

PLAN INDIVIDUAL DE FARMACIA

INTRODUCCIÓN

Triple-S Salud, Inc., (que en adelante se denomina como Triple-S Salud) lo asegura a usted 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, 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 posean 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.

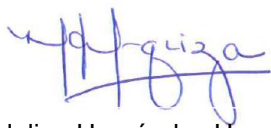
Triple-S Salud renueva esta póliza, a opción de la persona asegurada, excepto en los casos según lo dispuesto en la Sección Disposiciones Generales, Incisos 4 - CANCELACIÓN INDIVIDUAL y 25 – TERMINACIÓN, con previa notificación por escrito a usted. Todos los términos de cubierta empiezan y terminan a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

Triple-S Salud puede 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 deniega, excluye ni limita los beneficios de una persona asegurada por motivo de una condición preexistente, independientemente de la edad de la persona asegurada.

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 sobre beneficios o servicios que Triple-S Salud ofrece a las personas aseguradas suscritas en esta póliza. Además, le puede responder sus preguntas, ayudar a entender sus beneficios y proporcionar información sobre nuestras políticas y procedimientos.

Teléfono de Servicio al Cliente	787-774-6060 o 1-800-981-3241 (libre de cargos) Usuarios TTY llamen al TTY 787-792-1370 o 1-866-215-1999 (libre de cargos)
Horario de Operaciones del Centro de Llamadas:	<ul style="list-style-type: none"> • Lunes a viernes: 7:30 a.m. - 8:00 p.m. (AST) • Sábado: 9:00 a.m. - 6:00 p.m. (AST) • Domingo: 11:00 a.m. - 5:00 p.m. (AST)
Fax- Servicio al Cliente	787-706-2833
Teleconsulta	1-800-255-4375 (24/7)
BlueCard	1-800-810-2583 www.bcbs.com
Dirección Postal Servicio al Cliente	Triple-S Salud, Inc. Departamento de Servicio al Cliente PO Box 363628 San Juan, PR 00936-3628
Dirección de correo electrónico:	servicioalcliente@ssspr.com
Preautorizaciones	Triple-S Salud, Inc. Departamento de Farmacia PO Box 363628 San Juan, PR 00936-3628 Teléfono (787) 749-4949 ext. 3820 Fax: (787) 774-4832
Programa de Manejo de Casos	787-277- 6544 / 787-706-2552 787-273-1110 extensiones 4312, 4265, 4355 o al 1-800-981-4860 (libre de cargos) Fax: 787-744-4820

Centros de Servicio	
<p>Plaza Las Américas (Segundo nivel entrada del Estacionamiento Norte) Lunes a viernes: 8:00 a.m.-7:00 p.m. (AST) Sábado: 9:00 a.m. – 6:00 p.m. (AST) Domingo: 11:00 a.m. – 5:00 p.m. (AST)</p>	<p>Plaza Carolina (Segundo nivel al lado del Correo) Lunes a viernes: 9:00 a.m. – 7:00 p.m. (AST) Sábado: 9:00 a.m. – 6:00 p.m. (AST) Domingo: 11:00 a.m. – 5:00 p.m. (AST)</p>
<p>Caguas Edificio Angora Ave. Luis Muñoz Marín Esq. Troche Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m. (AST)</p>	<p>Arecibo Edificio Caribbean Cinemas, Suite 101 Carretera #2 Km.81.0 Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m. (AST)</p>
<p>Ponce 2760 Ave. Maruca Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m. (AST)</p>	<p>Mayagüez Carretera 114 Km. 1.1 Barrio Guanajibo Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m. (AST)</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 or 1-866-215-1999 (toll free) in the following business hours:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monday thru Friday 7:30 a.m. - 8:00 p.m. (AST) • Saturday 9:00 a.m. - 6:00 p.m. (AST) • Sunday 11:00 a.m. - 5:00 p.m. (AST)
<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 o 1-866-215-1999 (libre de cargos) durante el siguiente horario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lunes a viernes: 7:30 a.m. - 8:00 p.m. (AST) • Sábado: 9:00 a.m. - 6:00 p.m. (AST) • Domingo: 11:00 a.m. - 5:00 p.m. (AST)
<p>Portal de internet</p>	<p>www.ssspr.com</p> <p>Las personas aseguradas cuentan con la opción de registrarse a nuestro portal donde pueden 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

	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar estatus de reembolsos • Revisar su historial de servicios
<p>Aplicación Móvil, Triple-S Salud</p>	<p>Descarga nuestra aplicación móvil y obtén acceso a información importante sobre tu cubierta del plan. Con la aplicación de Triple-S Salud podrás:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ver y enviar a través de email la tarjeta del plan de manera que puedas recibir servicios en caso de que no tengas la tarjeta física contigo. • Ver tu cubierta y beneficios del plan médico. • Pagar tu plan de salud. • Ver los servicios de salud que has obtenido. De esta manera podrás mantener un registro de los servicios que has recibido. • Hallar el proveedor de servicios de salud más cercano a ti para tus necesidades. • Tener a la mano información de contacto de Triple-S Salud como teléfonos, oficinas y correo electrónico. <p>Accede la dirección web del tipo de celular que posees para descargar la aplicación:</p> <p>Apple: https://apple.co/2Uv3taP Android: https://bit.ly/2XTMeSX</p> <p>IMPORTANTE: Todos los asegurados de Triple-S Salud pueden descargar nuestra aplicación, el asegurado principal del plan tendrá acceso a las tarjetas del plan e información de la cubierta.</p>
<p>Telexpreso</p>	<p>Es su contacto directo con Triple-S Salud. Esta línea automatizada permite resolver asuntos referentes al plan a cualquier hora. Con sólo llamar al (787) 774-6060 o al 1-800-981-3241 (libre de cargos) puede hacer las gestiones de su plan rápidamente. A través del sistema Telexpreso puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagar su plan • Verificar su elegibilidad • Verificar estatus de un reembolso • Recibir orientación sobre algunos procesos tales como someter un reembolso, solicitar duplicados de tarjeta, certificaciones, entre otros

AST – Tiempo Estándar del Atlántico

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 provee 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 provee 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 2019, con fecha de efectividad del 1 de enero de 2020. Disponiéndose que:

- Si la solicitud de ingreso al plan individual es recibida entre los días 1 y 15 del mes, la cubierta tiene efectividad el 1 de enero de 2020.
- Si la solicitud es recibida entre los días 16 al 31 del mes, la cubierta es efectiva el primer día del segundo mes en que se recibió la solicitud (1 de febrero de 2020).

Si la persona solicitante del plan individual de farmacia no se suscribe dentro del periodo de suscripción fijo indicado en el párrafo anterior, puede 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 puede 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 es usada única y exclusivamente con el fin de matricular a la persona asegurada en los programas de manejo de enfermedades establecidos para estos propósitos.

TABLA DE CONTENIDO

DEFINICIONES.....	8
CAMBIO EN SUSCRIPCIÓN	15
DISPOSICIONES GENERALES.....	15
SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO PACIENTE.....	21
APELACIONES DE DETERMINACIONES ADVERSAS DE BENEFICIOS.....	24
PROCEDIMIENTO DE TRÁMITE PARA REEMBOLSOS.....	52
BENEFICIOS CUBIERTOS	53
EXCLUSIONES.....	60
PREAUTORIZACIONES PARA MEDICAMENTOS	63
PROCESO DE EXCEPCIÓN A LA LISTA DE MEDICAMENTOS	64
NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD	68
TABLA DE COPAGOS Y COASEGUROS	76

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 la persona asegurada adquiere o renueva el seguro con Triple-S Salud.
3. **ÁREA DE SERVICIO:** 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(A) PRINCIPAL:** Persona que mantiene un contrato de seguro con Triple-S Salud en un plan individual, que le da derecho a los beneficios establecidos en la póliza expedida a su nombre y asume las responsabilidades establecidas en la póliza. Ha pagado una prima para sí misma y es responsable por el pago continuado de las primas según los términos del plan individual.
5. **CLASIFICACIÓN TERAPÉUTICA:** 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 la persona asegurada 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:** Un comité o cuerpo equivalente, compuesto por empleados o consultores externos contratados por Triple-S Salud, el cual está compuesto por un número impar de miembros. Los miembros del comité de farmacia y terapéutica son profesionales de la salud, tales como médicos y farmacéuticos, los cuales tienen conocimiento y pericia respecto a:
 - a. La forma adecuada, desde la perspectiva clínica, de recetar, suministrar y supervisar los medicamentos de receta para pacientes ambulatorios; y
 - b. La revisión y evaluación del uso de los medicamentos, así como la intervención con dicho uso.

Si entre los miembros del comité de farmacia y terapéutica se encuentran representantes del administrador de beneficios de farmacia o de la organización de seguros de salud o asegurador, éstos sólo pueden aportar consideraciones operacionales o de logística, pero no tienen voto en determinaciones relativas a la inclusión o exclusión de medicamentos de receta en la Lista de Medicamentos.
8. **COMPENDIOS DE REFERENCIA ESTÁNDAR (“STANDARD REFERENCE COMPENDIA”):** Significa:
 - The American Hospital Formulary Service-Drug Information;
 - The American Medical Association Drug Evaluation o
 - The United States Pharmacopoeia- Drug Information.
9. **CONDICIÓN CRÓNICA:** Una condición de larga o permanente duración.
10. **CONDICIÓN DE ALTO RIESGO-** Una condición de larga o corta duración que conlleve o que tenga la probabilidad de conllevar un pronóstico pobre.
11. **CONDICIÓN ESPECIAL-** Una condición de una prevalencia baja o de rara ocurrencia

12. **CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Una condición, sin importar la causa de ésta, para la cual se recomendó tratamiento o para la cual se obtuvo diagnóstico, cuidado o tratamiento durante los seis (6) meses inmediatamente anteriores a la fecha de suscripción al plan. Esta póliza no excluye ni discrimina a las personas aseguradas por condiciones preexistentes, independientemente de la edad.
13. **COPAGO:** La cantidad fija predeterminada que tiene que pagar la persona asegurada 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.
14. **CRITERIOS DE REVISIÓN CLÍNICA:** Significa los procedimientos escritos para el cernimiento, los resúmenes de las decisiones, los protocolos clínicos y las guías de práctica que usa Triple-S Salud para determinar la necesidad médica e idoneidad del servicio de cuidado de la salud.
15. **DENTISTA:** Odontólogo legalmente autorizado a practicar la profesión de cirujano-dentista.
16. **ENFERMEDAD:** Cualquier malestar o padecimiento no ocupacional contraído por la persona asegurada.
17. **EVIDENCIA MÉDICA O CIENTÍFICA:** Significa evidencia producida por alguna de las siguientes fuentes:
 - a. Estudios revisados por homólogos expertos, publicados o aceptados para publicación en las revistas médicas especializadas que cumplen con los requisitos reconocidos a nivel nacional para los textos científicos;
 - b. Publicaciones médicas revisadas por homólogos expertos, las cuales incluyen publicaciones relacionadas con terapias que han sido evaluadas y aprobadas por juntas de revisión institucional, los compendios biomédicos y otras publicaciones médicas que cumplen con los criterios de indización de la Biblioteca Médica de los Institutos Nacionales de Salud en el Index Medicus (Medline) y los de Elsevier Science Ltd. En Excerpta Medicus (EMBASE);
 - c. Las revistas médicas reconocidas por el Secretario de Salud y Servicios Humanos del Gobierno de Estados Unidos, conforme a la Ley Federal de Seguro Social;
 - d. Los siguientes normativos en inglés:
 - “The American Hospital Formulary Service-Drug Information”;
 - “Drug Facts and Comparisons®”;
 - “The American Dental Association Accepted Dental Therapeutics” y
 - “The United States Pharmacopoeia-Drug Information”;
 - e. Los hallazgos, estudios o investigaciones realizadas por las agencias de gobierno federal, o con el auspicio de éstas, y por los institutos federales de investigación, reconocidos en Estados Unidos de América, los cuales incluyen:
 - La agencia federal “Agency for Health Care Research and Quality”;
 - Los Institutos Nacionales de Salud;
 - El Instituto Nacional de Cáncer;
 - La “National Academy of Sciences”;
 - Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS); y
 - Toda junta nacional reconocida por los Institutos Nacionales de la Salud cuyo propósito es evaluar la eficacia de los servicios de cuidado de salud.
 - f. Toda evidencia médica o científica adicional que sea comparable con lo detallado en los incisos (A) a (E) precedentes.

- g. Exclusión categórica – significa la disposición expresa que establece Triple-S para la no cobertura de un medicamento de receta, identificando el mismo por su nombre científico o comercial.
18. **FARMACÉUTICO:** Persona que tiene licencia para preparar, mezclar y administrar medicamentos y que practica dentro del alcance de su licencia.
19. **FARMACIA:** Cualquier establecimiento legalmente autorizado para efectuar el despacho de medicamentos.
20. **FARMACIAS ESPECIALIZADAS:** Farmacia que provee servicios para condiciones crónicas y de alto riesgo que requieren la administración de medicamentos especializados a las personas aseguradas en el plan.
21. **FARMACIA NO PARTICIPANTE:** Cualquier farmacia que no haya firmado contrato con Triple-S Salud para brindar servicios a la persona asegurada.
22. **FARMACIA PARTICIPANTE:** Cualquier farmacia que haya firmado contrato con Triple-S Salud para brindar servicios a las personas aseguradas.
23. **FDA:** Significa la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos (*Federal Drug Administration* o FDA, por sus siglas en inglés).
24. **FECHA DE EFECTIVIDAD:** El primer día de cubierta del plan.
25. **HIPAA (*Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996*):** Ley pública federal número 104-191 del 21 de agosto de 1996. Regula todo lo relacionado a portabilidad y continuidad de cubierta en los mercados grupal e individual, contiene cláusulas para combatir el fraude y el abuso en las cubiertas de salud y en la prestación de servicios de salud, así como la simplificación administrativa de los planes de salud. Esta ley es aplicable en nuestra jurisdicción y prevalece al código de seguros de Puerto Rico.
26. **INFORMACIÓN DE SALUD:** Información o datos, verbales o registrados en la manera y el medio que:
- sea creada o recibida por el asegurador o la organización de servicios de salud y se relacione con la salud física, mental o conductual o las condiciones pasadas, presentes o futuras de salud de la persona o un dependiente de ésta, la prestación de servicios de salud a la persona o el pago pasado, presente o futuro por servicios de salud que se presten a una persona.
 - 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.
27. **IRO:** La Organización de Revisión Externa (*Independent Review Organization* o IRO, por sus siglas en inglés) es una organización que está acreditada para llevar a cabo revisiones médicas independientes. Estas revisiones las lleva a cabo un médico independiente.
28. **LESIONES:** Cualquier lesión accidental que sufra la persona asegurada, que no sea un accidente automovilístico o del trabajo y que requiera medicamentos recetados.
29. **LISTA DE MEDICAMENTOS:** Guía de los medicamentos seleccionados por el Comité de Farmacia y Terapéutica de Triple-S Salud, la cual contiene las terapias necesarias para un tratamiento de alta calidad. De acuerdo a los medicamentos que se incluyen en la Lista de Medicamentos se determinan los beneficios de la cubierta de farmacia. Esta selección se hace a base de la seguridad, efectividad y costo de los medicamentos que aseguran la calidad de la terapia, minimizando la utilización inadecuada que puede ir en perjuicio de la salud del paciente.

30. **MEDICAMENTO DE RECETA:** Medicamento aprobado o regulado que la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) permite que se mercadee y que las leyes de Puerto Rico o de Estados Unidos exigen que sea suministrado mediante receta.
31. **MEDICAMENTOS AGUDOS:** Medicinas que son recetadas para el tratamiento de una enfermedad que no es recurrente, por ejemplo, antibióticos. Estos medicamentos no tienen repeticiones.
32. **MEDICAMENTOS CON REPETICIONES (REFILLS):** Receta que contiene indicaciones escritas del médico para autorizar que la farmacia despache un medicamento en más de una ocasión.
33. **MEDICAMENTOS DE MANTENIMIENTO:** Medicamentos que requieren el uso de una terapia prolongada y tienen poca probabilidad de cambios en dosis o terapia debido a efectos secundarios. También se consideran aquellos cuyo uso más común es tratar una enfermedad crónica cuando no puede ser determinado un final terapéutico.
34. **MEDICAMENTOS DE MARCA NO PREFERIDOS (NIVEL 4):** Un medicamento es clasificado como no preferido porque existen alternativas en los niveles anteriores que son más costo-efectivos o con menos efectos secundarios. Si la persona asegurada obtiene un medicamento de marca no preferido, tiene que pagar un costo mayor por el medicamento. Algunos medicamentos requieren preautorización, límites de edad, cantidad, especialidad o terapia escalonada.
35. **MEDICAMENTOS DE MARCA PREFERIDOS (NIVEL 3):** Hay ciertos medicamentos de marca que han sido seleccionados por el Comité de Farmacia y Terapéutica como agentes preferidos luego de su evaluación de seguridad, eficacia y costo. En aquellas clases terapéuticas donde no hay genéricos disponibles, les exhortamos que utilice como primera alternativa aquellos medicamentos de marca identificados como preferidos. Algunos medicamentos requieren preautorización, límites de edad, cantidad, especialidad o terapia escalonada.
36. **MEDICAMENTOS GENÉRICOS NO PREFERIDOS (NIVEL 2):** Este nivel incluye medicamentos genéricos de mayor costo que los medicamentos en el nivel 1. Están clasificados como no preferidos porque existen alternativas en el nivel anterior con menos efectos secundarios o que son más costo-efectivos. Algunos medicamentos requieren preautorización, límites de edad, cantidad, especialidad o terapia escalonada.
37. **MEDICAMENTOS GENÉRICOS PREFERIDOS (NIVEL 1):** Este nivel incluye medicamentos genéricos que han sido seleccionados por el Comité de Farmacia y Terapéutica como agentes preferidos luego de su evaluación de seguridad, eficacia y costo. Algunos medicamentos requieren preautorización, límites de edad, cantidad, especialidad o terapia escalonada.
38. **MEDICAMENTOS NO CUBIERTOS:** Aquellos medicamentos que,
 - a. están expresamente excluidos en la póliza de la persona asegurada,
 - 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.
39. **MEDICAMENTOS NUEVOS:** Medicamentos de recién incursión al mercado. Éstos son evaluados por el Comité de Farmacia y Terapéutica en un término no mayor de noventa (90) días luego de su aprobación por la *Food and Drug Administration (FDA)*.
40. **MEDICAMENTOS OVER-THE-COUNTER (OTC):** Medicamentos sin leyenda federal que se pueden vender a un cliente sin la receta del médico.

41. **MEDICARE:** Ley Federal sobre el Seguro de Salud para las Personas de Edad Avanzada, Título XVIII de las enmiendas del 1965, a la ley del Seguro Social según constituido o enmendada posteriormente.
42. **MÉDICO:** Persona que solicita y es autorizada para ejercer la medicina y cirugía en Puerto Rico, previa la obtención de una licencia por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico, de acuerdo con las disposiciones de la Ley y este Reglamento.
43. **PERIODO DE SUSCRIPCIÓN:** Periodo de tiempo en el año en que los individuos pueden suscribirse a un plan de farmacia. Este periodo debe vencer antes de que la cubierta del plan entre en vigor y durante el cual no se requiere que el asegurador provea los beneficios.
44. **PERSONA ASEGURADA:** Toda persona elegible y suscrita la cual tiene derecho a recibir los servicios y beneficios cubiertos bajo esta póliza.
45. **PERSONA ELEGIBLE** Una persona que sea residente de Puerto Rico que no posea un plan médico, excepto Medicare.
46. **PLAN BLUE CROSS BLUE SHIELD:** Asegurador independiente que mediante contrato con la Asociación de Planes Azules (*Blue Cross Blue Shield*) adquiere la licencia para pertenecer a la asociación de planes independientes y le permite el uso de sus marcas.
47. **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 la persona asegurada pague la prima.
48. **PREAUTORIZACIÓN:** Proceso para 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.
49. **PRIMA:** La cantidad específica de dinero pagada a un asegurador como condición para recibir los beneficios de una póliza (en este caso de farmacia).
50. **PRODUCTOS ESPECIALIZADOS NO PREFERIDOS (NIVEL 6):** Identifica los medicamentos o productos en la Lista de Medicamentos que se ofrecen bajo el Programa de Medicamentos para Condiciones Especiales. Los medicamentos en este nivel tienen un costo mayor que los especializados preferidos de Nivel 5. Estos se utilizan para el tratamiento de condiciones crónicas y de alto riesgo que requieren una administración y manejo especial. Algunos medicamentos requieren preautorización, límites de edad, cantidad, especialidad o terapia escalonada.
51. **PRODUCTOS ESPECIALIZADOS PREFERIDOS (NIVEL 5):** Identifica los medicamentos o productos en la Lista de Medicamentos que se ofrecen bajo el Programa de Medicamentos para Condiciones Especiales. Los medicamentos en este nivel incluyen medicamentos genéricos, biosimilares (genéricos de productos biológicos) y de marca. Estos se utilizan para el tratamiento de condiciones crónicas y de alto riesgo que requieren una administración y manejo especial. Algunos medicamentos requieren preautorización, límites de edad, cantidad, especialidad o terapia escalonada.
52. **PROGRAMA DE DESPACHO DE MEDICAMENTOS A 90 DÍAS EN FARMACIAS:** Programa voluntario que le permite a la persona asegurada obtener un suministro de noventa (90) días de algunos de sus medicamentos de mantenimiento, a través de las farmacias participantes de dicho programa.
53. **PROGRAMA DE ENVÍO DE MEDICAMENTOS POR CORREO (MAIL ORDER):** Programa voluntario que le permite a la persona asegurada recibir algunos de sus medicamentos de mantenimiento a través del Servicio Postal de los Estados Unidos.

54. **QUERRELLA:** 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.
55. **RECETA:** Una orden expedida por una persona licenciada, certificada o legalmente autorizada a expedir recetas de medicamentos, dirigida a un farmacéutico para el despacho de un medicamento de receta.
56. **REPRESENTANTE PERSONAL:** Significa:
- Una persona a quien la persona cubierta o asegurado ha dado consentimiento expreso por escrito para que le represente;
 - una persona autorizada por ley a dar el consentimiento en sustitución de la persona asegurada;
 - un miembro de la familia inmediata de la persona cubierta, o el profesional de la salud que atiende a la persona asegurada, cuando ésta no tenga la capacidad de dar su consentimiento;
 - el profesional de la salud cuando el plan médico de la persona asegurada requiere que un profesional de la salud solicite el beneficio; o
 - en el caso de una solicitud de cuidado urgente, un profesional de la salud que tenga conocimiento sobre la condición médica de la persona asegurada.
57. **REVISIÓN PROSPECTIVA:** Revisión de utilización antes de que se preste el servicio de cuidado de la salud o el tratamiento al paciente, según el requisito del asegurador para que dicho servicio o tratamiento se apruebe, en parte o en su totalidad, antes de que se preste el mismo.
58. **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.
59. **SERVICIOS EXPERIMENTALES O INVESTIGATIVOS:** Tratamientos que,
- son considerados como experimentales o investigativos bajo los criterios del *Technology Evaluation Center (TEC)* de la *Blue Cross Blue Shield Association* para las indicaciones y métodos específicos que se ordenan; o
 - 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
 - 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
 - sus resultados positivos reportados son insuficientes para contrapesar de manera aceptable los resultados negativos del tratamiento; o
 - el tratamiento no es más beneficioso que otros tratamientos alternos ya reconocidos; o
 - la mejoría del tratamiento no puede obtenerse fuera de la fase de investigación.

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

61. **SOLICITUD DE CUIDADO URGENTE:**

(1) Una solicitud de servicio de cuidado de la salud o tratamiento con respecto al cual el tiempo establecido para hacer una determinación de cuidado no urgente:

- (a) Podría poner en peligro la vida o la salud de la persona asegurado su recuperación plena; o
- (b) En la opinión de un médico con conocimiento de la condición de salud de la persona cubierta o asegurado, expondría a la persona a dolor que no se puede manejar adecuadamente sin el servicio de cuidado de la salud o tratamiento solicitado.

(2) Al determinar si se tratará la solicitud como una solicitud de cuidado urgente, la persona que representa a Triple-S Salud ejercerá el juicio de un lego prudente que tiene un conocimiento promedio de la salud y la medicina. Si un médico con conocimiento de la condición de salud de la persona asegurada determina presentar una solicitud de cuidado urgente, dentro del significado del inciso (1), Triple-S Salud tratará dicha solicitud como una de cuidado urgente.

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

CAMBIO EN SUSCRIPCIÓN

Después de una persona suscribirse, no puede hacer cambios en su seguro hasta la próxima fecha de renovación del contrato, a menos que dichos cambios sean necesarios por el siguiente motivo:

Muerte de cualesquiera de las personas aseguradas: Cuando una persona asegurada muere durante la vigencia de esta póliza, la solicitud de cambio para el cese del seguro debe realizarse dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que ocurrió la muerte, la cual debe acreditarse con el Acta de Defunción. El cambio es efectivo el primer día del mes que sigue a aquél en que ocurrió el evento.

DISPOSICIONES GENERALES

1. **ACCIONES CIVILES:** No se entablará ninguna acción civil para reclamar cualesquiera derechos de la persona asegurada bajo esta póliza, antes de transcurrir sesenta (60) días después de haberse suministrado prueba escrita del servicio, de acuerdo con los requisitos de esta póliza. No se entablará ninguna acción luego de transcurridos tres (3) años desde la fecha en que se requiere se suministre prueba escrita del servicio.
2. **ACCIONES DE TERCERAS PERSONAS:** Si por culpa o negligencia de un tercero, la persona asegurada sufre alguna enfermedad o lesión que requiere el despacho de medicamentos cubiertos bajo esta póliza, Triple-S Salud tiene derecho a subrogarse en los derechos de la persona asegurada, para reclamar y recibir de dicho tercero, una compensación equivalente a los gastos incurridos en el tratamiento de la persona asegurada, ocasionados por tales actos culposos o negligentes.

La subrogación es un proceso legal mediante el cual un asegurador asume los derechos de la persona asegurada ante un tercero que le ha ocasionado daños. Si la persona asegurada tiene un accidente ocasionado por la culpa o negligencia de un tercero (por ejemplo: escuela, supermercado u otro establecimiento público o privado) debe llenar el Reporte de Incidente del lugar en que tuvo el accidente. La persona asegurada debe proveer copia a Triple-S Salud de este informe lo más pronto posible, con su nombre y número de contrato, la cual puede enviar a través del correo electrónico subrogation@ssspr.com.

Esto no aplica a casos de accidentes de automóvil los cuales son atendidos por la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA) ni en accidentes laborales donde el asegurador es el Fondo del Seguro del Estado.

La persona asegurada reconoce el derecho de subrogación de Triple-S Salud y tiene la responsabilidad de notificar a Triple-S Salud toda acción que inicie en contra de dicho tercero; disponiéndose, que en caso de que actúe en forma contraria, la persona asegurada es responsable de pagar por dichos gastos a Triple-S Salud.

3. **AVISO DE RECLAMACIÓN:** Debe darse aviso por escrito de la reclamación a Triple-S Salud dentro de los veinte (20) días después de haber ocurrido el servicio o después de dicho término, tan pronto como sea razonablemente posible por la persona asegurada. Un aviso dado por escrito por la persona asegurada, a su nombre, a Triple-S Salud, en su oficina principal en San Juan, Puerto Rico o en sus Centros de Servicio alrededor de la Isla o a cualquier representante autorizado de Triple-S Salud, con suficiente información para poder identificarla se considera como aviso dado a Triple-S Salud.
4. **CANCELACIÓN INDIVIDUAL:** Triple-S Salud puede cancelar el seguro de cualquier persona asegurada en cualquier momento si la persona asegurada incurre en actos fraudulentos o en representaciones falsas de un hecho material, haya presentado o haya hecho presentar una reclamación fraudulenta, o cualquier prueba en apoyo de la misma, para el pago de una reclamación

con arreglo a cualquier póliza de Triple-S Salud, sin importar la fecha en que se cometió tal acto, ni la fecha y el modo en que fue descubierta tal actuación o cuando presente patrones de fraude en la utilización de los beneficios provistos por la póliza. La cancelación se notifica a la persona asegurada mediante un aviso por escrito que le es entregado o se envía por correo a su última dirección según demuestren los archivos de Triple-S Salud, indicando cuándo dicha cancelación es efectiva, que no es menos de treinta (30) días después del aviso.

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

5. **CARTA DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:** Triple-S Salud requiere a las personas aseguradas 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.
6. **CONCESIONARIO INDEPENDIENTE DE LA BLUE CROSS BLUE SHIELD ASSOCIATION:** La persona asegurada, por este medio expresamente reconoce y conoce que esta póliza constituye un contrato únicamente entre la persona asegurada y Triple-S Salud, Inc. que es una corporación independiente y opera bajo una licencia de la *Blue Cross Blue Shield Association*, una asociación de Planes independientes afiliados a la *Blue Cross Blue Shield* (la Asociación) permitiendo a Triple-S Salud usar la marca de servicio Blue Cross Blue Shield en Puerto Rico e Islas Vírgenes y que Triple-S Salud no está contratada como agente de la Asociación.

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

Lo antes expresado no crea ninguna obligación adicional por parte de Triple-S Salud, Inc. a no ser las obligaciones creadas bajo las disposiciones de este acuerdo.
7. **CONFIDENCIALIDAD:** Triple-S Salud mantiene la confidencialidad de la información médica y sobre reclamaciones de la persona asegurada conforme a las políticas y prácticas establecidas en el Aviso de Prácticas de Privacidad contenidas en esta póliza.
8. **CONTRATO ÚNICO-CAMBIOS:** Esta póliza constituye el texto íntegro del contrato de seguro. Ningún cambio en esta póliza es 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. **DERECHO DE TRIPLE-S SALUD A HACER AUDITORÍAS:** Al suscribirse a esta póliza la persona asegurada acepta, reconoce y entiende que Triple-S Salud, como pagador de los servicios de salud incurridos por el(la) asegurado(a) 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.

11. **DERECHOS CIVILES PARA INDIVIDUOS BAJO LA SECCIÓN 1557:** Triple-Salud, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Triple-S Salud, Inc. no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Ofrecemos asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros. También ofrecemos servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el español.

Para más información, puede referirse a nuestro portal electrónico: <http://www.ssspr.com/SSSPortal/GeneralInfo/politica-privacidad.htm> o llamar a los siguientes números: (787) 774-6060 o sin cargos al 1-800-981-3241, para servicios telefónicos para audio impedidos (TTY/TDD) al (787) 792-1370 o sin cargos al 1-866-215-1999.

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 identificación del plan de la persona asegurada expedida a su favor por Triple-S Salud. Disponiéndose, además, que el recobro de tales gastos no impide que Triple-S Salud pueda cancelar el contrato de seguros en el momento en que descubra el uso ilegal de la tarjeta, ni impide la radicación de 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 tiene el derecho y la oportunidad de examinar, por su cuenta a la persona asegurada cuando y tan frecuentemente como razonablemente se requiera para propósitos de auditoría o investigaciones de fraude.
14. **EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA LA PERSONA ASEGURADA:** La persona asegurada no es responsable de pagar por aquellos servicios para los cuales el proveedor participante incumplió con los procedimientos de elegibilidad, políticas de pago o protocolos de servicios establecidos por Triple-S Salud.
15. **IDENTIFICACIÓN:** Triple-S Salud expide una tarjeta a cada persona asegurada, la que es requisito presentar a cualquier proveedor participante de Triple-S Salud al cual se le soliciten servicios, para que los mismos estén cubiertos por esta póliza. Además, debe presentar una segunda identificación con fotografía.
16. **MODELO PARA RECLAMACIONES:** Al recibir aviso de reclamación, Triple-S Salud suministra al reclamante los modelos que suministra regularmente para la presentación de pruebas de servicios. Si dichos modelos no se suplen dentro de quince días después de dado dicho aviso, se considera que el reclamante ha cumplido con los requisitos de esta póliza en cuanto a la prueba de servicios, si somete, dentro del tiempo fijado en esta póliza para la presentación de pruebas de servicios, prueba por escrito cubriendo lo acaecido y la naturaleza y extensión de los servicios por las cuales se hace la reclamación.
17. **PAGO DE PRIMA:** El (La) asegurado(a) principal es responsable por el pago de la prima correspondiente a la póliza; disponiéndose, que dicha responsabilidad cubre toda prima adeudada hasta la fecha de terminación de la póliza, conforme con la cláusula de terminación. El (La) asegurado(a) principal sigue siendo responsable en su carácter personal por el pago de las primas, independientemente de cualquier arreglo que pudiera hacer con un tercero para que gestione o haga los pagos de primas a su favor.

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

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

18. **PAGO DE RECLAMACIONES:** Como regla general, los beneficios provistos bajo esta póliza son pagaderos a farmacias participantes.

Esta póliza puede indemnizar a la persona asegurada bajo ciertas circunstancias. En estos casos, la persona asegurada debe dar aviso por escrito de la reclamación a Triple-S Salud dentro de los veinte (20) días después de haber ocurrido o después de dicho término, tan pronto como sea razonablemente posible pero que no exceda de un (1) año a partir de la fecha en que se prestó el servicio, a menos que se presente evidencia que fue imposible someter la reclamación en el periodo de tiempo establecido.

19. **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, debe suministrarse a Triple-S Salud prueba por escrito de dichos servicios dentro de noventa (90) días después de recibirse los mismos. El dejar de suministrar dicha prueba dentro del tiempo requerido no invalida ni reduce ninguna reclamación, si no fue razonablemente posible someter la prueba dentro de dicho tiempo, siempre que tal prueba se suministre tan pronto como sea razonablemente posible; en ningún caso, excepto en ausencia de capacidad legal, más tarde de un (1) año a partir de la fecha en que de otro modo se requiera la prueba. El (La) asegurado(a) principal consiente y autoriza a cualquier profesional o proveedor de servicios para que suministre a Triple-S Salud informes, que se mantienen confidenciales, relacionados con el diagnóstico y los servicios suministrados. Los mismos son 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 una persona asegurada hasta un periodo de dos (2) años retroactivos, contando a partir de la fecha en que Triple-S Salud emitió el pago. Triple-S Salud se comunica con la persona asegurada cuando se percate que ha efectuado un pago equivocado o en exceso. La persona asegurada, tiene la obligación de notificar a Triple-S Salud cuando se percate de que ha recibido un pago equivocado o en exceso.

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

La póliza reinstalada cubre únicamente pérdidas que resulten de una lesión que ocurra después de la fecha de reinstalación o de una enfermedad que comience después de transcurridos diez (10) días de

dicha fecha. Por todo lo demás, sus derechos y los de Triple-S Salud se mantienen iguales, sujeto a cualesquiera de las disposiciones estipuladas o adheridas a la póliza reinstalada.

Cualquier prima que se acepte para reinstalación, es aplicada a un periodo por el cual las primas no se hayan 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 renueva el plan individual de farmacia al asegurado principal, a opción del asegurado(a) principal, excepto en los siguientes casos:

- a. Falta de pago de las primas o contribuciones, luego del periodo de gracia, conforme a los términos del plan o que Triple-S Salud no haya recibido el pago de las primas a su debido tiempo.
- b. La persona asegurada o su representante ha cometido un acto o incurrido en una práctica que constituye fraude o ha realizado intencionalmente representaciones falsas sobre hechos materiales.
- c. Triple-S Salud haya determinado discontinuar el ofrecimiento del plan individual de farmacia y, además, que haya notificado su determinación de no renovar a:
 - 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
 - Todas las personas aseguradas, por escrito y con al menos noventa (90) días de anticipación a la fecha de la no renovación.
- d. Si la Oficina del Comisionado de Seguros determina que la continuación del plan no responde a los mejores intereses de las personas aseguradas o afecta la capacidad del asegurador de cumplir con sus obligaciones contractuales.
- e. Si el Comisionado determina que el formulario del plan 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:
 - 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;
 - A todas las personas aseguradas, con por lo menos ciento ochenta (180) días de anticipación a la fecha de no renovación;
 - Le ofrece a cada persona asegurada del producto obsoleto la opción de comprar todos los demás planes individuales que actualmente ofrece Triple-S Salud en Puerto Rico; y
 - Al ejercer la opción de discontinuar el producto obsoleto y ofrecer la opción de cubierta conforme al inciso anterior, Triple-S Salud actúa de manera uniforme, sin considerar la experiencia de reclamaciones de la persona asegurada o los factores relacionados con su condición de salud.
- f. En el caso de un plan que se ofrezca por medio de un plan de red preferida, la persona asegurada ya no reside, vive o trabaja en el área geográfica de servicio establecida, siempre y cuando la cubierta se termina conforme a este inciso, sin considerar los factores relacionados con la condición de salud de la persona asegurada.

24. RESCISIÓN DE CUBIERTA: Triple-S Salud puede tomar la decisión de cancelar su contrato con efecto retroactivo a la fecha de efectividad u otra fecha previa a la notificación de cancelación, siempre y cuando la razón de la determinación sea falta de pago de primas, fraude o falsa representación que

esté prohibida por el plan y haya sido cometida intencionalmente. Las cancelaciones se notifican por escrito con 30 días previos a la fecha de efectividad y la persona asegurada tiene derecho a solicitar la revisión de esta determinación.

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(a) principal de una notificación por escrito con no menos de treinta (30) días de anticipación. La terminación no afecta a cualquier reclamación por servicios prestados con anterioridad a la fecha de la terminación. En caso en que se termine un plan o se cancele el mismo, Triple-S Salud le notifica 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 hacen inmediatamente después que se reciba prueba escrita fehaciente de dichos servicios.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO PACIENTE

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

Derecho a una alta calidad de Servicios de Salud

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

Derechos en cuanto a la obtención y divulgación de información

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

- Servicios cubiertos, limitaciones y exclusiones
- Primas, deducibles, coaseguros y copagos a pagar
- Directorio de proveedores
- Acceso a especialistas y servicios de emergencia
- Proceso de preautorizaciones y querellas
- Educación, licenciamiento, certificación de los profesionales de la salud

Derecho en cuanto a la selección de planes y proveedores

Todo individuo tiene derecho a:

- Seleccionar planes de cuidado de salud y proveedores de servicios de salud que sean adecuados y que mejor se ajusten a sus necesidades sin que sean discriminados por su condición socioeconómica, capacidad de pago, por condición médica preexistente o su historial médico, independientemente de su edad.
- Una red de proveedores autorizados y suficientes para garantizar que todos los servicios cubiertos por el plan están accesibles y disponibles sin demoras irrazonables y en razonable proximidad geográfica a las residencias y lugares de trabajo de las personas aseguradas, incluyendo el acceso a servicios de emergencia las veinticuatro (24) horas, los siete (7) días. Todo plan de cuidado de salud que ofrezca cubiertas sobre servicios de salud en Puerto Rico debe permitir que cada paciente pueda recibir servicios de salud primarios de cualquier proveedor de servicios primarios participante que éste haya seleccionado conforme a lo dispuesto en el plan de cuidado de salud.
- Permitir que cada persona asegurada pueda recibir los servicios de salud especializados necesarios o apropiados para el mantenimiento de la salud, según los procedimientos de referido establecidos en el plan de cuidado de salud.

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

En caso de cancelación del proveedor o que el plan de salud cese, la persona asegurada tiene que ser notificada de dicha cancelación con por lo menos 30 días de anticipación. En caso de cancelación y sujeto al pago de la prima, la persona asegurada tiene derecho a continuar recibiendo los beneficios por un periodo de transición de 90 días.

Derecho en cuanto al acceso a servicios y facilidades de emergencia

Derecho a participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento

- Derecho a participar o que su padre, madre, tutor, custodio, encargado, cónyuge, pariente, representante legal, apoderado o cualquier persona designada por los tribunales para tal fin participe plenamente de las decisiones sobre su cuidado médico.
- Recibir toda la información necesaria y las opciones de tratamiento disponibles, los costos, riesgos y probabilidades de éxito de dichas opciones.
- Uso de directrices o guías adelantadas en relación a su tratamiento, o designar a una persona que actúe como su tutor en caso de ser necesario para la toma de decisiones. Su proveedor de servicios de salud debe respetar y acatar sus decisiones y preferencias de tratamiento.
- Ningún plan de cuidado de salud puede imponerle cláusulas de mordaza, penales o de otro tipo que interfieran con la comunicación médico-paciente.
- Todo profesional de la salud debe proveerle la orden médica para pruebas de laboratorio, rayos X o medicamentos para que pueda escoger la instalación en que 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, sin temor y en estricta confidencialidad con sus proveedores de servicios médicos.
- Tener la confianza de que sus récords médicos son mantenidos en estricta confidencialidad y no son divulgados sin su autorización, excepto para fines médicos o de tratamiento, por orden judicial o por autorización específica de la ley.
- Obtener recibo de los gastos incurridos por concepto del pago total o parcial, de copagos o coaseguros. El mismo debe especificar la fecha del servicio, nombre, número de licencia y especialidad del proveedor, nombre del paciente y de la persona que paga por los servicios, desglose de los servicios, cantidad pagada y firma del oficial autorizado.
- Acceder u obtener copia de su expediente médico. Su médico debe entregarle copia del expediente médico en un término de 5 días laborables contados desde su petición. Los hospitales, tienen un término de 15 días laborables. Pueden cobrarle hasta \$0.75 por página, pero no más de \$25.00 por el expediente. De romperse la relación médico-paciente tiene derecho a solicitar el expediente original libre de costo, sin importar si tiene alguna deuda pendiente con el proveedor de servicios de salud.
- Recibir trimestralmente un informe de utilización que, entre otras cosas, incluya: nombre de la persona asegurada, tipo y descripción del servicio, fecha y proveedor que brindó el servicio, así como la cantidad pagada por el servicio. La persona asegurada puede acceder al informe de utilización trimestral en que se desglosan los servicios pagados en beneficio de él, registrándose como persona asegurada en el portal de Triple-S Salud (www.ssspr.com).

Derechos en cuanto a quejas y agravios

- Todo proveedor de servicios de salud o asegurador tiene disponible un procedimiento para resolver de manera rápida y justa cualquier queja que una persona asegurada presente y tiene mecanismos de apelación para la reconsideración de las determinaciones. Favor hacer referencia en la sección de Apelaciones de Determinaciones Adversas de Beneficios.
- Recibir respuesta a sus inquietudes en el idioma de su predilección, sea inglés o español.

Su responsabilidad como paciente es:

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

APELACIONES DE DETERMINACIONES ADVERSAS DE BENEFICIOS

DERECHO A SOLICITAR UNA APELACION LUEGO DE UNA DETERMINACION ADVERSA

¿Qué es una Determinación Adversa?

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

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

DERECHO A APELAR UNA DETERMINACIÓN ADVERSA

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

PROCEDIMIENTO DE APELACIONES

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

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

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

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

- Presentar comentarios por escrito, documentos, registros y otros materiales relacionados a la querella objeto de revisión; y

- Recibir de Triple-S Salud, a solicitud y gratuitamente, acceso a todos los documentos y registros, y a obtener copias de los mismos, así como información pertinente a la querella.

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

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

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

Para solicitar asistencia, puede comunicarse o escribir a:

Oficina del Comisionado de Seguros

División de Investigaciones
B5 Calle Tabonuco Suite 216 PMB 356
Guaynabo PR 00968-3029
Teléfono: 787-304-8686

Procurador de la Salud

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

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

Triple-S Salud, Inc.

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

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

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

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

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

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

Dicha determinación incluye:

- Los títulos y credenciales de las personas que participaron en el proceso de revisión de primer nivel (los revisores);
- La declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la querrela;
- La determinación de los revisores con la justificación médica o base contractual para que la persona asegurada o su representante personal pueda responder a los planteamientos;
- La evidencia o documentación usada como base de la determinación.

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

- Las razones específicas de la determinación adversa;
- Referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;
- Una declaración sobre los derechos que tiene la persona asegurada para acceder u obtener de forma gratuita copias de los documentos, registros y otra información pertinente utilizada en la evaluación de la apelación.
- Si para formular la determinación adversa Triple-S Salud se fundamentó en una regla, guía o protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá una copia de dicha regla, guía o protocolo en específico u otro criterio similar en que se fundamentó la determinación adversa, de manera gratuita a solicitud de la persona asegurada o, si fuera aplicable, de su representante personal;
- Si la determinación adversa se basa en la necesidad médica o la naturaleza experimental o investigativa del tratamiento o en una exclusión o limitación similar, una explicación escrita del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación o una declaración de que se provee una explicación a la persona asegurada o si fuera aplicable a su representante personal, de manera gratuita a su solicitud.
- De aplicar, debe incluir las instrucciones para solicitar copia de la regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar en que se basó la determinación, una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación.
- Debe incluir una declaración en la que indique una descripción del proceso para obtener una revisión voluntaria adicional, así como los plazos para la revisión, en caso de que la persona asegurada interese solicitarla. De igual forma, debe incluir una descripción de cómo obtener una revisión externa independiente, si la persona asegurada decidiera que no va a solicitar una revisión voluntaria y el derecho de la persona asegurada a establecer una demanda ante un tribunal competente.
- De aplicar también, debe incluir una declaración que indique que Triple-S Salud y usted pueden tener otras opciones de resolución voluntaria de las controversias disponibles, tales como la mediación o el arbitraje y su derecho de comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros o la Oficina del Procurador de la Salud para orientación, opciones disponibles y solicitar ayuda, así como la información de los números a llamar en estos casos.

2. Revisiones Ordinarias de Querellas No Relacionadas con una Determinación Adversa

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

Triple-S Salud le informa los derechos que le asisten dentro de tres (3) días laborables del recibo de la querella, y designa a una o más personas que no hayan manejado anteriormente el asunto objeto de la querella. Además, Triple-S Salud le proveerá a usted o persona asegurada o a su representante personal, si fuera aplicable, el nombre, dirección y número de teléfono de las personas designadas para realizar la revisión ordinaria de la querella.

Triple-S Salud le notifica por escrito su determinación a más tardar los treinta (30) días calendario del recibo de la querella. Una vez notificado de la decisión de Triple-S Salud, la determinación incluirá los nombres y títulos de los oficiales o peritos que intervinieron en la evaluación de su querella, así como a una declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la querella.

Debe también incluir:

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

DERECHO A SER ASISTIDO

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

- La Oficina del Comisionado de Seguros está ubicada en 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:

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

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

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

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

3. Nivel Voluntario de Revisiones de Querellas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Triple-S Salud tiene la intención de estar asistida por su representación legal, notificará este hecho a la persona asegurada o, si fuera aplicable, a su representante personal, con por lo menos quince (15) días

calendario de anticipación a la fecha de la reunión de revisión, Además, le notificará a la persona asegurada que puede estar asistida por su propia representación legal.

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Revisiones Aceleradas de Querellas Relacionadas con una Determinación Adversa

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

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

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

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

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

Dicha determinación incluye:

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

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

- Las razones específicas de la determinación adversa;
- Referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;
- Una declaración sobre los derechos que tiene la persona asegurada para acceder u obtener de forma gratuita copias de los documentos, registros y otra información pertinente utilizada en la evaluación de la apelación, incluyendo cualquier regla, guía o protocolo interno u otro criterio similar utilizado para fundamentar la determinación.
- Si la determinación adversa se basa en la necesidad médica o la naturaleza experimental o investigativa del tratamiento o en una exclusión o limitación similar, una explicación escrita del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación o una declaración de que se provee una explicación a la persona asegurada o si fuera aplicable a su representante personal, de manera gratuita a su solicitud.
- De aplicar, debe incluir las instrucciones para solicitar copia de la regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar en que se basó la determinación, una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación y la descripción del proceso para obtener una revisión voluntaria adicional, así como los plazos para la misma, en caso de que la persona asegurada interese solicitarla.
- De igual forma, debe incluir una descripción de cómo obtener una revisión externa independiente, si la persona asegurada decidiera que no va a solicitar una revisión voluntaria.
- Una declaración en la que se indica el derecho de la persona asegurada a establecer una demanda ante un tribunal competente.
- De aplicar también, debe incluir una declaración que indique que Triple-S Salud y usted pueden tener otras opciones de resolución voluntaria de las controversias disponibles, tales como la mediación o el arbitraje.
- Una notificación de derecho de comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros o la Oficina del Procurador de la Salud para orientación, opciones disponibles y solicitar ayuda, así como la información de los números a llamar en estos casos.

- Usted tiene derecho a comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros o con la Oficina del Procurador de la Salud para solicitarle ayuda.
- Triple-S Salud podrá proveer la notificación verbalmente, por escrito o electrónicamente.
- Si se provee la notificación de la determinación adversa verbalmente, Triple-S Salud proveerá una notificación por escrito o por medio electrónico a más tardar a los tres (3) días de la notificación verbal.
- Nada de lo aquí dispuesto se entenderá que limita la facultad de Triple-S Salud para dejar sin efecto una determinación adversa sin observar el procedimiento aquí prescrito.

Para solicitar asistencia, puede comunicarse o escribir a:

Oficina del Comisionado de Seguros

División de Investigaciones
B5 Calle Tabonuco Suite 216 PMB 356
Guaynabo PR 00968-3029
Teléfono: 787-304-8686

Procurador de la Salud

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

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

Triple-S Salud, Inc.

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

Fax Apelaciones: 787-706-4057

Correo electrónico: gacomercial@ssspr.com

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Información suficiente que permita identificar el beneficio solicitado o la reclamación hecha, incluyendo los datos que sean aplicables entre los siguientes: la fecha del servicio; el proveedor; la cuantía de la reclamación; el código de diagnóstico y su significado; y el código de tratamiento y su significado;
- Las razones específicas de la determinación adversa, incluyendo el código de denegación y su significado, así como una descripción de los estándares, si alguno, utilizados en la denegación del beneficio o reclamación;
- Una referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;

- Una descripción de todo material o información adicional que se necesite para que la persona asegurada pueda completar la solicitud, incluida una explicación de por qué dicho material o información es necesario;
- Una descripción de los procedimientos internos de querellas de Triple-S Salud, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos;
- Si para formular la determinación adversa Triple-S Salud se fundamentó en una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá, libre de costo, a la persona asegurada una copia de dicha regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar;
- Si la determinación adversa se basó en el juicio sobre la necesidad médica del servicio o tratamiento, en la naturaleza experimental o investigativa del mismo o en una exclusión o límite similar, la notificación incluirá una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, y al aplicar los términos del plan médico a las circunstancias de la persona asegurada; y
- Una explicación del derecho de la persona asegurada a comunicarse, según corresponda, con la oficina del Comisionado o con la Oficina del Procurador del Paciente para pedir ayuda en cualquier momento y sobre el derecho a incoar una demanda ante un tribunal competente cuando termine el proceso interno de querellas de Triple-S Salud. Deberá incluirse la información de contacto de la Oficina del Comisionado y del Procurador de la Salud.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Servicios de Emergencia

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

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

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

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

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

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

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

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

- La tarifa que se pagaría bajo Medicare por el servicio de emergencia provisto, excluyendo cualquier requisito de copago o coaseguro aplicable a los proveedores participantes.

Notificación del Derecho a la Revisión Externa

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

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

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

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

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

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

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

Además de la información que se debe proveer, Triple-S Salud incluirá una descripción de los procedimientos de revisión externa ordinaria y de revisión externa acelerada, destacando las

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

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

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

- **Por facsímil:** 787-273-6082
- **Por correo regular:**

Oficina del Comisionado de Seguros
División de Investigaciones
B5 Calle Tabonuco Suite 216 PMB 356 Guaynabo, PR 00968-3029

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

Solicitud de Revisión Externa

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

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

Requisito de Agotar el Proceso Interno de Querellas

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

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

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

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

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

- Si la persona asegurada padece de una condición de salud con respecto a la cual el tiempo requerido para una revisión interna acelerada de la querella pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena; o
- Si la determinación adversa conlleva una denegación de cubierta basada en una determinación de que el servicio o tratamiento recomendado o solicitado es de naturaleza experimental o

investigativa y el médico de la persona asegurada certifica por escrito que dicho servicio o tratamiento sería significativamente menos eficaz si no se iniciara con premura.

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

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

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

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

Revisión Externa Ordinaria

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

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

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

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

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

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

Si la solicitud:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- A la persona asegurada;
- A Triple-S Salud;

- Al Comisionado.

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

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

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

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

Revisión Externa Acelerada

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

Una determinación adversa, siempre y cuando:

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

Una determinación adversa final, siempre y cuando:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Revisión Externa de Determinaciones Adversas Basadas en Tratamiento Experimental o Investigativo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El médico que atiende a la persona asegurada:

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

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

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

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

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

Si la solicitud:

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

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

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

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

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

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

El Comisionado deberá incluir, en la notificación que le envíe a la persona asegurada informándole la aceptación de su solicitud para propósitos de la revisión externa, un lenguaje a los efectos de que podrá

someter por escrito a la organización de revisión independiente, en un término de cinco (5) días laborables contados a partir del recibo de la notificación de aceptación, cualquier información adicional que estime debiera ser considerada durante la revisión externa. La organización de revisión independiente no tiene, pero puede aceptar y considerar información adicional sometida pasado el término de cinco (5) días laborables aquí dispuesto.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Obligatoriedad de la Determinación de la Revisión Externa

La determinación de la revisión externa obliga a Triple-S Salud, salvo en los casos en que Triple-S Salud tenga algún otro remedio conforme a las leyes aplicables de Puerto Rico.

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

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

Pago del Costo de la Revisión Externa

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

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

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

PROCEDIMIENTO DE TRÁMITE PARA REEMBOLSOS

1. Las solicitudes de reembolso deben ser enviadas:

a. A través de nuestro portal de Internet www.ssspr.com. En la sección Herramientas para Ti que se encuentra en la parte inferior de la página principal están los Formularios para Asegurados donde se presenta la información para someter un reembolso en línea.

b. Por correo electrónico (e-mail): reembolso@ssspr.com.

c. Por correo:

Triple-S Salud
PO Box 363628
San Juan, PR 00936-3628

d. Deben incluir lo siguiente:

- Nombre completo (dos apellidos) y número de contrato de la persona asegurada 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. Debe dar aviso por escrito de la reclamación a Triple-S Salud dentro de los veinte (20) días después de haber recibido el servicio o, tan pronto como sea razonablemente posible por la persona asegurada en un plazo que no exceda de un (1) año a partir de la fecha en que se prestó el servicio, a menos que se presente evidencia que fue imposible someter la reclamación en el periodo de tiempo establecido.

3. Triple-S Salud tiene hasta 15 días para entregar acuse de recibo luego de recibir por correo la notificación de reclamación. Las notificaciones realizadas a la persona designada por la persona asegurada se consideran notificaciones brindadas al mismo, siempre que la autorización esté vigente y no se haya revocado. Si la persona no está autorizada y recibe una notificación a nombre de la persona asegurada, debe informarlo dentro de los 7 días siguientes al reclamante y debe indicar nombre y dirección de la persona que debe recibir la notificación. Si la notificación de reclamación se realiza por medio electrónico, la persona asegurada recibe inmediatamente un acuse de recibo por sistema. Si realiza el trámite en un Centro de Servicio, se acusa recibo al momento de la entrega del documento.

4. Triple-S Salud hace la investigación, ajuste y resolución de cualquier reclamación en el periodo razonablemente más corto dentro de 30 días después de haber recibido la solicitud. De Triple-S Salud no poder resolver en el tiempo anteriormente indicado, mantiene en sus expedientes los documentos que evidencien justa causa para exceder este término. El Comisionado de Seguros tiene la autoridad para solicitar la resolución inmediata si entiende que se está retrasando el proceso indebida o injustificadamente.

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 aquellas personas aseguradas que residen permanentemente en el Área de Servicio. Triple-S Salud es responsable por el pago de los beneficios ofrecidos a una persona asegurada sujeto a las disposiciones de esta póliza y a las condiciones expresadas a continuación:

El despacho de medicamentos genéricos es la 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 la persona asegurada o su médico elige un medicamento de marca cuando existe su genérico en el mercado, la persona asegurada paga el copago del medicamento de marca y la diferencia en costo entre el medicamento de marca y el genérico.

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) –ANDA (*Abbreviated New Drug Application*), NDA (*New Drug Application*), BLA (*Biologics License Application*). Éstas incluyen dosificación, equivalencia de medicamentos y clasificación terapéutica, entre otros.

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

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

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

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

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

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

Este plan individual de farmacia tiene las siguientes características:

- 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, los cuales son evaluados en un término no mayor de 90 días luego de su aprobación por la FDA
- b) cambio por motivos de seguridad, si el fabricante del medicamento con receta no lo puede suplir o lo ha retirado del mercado o si el cambio implica la inclusión de nuevos medicamentos de receta en la Lista de Medicamentos.

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

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

Descripción del Beneficio de Farmacia

- Están cubiertos los medicamentos genéricos preferidos, genéricos no preferidos, marca preferidos, marca no preferidos, productos especializados preferidos y productos especializados no preferidos 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), insulina y algunos medicamentos *Over the Counter (OTC)*.
- Se cubren los servicios preventivos conforme a las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA) y según establecidos por el United States Preventive Services Task Force (USPSTF). Los medicamentos clasificados como preventivos, según se detallan a continuación se cubren con \$0 copago con receta médica si los mismos son recibidos de farmacias participantes de la red contratada por Triple-S Salud:
 - Dosis baja de aspirina (81mg) para adultos de 50 a 59 años, para prevenir el riesgo de enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal.
 - Métodos anticonceptivos – Solo se cubrirán los medicamentos incluidos en la lista de Anticonceptivos en la Lista de Medicamentos, que incluye al menos un medicamento de cada una de las categorías definidas en *Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA)*. El genérico se cubrirá como única opción excepto en las categorías donde no exista en el mercado la versión genérica. Se requiere receta médica.
 - Suplementos de ácido fólico (400 mcg y 800 mcg) para personas aseguradas que estén planificando o sean capaces de quedar embarazadas.

- Suplementos orales de Flúor para pre-escolares de seis (6) meses hasta los cinco (5) años de edad cuyas fuentes de obtención de agua no tiene flúor.
- Algunos suplementos de hierro para menores de 4 meses hasta los 21 años que tengan riesgo de anemia.
- Para aquellos que utilizan los productos para cesar el uso de tabaco, este plan cubre el despacho de nicotina nasal spray, nicotina inhaler y bupropion hcl (smoking deterrent), por 90 días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año. El genérico se cubrirá como única opción excepto cuando no exista en el mercado la versión genérica. No aplica a productos OTC (Over the Counter).
- Medicamentos preventivos a pacientes de alto riesgo de desarrollar cáncer de seno, tamoxifen o raloxifen en tabletas, para pacientes que se encuentran en alto riesgo de desarrollar la enfermedad y que tienen un riesgo bajo de reacciones adversas a medicamentos.
- Estatinas para prevenir accidentes cardiovasculares: dosis baja o moderada de estatinas para adultos entre las edades de 40 a 75 años sin historial de enfermedad cardiovascular que tengan uno o más factores de riesgo (dislipidemia, diabetes, hipertensión o fumar) y un riesgo calculado de 10 años de tener un evento cardiovascular de 10% o más. Se cubren los genéricos simvastatin 5, 10, 20 y 40 mg; atorvastatin 10 y 20 mg, pravastatin 10, 20, 40 y 80 mg, Rosuvastatin 5 y 10 mg; Lovastatin 10, 20 y 40 mg y Fluvastatin 20 y 40 mg.
- Prevención de cáncer colorectal -recetas de gastroenterólogos de preparaciones intestinales para procedimiento de colonoscopia en adultos de 50 años o más solo se cubrirán los siguientes medicamentos con leyenda - Suprep y PEG (polyethylene Glycol).

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.
- Buprenorfina
- La cantidad de medicamentos provistos conforme a una receta original está limitada a un abastecimiento de quince (15) días para medicamentos agudos y treinta (30) días para los medicamentos de mantenimiento.
- La cantidad de medicamentos de mantenimiento es provista conforme la receta original y hasta cinco (5) repeticiones, todas con abastecimiento de 30 días en un periodo de un año desde la fecha original de la receta. El médico tiene que indicar en la receta la cantidad de repeticiones.
- 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. No aplica a los Productos Especializados en los Niveles 5 y 6.

- **Este beneficio de farmacia tiene varios niveles de cubierta:**

- a) **Primer nivel de cubierta:** Bajo este plan, el primer nivel de cubierta comienza desde que la persona asegurada recibe el despacho de su primer medicamento en el año póliza hasta que el costo total por la compra de medicamentos alcance \$4,020. 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 de \$4,020.
- b) **Segundo nivel de cubierta:** Este próximo nivel de cubierta comienza cuando la persona asegurada excede el primer nivel de cubierta de \$4,020 hasta que sus desembolsos por concepto de copagos y coaseguros hayan alcanzado \$6,350. 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 \$6,350.01. La persona asegurada es responsable de pagar los coaseguros establecidos en su cubierta.

Favor referirse a la Tabla de Copagos y Coaseguros que aparece al final de esta póliza para mayor detalle de los niveles de cubierta, copagos y coaseguros que aplican para cada uno de los niveles de cubierta.

Procedimientos de Manejo

- Algunos medicamentos de receta están sujetos a un procedimiento de manejo. Triple-S Salud provee a las personas aseguradas y como parte de la información provista en 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 de primer paso como terapia para su condición antes de que cubramos otro medicamento de segundo paso para esa condición. Este programa requiere la utilización de medicamentos sin leyenda federal (OTC, por sus siglas en inglés) o medicamentos genéricos como primer paso antes de utilizar otros medicamentos de segundo paso para ciertas condiciones médicas; esto se conoce como medicamentos de primer paso en el programa de terapia escalonada. Así puede lograr accesibilidad a medicamentos con efectividad y seguridad probada, copagos más bajos o hasta cero copagos en medicamentos de primer paso y mejor cumplimiento con la terapia de medicamentos.

Las clasificaciones que requieren un medicamento OTC como primer paso incluyen los inhibidores de la bomba de protón (PPI, por sus siglas en inglés), antihistamínicos no-sedantes y agentes para alergias oculares. Las clasificaciones que requieren un medicamento genérico como primer paso incluyen, pero no se limitan a, las estatinas para el colesterol, déficit de atención e hiperactividad (ADHD), diabetes, 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 aplica a las personas aseguradas que utilizan el medicamento por primera vez, o si ha transcurrido un periodo mayor de seis (6) meses de haber utilizado alguno de los medicamentos. El programa tiene el propósito de establecer cuándo se cubren medicamentos de segundo paso y no de intervenir con las recomendaciones de tratamiento del médico que atiende a la persona asegurada. Los medicamentos de segundo paso son aquellos que se utilizan una vez la persona asegurada haya utilizado los medicamentos de primer paso los cuales no proveyeron el beneficio terapéutico requerido. La persona asegurada tiene libertad de discutir con su médico todas las alternativas de tratamiento disponibles para su condición de salud, y de tomar decisiones informadas con relación a su tratamiento.

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

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

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

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

Aquellos medicamentos que han sido identificados que requieren preautorización deben satisfacer los criterios clínicos establecidos según lo haya determinado el Comité de Farmacia y Terapéutica. Estos criterios clínicos se han desarrollado de acuerdo 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. Estos límites de especialidad se establecen de acuerdo a la literatura médica actual.
- e. **Programa de Manejo de Medicamentos Especializados:** El Programa de Manejo de Medicamentos Especializados es un programa coordinado exclusivamente a través de las farmacias participantes de la Red de Farmacias Especializadas de Triple-S Salud. El propósito de este programa es ayudar a las personas aseguradas que tengan condiciones crónicas y de alto riesgo que requieren la administración de medicamentos especializados a que reciban un manejo clínico de la condición totalmente integrado. Algunas de las condiciones médicas o medicamentos que requieren manejo a través del Programa de Manejo de Medicamentos Especializados son las siguientes:
- Cáncer (tratamiento oral)
 - Factor Antihemofílico
 - Enfermedad de Crohn
 - Eritropoyetina (Deficiencia en las células de la sangre)
 - Fibrosis Quística
 - Hepatitis C

- Artritis Reumatoide
- Esclerosis Múltiple
- Enfermedad de Gaucher
- Hipertensión Pulmonar
- Osteoporosis
- Osteoartritis
- Psoriasis

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

- Una evaluación que permite identificar necesidades particulares que el paciente pueda tener respecto al uso de su medicamento.
- Intervenciones clínicas que incluyen, entre otros:
 - Coordinación del cuidado del paciente con su médico
 - Educación personalizada al paciente y cuidadores de acuerdo a la condición
 - Manejo y coordinación de pre-autorización de los medicamentos
 - Seguimiento de signos y síntomas de la condición
 - Seguimiento de adherencia a la terapia
 - Utilización apropiada de medicamentos
 - Optimización de dosis
 - Interacciones droga-droga
 - Manejo de efectos secundarios
 - Coordinación de repeticiones
 - Asistencia a través de personal especializado en su condición
 - Facilidad de entrega de medicamentos en el lugar de preferencia del paciente
 - Acceso a personal farmacéutico 24 horas al día, los 7 días de la semana
 - Material educativo sobre su condición
 - Para información sobre las farmacias participantes de la Red de Farmacias Especializadas, favor referirse al Directorio de Proveedores de Triple-S Salud, visite nuestro portal de internet en www.ssspr.com o llame a Servicio al Cliente.
- Pueden existir otros requisitos del plan que pueden afectar la cubierta de determinados medicamentos de receta en específico. Favor referirse a la sección de Exclusiones del Beneficio de Farmacia o a la Lista de Medicamentos para más información.

Estructura del Beneficio de Farmacia y Despacho de Medicamentos

Refiérase a la Tabla de Copagos y Coaseguros al final de esta póliza para los copagos y coaseguros correspondientes.

Abastecimiento para 30 días

- Nivel 1 - Medicamentos Genéricos Preferidos
- Nivel 2 - Medicamentos Genéricos No Preferidos
- Nivel 3 - Medicamentos de Marca Preferidos
- Nivel 4 - Medicamentos de Marca No Preferidos
- Nivel 5 - Productos Especializados Preferidos
- Nivel 6 - Productos Especializados No Preferidos

Programa de medicamentos *Over-The-Counter*

Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico limitados a los que se encuentran en la lista

Programas para el Sumido Extendido de Medicamentos de Mantenimiento a 90 días

Triple-S Salud ofrece programas para el despacho de 90 días en algunos medicamentos de mantenimiento. Los medicamentos de mantenimiento aplican para las siguientes condiciones: Hipertensión, Diabetes (insulina y tabletas orales), Tiroides, Colesterol, Epilepsia (Anticonvulsivos), Estrógeno, Alzheimer (no aplican los parchos), Parkinson, Osteoporosis, Próstata, entre otras. No aplica a los productos especializados. Las personas aseguradas de Triple-S Salud tienen la flexibilidad de seleccionar la opción de preferencia para el recibo de algunos medicamentos de mantenimiento a través de: las farmacias participantes o en la comodidad de su hogar registrándose en el Programa de Envío de Medicamentos por Correo (*Mail Order*).

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

Programa de envío de medicamentos por correo (*Mail Order*): Bajo este programa la persona asegurada recibe 90 días de sus medicamentos de mantenimiento en su hogar u otro lugar de preferencia y puede ordenar las repeticiones de sus medicamentos por correo o por teléfono. El envío de los medicamentos es libre de costo y la persona asegurada obtiene ahorros en sus copagos.

Abastecimiento para 90 días

- Nivel 1 - Medicamentos Genéricos Preferidos
- Nivel 2 - Medicamentos Genéricos No Preferidos
- Nivel 3 - Medicamentos de Marca Preferidos
- Nivel 4 - Medicamentos de Marca No Preferidos
- Nivel 5 - Productos Especializados Preferidos (no aplica)
- Nivel 6 - Productos Especializados No Preferidos (no aplica)

Programa de medicamentos *Over-The-Counter* (no aplica)

Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico limitados a los que se encuentran en la lista

EXCLUSIONES

Triple-S Salud no es 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 y dosis bajas de aspirina (81mg) para personas aseguradas entre 50 a 59 años de edad.
2. Cargos por instrumentos artificiales, agujas hipodérmicas, jeringuillas tirillas, lancetas, medidores de glucosa en la orina o sangre 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 bimatoprost*).
 - b. Productos de fluoruro para uso dental (excepto para menores entre las edades de 6 meses y 5 años)
 - c. Condiciones dermatológicas como pediculosis y escabicidas (*lindane, permethrine, crotamiton, malathion, ivermectin y spinosad*), productos para el tratamiento de la caspa que incluyan champú (*phyrithione zinc 1%, glycolic acid, seleniusulfide, sulfacetamine sodium*), lociones y jabones, tratamientos de alopecia (calvicie) como *Rogaine®*, *minoxidil topical soln*, *fanasteride*).
 - d. Medicamentos para el dolor *Nubain®* y *Stadol®*.
 - e. Productos para el control de la obesidad y otros medicamentos utilizados en este tratamiento (*benzphetamine, diethylpropion, lorcaserin, orlistat, liraglutide phendimetrazine, phentermine, sibutramine, naltrexone-bupropion y mazindol*).
 - f. Productos dietéticos (*Foltx®, Metans®, Folbalin Plus® y Cerefolin®*)
 - g. Medicamentos para el tratamiento de infertilidad (*follitropin, clomiphene, menotropins, urofollitropin, ganirelix, cetorelix acetate progesterone vaginal insert*) y fertilidad.
 - h. Impotencia (*tadalafil, alprostadil, vardefanil, sildefanil, yohimbine, avanafil*).
 - i. Implantes
 - j. Implante intracraneal carmustina (se utiliza para tratar glioma maligno o glioblastoma multiforme, un tipo de tumor cerebral).
 - k. Implantes intratecales (*nusinersen, poractant alfa, baclofen, pentetate indium, ziconotide y calfactant*)
 - l. *Dispositivos* (sodium hyaluronate, hyaluronan e hylan).
 - m. Medicamentos utilizados en pruebas con fines diagnósticos (*thyrotropin, dipyridamole IV 5mg/ml, gonadorelin HCl, cosyntropin, glucagón, barium sulfate, diatrizoate, iohexol, iopoamidol, iopromide, lidodixanol, othalamate, loversol, manitol, technetium gadoterate, gadopentetate, gadodiamide, tricophyton, tropicamide, tuberculin, y antígenos*).
 - n. *Medicamentos para inmunización* (*hepatitis A & B, influenza, encephalitis, measels, mumps, poliovirus, papillomavirus, rabies, rotavirus, rubella, varicela, yellow fever, zoster, cholera*).

haemophilus b, lyme disease, meningococcal, plague, pneumococcal, typhoid, tetanous, toxoid, diphteria, immune globulin, respiratory syncytial virus, palivizumab, pagademase bovine, stephage lyphates, Rho D immune Globuline) y sus combinaciones, así como las utilizadas para pruebas de alergia.

- o. Productos utilizados como vitaminas y suplementos nutricionales para uso oral (Dextrose, Lyposyn, Fructose, Alanicem, L-Carnitine, Tryptophan, Cardiovid Plus, Glutamine), excepto algunas dosis de ácido fólico para las personas aseguradas en conformidad a la regulación *Group Health Plans and Health Insurance Issuers Relating to Coverage of Preventive Services under the Patient Protection and Affordable Care Act*.
 - p. Vitaminas orales (niacina, ácido ascórbico, tiamina, riboflavina, vitamina E, piridoxina, dihidrotaquisterol, múltiples vitaminas con minerales, múltiples vitaminas con hierro, múltiples vitaminas con calcio, complejo de vitamina B, biotina, D, ácido fólico, complejo vitamina B con vitamina C, flavonoides bioflavonoides), excepto las prenatales, ácido fólico que están cubiertas y las inyectables.
 - q. Hormonas de Crecimiento (somatropin, somatrem, tesamorelin acetate)
 - r. Productos para el cuidado de heridas (collagen, dressing, silver pad, balsam, bismuth tribromophenate, wound cleansers or dressings, dimethicone-allatoin)
 - s. Las mezclas de dos (2) o más medicamentos que existen por separado o las formulaciones extemporáneas.
 - t. Agentes esclerosantes (talco intrapleural, ethanolamine, polidocanol, sodium tetradecyl)
 - u. Medicamentos clasificados como tratamiento para medicina alternativa (raíz de valeriana, muérdago europeo, glucosamina-condroitina-PABA-vit E y ácido alfa lipoico, coenzyme).
4. Productos considerados experimentales o investigativos para el tratamiento de ciertas condiciones, para los cuales la Administración de Drogas y Alimentos (*Food and Drug Administration*) no ha autorizado su uso. Tampoco están cubiertos estudios o tratamientos clínicos investigativos (esto es, *clinical trials*), aparatos, medicamentos experimentales o investigativos administrados para ser utilizados como parte de estos estudios, servicios o productos que se proveen para obtención de datos y análisis, y no para el manejo directo del paciente, y artículos o servicios sin costos para la persona asegurada que comúnmente ofrece el auspiciador de la investigación. Esto aplica aun cuando la persona asegurada se haya inscrito en el estudio para tratar una enfermedad que amenace su vida, para la cual no haya tratamiento efectivo y obtenga la aprobación del médico para su participación en el estudio porque éste ofrece al paciente un beneficio potencial. En estos casos, Triple-S Salud cubre los gastos rutinarios del paciente según los términos y condiciones establecidos en esta póliza. Gastos usuales y rutinarios son aquellos que se requieren para el estudio (*clinical trials*) y que normalmente están disponibles para las personas aseguradas bajo este plan estén o no participando en un ensayo clínico, así como los servicios para diagnosticar y tratar las complicaciones resultantes del estudio, de acuerdo a la cubierta establecida en esta póliza.
5. Servicios prestados por farmacias no participantes en Puerto Rico.
6. Servicios prestados por farmacias fuera de Puerto Rico y Estados Unidos.
7. Repeticiones ordenadas por un dentista o podiatra.
8. Gastos por agentes antineoplásicos inyectables.
9. Triple-S Salud se reserva el derecho a seleccionar aquellos medicamentos nuevos que estén disponibles en el mercado para incluirlos en su Lista de Medicamentos. Cualquier gasto por

medicamentos nuevos no está cubierto hasta tanto el medicamento sea evaluado por el Comité de Farmacia y Terapéutica de Triple-S Salud siguiendo las reglas establecidas en el Capítulo 4 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. Este Capítulo requiere que el Comité de Farmacia y Terapéutica realice la evaluación de nuevos medicamentos de receta aprobados por la FDA en un término no mayor de 90 días, contados a partir de la fecha de aprobación emitida por la FDA. En ese término, Triple-S Salud emite su determinación en torno a si incluye o no en la Lista de Medicamentos el medicamento nuevo. Incluso, cualquier medicamento nuevo de las clasificaciones terapéuticas (categoría) excluidas se considerará también una exclusión.

10. Se excluyen la solución azul tripán (colorante azoico que se utiliza en tinciones histológicas permitiendo diferenciar entre células vivas de células muertas), lacosamida intravenosa Vimpat® (medicamento para tratar convulsiones), degarelix acetate iny, sodium tetradecyl, polidocanol, morrhuate sodium (solución para diálisis peritoneal), viaspan (solución fría de almacenamiento para la conservación de órganos antes de un trasplante), tetradecil sulfato de sodio (mejorar el aspecto de las venas varicosas), polidocanol (tratamiento de venas varicosas), murrato de sodio (tratamiento de hemangiomas), talco intrapleurales (prevenir la efusión pleural maligna (acumulación de líquido en la cavidad torácica de las personas con cáncer u otras enfermedades graves en quienes ya tienen esta afección), solución para diálisis peritoneal (corrección del desequilibrio de electrolitos, la sobrecarga de líquidos y eliminación de metabolitos, en los pacientes con insuficiencia renal severa) y los productos homeopáticos en todas sus presentaciones (productos naturales utilizados para tratar diferentes condiciones de forma individualizada). Se excluyen los medicamentos Ocrevus, Exondys (tratamiento de esclerosis múltiple), Xuriden (tratamiento de aciduria orotica hereditaria y antídoto de fluorouracil capecitabine), Signifor (tratamiento de acromegalia y enfermedad de Cushing), Ruconest (tratamiento de angioedema hereditario), Cuprimine (tratamiento de artritis reumatoidea, enfermedad de Wilson y cistinuria), Spinraza (tratamiento de atrofia muscular espinal), Austedo (tratamiento de enfermedad de Chorea-Huntington's), Lucentis intravitreal (tratamiento de enfermedades del ojo), Orkambi (tratamiento de fibrosis quística), Keveyis (tratamiento de glaucoma y parálisis periódica), Upravi (tratamiento de hipertensión pulmonar), Impavido (tratamiento parásito de leishmaniasis), Darzalex (tratamiento de mieloma múltiple), Emflaza (tratamiento de distrofia muscular), Rubraca (tratamiento para cáncer de ovarios), Tagrisso (tratamiento para cáncer pulmonar), Lenvima (tratamiento para cáncer renal o glándula tiroidea), Odomzo (tratamiento para carcinoma de la piel), Dupixent (tratamiento para dermatitis atópica), HP-Acthar (tratamiento para espasmo infantil, esclerosis múltiple, gota, sarcoidosis y esclerosis lateral amiotrófica), lmylgic (tratamiento para melanoma).
11. Medicamentos utilizados para trasplante de órganos y tejidos (cyclosporine modified, tacrolimus, sirolimus, cyclosporine, mycophenolate sodium, everolimus, azathioprin, belatacept y basiliximab).
12. Sangre y sus componentes (hetastarch 6%/nacl IV, rehomacrodex IV, albúmina humana y fracciones de proteínas Plasmáticas).
13. Un medicamento cuando la FDA ha determinado que su uso es contraindicado para el tratamiento de la indicación para la cual se prescribe.
14. Tratamiento para los síntomas de ataques repentinos de porfiria relacionados con el ciclo menstrual (Hemin, Panhematin)

PREAUTORIZACIONES PARA MEDICAMENTOS

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

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

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

PROCEDIMIENTO DE 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, persona asegurada 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 envía una notificación a la persona asegurada solicitando el suministro de la información adicional requerida y en un plazo que no exceda cinco (5) días. La persona asegurada debe enviar la información solicitada por fax, identificando la misma con su número de contrato.

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

Triple-S Salud 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 mantiene la cubierta con los mismos términos y continuamente. Esto, mientras se le siga recetando el medicamento, se considere un tratamiento seguro y hasta que se hayan agotado los límites de los beneficios aplicables.

PROCESO DE EXCEPCIÓN A LA LISTA DE MEDICAMENTOS

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

Tipos de excepción

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

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

¿Cómo hacer la petición?

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

- Llamadas telefónicas al 787-774-6060: Se le ofrece orientación sobre el proceso a seguir para solicitar una excepción.
- Fax 787-774-4832 del Departamento de Farmacia: Debe enviar toda la documentación para evaluar la solicitud e incluir número de contrato.
- Por correo a la siguiente dirección: Triple-S Salud PO Box 363628 San Juan, PR 00936-3628.

Información requerida para aprobar su solicitud de excepción

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

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

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

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

1. Al recibir una solicitud de excepción médica, Triple-S Salud se asegurará de que sea revisada por profesionales de la salud adecuados, dependiendo de la condición de salud para la cual se solicita la excepción, quienes, al hacer su determinación de la solicitud, considerarán los hechos y las circunstancias específicas aplicables a la persona asegurada para la cual se presentó la solicitud, usando criterios documentados de revisión clínica que:
 - Se basan en evidencia clínica, médica y científica sólida; y
 - Si las hubiera, guías de práctica pertinentes, las cuales pueden incluir guías de práctica aceptadas, basadas en evidencia, desarrolladas por el comité de farmacia y terapéutica de Triple-S salud u otras guías de prácticas desarrolladas por el gobierno federal, o sociedades, juntas o asociaciones nacionales o profesionales en el campo de la medicina o de farmacia.
2. Los profesionales de la salud designados por Triple-S Salud para revisar las solicitudes de excepción médica, se asegurarán que las determinaciones tomadas correspondan a los beneficios y exclusiones que se disponen en el plan médico de la persona asegurada. Estos profesionales deberán poseer experiencia en el manejo de medicamentos. Las referidas determinaciones deberán constar en un informe en el cual se hará constar las cualificaciones de los profesionales de la salud que hicieron la determinación.
3. Triple-S Salud tomará la determinación de la solicitud presentada y notificará a la persona asegurada o su representante personal con la premura que requiere la condición médica pero no más tarde de 72 horas desde la fecha del recibo de la solicitud o comunicación del médico que emite la receta, la fecha que sea posterior. En el caso de los medicamentos controlados no excederá de 36 horas.

Triple-S Salud solicita al médico o farmacia la información clínica requerida para evaluar su solicitud mediante teléfono, facsímil o algún otro medio electrónico.

En caso de que la persona asegurada sea la que sometió la petición, y sea necesario obtener información adicional para completar la evaluación del medicamento, se contacta a la persona asegurada mediante llamada telefónica, se le indica la información adicional que debe ser suplida

por el médico para evaluar el caso, el tiempo que tiene para enviarla y el número de fax al cual debe referirla.

Si la información clínica requerida no es recibida en un periodo de 72 horas, procedemos a cerrar la solicitud y se le notifica inmediatamente a la persona asegurada y si fuera aplicable, a su representante personal y al médico que expide la receta. La notificación incluye el detalle de la información que falta. El cierre de la solicitud no significa que la persona asegurada no pueda presentar nuevamente la reclamación.

La forma de solicitud de excepción está disponible libre de costo en www.ssspr.com. En la sección Herramientas para Ti que se encuentra en la parte inferior de la página principal están los Formularios para Aseguradas donde está la forma de solicitud de excepción médica, así como en la Lista de Medicamentos.

4. Si Triple-S Salud no toma una determinación respecto a la solicitud de excepción médica, ni la notifica dentro del periodo antes mencionado:
 - La persona asegurada tendrá por un término de 30 días, derecho al suministro del medicamento de receta objeto de la solicitud, y según el suministro sea solicitado o recetado, o en caso de terapia escalonada, por los términos que disponga la cubierta.
 - Triple-S Salud tomará una determinación con respecto a la solicitud de excepción médica antes de que la persona asegurada termine de consumir el medicamento suministrado.
5. Si Triple-S Salud no toma una determinación con respecto a la solicitud de excepción médica, ni notifica la determinación antes de que la persona asegurada termine de consumir el medicamento suministrado, deberá mantener la cubierta en los mismos términos y continuamente, mientras se siga recetando el medicamento a la persona asegurada y se considere que el mismo sea seguro para el tratamiento de su enfermedad o condición médica, a menos que se hayan agotado los límites de los beneficios aplicables.
6. Si Triple-S Salud aprueba una solicitud de excepción médica, proveerá cubierta para el medicamento y no requerirá que la persona asegurada solicite aprobación para una repetición, ni para receta nueva para continuar con el mismo medicamento, siempre y cuando:
 - se recete el medicamento para la misma enfermedad o condición médica; y
 - el medicamento sea seguro por el año póliza.
7. Triple-S Salud no establece un nivel de copago o coaseguro que sea aplicable solamente a los medicamentos de receta aprobados mediante solicitud de excepción. De ser aprobada su excepción, aplica el coaseguro establecido en el Nivel 6. El Nivel 6 incluye productos especializados no preferidos y cualquier medicamento aprobado por excepción.
8. Toda denegación de una solicitud de excepción:
 - Se notificará a la persona asegurada o, si fuera aplicable, a su representante personal, por escrito, o por medios electrónicos, si la persona asegurada ha acordado recibir la información por esa vía.
 - Se notificará al prescribiente por medio electrónico o a su solicitud, por escrito.
 - Se podrá apelar. En la notificación de denegación se le informa a la persona asegurada su derecho a presentar una solicitud de apelación para la denegación según establecido en esta póliza en la sección Apelaciones de Determinaciones Adversas de Beneficios.

9. Proceso de notificación de la determinación de cubierta:

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

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

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

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

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

NUESTRA RESPONSABILIDAD LEGAL

Triple-S Salud, Inc. es requerida por ley de mantener la confidencialidad, privacidad y seguridad de su información de salud. De igual forma es requerida por ley de proveerle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad y sus derechos con respecto a su información de salud. Seguiremos las prácticas de privacidad descritas en este aviso mientras el mismo esté en vigor.

Este aviso incluye ejemplos de la información que recopilamos y describe los tipos de usos y divulgaciones que podemos hacer, así también sus derechos.

Este aviso incluye ejemplos ilustrativos y no deben considerarse un inventario completo de nuestro manejo de la información.

Triple-S Salud tiene que regirse por los términos de este Aviso. Sin embargo, nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso. Antes de realizar algún cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, enmendaremos este aviso y lo enviaremos a todos nuestros suscriptores activos a la fecha del cambio.

RESUMEN DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

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

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

La información protegida de salud (por sus siglas en inglés PHI) es información que lo identifica a usted (nombre, apellido, seguro social); incluso información demográfica (como dirección, código postal), obtenida de usted mediante una solicitud u otro documento para obtener un servicio, creada o recibida por un proveedor de cuidado de salud, un plan médico, intermediarios que procesan facturas de servicios de salud, socios de negocio y que está relacionada con: (1) su salud o condición física o mental pasada, presente o futura; (2) la prestación de servicios de cuidado de salud a usted; (3) pagos pasados, presentes o futuros por la prestación de servicios de cuidado médico. Para propósito de este Aviso, esta información se denominará como PHI. El Aviso se ha desarrollado y enmendado de manera que esté en armonía con el Reglamento de Privacidad de la Ley HIPAA. Cualquier término no definido en este Aviso tiene el mismo significado que dicho término tiene en el Reglamento de Privacidad de la Ley HIPAA. También contamos con políticas y procedimientos para el manejo de su PHI, los cuales puede examinar de usted solicitarlo.

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

LEYES Y REGULACIONES

HIPAA: La Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA por sus siglas en inglés) del 1996 implementa reglas relativas al uso, almacenamiento, transmisión y divulgación de la información protegida de la salud pertenecientes a los beneficiarios con el fin de estandarizar las comunicaciones y proteger la privacidad y seguridad de la información personal, financiera y de salud.

HITECH: Ley titulada como “Health Information Technology for Economic and Clinical Health” (HITECH). Esta ley promueve la adopción y el uso significativo de la tecnología de información de salud. También se ocupa de privacidad y seguridad asociada a las transmisiones electrónicas de información de salud, en parte, a través de varias disposiciones que fortalecen la ejecución civil y criminal de las Reglas de HIPAA.

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

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACION DE SALUD

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

Triple-S Salud podría usar y divulgar PHI para lo siguiente:

Divulgaciones a usted: Estamos obligados a divulgarle a usted la mayor parte de su PHI. Esto incluye, pero no está limitado, a toda información relacionada con su historial de reclamaciones y utilización del plan. Por ejemplo: Usted tiene el derecho a solicitar historial de reclamaciones, historial de medicamento y cualquier otra información que sea relacionadas a su información protegida de salud.

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

Tratamiento: Divulgar información a un proveedor de servicios médicos para que le brinde tratamiento, para la provisión, coordinación o supervisión de su atención médica y otros servicios relacionados. Por ejemplo, el plan puede divulgar información médica a su proveedor para la coordinación de tratamiento.

Pago: Para pagar por los servicios de salud prestados a usted; determinar la elegibilidad a los mismos bajo su póliza; coordinar beneficios; cobro de las primas; y otras actividades relacionadas. Por ejemplo, el plan puede usar o divulgar información para pagar reclamaciones de los servicios de salud recibidos por usted o para proveer información de elegibilidad a su proveedor de servicios de salud cuando reciba tratamiento.

Operaciones de cuidados de salud: Para servicios legales y de auditoria, incluyendo detección de fraude y abuso y cumplimiento, así como la planificación y desarrollo de negocios, actividades administrativas y de gerencia del negocio, actividades de patient safety, credencialización, manejo de enfermedades y adiestramiento de estudiantes de medicina o farmacia. Por ejemplo: El plan puede utilizar o divulgar su información de salud para comunicarse con usted para proveerle recordatorios de reuniones, citas o información sobre tratamientos.

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

Entidades Cubiertas Afiliadas: En las funciones como administrador del seguro o beneficio, podremos usar y divulgar PHI a Triple-S Advantage, Inc.

Socios de Negocios: Triple-S Salud comparte información con nuestros socios de negocio, los cuales proveen servicios a nombre de Triple-S Salud y participan en las funciones de administración del seguro o la coordinación de sus beneficios.

Para propósitos de investigación: Podemos utilizar o divulgar su PHI a investigadores, si una Junta Revisora Institucional o un Comité de Ética ha revisado la propuesta de investigación y ha establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información y ha aprobado la investigación como parte de un conjunto limitado de datos que no incluye identificadores individuales.

Según requerido por Ley: Podemos utilizar o divulgar PHI cuando la Ley Federal, Estatal o Local requiere su uso o divulgación. En este Aviso, el término "según requerido por Ley" se define tal como lo dispone el Reglamento de Privacidad de la Ley HIPAA. Para estos fines su autorización o la oportunidad de aprobar u objetar no será requerida. La información será divulgada en cumplimiento con las salvaguardas establecidos y requeridos por la Ley.

Procedimientos legales: Podemos utilizar o divulgar su PHI durante el transcurso de cualquier proceso judicial o administrativo: en respuesta a una orden de un tribunal de justicia o un tribunal administrativo (en la medida en que dicha divulgación esté expresamente autorizada); o en respuesta a una citación, una solicitud de descubrimiento de prueba u otro proceso autorizado por Ley.

Patólogos forenses, directores funerarios y casos de donación de órganos: Podemos utilizar o divulgar su PHI a un Patólogo Forense para efectos de identificar a una persona fallecida, determinar causa por muerte, o para que realice otras tareas autorizadas por Ley. También podemos divulgar información a directores funerarios para que puedan realizar sus deberes relacionados con difuntos y a organizaciones que manejan la adquisición, almacenamiento o trasplantes de órganos, ojos o tejidos.

Compensación a trabajadores: Podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes de compensación a trabajadores y otros programas similares establecidos por ley, que proveen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas al trabajo, sin considerar culpa.

Ayudas en casos de desastres y situaciones de emergencia, Programas gubernamentales de beneficios: Podemos divulgar su PHI a una entidad pública o privada autorizada por Ley o sus estatutos que participe en un esfuerzo de ayuda en caso de desastre. De esta manera, su familia podrá ser notificada sobre su condición de salud y localización en caso de desastre u otra emergencia.

Actividades de monitoreo de agencias reguladoras: Podemos divulgar información médica a una agencia de reguladora como Departamento de Salud Federal (DHHS) para los propósitos de auditorías, monitoreo de cumplimiento con la regulación, investigaciones, inspecciones o licencia. Estas divulgaciones pueden ser necesarias para ciertas agencias estatales y federales para monitorear el sistema de atención de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.

Salud y seguridad pública: Podemos usar o divulgar su información de salud según permitido o requerido por ley para los siguientes propósitos, para estos fines su autorización o la oportunidad de aprobar u objetar no será requerida:

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

- Para prevenir una amenaza inminente a la salud o seguridad públicas;
- Para propósitos de almacenamiento o trasplantes de órganos, ojos o tejidos;
- Para propósitos de investigaciones estadísticas;
- Para propósitos de descendientes;
- Según requerido o permitido por las leyes aplicables.

Actividad militar y seguridad nacional, servicios de protección: Podemos divulgar su PHI a autoridades de la comandancia militar si usted es un miembro de las Fuerzas Armadas o veterano. También a funcionarios autorizados que realicen actividades para la seguridad nacional, inteligencia, contraespionaje u otras actividades para la protección del Presidente y otras autoridades o jefes de estado.

Servicios relacionados con su salud: Podemos usar su información de salud para ofrecerle información sobre beneficios y servicios relacionados con su salud, o alternativas de tratamiento que pudieran ser de interés. 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 divulgada por el recipiente de la misma y no estar protegida por las leyes de privacidad aplicable. Usted tiene derecho a revocar la autorización por escrito en cualquier momento, pero su revocación no afectará los usos o divulgaciones permitidos por su autorización mientras la misma estuvo vigente. Nosotros guardaremos registro de las autorizaciones o revocaciones otorgadas por usted.

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

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

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

USTED TIENE LOS SIGUIENTES DERECHOS RELACIONADO A SU INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD

Acceso: Usted tiene el derecho de examinar y obtener copia electrónica o a papel de su información personal, financiera, de seguros o de salud relacionada con suscripción o reclamaciones dentro de los límites y excepciones que provee la ley. Para ello, usted debe presentarnos su solicitud por escrito. Al recibo de su solicitud nosotros tendremos 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.

Informe de Divulgaciones: Usted tiene derecho a recibir una lista de las instancias ocurridas en que nosotros o nuestros socios de negocio hayamos divulgado su información de salud para asuntos no relacionados a 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. Nosotros no tenemos que estar de acuerdo con su solicitud, pero si la aceptamos, nos regiremos por la misma (excepto en caso de una emergencia). Su solicitud y nuestro acuerdo de implementar restricciones adicionales en el manejo de su información de salud debe ser por escrito.

Comunicación confidencial: Usted tiene el derecho de solicitar que nuestras comunicaciones hacia usted relacionadas con su información de salud sean realizadas por métodos alternos o dirigidas a direcciones alternas. Debe presentar una solicitud por escrito. Podríamos aceptar su solicitud si ésta es razonable, especifica las formas o localizaciones alternas.

Enmienda: Usted tiene el derecho de solicitar correcciones a su información de salud. Su solicitud debe ser por escrito, y contener una explicación o evidencia que justifique la enmienda. Nosotros responderemos a su solicitud en un término de sesenta (60) días. De necesitar tiempo adicional, le notificaremos por escrito previo a la expiración del término original.

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

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

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

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si interesa obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o dudas, comuníquese con nosotros. Todos los formularios para ejercer sus derechos están disponibles en www.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, usted entiende derecho a presentar su queja en la dirección a continuación:

Oficina de contacto: Departamento de Cumplimiento
Atención: Oficial de Privacidad
Teléfono: 1-888-620-1919
Fax: (787) 993-3260
E-mail: hipaacompliance@sssadvantage.com
Dirección: P. O. Box 11320 San Juan, PR 00922

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

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F HHH Bldg.
Washington, D.C. 20201

Email to OCRComplaint@hhs.gov

Customer Response Center: (800) 368-1019 Fax: (202) 619-3818 TDD: (800) 537-7697

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

If you would like to receive an English version of this notice, please contact us at the address above or visit our website at <https://salud.grupotriples.com/en/privacy-policy/>.

AVISO DE NO DISCRIMEN

AVISO: INFORMANDO A LOS INDIVIDUOS SOBRE LOS REQUISITOS DE NO DISCRIMEN Y ACCESO Y LA DECLARACION DE NO DISCRIMEN: EL DISCRIMEN ESTÁ EN CONTRA DE LA LEY

Triple-S Salud, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, sexo o incapacidad.

Triple-S Salud, Inc.

- Proporciona mecanismos auxiliares y servicios gratuitos a las personas con incapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes en lenguaje de señas certificados,
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros).
- Proporciona servicios de traducción gratuitos a personas cuyo primer idioma no es el español, tales como:
 - Intérpretes certificados,
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, contacte a un Representante de Servicio.

Si considera que Triple-S Salud, Inc. no le ha provisto estos servicios o han discriminado de cualquier otra manera por motivos de raza, origen nacional, color, edad, sexo o incapacidad, comuníquese con:

Representante de Servicio

PO Box 363628, San Juan, PR 00936-3628
Teléfono: (787) 749-6060 o 1-800-981-3241
TTY: (787) 792-1370 o 1-866-215-1999
Fax: (787) 706-2833
Email: TSACompliance@sssadvantage.com

Puede presentar su querrela en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar su querrela, un Representante de Servicio está disponible para ayudarle.

Usted puede presentar su querrela por violación a los derechos civiles con el Departamento de Salud y de Recursos Humanos de Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles de forma electrónica a través de su portal:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo, o por teléfono al:

200 Independence Ave, SW Room 509F, HHH Bldg Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697

Call the customer service number on your ID card for assistance.

請撥打您 ID 卡上的客服號碼以尋求中文協助。

Gọi số dịch vụ khách hàng trên thẻ ID của quý vị để được hỗ trợ bằng Tiếng Việt.

한국어로 도움을 받고 싶으시면 ID 카드에 있는 고객 서비스 전화번호로 문의해 주십시오.

Para sa tulong sa Tagalog, tumawag sa número ng serbisyo sa customer na nasa inyong ID card.

Обратитесь по номеру телефона обслуживания клиентов, указанному на Вашей идентификационной карточке, для помощи на русском языке.

العربية باللغة المساعدة على للحصول هويتك بطاقة على الموجود العملاء خدمة برقم اتصل

Rele nimewo sèvis kliyantèl ki nan kat ID ou pou jwenn èd nan Kreyòl Ayisyen.

Pour une assistance en français du Canada, composez le numéro de téléphone du service à la clientèle figurant sur votre carte d'identification.

Ligue para o número de telefone de atendimento ao cliente exibido no seu cartão de identificação para obter ajuda em português.

Aby uzyskać pomoc w języku polskim, należy zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer podany na identyfikatorze.

日本語でのサポートは、IDカードに記載のカスタマーサービス番号までお電話でお問い合わせください。

Per assistenza in italiano chiamate il numero del servizio clienti riportato nella vostra scheda identificativa.

Rufen Sie den Kundendienst unter der Nummer auf Ihrer ID-Karte an, um Hilfestellung in deutscher Sprache zu erhalten.

بگیرید تماس است شده درج شما شناسایی کارت روی بر که مشتری خدمات شماره با ، فارسی زبان به راهنمایی دریافت برای

COM_2017_010_S

TSS-COMP-0777-2018-A

TABLA DE COPAGOS Y COASEGUROS

PLAN INDIVIDUAL DE FARMACIA 2020

Tabla de Copagos y Coaseguros Plan Individual de Farmacia 2020	
Primer nivel de cubierta: (hasta que los costos totalicen \$4,020)	
Abastecimiento hasta 30 días	
Nivel 1 – Medicamentos Genéricos Preferidos	\$5.00
Nivel 2 – Medicamentos Genéricos No Preferidos	\$15.00
Nivel 3 – Medicamentos de Marca Preferidos	30%
Nivel 4 – Medicamentos de Marca No Preferidos	45%
Nivel 5 – Productos Especializados Preferidos	45%
Nivel 6 – Productos Especializados No Preferidos	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	\$15.00
Nivel 2 – Medicamentos Genéricos No Preferidos	\$45.00
Nivel 3 – Medicamentos de Marca Preferidos	30%
Nivel 4 – Medicamentos de Marca No Preferidos	45%
Nivel 5 – Productos Especializados Preferidos	45%
Nivel 6 – Productos Especializados No Preferidos	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 \$4,020.01 y hasta desembolsar \$6,350)	
Abastecimiento hasta 30 días	
Nivel 1 – Medicamentos Genéricos Preferidos	50%
Nivel 2 – Medicamentos Genéricos No Preferidos	50%
Nivel 3 – Medicamentos de Marca Preferidos	50%
Nivel 4 – Medicamentos de Marca No Preferidos	50%
Nivel 5 – Productos Especializados Preferidos	50% para genéricos; 50% para marca
Nivel 6 – Productos Especializados No Preferidos	50% para genéricos; 50% 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	50%
Nivel 2 – Medicamentos Genéricos No Preferidos	50%
Nivel 3 – Medicamentos de Marca Preferidos	50%
Nivel 4 – Medicamentos de Marca No Preferidos	50%
Nivel 5 – Productos Especializados Preferidos	50% para genéricos; 50% para marca
Nivel 6 – Productos Especializados No Preferidos	50% para genéricos; 50% 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

**Tabla de Copagos y Coaseguros
Plan Individual de Farmacia 2020**

Tercer Nivel de Cubierta: (una vez la persona asegurada desembolse \$6,350.01)	
Abastecimiento hasta 30 días	
Nivel 1 – Medicamentos Genéricos Preferidos	10% mínimo \$3.40
Nivel 2 – Medicamentos Genéricos No Preferidos	10% mínimo \$3.40
Nivel 3 – Medicamentos de Marca Preferidos	10% mínimo \$8.50
Nivel 4 – Medicamentos de Marca No Preferidos	10% mínimo \$8.50
Nivel 5 – Productos Especializados Preferidos	10% mínimo \$3.40 para genéricos; 10% mínimo \$8.50 para marca
Nivel 6 – Productos Especializados No Preferidos	10% mínimo \$3.40 para genéricos; 10% mínimo \$8.50 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 \$10.20
Nivel 2 – Medicamentos Genéricos No Preferidos	10% mínimo \$10.20
Nivel 3 – Medicamentos de Marca Preferidos	10% mínimo \$25.50
Nivel 4 – Medicamentos de Marca No Preferidos	10% mínimo \$25.50
Nivel 5 – Productos Especializados Preferidos	10% mínimo \$10.20 para genéricos; 10% mínimo \$25.50 para marca
Nivel 6 – Productos Especializados No Preferidos	10% mínimo \$10.20 para genéricos; 10% mínimo \$25.50 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