere conforme a la terapia escalonada:
 - 1) Ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona 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 afectará la eficacia del medicamento de receta o el cumplimiento por parte del paciente
 - 2) Ha causado o, según la evidencia clínica, médica y científica, es muy probable que cause una reacción adversa u otro daño a la persona asegurada.
 - 3) La persona asegurada ya se encontraba en un nivel más avanzado en la terapia escalonada de otro plan médico, por lo cual sería irrazonable requerirle comenzar de nuevo en un nivel menor de terapia escalonada.
 - c. La dosis disponible según la limitación de dosis del medicamento de receta ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona 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 afectará la eficacia del medicamento de receta o el cumplimiento por parte del paciente.
- La Forma de solicitud de excepción está disponible de forma gratuita en www.ssspr.com, en Formularios de Asegurados y en las Listas de Medicamentos o Formularios.
- III. La solicitud escrita de una excepción médica deberá incluir la siguiente información:
- a. Nombre y número de contrato
 - b. Historial del paciente
 - c. Diagnóstico primario relacionado con el medicamento de receta objeto de la solicitud de excepción médica.
 - d. Razón por la cual:
 - 1) El medicamento de receta que figura en el formulario no es aceptable para ese paciente en particular.
 - 2) El medicamento de receta que se requiere que se use ya no es aceptable para ese paciente en particular, si la solicitud de excepción médica se relaciona con terapia escalonada.
 - 3) La dosis disponible para el medicamento de receta no es aceptable para ese paciente en particular, si la solicitud de excepción médica se relaciona con una limitación de dosis.
- IV. La solicitud de excepción médica es revisada por profesionales de la salud adecuados, dependiendo de la condición de

- salud para la cual se solicita la excepción y que poseen experiencia en el manejo de medicamentos.
- V. El profesional de la salud que evaluara la solicitud usa criterios documentados de revisión clínica que:
 - a. Se basan en evidencia clínica, médica y científica sólida
 - b. Guías de práctica pertinentes
 - c. Los beneficios y exclusiones de la póliza
 - VI. El Departamento de Farmacia de Triple-S Salud expedirá su determinación sobre la solicitud de excepción médica dentro del plazo de 72 horas o 36 horas en el caso de medicamentos controlados contadas desde la fecha más tarde entre la fecha de recibo de la solicitud o de la certificación médica junto con todos los documentos necesarios para la evaluación de la solicitud.
 - VII. Si el Departamento de Farmacia de Triple-S Salud no expide su determinación en los plazos arriba indicados honrará el derecho del asegurado al suministro del medicamento de receta hasta por 30 días.
 - VIII. Si el Departamento de Farmacia de Triple-S Salud no expide su determinación antes de que terminen los 30 días, mantendrá la cubierta del medicamento de forma continuada mientras se siga recetando para la misma condición y el medicamento sea seguro.
 - IX. Si el Departamento de Farmacia de Triple-S Salud aprueba una excepción médica, proveerá la cubierta para el medicamento y no requerirá que el asegurado solicite aprobación para una repetición, ni para receta nueva para continuar con el mismo medicamento, siempre y cuando se recete el medicamento para la misma enfermedad o condición médica y el medicamento sea seguro.
 - X. El Departamento de Farmacia de Triple-S Salud no establecerá un nivel de copago o coaseguro que sea aplicable solamente a los medicamentos aprobados por solicitudes de excepción médica.
 - XI. La denegación expresará:
 - 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 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 para presentar una querrela, incluyendo los plazos.
 - e. Toda denegación de una solicitud de excepción médica será notificadas a:
 - 1) 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.
 - 2) al médico que expide la receta por medios electrónico a su solicitud o por escrito.
 - XII. En la notificación de denegación se le informará al asegurado su derecho a presentar una querrela a tenor con los Procedimientos Internos de Querellas según establecido en esta póliza.
 - XIII. El Departamento de Farmacia de Triple-S Salud tendrá registros escritos o electrónicos que documentan el proceso de solicitud de excepción médica.

APELACIONES DE DETERMINACIONES ADVERSAS DE BENEFICIOS

Determinación adversa significa:

- Una determinación hecha por el asegurador, o una organización de revisión de utilización, en la que se deniega, reduce o termina un beneficio, o no se paga el beneficio, parcial o totalmente, ya que al aplicar las técnicas de revisión de utilización, a base de la información provista, el beneficio solicitado, según el plan, 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; o
- La determinación que resulte de una revisión prospectiva o revisión retrospectiva en la que se deniega, reduce, termina o no se paga, parcial o totalmente, el beneficio.
- Rescisión de cubierta

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

DERECHO A APELAR UNA DETERMINACIÓN ADVERSA

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

PROCEDIMIENTO DE APELACIONES

1. Primer Nivel Interno de Apelación

Usted o su representante autorizado (refiérase a los requisitos que aparecen al final de esta sección en Derecho a Nombrar un

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

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

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

Triple-S Salud acusará recibo a la persona asegurada de la solicitud de querrela no más

tarde de tres (3) días laborables a partir del recibo de la misma y le confirmará el representante designado para coordinar la revisión en el primer nivel, incluyendo la información para contactarlo. Además le informará los derechos que le asisten sobre la radicación de la querella.

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

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

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

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

independientemente de si se tomaron o no en consideración al momento de hacer la determinación adversa inicial.

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

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

Dicha determinación incluirá:

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

querella, incluyendo cualquier regla, guía o protocolo interno u otro criterio similar utilizado para fundamentar la determinación

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

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

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

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

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

aparece al final de esta Sección bajo Derecho a ser Asistido.

2. Nivel Voluntario de Revisión

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

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

- Solicitar dentro del plazo especificado, la oportunidad de comparecer en persona ante el panel de revisión designado por ésta
- Recibir copias de toda la documentación, 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;
- Si fuera aplicable, formular preguntas a los representantes del panel de revisión; y
- Tener la asistencia o representación de cualquier persona, incluyendo abogado, que escoja la persona asegurada.

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

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

Triple-S Salud nombrará un panel de revisión para considerar la solicitud al cual usted o su representante autorizado podrá comparecer en persona o por vía telefónica para exponer su solicitud. La mayoría de las personas del panel de revisión tendrán la pericia adecuada y no formaron parte de la revisión de primer nivel. De

ser necesaria su comparecencia a una vista ante el panel, la fecha le será comunicada por escrito con por lo menos 15 días calendario de anticipación y si Triple-S Salud será asistida por su representación legal, se le indicará que puede ser asistido por su propia representación legal. La vista deberá ocurrir no más tarde de 30 días calendario luego de recibida la solicitud del nivel voluntario de revisión.

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

Si la solicitud de revisión voluntaria adicional se relaciona con una determinación adversa, se le indicará las instrucciones para solicitar una declaración escrita de la justificación médica así como los criterios de revisión clínica utilizados para la determinación y si fuera aplicable, una declaración con los procedimientos para obtener una revisión externa independiente de la determinación adversa.

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

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

3. Proceso de Revisión Externa

Triple-S Salud ha optado por acogerse al proceso federal de Revisión Externa de Reclamaciones a través del Comisionado de Seguros (OCS). Si luego de agotar los niveles de apelación interna, usted no está satisfecho con la determinación final, usted podría solicitar una revisión externa de una Organización de Revisión Externa (IRO, por sus siglas en inglés) a través del Comisionado de Seguros, si se cumplen con ciertos requisitos como se explica más adelante. Usted pagará un costo nominal no mayor de \$25.00 por cada revisión. Disponiéndose, que para una misma persona asegurada el costo no puede exceder de setenta y cinco dólares (\$75.00) por año póliza. La cantidad pagada por usted le será reembolsada si éste obtiene opinión a su favor.

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

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

- de *minimis*;
- no perjudicial atribuible a una causa justificada o a situaciones que escapan al control del plan;

- en el contexto de un intercambio de información de Buena fe; y
- no reflejen un patrón o práctica de incumplimiento.

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

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

Procedimiento de Revisión Externa Estándar

Usted podría solicitar una revisión independiente de una determinación de beneficios adversa que cumple con los requisitos expuestos en los párrafos anteriores.

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

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

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

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

Evaluación Preliminar

Cuando el evaluador de revisión externa recibe la solicitud de revisión externa, el evaluador le solicitará a Triple-S Salud los siguientes documentos, los cuales tomó en consideración al tomar la determinación de beneficios adversa, incluyendo:

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

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

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

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

- usted proveyó todos los documentos necesarios para completar la revisión externa.

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

Proceso de Revisión

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

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

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

remedios disponibles bajo las leyes federales o estatales; y

- una declaración indicando que la revisión judicial podría estar disponible;

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

Revisión Externa Expedita

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

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

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

Revisión Externa Voluntaria

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

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

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

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

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

Se requiere que usted agote todos los procedimientos internos de apelación previamente descritos antes de presentar su

reclamación ante la Oficina del Comisionado de Seguros.

Revisiones Ordinarias de Querellas No Relacionadas con una Determinación Adversa

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

Triple-S Salud le informará los derechos que le asisten dentro de tres (3) días laborables del recibo de la querella, designará a una o más personas que no hayan manejado anteriormente el asunto objeto de la querella y proveerá la información del representante para realizar la revisión ordinaria de la querella.

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

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

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

DERECHO A SER ASISTIDO

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

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

DERECHO A NOMBRAR UN REPRESENTANTE

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

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

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

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

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

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO 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

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

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

Derecho en cuanto a la selección de planes y proveedores

Todo individuo tiene derecho a:

- Seleccionar planes de cuidado de salud y proveedores de servicios de salud que sean adecuados y que mejor se ajusten a sus necesidades sin que sean discriminados por su condición socioeconómica, capacidad de pago, por condición médica preexistente o su historial médico, independientemente de su edad.

- Una red de proveedores autorizados y suficientes para garantizar que todos los servicios cubiertos por el plan estarán accesibles y disponibles sin demoras irrazonables y en razonable proximidad geográfica a las residencias y lugares de trabajo de las personas aseguradas, incluyendo el acceso a servicios de emergencia las veinticuatro (24) horas, los siete (7) días. Todo plan de cuidado de salud que ofrezca cubiertas sobre servicios de salud en Puerto Rico deberá permitir que cada paciente pueda recibir servicios de salud primarios de cualquier proveedor de servicios primarios participante que éste haya seleccionado conforme a lo dispuesto en el plan de cuidado de salud.

- Permitir que cada persona asegurada pueda recibir los servicios de salud especializados necesarios o apropiados para el mantenimiento de la salud, según los procedimientos de referido establecidos en el plan de cuidado de salud. Esto incluye el acceso a especialistas cualificados para pacientes con condiciones o necesidades especiales de cuidado médico o de la salud, de manera que se garantice a las personas aseguradas acceso directo y rápido a los proveedores o especialistas cualificados de su selección de entre la red de proveedores del plan. En caso de que se requiera autorización especial bajo el plan para tal acceso a proveedores o especialistas cualificados, el plan garantizará un número adecuado de visitas para cubrir las necesidades de salud de tales personas aseguradas.

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

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

y sujeto al pago de la prima, el asegurado tendrá derecho a continuar recibiendo los beneficios por un período de transición de 90 días. En caso de que se encuentre hospitalizado al momento de la fecha de cancelación y la fecha de alta haya sido programada antes de la fecha de terminación, el período de transición se extenderá 90 días después de la fecha en que sea dado de alta. En caso de una persona asegurada en estado de embarazo y la cancelación ocurre en el segundo trimestre, el período de transición se extenderá 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 extenderá durante el tiempo restante de la vida del paciente.

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, la persona asegurada sólo pagará el copago o coaseguro aplicable.

Derecho a participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento

- Derecho a participar o que una persona de su confianza participe plenamente de las decisiones sobre su cuidado médico.
- Recibir toda la información necesaria y las opciones de tratamiento disponibles, los costos, riesgos y probabilidades de éxito de dichas opciones.
- Su proveedor de servicios de salud deberá respetar y acatar sus decisiones y preferencias de tratamiento.
- Ningún plan de cuidado de salud puede imponerle cláusulas de mordaza, penales o de otro tipo que interfieran con la comunicación médico-paciente.

- Todo profesional de la salud deberá proveerle la orden médica para pruebas de laboratorio, rayos X o medicamentos para que pueda escoger la instalación en que recibirá los servicios.

Derecho en cuanto a respeto y trato igual

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

Derecho a confidencialidad de información y récords médicos

- Comunicarse libremente y sin temor con sus proveedores de servicios médicos.
- Tener la confianza de que sus récords médicos serán mantenidos en estricta confidencialidad y no serán divulgados sin su autorización, excepto para fines médicos o de tratamiento, por orden judicial o por autorización específica de la ley.
- Obtener recibo de los gastos incurridos por concepto del pago total o parcial, de copagos o coaseguros. El mismo debe especificar la fecha del servicio, nombre, número de licencia y especialidad del proveedor, nombre del paciente y de la persona que paga por los servicios, desglose de los servicios, cantidad pagada y firma del oficial autorizado.
- Acceder u obtener copia de su expediente médico. Su médico debe entregarle copia del expediente médico en un término de 5 días laborables contados desde su petición. Los hospitales, tienen un término de 15 días laborables. Pueden cobrarle hasta \$0.75 por página pero no más de \$25.00 por el expediente. De romperse la relación médico-paciente tiene derecho a solicitar el expediente original libre de costo, sin importar si tiene alguna deuda pendiente con el proveedor de servicios de salud.
- Recibir trimestralmente un informe de utilización que, entre otras cosas,

incluya: nombre del asegurado, tipo y descripción del servicio, fecha y proveedor que brindó el servicio, así como la cantidad pagada por el servicio. La persona asegurada puede acceder al informe de utilización trimestral en que se desglosan los servicios pagados en beneficio de él, registrándose como asegurado en el portal de Triple-S Salud (www.ssspr.com).

Derechos en cuanto a quejas y agravios

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

Su responsabilidad como paciente es:

- Proveer la información necesaria sobre planes médicos y el pago de cualquier cuenta. Conocer las reglas de coordinación de beneficios.
- Informar al asegurador cualquier instancia o sospecha de fraude contra el seguro de salud. En caso de sospecha de fraude contra el seguro de salud, usted deberá comunicarse con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 787-774-6060 o a través de nuestro portal de Internet www.ssspr.com.

- Proveer la información más completa y precisa sobre su condición de salud, incluyendo enfermedades anteriores, medicamentos, etc. Participar en toda decisión relacionada con su cuidado médico. Conocer los riesgos y límites de la medicina.
- Conocer la cobertura, opciones y beneficios y otros detalles del plan de salud.
- Cumplir con los procedimientos administrativos de su plan de salud.
- Adoptar un estilo de vida saludable.
- Informar al médico cambios inesperados en su condición.
- Informar que entiende claramente el curso de acción recomendado por el profesional de la salud.
- Proveer copia de su declaración previa de voluntad.
- Informar al médico si anticipa problemas con el tratamiento prescrito.
- Reconocer la obligación del proveedor de ser eficiente y equitativo al proveer cuidado a otros pacientes.
- Ser considerado, de modo que sus actuaciones particulares no afecten a los demás.
- Resolver cualquier diferencia a través de los procedimientos establecidos por la aseguradora.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

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

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

Nuestra Responsabilidad Legal

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

Este aviso incluye ejemplos de la información que recopilamos y describe los tipos de usos y

divulgaciones que podemos hacer. Los ejemplos son ilustrativos y no deben considerarse un inventario completo de nuestro manejo de la información.

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

Organizaciones cubiertas por este Aviso TRIPLE-S SALUD, INC.

Información General

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 administrativas, podemos recopilar su información personal de distintas fuentes, como:

- Información que usted provee 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: Ley aprobada para asegurar que los adquirentes de planes de salud en el mercado individual y grupal pudieran mantener sus cubiertas de salud. Provee el marco legal para la protección de la privacidad y seguridad de la información de los individuos, el uso de formatos y códigos estandarizados e identificadores únicos para planes de salud, proveedores y patronos.

Health Information Technology for Economic and Clinical Health (HITECH): Ley que provee para la adopción del récord médico electrónico y el procedimiento a seguir por las entidades reguladas en caso de que ocurra un incidente de seguridad que exponga la información personal, financiera, de seguros y de salud.

Reglas de Privacidad y Seguridad de la información de HIPAA: Reglas que describen los estándares apropiados para proteger la información personal financiera, de seguros y de salud, así como las circunstancias en las cuales

se puede usar y divulgar esta información. Estos estándares están bajo el 45 C.F.R. §§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 sus beneficios. Sólo compartimos la información mínima necesaria y requerimos que cada socio de negocio firme un contrato obligándose a mantener la seguridad y confidencialidad de la información compartida y limitar el uso de la información a los propósitos establecidos en el contrato. Si el socio de negocio cerrara operaciones, nosotros mantendremos su información para continuar brindándole servicios.

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

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

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

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

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

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

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

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

- Actividades de salud pública, incluyendo el informe de estadísticas de enfermedades e información vital, entre otros;
- Informar abuso o negligencia contra menores o adultos o violencia doméstica;
- Actividades de las agencias reguladoras;
- Respuesta a órdenes judiciales o administrativas;
- A los oficiales del orden público o asuntos de seguridad nacional;
- Para prevenir una amenaza inminente a la salud o seguridad públicas;
- Para actividades de investigación científica;
- Según autorizado por las leyes de compensación de accidentes del trabajo;
- Según requerido o permitido por las leyes aplicables.

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

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

autorización para uno de los siguientes propósitos:

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

La información divulgada conforme a la autorización provista por usted pudiera ser redivulgada por el recipiente de la misma y no estar protegida por las leyes de privacidad aplicable. Usted tiene derecho a revocar la autorización por escrito en cualquier momento, pero su revocación no afectará los usos o divulgaciones permitidos por su autorización mientras la misma estuvo vigente. Nosotros guardaremos registro de las autorizaciones o revocaciones otorgadas por usted.

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

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

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

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

estándares de confidencialidad y seguridad en el manejo de su información.

Derechos Individuales

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

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

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

Informe de Divulgaciones: Usted tiene derecho a recibir una lista de las instancias ocurridas desde el 14 de abril de 2003 en que nosotros o nuestros socios de negocio hayamos divulgado su información de salud para asuntos no relacionados a tratamiento médico, pago de servicios de salud, operaciones de cuidado de salud, o según su autorización. El informe indicará la fecha en que se hizo la divulgación, el nombre de la persona o entidad a la que se divulgó su información, una descripción de la información divulgada y la razón para la divulgación. Si usted solicita este informe más de

una vez dentro de un período de doce (12) meses, podríamos cobrarle los costos de procesar la(s) solicitud(es) adicional(es). El informe sólo cubre los últimos seis (6) años.

Restricciones: Usted tiene el derecho de solicitar que implementemos restricciones adicionales en nuestro manejo de su información de salud, si dicha divulgación puede constituir un peligro a su seguridad, como en los casos de violencia doméstica. Nosotros no tenemos que estar de acuerdo con su solicitud, pero si la aceptamos, nos 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 y firmada por un oficial autorizado.

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

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

Podemos rechazar su solicitud si no originamos la información que usted solicita que se enmiende y quién la originó se encuentra disponible para recibir su solicitud, o por otras razones. Si rechazamos su solicitud, le provereemos una explicación por escrito. Usted puede solicitar que se incluya una declaración suya indicando su desacuerdo con la determinación tomada por nosotros. Si aceptamos su solicitud, realizaremos esfuerzos

razonables para informar a otros, incluyendo los socios de negocio, e incluiremos la enmienda en cualquier divulgación futura de tal información.

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

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

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

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 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 interesa recibir alguno de estos servicios, puede 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 considera que no le proporcionamos estos servicios o considera que se le discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede 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 puede 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 interesa obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o dudas, comuníquese con nosotros. Todos los formularios para ejercer sus derechos están disponibles en www.ssspr.com.

Si entiende que nosotros o alguno de nuestros socios de negocio ha incurrido en alguna infracción de sus derechos de privacidad, o está en desacuerdo con alguna decisión nuestra sobre el acceso a su información de salud, puede presentar su queja a la dirección de la Oficina de Cumplimiento y Privacidad antes mencionado.

Usted también puede someter su 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 usted decide presentar una queja con nosotros o ante el DHHS.

If you wish to receive this notice in English, please visit our webpage:

<http://www.ssspr.com/SSSPortal/GeneralInfo/politica-privacidad.htm>

DISPOSICIONES GENERALES

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

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

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

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

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

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

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

6. **CONCESIONARIO INDEPENDIENTE DE LA BLUE CROSS AND BLUE SHIELD ASSOCIATION:** El asegurado, por este

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

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

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

7. **CONFIDENCIALIDAD:** Triple-S Salud mantendrá la confidencialidad de la información médica y sobre reclamaciones de la persona asegurada conforme a las políticas y prácticas establecidas en el Aviso de Prácticas de Privacidad contenidas en esta póliza.
8. **CONTRATO ÚNICO-CAMBIOS:** Esta póliza constituye el texto íntegro del contrato de seguro. Ningún cambio en esta póliza será válido hasta que sea aprobado por el funcionario ejecutivo designado por la Junta de Directores de Triple-S Salud y 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.
9. **CUBIERTAS MANDATORIAS:** Esta póliza está sujeta a leyes y reglamentos federales y locales que pudieran requerir, durante la efectividad de la misma, que se cubran

medicamentos adicionales los cuales no eran parte de los servicios cubiertos cuando la póliza fue hecha efectiva. Estas cubiertas mandatorias que entren en vigor en una fecha posterior a la emisión de esta póliza pueden tener un impacto en costos y primas.

10. **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 inglés.

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. **DERECHO DE TRIPLE-S SALUD A HACER AUDITORÍAS:** Al suscribirse a esta póliza las personas aseguradas aceptan, reconocen y entienden que Triple-S Salud, como pagador de los servicios de salud incurridos por el asegurado principal, 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.
12. **DERECHOS PERSONALES:** Los derechos y beneficios de esta póliza no son transferibles y ninguna persona asegurada puede ceder, traspasar o enajenar ninguno de los derechos o beneficios que pueda reclamar en virtud de la póliza en favor de terceras personas. Triple-S Salud se reserva el derecho de recobrar todos los

gastos incurridos en caso de que la persona asegurada, con su consentimiento expreso o implícito, permita que personas no aseguradas utilicen la tarjeta de asegurado expedida a su favor por Triple-S Salud. Disponiéndose además, que el recobro de tales gastos no impedirá que Triple-S Salud pueda cancelar el contrato de seguros en el momento en que descubra el uso ilegal de la tarjeta, ni impedirá la radicación de querrela para que se enjuicie criminalmente a la persona asegurada o a la persona que utilice ilegalmente dicha tarjeta.

13. **EXÁMENES FÍSICOS:** Triple-S Salud tendrá el derecho y la oportunidad de examinar, por su cuenta a la persona asegurada cuando y tan frecuentemente como razonablemente se requiera para propósitos de auditoría o investigaciones de fraude.

14. **EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA EL ASEGURADO:** La persona asegurada no será responsable de pagar por aquellos servicios para los cuales el proveedor participante incumplió con los procedimientos de elegibilidad, políticas de pago o protocolos de servicios establecidos por Triple-S Salud.

15. **IDENTIFICACIÓN:** Triple-S Salud expedirá una tarjeta a cada persona asegurada, la que será requisito presentar a cualquier proveedor participante de Triple-S Salud al cual se le soliciten servicios, para que los mismos estén cubiertos por esta póliza. Además, deberá presentar una segunda identificación con fotografía.

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

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

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

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

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

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

(1) año a partir de la fecha en que se prestó el servicio.

19. **PERIODO DE GRACIA:** Se concede un periodo de gracia de diez (10) días calendario para el pago de cada prima que venza después de la primera prima, periodo de gracia durante el cual la póliza continuará en vigor.
20. **PRUEBAS DE SERVICIOS:** En caso de cualquier reclamación por servicios de parte de la persona asegurada, deberá suministrarse a Triple-S Salud prueba por escrito de dichos servicios dentro de noventa (90) días después de recibirse los mismos. El dejar de suministrar dicha prueba dentro del tiempo requerido no invalidará ni reducirá ninguna reclamación, si no fue razonablemente posible someter la prueba dentro de dicho tiempo, siempre que tal prueba se suministre tan pronto como sea razonablemente posible; y, en ningún caso, excepto en ausencia de capacidad legal, más tarde de un (1) año a partir de la fecha en que de otro modo se requiera la prueba. El asegurado principal consiente y autoriza a cualquier profesional o proveedor de servicios para que le sean suministrados a Triple-S Salud informes, que se mantendrán confidenciales, relacionados con el diagnóstico y los servicios suministrados a él, para ser utilizados única y exclusivamente para determinar los derechos y obligaciones contraídas dentro de la póliza.
21. **RECUPERACIÓN O RECOBRO DE PAGOS EN EXCESO O POR ERROR:** Triple-S Salud tiene derecho a recuperar pagos en exceso o por error emitidos a favor de un asegurado hasta un periodo de dos (2) años retroactivos, contando a partir de la fecha en que Triple-S Salud emitió el pago. Triple-S Salud se comunicará con el asegurado cuando se percate que ha efectuado un pago equivocado o en exceso. El asegurado, también, tiene la obligación de notificar a Triple-S Salud cuando se percate de que ha recibido un pago equivocado o en exceso.
22. **REINSTALACIÓN:** Si una prima vencida no es pagada antes de que finalice el periodo de gracia, la subsiguiente aceptación de pago de prima por parte de Triple-S Salud o

un representante autorizado sin requerir una solicitud de reinstalación hará que se reinstale la póliza. Si Triple-S Salud o el representante autorizado pide una solicitud, se le dará un recibo condicional por la prima. Si la solicitud se aprueba, esta póliza será reinstalada a partir de la fecha de aprobación. En ausencia de dicha aprobación, esta póliza quedará reinstalada en el cuadragésimo quinto día después de la fecha del recibo condicional, a menos que se le haya notificado, por escrito, la desaprobación.

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

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

23. **RENOVACIÓN DE CUBIERTA:** Triple-S Salud renovará el plan individual de farmacia al asegurado, a opción del asegurado, excepto en los siguientes casos:
- Falta de pago de las primas o contribuciones, luego del periodo de gracia, conforme a los términos del plan o que Triple-S Salud no haya recibido el pago de las primas a su debido tiempo.
 - El asegurado o el representante del asegurado ha cometido un acto o incurrido en una práctica que constituye fraude o ha realizado intencionalmente representaciones falsas sobre hechos materiales.
 - Triple-S Salud haya determinado discontinuar el ofrecimiento del plan individual de farmacia y además, que haya notificado su determinación de no renovar a:

- i. La Oficina del Comisionado de Seguros, por escrito y con al menos noventa y cinco (95) días de anticipación a la fecha de la no renovación
 - ii. todos los asegurados, por escrito y con al menos noventa (90) días de anticipación a la fecha de la no renovación.
- d) Si la Oficina del Comisionado de Seguros determina que la continuación del plan no respondería a los mejores intereses de los asegurados o afectaría la capacidad del asegurador de cumplir con sus obligaciones contractuales.
- e) Si el Comisionado determina que el formulario del plan es obsoleto y puede ser reemplazado con una cubierta comparable, Triple-S Salud discontinúa el producto obsoleto en Puerto Rico, y además, notifica su determinación de no renovar el plan obsoleto:
- i. La Oficina del Comisionado de Seguros, por escrito y por lo menos con ciento ochenta y cinco (185) días de anticipación a la fecha de la no renovación;
 - ii. A todos los asegurados, con por lo menos ciento ochenta (180) días de anticipación a la fecha de no renovación;
 - iii. Le ofrece a cada asegurado del producto obsoleto la opción de comprar todos los demás planes médicos individuales que actualmente ofrece Triple-S Salud en Puerto Rico; y
 - iv. Al ejercer la opción de discontinuar el producto obsoleto y ofrecer la opción

de cubierta conforme al inciso (iii), Triple-S Salud actúa de manera uniforme, sin considerar la experiencia de reclamaciones del asegurado o los factores relacionados con su condición de salud.

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

24. RESUMEN DE BENEFICIOS:

Triple-S Salud expedirá al tenedor de la póliza un Resumen de Beneficios y Cubierta (SBC, por sus siglas en inglés). Además, Triple-S entregará una lista de farmacias participantes así como la lista de medicamentos o formulario.

25. TERMINACIÓN:

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

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

26. TIEMPO PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES:

Los pagos por servicios que hayan de hacerse con arreglo a esta póliza, se harán inmediatamente después que se reciba prueba escrita fehaciente de dichos servicios.

DEFINICIONES

1. **AGENTES ANTINEOPLÁSICOS INYECTABLES:** medicamento que inhibe o previene el desarrollo del cáncer evitando el crecimiento, maduración y proliferación de las células malignas administrado mediante infusión.
2. **AÑO PÓLIZA:** Periodo de doce (12) meses consecutivos por el cual el asegurado adquiere o renueva el seguro con Triple-S Salud.
3. **ÁREA DE SERVICIO:** Significa el área dentro del cual se espera que la persona asegurada reciba la mayoría de los medicamentos. En esta póliza el área de servicio significa Puerto Rico, ya que los beneficios provistos en esta póliza están disponibles sólo para aquellas personas que residen permanentemente en Puerto Rico.
4. **ASEGURADO PRINCIPAL, PERSONA ASEGURADA O ASEGURADO:** Persona elegible y 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 según los términos del plan de farmacia individual.
5. **CLASIFICACIÓN TERAPÉUTICA:** son categorías que se utilizan para clasificar y agrupar los medicamentos en la Lista de Medicamentos por las condiciones que éstas tratan o por el efecto que producen en el cuerpo humano.
6. **COASEGURO:** El por ciento de la tarifa que tiene que pagar el asegurado al momento de recibir los servicios cubiertos a la farmacia participante como su aportación al costo de los servicios que recibe, según se establece en esta póliza y como se ha notificado a la farmacia participante. Esta cantidad no es reembolsable por Triple-S Salud.
7. **COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA:** Es un comité de trabajo compuesto por profesionales de la salud asignado para evaluar la efectividad de los medicamentos y someter recomendaciones y protocolos de utilización que resulten en un manejo costo efectivo de las terapias y para la prevención del uso inadecuado de acuerdo al estándar de la práctica de la medicina, de medicamentos no necesarios, de abuso o fraude en el uso de los mismos. El Comité se reúne mensualmente para compartir los hallazgos de los informes de utilización y evaluar la literatura médica de los medicamentos disponibles en el mercado.
8. **CONDICIONES SECUNDARIAS:** Una condición secundaria es una condición médica que es directamente causada por una condición médica ya existente, y no por su propia cuenta.
9. **CONDICIÓN PRE-EXISTENTE:** Significa una condición, incluyendo información genética, independientemente de la causa de la misma, para la cual se recomendó o recibió diagnóstico, cuidado o tratamiento anteriores a la fecha de efectividad del plan de farmacia. Esta póliza no excluye ni discrimina a sus asegurados por condiciones preexistentes, independientemente de la edad del asegurado.
10. **CONTRATO INDIVIDUAL:** Significa el seguro que provee beneficios a cualquier persona elegible soltero o casado. Se le aplicará la prima correspondiente a contratos individuales.
11. **COPAGO:** La cantidad fija predeterminada que tiene que pagar el asegurado al momento de recibir los servicios cubiertos a la farmacia participante como su aportación al costo de los servicios que recibe, según se establece en la póliza y como se ha notificado a la farmacia participante. Esta cantidad no es reembolsable por Triple-S Salud.
12. **DEDUCIBLE:** Aquella cantidad anual en efectivo que deberá acumularse antes de tener derecho a los beneficios bajo esta póliza. Cada persona asegurada será responsable de pagar por los servicios cubiertos hasta acumular el deducible anual de su cubierta para luego pagar los copagos y/o coaseguros que se establece en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros de esta póliza.
13. **DENTISTA:** Odontólogo legalmente autorizado a practicar la profesión de cirujano-dentista.

14. **ENFERMEDAD:** Significa cualquier malestar o padecimiento no ocupacional contraído por cualquier persona asegurada.
15. **FARMACIA:** Cualquier establecimiento legalmente autorizado para efectuar el despacho de medicamentos.
16. **FARMACIA NO PARTICIPANTE:** Cualquier farmacia que no haya firmado contrato con Triple-S Salud para brindar servicios a los asegurados.
17. **FARMACIA PARTICIPANTE:** Cualquier farmacia que haya firmado contrato con Triple-S Salud para brindar servicios a los asegurados.
18. **FECHA DE EFECTIVIDAD:** Significa el primer día de cubierta del plan.
19. **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.
20. **INFORMACIÓN DE SALUD:** Significa información o datos, verbales o registrados en la manera y el medio que fuera que,
1. sea creada o recibida por el asegurador o la organización de servicios de salud, y se relacione con la salud física, mental o conductual, o las condiciones pasadas, presentes o futuras de salud de la persona, la prestación de servicios de salud a la persona o el pago pasado, presente o futuro por servicios de salud que se presten a una persona.
 2. El pago por los servicios de cuidado de la salud prestados a una persona.
- La información de salud incluye además información demográfica, genética e información sobre explotación financiera o maltrato.
21. **LESIONES:** Significa cualquier lesión accidental que sufra la persona asegurada, que no sea un accidente automovilístico o del trabajo y que requiera medicamentos recetados.
22. **LISTA DE MEDICAMENTOS O FORMULARIO:** Guía de los medicamentos seleccionados por el Comité de Farmacia y Terapéutica de Triple-S Salud, la cual contiene las terapias necesarias para un tratamiento de alta calidad. De acuerdo a los medicamentos que se incluyen en la lista de medicamentos o formulario se determinan los beneficios de la cubierta de farmacia. Esta selección se hace a base de la seguridad, efectividad y costo de los medicamentos que aseguran la calidad de la terapia, minimizando la utilización inadecuada que puede ir en perjuicio de la salud del paciente
23. **MÉDICAMENTO NECESARIO:** Significa aquel servicio provisto por un médico participante, un grupo de médicos o proveedor para mantener o restablecer la salud del asegurado y que son determinados y provistos según el estándar de la buena práctica de la medicina.
24. **MEDICAMENTO DE RECETA:** Significa un medicamento aprobado o regulado que la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) permite que se mercadee, y que las leyes de Puerto Rico o de Estados Unidos exigen que sea suministrado mediante receta.
25. **MEDICAMENTOS CON REPETICIONES (REFILLS):** Receta que contiene indicaciones escritas del médico para autorizar que la farmacia despache un medicamento en más de una ocasión.
26. **MEDICAMENTOS DE MANTENIMIENTO:** Son aquellos medicamentos que requieren el uso de una terapia prolongada y tienen poca probabilidad de cambios en dosis o terapia debido a efectos secundarios. También se consideran medicamentos de mantenimiento aquellos cuyo uso más común es tratar una enfermedad crónica cuando no puede ser determinado un final terapéutico.
27. **MEDICAMENTOS DE MARCA:** Medicamentos que se ofrecen al público bajo un nombre comercial o marca de fábrica.
28. **MEDICAMENTOS NO PREFERIDOS (NIVEL 4):** Este nivel incluye medicamentos de marca

y genéricos de mayor costo que en los niveles 1, 2 y 3. Están clasificados como no preferidos porque existen alternativas en los niveles anteriores con menos efectos secundarios o que son más costo-efectivos. Si el asegurado obtiene un medicamento del nivel 4, tendrá que pagar un costo mayor por el medicamento.

29. MEDICAMENTOS PREFERIDOS (NIVEL 3):

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

30. MEDICAMENTOS GENÉRICOS: Un medicamento genérico tiene el mismo ingrediente activo en la fórmula que un medicamento de marca. Los medicamentos genéricos usualmente cuestan menos que un medicamento de marca y están aprobados por la Administración Federal de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés).

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

32. MEDICAMENTOS GENÉRICOS PREFERIDOS (NIVEL 1): Este nivel incluye medicamentos genéricos que han sido seleccionados por el Comité de Farmacia y Terapéutica como agentes preferidos luego de su evaluación de seguridad, eficacia y costo. Los mismos están identificados en la Lista de Medicamentos a la derecha como Nivel 1.

33. MEDICAMENTOS NO CUBIERTOS: Aquellos medicamentos que,

- a. están expresamente excluidos en la póliza del asegurado,

- b. son prestados por una farmacia la cual no ha sido reconocida para pago,
- c. son considerados experimentales o investigativos por las entidades correspondientes, según se indican en la póliza.

34. MEDICAMENTOS NUEVOS: Son los medicamentos de recién incursión al mercado. Éstos son evaluados por el Comité de Farmacia y Terapéutica en un término no mayor de noventa (90) días luego de su aprobación por la *Food and Drug Administration (FDA)*.

35. MEDICAMENTOS OVER-THE-COUNTER (OTC): son medicamentos sin leyenda federal que se pueden vender a un cliente sin la receta del médico.

36. 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.

37. MÉDICO: Persona autorizada para ejercer la medicina y cirugía en Puerto Rico, previa 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.

38. PERIODO DE SUSCRIPCIÓN: Significa el periodo de tiempo en el año en que los individuos pueden suscribirse a un plan médico o de farmacia. Este periodo debe vencer antes de que la cubierta del plan médico o de farmacia entre en vigor y durante el cual no se requiere que el asegurador provea los beneficios.

39. PERSONA ELEGIBLE: significa una persona que sea residente de Puerto Rico que no posea un plan médico, excepto Medicare.

40. PLAN INDIVIDUAL DE FARMACIA: Para propósitos de esta póliza significa un plan adquirido por un individuo para sí mismo. Este se hace disponible a todas las personas, independientemente de las circunstancias y sitio en que se entrega la póliza o contrato, siempre y cuando el asegurado pague la prima.

41. PREAUTORIZACIÓN: Significa el proceso de obtener aprobación previa de la organización

de seguros de salud o asegurador, que se requiera bajo los términos de la cubierta del plan, para el despacho de un medicamento de receta.

Los medicamentos que requieren preautorización usualmente son aquellos que presentan efectos adversos, son candidatos al uso inapropiado o están relacionados con un costo elevado. Aquellos medicamentos que han sido identificados que requieren preautorización deben satisfacer los criterios clínicos establecidos según lo haya determinado el Comité de Farmacia y Terapéutica. Estos criterios clínicos se han desarrollado de acuerdo a la literatura médica actual.

Triple-S Salud no será responsable por el pago de dichos servicios si los mismos han sido prestados o recibidos sin dicha autorización por parte de Triple-S Salud.

42. **PRIMA:** Significa la cantidad específica de dinero pagada a un asegurador como condición para recibir los beneficios de una póliza (en este caso de farmacia), lo cual incluye las cuotas u otras aportaciones asociadas con la póliza. La prima cobrada a un asegurado solo se podrá cambiar una vez en un periodo de doce (12) meses para reflejar cambios en el plan solicitado por el asegurado.
43. **PRODUCTOS ESPECIALIZADOS (NIVEL 5):** Identifica los medicamentos o productos en los Niveles 5 de la Lista de Medicamentos o Formulario que se ofrecen bajo el Programa de Medicamentos para Condiciones Especiales. Los medicamentos en este nivel incluyen medicamentos genéricos, biosimilares (genéricos de productos biológicos) y de marca con un arreglo especial para su despacho. Estos se utilizan para el tratamiento de condiciones crónicas y de alto riesgo que requiere una administración y manejo especial.
44. **PROGRAMA DE DESPACHO DE MEDICAMENTOS A 90 DÍAS EN FARMACIAS:** Es un programa voluntario que le permite al asegurado obtener un suministro de noventa (90) días de algunos de sus medicamentos de mantenimiento, a través de las farmacias participantes de dicho programa.
45. **PROGRAMA DE ENVÍO DE MEDICAMENTOS POR CORREO:** Es un

programa voluntario que le permite al asegurado recibir algunos de sus medicamentos de mantenimiento a través del Servicio Postal de los Estados Unidos de América.

46. **QUERELLA:** significa una queja escrita o verbal, si la misma conlleva una solicitud de cuidado urgente presentada por una persona asegurada o a nombre de éste, con respecto a:
 - La disponibilidad, prestación o calidad de los servicios de cuidado de la salud, incluidas las querellas relacionadas con una determinación adversa que resulte de una revisión de utilización;
 - El pago o manejo de reclamaciones o el reembolso por servicios de cuidado de la salud; o

Asuntos relacionados con la relación contractual entre la persona asegurada y el asegurador.

47. **RECETA:** Significa una orden expedida por una persona licenciada, certificada o legalmente autorizada a expedir recetas de medicamentos, dirigida a un farmacéutico para el despacho de un medicamento de receta.
48. **RESCISIÓN DE CUBIERTA:** Triple-S Salud podrá tomar la decisión de terminar su contrato con efecto retroactivo por motivo de fraude o tergiversación intencional de datos sustanciales de parte de la persona asegurada o de la persona solicitando un plan a nombre de otra persona. La rescisión se notificará por escrito con treinta (30) días de anticipación y el participante o asegurado tiene derecho a solicitar revisión de esta determinación.
49. **REVISIÓN PROSPECTIVA:** Significa la 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.
50. **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.

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

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

f. la mejoría del tratamiento no puede obtenerse fuera de la fase de investigación.

52. **TARIFAS:** Significa la cantidad fija utilizada por Triple-S Salud para pagar a sus proveedores participantes por los servicios cubiertos prestados a los asegurados cuando éstos no se retribuyen mediante otro método de pago.

53. **TERAPIA ESCALONADA (ST, por sus siglas en inglés):** Significa el protocolo que especifica la secuencia en que se deben suministrar los medicamentos de receta para determinada condición médica. En algunos casos, requerimos que el asegurado utilice primero un medicamento como terapia para su condición antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se usan ambos para tratar su condición médica, nosotros requerimos que el asegurado utilice primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona para el asegurado, entonces cubriremos el Medicamento B.