

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

Concesionario Independiente de la Blue Cross Blue Shield Association

PÓLIZA ACCESO DIRECTO (POS DE TRIPLE-S DIRECTO)

INTRODUCCIÓN
(Planes Metales)

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

Esta póliza se emite a residentes *bona fide* de Puerto Rico, cuya residencia permanente esté ubicada dentro del Área de Servicio, según definida en esta póliza, por el término de un (1) año o menos (si se suscribe fuera del periodo fijo de suscripción anual) a partir de la fecha de vigencia del contrato emitido a la persona asegurada. Esta póliza termina el 31 de diciembre de 2019. 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 18- PAGO DE PRIMA. Los beneficios de esta póliza no son acumulativos; no se acumulan de un año a otro.

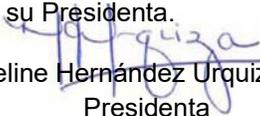
Triple-S Salud renueva esta póliza, a opción de la persona asegurada y de conformidad con la legislación y reglamentación local y federal aplicable, excepto en los casos según lo dispuesto en la Sección, Disposiciones Generales, Incisos 4 - CANCELACIÓN INDIVIDUAL y 30 – TERMINACIÓN, con previa notificación por escrito a usted. Además, no renueva la cubierta de un dependiente después que alcance los límites de edad para la cubierta, según se estipula en esta póliza. Todos los términos de cubierta empiezan y terminan a las 12:01 a.m., hora local de Puerto Rico.

Triple-S Salud puede tomar acción, de acuerdo con lo establecido en la Cláusula de Cancelación Individual en la Sección, 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 al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada (Medicare). Revise la Guía de Seguro de Salud para personas con Medicare disponible a través de la compañía de seguros.

El Código de Seguros de Salud y el *Affordable Care Act* garantiza que a partir de 2014, todos los planes médicos no protegidos o *non-grandfathered*, que se ofrezcan en los mercados individuales y grupos pequeños, ya sea dentro o fuera de un *exchange* (mercado de intercambio de seguros médicos), incluyan una cubierta comprensiva de servicios conocida como beneficios esenciales de salud. Estos beneficios esenciales, definidos por ley y por el plan de referencia de Puerto Rico, se dividen en las siguientes de diez categorías: servicios de emergencia; hospitalización; servicios ambulatorios; maternidad y atención al recién nacido; salud mental y abuso de sustancias, incluyendo el tratamiento de salud conductual; medicamentos recetados; servicios de rehabilitación, habilitación y equipo médico; servicios de laboratorio; servicios preventivos, de bienestar y manejo de enfermedades crónicas; servicios pediátricos, incluyendo dental y cuidado de la visión.

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


Madeline Hernández Urquiza, CPA
Presidenta

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

CÓMO FUNCIONA SU PLAN

Su cubierta bajo esta póliza

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

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

Los beneficios que provee esta póliza básica no son de carácter acumulativo ni están sujetos a periodos de espera, excepto cuando aplique por darse la suscripción fuera del periodo fijo de suscripción anual. Los beneficios no están sujetos a periodos de espera si la persona solicita el plan fuera del periodo fijo de suscripción anual como resultado de un evento cualificante, según se establece en la sección Aviso Importante sobre la Suscripción a Planes Individuales.

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

Plan de Libre Selección

Este plan está diseñado para proveerle libre selección de médicos, hospitales, facilidades y otros proveedores a través de las Redes Preferidas, incluyendo las Clínicas SALUS, y la Red de Participantes y Proveedores de Triple-S Salud.

La persona asegurada no necesita un referido de un médico de cabecera para acceder los servicios cubiertos en esta póliza. Sin embargo, le recomendamos que siempre seleccione un médico de cabecera para coordinar sus servicios con otros proveedores. Éste le ayuda a identificar el cuidado médico que necesite coordinar con otros médicos especialistas de la red preferida o de la red de Participantes y Proveedores de Triple-S Salud.

Bajo este modelo, usted puede acceder los beneficios cubiertos de tres (3) maneras:

1. **Clínicas SALUS**
 - a. No paga por la visita a su médico de cabecera, especialista, subespecialista, y Rayos-X
 - b. En otros servicios, como laboratorios y pruebas diagnósticas, paga un **copago o coaseguro menor** que en la Red Preferida de Proveedores
 - c. Múltiples servicios en un solo lugar donde además de visitar a su médico puede realizarse laboratorios y rayos-X, entre otros.
2. **Red Preferida de Proveedores**
 - a. Redes Selective de laboratorios clínicos y Centros de Imágenes
 - b. Red Preferida de Especialistas y Subespecialistas
 - c. Red Preferida de Hospitales
 - d. Red de Facilidades Ambulatorias

- e. Centros Renales
- f. Agencias de Salud en el Hogar
- g. En estas redes preferidas, aplica un copago o coaseguro menor que si visita un proveedor de la Red de Participantes y Proveedores de Triple-S Salud.

3. Red de Participantes y Proveedores de Triple-S Salud

- a. Aplica un copago o coaseguro mayor al que pagaría en las Clínicas SALUS y en la Red Preferida de Proveedores.

Usted debe visitar los médicos y proveedores participantes de estas redes de Triple-S Salud para que sus servicios estén cubiertos, excepto en casos de emergencia según requerido por la ley.

Para laboratorios clínicos, radiología e imágenes es importante que visite un proveedor en las Clínicas SALUS o de las Redes Selective ya que de lo contrario no estará cubierto el servicio.

Existen ciertas reglas del plan de Triple-S Salud que usted debe seguir para que los servicios estén cubiertos, tales como: visitar a ciertos proveedores para recibir servicios específicos, precertificación para servicios antes de recibirlos, uso de la Lista de Medicamentos o Formulario, medicamentos genéricos como primera opción y uso de los médicos y proveedores de la red, entre otras reglas.

Servicios Medicamente Necesarios

Triple-S Salud cubre los beneficios descritos en esta póliza, siempre y cuando sean médicamente necesarios. Servicios medicamente necesarios son servicios provistos por un médico participante, un grupo de médicos o proveedor para mantener o restablecer la salud de la persona asegurada que son determinados y provistos según el estándar de la buena práctica de la medicina.

Favor referirse a la Sección, Apelaciones de Determinaciones Adversas de Beneficios para su derecho a una apelación de una determinación adversa sobre los beneficios de un servicio considerado no médicamente necesario.

Servicios Médico-Quirúrgicos durante una Hospitalización

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

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

Servicios de Hospitalización

Para las opciones de cubierta en esta póliza, los hospitales participantes de la Red de Triple-S Salud han sido agrupados en dos clasificaciones de acuerdo al nivel de calidad de las facilidades hospitalarias. La primera clasificación es la red de **Hospitales Preferidos** donde usted paga un copago de admisión más bajo. La segunda clasificación es la red de **Hospitales no Preferidos** que incluye el resto de los hospitales contratados y usted paga un copago de admisión más alto. Para identificar los hospitales preferidos y no preferidos, refiérase a la sección Redes Preferidas del Directorio de Proveedores y Participantes de Triple-S Salud. Cualquier otra agrupación de hospitales por niveles que se incluya en el Directorio de Proveedores y Participantes de Triple-S Salud no aplica a esta póliza.

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

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

Proveedores participantes de nuestra red

Nosotros tenemos un contrato con médicos, facilidades y proveedores a través de toda la Isla para que provean servicios a las personas aseguradas. Es importante que usted conozca y acceda en cualquier momento nuestro Directorio de Participantes y Proveedores.

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

- Verifique en el Directorio de Participantes y Proveedores de la Red de Triple-S Salud que tenga disponible.
- Visite nuestro portal de internet en www.ssspr.com.
- Acceda nuestra **aplicación móvil** para su *Smartphone* (Apple o Android), Triple-S Salud. Una vez complete el proceso de registro, puede acceder el Directorio de Proveedores.
- Llame al Departamento de Servicio al Cliente al número que aparece en la parte posterior de la tarjeta de identificación de la persona asegurada para preguntas de un proveedor específico.

Contrataciones Especiales por Manejo

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

Compensación a los Proveedores de la Red

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

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

PÓLIZA ACCESO DIRECTO (POS DE TRIPLE-S DIRECTO)

CUBIERTA MÉDICA

Algunos de los servicios en esta Sección están sujetos a copago, coaseguro y/o deducibles aplicables. Para detalles de los copagos, coaseguros y deducibles de su plan, favor referirse a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros al final de esta póliza.

DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL

El desembolso máximo anual para esta cubierta es de \$6,350 en un contrato individual y \$12,700 en contrato pareja o familiar. Una vez la persona asegurada alcance la cantidad que le aplica según su tipo de contrato, no tiene que hacer desembolsos adicionales por el resto del año póliza; Triple-S paga el 100% del resto de los gastos médicos cubiertos bajo esta póliza.

Los servicios prestados a través de proveedores no participantes en y fuera de Puerto Rico, pagos realizados por la persona asegurada por los servicios no cubiertos bajo esta póliza, servicios de terapia alternativa (Triple-S Natural), espejuelos y lentes de contacto para mayores de 21 años y la prima mensual pagada a Triple-S Salud por el plan, no se consideran gastos elegibles para la acumulación del desembolso máximo. El desembolso máximo seleccionado está de acuerdo a la cantidad permitida por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

TELECONSULTA MD®

Servicio de Telemedicina a través de consulta médica virtual, hasta un máximo de cuatro (4) visitas por persona asegurada, por año póliza. El servicio de **Teleconsulta MD®** le permite recibir atención médica de 6:00 a.m. a 10:00 p.m., en cualquier lugar dentro de la región geográfica de Puerto Rico, los 365 días del año. Usted tiene acceso a consultas de salud con un generalista, médico de familia, internista o pediatra licenciados, ya sea para una dolencia o urgencia menor. El proveedor debe tener certificación para la práctica de telemedicina conforme a la Ley Núm. 168 de 2018. Usted decide si prefiere coordinar la hora de su consulta y escoger el médico de su preferencia. El proveedor puede enviar las recetas a la farmacia participante. También, usted puede compartir con el médico resultados de estudios. Visite nuestro portal de Internet www.ssspr.com para que pueda bajar la aplicación y comunicarse a través de su dispositivo móvil o conectarse a través de su computadora. El servicio de telemedicina no sustituye a su médico. Si es una emergencia, es importante que llame al 911 o visite la sala de emergencia más cercana. Este beneficio requiere \$10 de copago por consulta. Luego de acceder las 4 consultas, puede continuar utilizando el servicio a un costo de \$40 por consulta.

CUBIERTA DE SERVICIOS PREVENTIVOS

Esta póliza cubre los servicios preventivos requeridos por las leyes federales Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA) y la Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA) y según establecidos por el United States Preventive Services Task Force (USPSTF). Estos pueden ser modificados durante el año de acuerdo a las actualizaciones que realicen HCERA y USPSTF. Los servicios de cuidado preventivo, que se detallan a continuación, se incluyen en la cubierta básica y tienen \$0 copago o 0% de coaseguro siempre y cuando sean provistos a través de médicos y proveedores participantes en Puerto Rico. Para la lista actualizada, así como información adicional sobre estos servicios, visite el siguiente enlace en internet: <https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/>.

SERVICIOS PREVENTIVOS PARA ADULTOS

Servicio Preventivo	Indicación
Cernimiento del aneurisma aórtico abdominal (AAA)	Un (1) servicio por ultrasonografía para el cernimiento del aneurisma aórtico abdominal (AAA) en personas aseguradas de 65 a 75 años de edad que hayan sido fumadores en algún momento
Cernimiento de glucosa en la sangre y diabetes mellitus Tipo 2	Cernimiento para niveles de azúcar en la sangre anormales como parte de la evaluación de riesgo cardiovascular en adultos entre las edades de 40 a 70 años con sobrepeso u obesidad. Los médicos deben ofrecer o referir a las personas aseguradas con niveles de azúcar en la sangre anormales a intervenciones de consejería conductual intensivas para promover una dieta saludable y actividad física. Además, cernimiento de diabetes Tipo 2 para adultos que no tienen síntomas, pero tienen una presión arterial sostenida (independientemente esté en tratamiento) mayor de 135/80 mm/Hg.
Abuso de alcohol	Cernimiento y consejería. Cernimiento clínico a adultos de 18 años en adelante por abuso de alcohol, así como intervención de consejería conductual para reducir el uso de alcohol para asegurados que tienen un patrón de riesgo o un consumo peligroso de alcohol.
Suplido de aspirina para prevenir el riesgo de enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal: medicina preventiva	Uso de dosis baja de aspirina para adultos entre las edades de 50 a 59 años como prevención primaria de enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal que tienen un 10% o más de 10 años de riesgo cardiovascular, no tienen un riesgo alto de sangrado, tienen una expectativa de vida de al menos 10 años y están dispuestos a tomar aspirinas en dosis menores diariamente por al menos 10 años.
Cáncer colorrectal	Cernimiento de cáncer colorrectal mediante prueba de sangre oculta, sigmoidoscopia, colonoscopia o prueba serológica en adultos de 50 a 75 años. Los riesgos y beneficios de estos métodos de cernimiento varían.
Depresión	Cernimiento de depresión en adultos, incluyendo personas aseguradas durante su embarazo o post-parto. El cernimiento debe realizarse en un sistema adecuado para garantizar un diagnóstico preciso, un tratamiento efectivo y un seguimiento apropiado.
Prevención de caídas en adultos mayores: ejercicio o terapia física	Ejercicios y terapia física para prevenir caídas en adultos de 65 años en adelante que están a riesgo de sufrir caídas.

Servicio Preventivo	Indicación
Dieta saludable y actividad física como prevención de enfermedades cardiovasculares en adultos con riesgo cardiovascular: Consejería Conductual	Ofrecer y referir a los adultos con sobrepeso u obesidad y con factores adicionales de riesgo de enfermedad cardiovascular a intervención de consejería conductual intensiva para promover una dieta saludable y actividad física como prevención de enfermedades cardiovasculares.
Infección del virus de la Hepatitis B: cernimiento en adolescentes y adultos que no están en estado de embarazo	Cernimiento de Hepatitis B para adultos con alto riesgo de infección.
Cernimiento de infección del virus de la Hepatitis C: adultos	Cernimiento de infección del virus de la Hepatitis C para adultos con alto riesgo de infección y una prueba para adultos nacidos entre 1945 y 1965.
Hipertensión	Cernimiento de hipertensión para adultos de 18 años en adelante. Se deben obtener las medidas fuera del entorno clínico para confirmar el diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.
Prueba de cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH): adolescentes y adultos que no están en estado de embarazo	Cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) para adultos de 15 a 65 años, así como adolescentes menores y adultos mayores con alto riesgo. Según requerido por la ley 45-2016, incluye una prueba de VIH por año como parte de la evaluación médica de rutina, excepto para personas aseguradas durante su embarazo a las cuales les aplican los requisitos del USPSTF.
Inmunización	Vacunas. Las dosis, edades y población recomendada varían: Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes Zoster, Virus de Papiloma Humano, Influenza, MMR, Meningococo, Neumococo, Tétano, Difteria, Tos Ferina y Varicela. Las vacunas de seguimiento (<i>catch up</i>) están cubiertas.
Cernimiento de cáncer del pulmón	Cernimiento anual para cáncer del pulmón a través de tomografía computadorizada para adultos entre las edades de 55 a 80 años con historial de fumador de 30 años o más, que fuma actualmente o haya dejado de fumar durante los últimos 15 años. El cernimiento se discontinuará una vez la persona haya dejado de fumar por 15 años consecutivos o desarrolle un problema de salud que sustancialmente limite la expectativa de vida o la habilidad o probabilidad de tener una cirugía pulmonar para curar la enfermedad.
Obesidad	Cernimiento de obesidad para adultos. Los médicos pueden ofrecer o referir pacientes que tengan un Índice de Masa Corporal, (BMI por sus siglas en inglés) de 30kg/m ² o más a intervenciones conductuales intensivas de múltiples componentes
Enfermedades de transmisión sexual	Consejería conductual intensiva para adolescentes y adultos sexualmente activos con un riesgo alto de contraer enfermedades de transmisión sexual.

Servicio Preventivo	Indicación
Cáncer de piel: Consejería	Consejería a menores, adolescentes y adultos jóvenes de 6 meses a 24 años que tengan una piel blanca a que reduzcan la exposición a la radiación ultravioleta para disminuir el riesgo de cáncer de la piel.
Estatinas para prevenir accidentes cardiovasculares en adultos: Medicamentos Preventivos	<p>Para los adultos sin historial de enfermedad cardiovascular (por ejemplo, enfermedad arterial coronaria sintomática o accidente cerebrovascular isquémico) a utilizar dosis baja o moderada de estatinas para prevenir accidentes cardiovasculares y mortalidad cuando todos los siguientes criterios se cumplen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • entre 40 a 75 años • tienen uno o más factores de riesgo (dislipidemia, diabetes, hipertensión o fumar), y • tienen un riesgo calculado de 10 años de tener un evento cardiovascular de 10% o más. La identificación de dislipidemia y el cálculo de 10 años del riesgo del evento cardiovascular requiere un cernimiento de lípidos universal para adultos entre las edades de 40 a 75 años. <p>Las estatinas se cubren por la cubierta de farmacia; hacer referencia a la sección Beneficios de Farmacia.</p>
Sífilis en adultos y adolescentes que no estén en estado de embarazo	Cernimiento de infección de sífilis a todas las personas aseguradas que tengan un riesgo alto de infección
Cesar el uso de tabaco y medicinas: adultos que no están en estado de embarazo	El USPSTF recomienda que los médicos deben preguntar a todos los adultos sobre el uso del tabaco, aconsejar dejar el tabaco, ofrecer intervenciones de conducta y los medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA). Para aquellos que utilizan los productos para cesar el uso de tabaco, este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la FDA por noventa (90) días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año.
Cernimiento de Tuberculosis: adultos	Cernimiento de infección de tuberculosis en poblaciones de alto riesgo

SERVICIOS PREVENTIVOS PARA ADULTOS, INCLUYENDO EMBARAZOS

Servicio Preventivo	Indicación
Bacteriuria	Cernimiento para personas aseguradas durante su embarazo que no muestren síntomas de bacteria en cultivo de orina, entre las 12 y 16 semanas de embarazo, o en la primera visita prenatal, si es luego de ese término de embarazo.
BRCA-Cáncer: Evaluación de Riesgo y Consejería Genética/Prueba	Los proveedores de atención primaria deben realizar un cernimiento a personas que han tenido familiares con cáncer de seno, ovario, trompas o peritoneal, a través de herramientas diseñadas para identificar historial familiar que pudiera estar asociado con un aumento del riesgo de mutaciones potencialmente perjudiciales en los genes de susceptibilidad al cáncer de seno (BRCA1 o BRCA2). Las personas aseguradas que tengan un resultado positivo deben recibir consejería genética y, si es indicado luego de la consejería, la prueba BRCA.
Cernimiento de cáncer de seno	Mamografía de cernimiento, con o sin examen clínico de seno, cada uno (1) o dos (2) años para personas aseguradas mayores de 40 años. El USPSTF recomienda bianual para personas aseguradas entre 50 y 74 años de edad.
Cáncer de seno: medicamentos preventivos	Orientación clínica a pacientes de alto riesgo. El USPSTF recomienda que los médicos involucren a sus pacientes de alto riesgo de cáncer de seno en la determinación de utilizar medicamentos para reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad. El médico debe ofrecer el recetar medicamentos para reducir el riesgo de desarrollar cáncer de seno, como <i>tamoxifen</i> o <i>raloxifene</i> , para pacientes que se encuentran en alto riesgo de desarrollar la enfermedad y que tienen un riesgo bajo de reacciones adversas a medicamentos.
Lactancia	Apoyo y consejería, a través de un proveedor adiestrado en lactancia, durante el embarazo y/o en el periodo post parto, así como acceso al equipo de lactancia y los suplidos, por nacimiento. Intervenciones durante el embarazo y luego del nacimiento para apoyar la lactancia.
Cernimiento de cáncer cervical	Cernimiento de cáncer cervical en personas aseguradas entre las edades de 21 y 65 años con la prueba de Papanicolaou cada tres (3) años o para personas entre las edades de 30 a 65 años que quieran hacerse la prueba menos frecuente en combinación con una prueba del virus de papiloma humano (HPV) cada cinco (5) años.
Cernimiento de clamidia y gonorrea	Cernimiento de clamidia y gonorrea en personas aseguradas sexualmente activas de 24 años o menos, o mayores que tengan alto riesgo de infección

Servicio Preventivo	Indicación
Métodos Anticonceptivos	<p>Todos los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA, procedimientos de esterilización, consejería y educación para todas las personas aseguradas con capacidad reproductiva según prescrito. Se cubre la inserción y remoción de cualquier dispositivo.</p> <p>La esterilización quirúrgica de implantes y cirugías de esterilización se cubren por la cubierta básica. Los demás métodos anticonceptivos se cubren por farmacia.</p>
Ácido fólico	<p>Para todas las personas aseguradas que estén planificando o puedan quedar embarazadas deben tomar un suplemento diario de ácido fólico de 0.4 a 0.8 mg (400 a 800ug)</p>
Diabetes Mellitus gestacional	<p>Cernimiento para diabetes mellitus gestacional en personas embarazadas que no tienen síntomas después de las 24 semanas de gestación y para aquellas identificadas con alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional.</p>
Hepatitis B	<p>Para personas aseguradas embarazadas, cernimiento de infección del virus de Hepatitis B en la primera visita prenatal</p>
Cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH): Personas aseguradas durante su embarazo	<p>Los médicos deben realizar un cernimiento de HIV a todas las personas embarazadas, incluyendo aquellas que se presentan para el parto y no se han realizado la prueba y que se desconoce su estatus de VIH. Se cubre sin copago para las personas embarazadas las siguientes pruebas:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Primera prueba de VIH durante el primer trimestre de gestación en la primera visita prenatal, y b. Segunda prueba durante el tercer trimestre de gestación (entre las 28 y 34 semanas de embarazo).
Prueba de ADN del virus del Papiloma Humano	<p>Prueba de ADN de alto riesgo del virus de papiloma humano a personas aseguradas con resultados normales de citología. Esta prueba de cernimiento debe realizarse a partir de los 30 años de edad, con una frecuencia de cada tres (3) años.</p>
Cernimiento para la violencia doméstica: personas aseguradas en edad reproductiva	<p>Cernimiento de violencia en la relación íntima de pareja a las personas aseguradas en edad reproductiva, tales como violencia doméstica y ofrecer y referir a las personas que den positivo al cernimiento a los servicios de intervención. Esta recomendación aplica a las personas aseguradas que no presenten signos o síntomas de abuso.</p>
Dosis baja de aspirina para la prevención de mortalidad y morbilidad por preclamsia: medicamento preventivo	<p>Uso de aspirina de dosis baja (81mg/d) como medicamento preventivo después de las 12 semanas de gestación en personas aseguradas con alto riesgo de preclamsia.</p>

Servicio Preventivo	Indicación
Osteoporosis	Cernimiento para osteoporosis con pruebas de medición ósea en personas aseguradas de 65 años de edad o mayores y en posmenopáusicas menores de 65 años de edad con mayor riesgo de osteoporosis para prevenir fracturas.
Cernimiento de preclamsia	Cernimiento de preclamsia para personas aseguradas durante su embarazo, con mediciones de presión arterial durante todo el embarazo
Incompatibilidad Rh(D)	Pruebas del tipo de sangre Rh(D) y de anticuerpos para todas las personas aseguradas durante su embarazo en la primera consulta prenatal. Incluye repetir la prueba de anticuerpos a personas aseguradas durante su embarazo con pruebas RH(D) negativo no sensibilizado entre las 24 a 28 semanas de gestación, a menos que el padre biológico sea Rh(D) negativo.
Cernimiento de infección de sífilis durante el embarazo	Cernimiento de infección de sífilis a todas las personas aseguradas durante su embarazo. USPSTF recomienda la detección temprana de la infección por sífilis en todas las personas embarazadas.
Uso de tabaco	Los médicos deben preguntar a todas las personas aseguradas durante su embarazo sobre el uso del tabaco, aconsejar detener el uso del tabaco y proveer intervenciones conductuales para el cese del mismo a las personas aseguradas que usen tabaco.
Visitas preventivas para personas aseguradas	Visita anual preventiva (dependiendo de la salud, necesidades de salud y otros factores de riesgo de la persona asegurada) para que las personas aseguradas adultas obtengan sus servicios preventivos recomendados que sean apropiadamente desarrollados para su edad, incluyendo cuidado prenatal y servicios necesarios para el cuidado prenatal. Esta visita anual preventiva debe, cuando sea apropiado, incluir otros servicios preventivos enumerados. Si el médico determina que el paciente requiere visitas adicionales, las mismas se cubrirán sin copago.

SERVICIOS PREVENTIVOS PARA MENORES DE EDAD

LOS SERVICIOS DE MEDICINA PREVENTIVA PARA MENORES DE EDAD NORMALMENTE INCLUYEN EN LA VISITA: HISTORIAL, MEDIDAS, CERNIMIENTO SENSORIAL, EVALUACIÓN DEL DESARROLLO/CONDUCTA, EXAMEN FÍSICO, GUÍAS ANTICIPATORIAS (COMO LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL) Y REFERIDOS DENTALES, ENTRE OTROS. EL MENOR DE EDAD TIENE DISPONIBLE LOS SIGUIENTES SERVICIOS DE ACUERDO A LA EDAD Y OTRAS GUÍAS ESTABLECIDAS SEGÚN SE INDICAN A CONTINUACIÓN:

Servicio Preventivo	Indicación
Abuso de alcohol	Cernimiento y consejería. Cernimiento clínico para adultos de 18 años en adelante por abuso de alcohol, así como intervención de consejería conductual para reducir el uso de alcohol para personas aseguradas que tienen un patrón de riesgo o consumo peligroso de alcohol.
Anemia/Hierro	Suplemento de hierro para menores de 4 meses hasta los 21 años que tengan riesgo de anemia
Cernimiento de Autismo	Para menores de edad entre los 12 y 36 meses.
Evaluación de salud conductual	Evaluación para menores de todas las edades: 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15 a 17 años
Desplazamiento cervical	Cernimiento para personas aseguradas sexualmente activas
Cernimiento de caries dentales en menores hasta los 5 años	Suplementos orales de fluoruro a partir de los 6 meses para menores cuyo suministro de agua es deficiente en fluoruro. Aplicación (tópica) de barniz de fluoruro a dientes primarios para infantes y menores desde la erupción de los dientes primarios.
Depresión	Cernimiento para desórdenes de depresión en adolescentes de 12 a 18 años. El cernimiento debe realizarse en un sistema adecuado para garantizar un diagnóstico preciso, un tratamiento efectivo y un seguimiento apropiado.
Cernimiento de desarrollo y vigilancia	Cernimiento para menores de 3 años y vigilancia durante toda la niñez
Dislipidemia	Cernimiento para menores de edad a riesgo de desórdenes de lípidos. Edades: 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-16 años
Audición	Cernimiento de audición para todos los recién nacidos
Crecimiento de estatura, peso e índice de masa corporal	Cernimiento para los menores. Edades 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-17 años
Cernimiento de Hepatitis B en adolescentes y adultos que no están en estado de embarazo	Cernimiento del virus de Hepatitis B en asegurados con alto riesgo de infección
Hipertensión	Cernimiento para personas aseguradas de 18 años en adelante. Se deben obtener las medidas fuera del entorno clínico para confirmar el diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.

Servicio Preventivo	Indicación
Prueba del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en adolescentes y adultos (personas no embarazadas)	Cernimiento para adolescentes y adultos de 15 a 65 años, así como para personas más jóvenes y adultos mayores que estén en alto riesgo. Según requerido por la Ley 45-2016 se cubre una prueba al año como parte de la prueba de evaluación médica de rutina, excepto personas embarazadas a las cuales les aplica los requisitos del USPSTF.
Hipotiroidismo	Cernimiento de hipotiroidismo congénito para recién nacidos
Vacunas	Vacunas recomendadas desde el nacimiento hasta los 21 años. Las dosis, edades y población recomendadas varían: Difteria, Tétano, Tos Ferina, Haemophilus Influenza B, Hepatitis A, Hepatitis B, Virus del Papiloma Humano (HPV), Poliovirus inactivo, Influenza, MMR, Meningococo, Neumococo, Rotavirus y Varicela. Las vacunas de seguimiento están cubiertas. HPV comienza desde los 9 años en menores y adolescentes con historial de abuso sexual o asalto quienes no han iniciado o completado las 3 dosis (recomendación <i>Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)</i>)
Plomo	Cernimiento a menores de edad de 1 a 6 años con alta concentración de plomo en la sangre, quienes tienen un riesgo promedio o elevado y a personas aseguradas durante su embarazo que no tengan síntomas.
Historial médico	Para todo menor de edad durante el desarrollo de 0 a 21 años
Obesidad en menores y adolescentes	Para menores y adolescentes de 6 años en adelante, intervenciones intensas comprehensivas de comportamiento para promover un mejoramiento en el peso del menor
Profilaxis ocular para gonorrea: medicamento preventivo	Medicamento tópico ocular para la prevención de Gonorrea en recién nacidos
Salud oral	Evaluación de riesgo para menores de 0 a 11 meses, 1 a 4 años y 5 a 10 años
Fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)	Cernimiento en recién nacidos para desórdenes genéticos
Enfermedad de transmisión sexual	Consejería conductual intensiva para adolescentes sexualmente activos y adultos que tengan un alto riesgo de infecciones transmitidas sexualmente
Enfermedad de célula falciforme (hemoglobinopatías)	Cernimiento de enfermedad de células falciformes en recién nacidos
Cáncer de la piel: Consejería	Consejería a menores de edad, adolescentes y adultos jóvenes entre 6 meses a 24 años que tienen piel blanca para minimizar su exposición a la radiación ultravioleta y reducir el riesgo de cáncer de piel
Sífilis en adolescentes y adultos (personas no embarazadas)	Cernimiento de sífilis en personas que tengan un alto riesgo de infección
Uso de tabaco en menores y adolescentes	Intervenciones, incluyendo educación y consejería, para menores en edad escolar y adolescentes para prevenir el inicio del uso de tabaco.

Servicio Preventivo	Indicación
Uso de tabaco, alcohol y drogas	Cernimiento para menores de 11 a 21 años de edad
Tuberculosis	Prueba para menores de edad en alto riesgo de tuberculosis. Edades: 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-21 años
Cernimiento de visión: menores	Cernimiento de visión, por lo menos una (1) vez, para todos los menores entre las edades de 3 y 5 años para detectar ambliopía o factores de riesgo.

CUBIERTA ESTÁNDAR DE VACUNACIÓN PARA MENORES DE EDAD, ADOLESCENTES Y ADULTOS

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

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

Vacunas cubiertas con \$ 0 copago
<ul style="list-style-type: none"> • Hib-HepB (90748) • ROTA- Rotavirus Vaccine (90680) • ROTA- Rotavirus Vaccine, human – Rotarix (90681) • IPV- Inactivated Poliovirus Vaccine – injectable (90713) • Hib- Haemophilus Influenza B Vaccine (90647, 90648) • Menomune- Meningococcal Polysaccharide Vaccine 90733) • MCV- Meningococcal Conjugate Vaccine – Menactra y Menveo (90734) • PPV- Pneumococcal Polysaccharide Vaccine (90732) • FLU- Influenza Virus Vaccine (90630, 90653, 90654, 90655, 90656, 90657, 90658, 90661, 90662, 90673, 90674, 90685, 90686, 90687, 90688) • PCV- Pneumococcal Conjugate Vaccine - Prevnar 13 (90670) • DTaP- Diphtheria, Tetanus Toxoid and Acellular Pertussis Vaccine (90700) • DT- Diphtheria, Tetanus Toxoid (90702) • HPV*- Human Papilloma Virus (Gardasil (90649), Cervarix (90650), 9vHPV (90651)) • Tdap- Tetanus, Diphtheria and Acellular Pertussis (90715) • Zoster- Zostavax (90736) • MMR- Measles, Mumps and Rubella Vaccine (90707) • VAR- Varicella Virus Vaccine (90716) • HEP A Hepatitis A Vaccine (90632, 90633, 90634) • HEP A-HEP B Hepatitis A and Hepatitis B Vaccine (90636) • Td- Tetanus and Diphtheria Toxoid Adsorbed (90714) • HEP B- Hepatitis B Vaccine (90740, 90743, 90744, 90746, 90747) • Meningococcal B (90620, 90621) • Pentacel (90698) • DtaP-IPV-HEP B (Pediarix, 90723) • Kinrix (90696)
Vacuna cubierta con coaseguro. La persona asegurada es responsable de pagar el coaseguro establecido en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros al final de esta póliza.
Inmunoprofilaxis para el virus sincitial respiratorio (Synagis, Palivizumab 90378)- Requiere precertificación siguiendo el protocolo establecido por Triple-S Salud.

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

Nota: Los códigos de las vacunas incluidas se presentan según publicadas por el Manual del *CPT, (Current Procedural Terminology Manual)*, en su última revisión. Cualquier actualización posterior podría cambiar el código incluido. Para una versión actualizada, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente.

SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y DE DIAGNÓSTICO EN FORMA AMBULATORIA

(Servicios disponibles cuando la persona asegurada no está admitida en el hospital)

La persona asegurada es responsable de pagar directamente al proveedor participante el copago o coaseguro de su plan.

Servicios de diagnóstico y tratamiento

- Visitas a la oficina del médico generalista
- Visitas a especialistas
- Visitas a subespecialistas
- Visitas a audiólogos
- Visitas a optómetras
- Visitas a podiatras, incluyendo cuidado rutinario del pie
- Visita anual preventiva
- Servicios médicos en el hogar de la persona asegurada por médicos que presten este servicio
- Inyecciones intrarticulares hasta dos (2) inyecciones diarias y hasta un máximo de doce (12) inyecciones por persona asegurada, por año póliza
- Criocirugía del cuello uterino, un procedimiento por año
- Vasectomía

Nota: los suplidos utilizados en oficina médica para para las pruebas diagnósticas ginecológicas cubiertas están incluidos en el copago de la visita.

Cuidado de Alergias

- Pruebas de alergia, hasta cincuenta (50) pruebas por año póliza, por persona asegurada

Laboratorios, Rayos X y Otras Pruebas Diagnósticas

A través de la Red Preferida *Selective* de laboratorios clínicos y radiología/imágenes. Para una lista de las facilidades participantes, refiérase a la sección de Redes Preferidas que aparece en el Directorio de Proveedores y Participantes de Triple-S Salud.

- Laboratorio clínico, las pruebas genéticas **requieren precertificación.**
- Rayos X

Pruebas Diagnósticas Especializadas

- *PET Scan* y *PET CT*, hasta uno (1) por persona asegurada, por año póliza. En los casos de condiciones relacionadas a linfoma, incluyendo la enfermedad de *Hodgkin's*, se cubren hasta dos (2) por persona asegurada, por año póliza. **Requiere precertificación.**
- Pruebas cardiovasculares no invasivas
- Pruebas vasculares no invasivas
- Electrocardiogramas y ecocardiogramas
- Pruebas de medicina nuclear
- Tomografía computadorizada (CT), hasta una por región anatómica, por persona asegurada, por año póliza
- *Single Photon Emission Computerized Tomography (SPECT)*
- Sonogramas
- Estudio de angiografía por resonancia magnética (MRA)
- Estudio de resonancia magnética (MRI), hasta uno (1) por región anatómica, por persona asegurada, por año póliza.
- Electromiogramas, hasta dos (2) por región anatómica, por persona asegurada, por año póliza
- Pruebas para Examen de Velocidad de Conducción Nerviosa, hasta dos (2) pruebas de cada una, por persona asegurada, por año póliza

- Endoscopias gastrointestinales
 - Electroencefalogramas
 - Prueba diagnóstica de polisomnografía (estudio de desórdenes del sueño), 1 prueba por año póliza, por persona asegurada
 - Timpanometría, 1 prueba por persona asegurada, por año póliza
 - Densitometría ósea cuando no es prestada como una prueba preventiva según dispone la ley federal sino como seguimiento a un diagnóstico o tratamiento de una condición
 - Mamografías, mamografías digitales o sonomamografías cuando no sean prestadas como pruebas preventivas según lo dispone la ley federal sino como seguimiento a un diagnóstico o tratamiento de una condición
 - Pruebas y procedimientos neurológicos
 - Otras pruebas audiológicas como pruebas de función vestibular, pruebas de función audiológicas y procedimientos diagnósticos especiales.
- **Cirugías** que se prestan de forma ambulatoria. **Requiere precertificación** cuando es necesario por una razón médica cambiar de nivel de servicio (hospitalización o centro de cirugía ambulatoria).

Terapias de tratamiento

- Diálisis y Hemodiálisis: Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, así como de las complicaciones que puedan surgir, y los servicios hospitalarios o médico-quirúrgicos que puedan necesitarse para tratar estas complicaciones, se cubren por los primeros 90 días a partir de:
 - a. la fecha en que la persona asegurada es elegible por primera vez a esta póliza; o
 - b. la fecha en que se hace la primera diálisis o hemodiálisis.

Esto aplica cuando las diálisis o hemodiálisis subsiguientes estén relacionadas a la misma condición clínica.

Terapia Respiratoria (administrada en la oficina del médico)

- Terapia respiratoria (provista por médicos especialistas en alergia, alergia pediátrica, anestesia, neumología, neumología pediátrica), dos (2) sesiones de terapia por día, hasta un máximo de 20 sesiones por persona asegurada, por año póliza.

Equipo Médico Duradero

Requiere precertificación:

- Compre o renta de oxígeno y del equipo necesario para su administración
- Compra o renta de sillones de ruedas o camas de posición
- Compra o renta de respiradores, ventiladores y otros equipos para el tratamiento de parálisis respiratoria
- Los siguientes servicios se cubren para menores de 21 años de edad diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 1, según requerido por la Ley Núm. 177 de 13 de agosto de 2016:

Glucómetros aprobados por la FDA hasta uno por año póliza. Si el endocrinólogo ordena un glucómetro en específico, debido al tratamiento de la persona asegurada, el endocrinólogo someterá una justificación. En este caso se cubrirá la marca del glucómetro ordenada por el endocrinólogo, con sus aditamentos en aquellos pacientes que presenten un cuadro clínico de predisposición o mayor cantidad de factores de riesgo de desarrollar la condición de diabetes mellitus tipo I., tal como lo establece el segundo párrafo del Artículo 1 de la Ley Núm. 177.

- Lancetas, hasta 150 por 30 días
- Tirillas, hasta 150 por 30 días
- Bomba de infusión de insulina y suplididos ordenados por el endocrinólogo para personas aseguradas menores de 21 años de edad diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 1, según requerido por la ley 177 de 13 de agosto de 2016.El endocrinólogo determinará la marca de la bomba de infusión de insulina

considerando la edad, el nivel de actividad física y el conocimiento de la condición de la persona asegurada o cuidador. **Requiere precertificación.**

Ventilador mecánico

- La cubierta comprende los servicios médicos necesarios, pruebas y equipos para personas aseguradas menores de edad y que aún luego de rebasar los 21 años requieran el uso de equipo tecnológico cuyo uso sea necesario para que el usuario pueda mantenerse con vida, un mínimo de un (1) turno diario de ocho (8) horas por paciente, de servicios de enfermeras(os) diestros con conocimientos en terapia respiratoria o especialistas en terapia respiratoria con conocimientos en enfermería, los suplidos que conllevan el manejo de los equipos tecnológicos, terapia física y ocupacional necesaria para el desarrollo motor de éstos pacientes, así como medicamentos mediante prescripción médica, los cuales deben ser despachados en una farmacia participante, libremente seleccionada por la persona asegurada, y autorizada bajo las leyes de Puerto Rico (bajo el beneficio de farmacia). La cubierta dispone para que cada persona asegurada tenga a su alcance anualmente los exámenes de laboratorio e inmunización apropiados para su edad y condición física.
- Estos servicios están cubiertos, sujeto a que la persona asegurada o su representante, presenten evidencia de justificación médica y de la suscripción de la persona asegurada en el registro que el Departamento de Salud ha diseñado para este propósito. Incluye suministros necesarios para el manejo de los equipos tecnológicos del Ventilador Mecánico.
- Los servicios de ventilador mecánico y servicios de enfermeras(os) diestros con conocimientos en terapia respiratoria o especialistas en terapia respiratoria con conocimiento de enfermería, los suplidos que conllevan el manejo de los equipos tecnológicos, terapia física y ocupacional están cubiertos según se establece en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros. Para los copagos y coaseguros de servicios médicos, tratamientos, pruebas diagnósticas y medicamentos favor referirse a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros al final de esta póliza.

Servicios de nutrición

- Triple-S Salud cubre estos servicios cuando estén prestados en Puerto Rico por médicos especialistas en nutrición o enfermedades metabólicas y sean médicamente necesarias. Las visitas están limitadas a un máximo de 4 visitas por año póliza.

Quiroprácticos

- Visitas al quiropráctico

Manipulaciones y Terapia física (Habilitativa/Rehabilitativa)

- Manipulaciones prestadas por quiroprácticos
- Terapias físicas, provistas por fisiatras (o bajo la supervisión de y facturadas por éste) o quiroprácticos

Están cubiertas hasta un máximo de veinte (20) sesiones en conjunto por persona asegurada, por año póliza.

Cuidado Visual

- Pruebas diagnósticas en oftalmología
- Examen de refracción, un (1) examen por persona asegurada, por año póliza, siempre que el examen sea hecho por un especialista en oftalmología u optometría.
- Espejuelos para las personas aseguradas hasta los 21 años, un (1) par por año póliza, dentro de la colección contratada, incluyendo espejuelos de gran potencia para personas aseguradas con pérdida significativa de la visión, pero que no tienen ceguera total. Además, cubre un (1) aparato por año de ayuda visual (lupas prescritas, telescopios de lente sencillo o doble), para personas aseguradas hasta los 21 años con pérdida significativa de la visión, pero que no tienen ceguera total. Disponible a través de la red de Ópticas exclusivamente contratadas para ofrecer este beneficio a la población pediátrica.

- Espejuelos o lentes de contacto por persona asegurada mayor de 21 años, hasta la cantidad establecida en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros al final de esta Póliza. Favor referirse al Directorio de Proveedores y Participantes de Triple-S Salud para una lista de los proveedores participantes. Si visita un proveedor no participante, el servicio se cubre por reembolso hasta la cantidad máxima establecida.

Terapias Alternativas (Triple-S Natural)

El programa está disponible sólo a través de las facilidades participantes. Para una lista de las facilidades participantes, favor referirse al Directorio de Proveedores y Participantes de Triple-S Salud. Hasta 6 visitas por año, por persona asegurada e incluye los siguientes tipos de terapia:

- Medicina Primaria Convencional
- Salud Integral y Complementaria
- Acupuntura Médica
- Masaje Terapéutico
- Medicina Naturopática
- Medicina Bioenergética
- Hipnoterapia
- Medicina tradicional china
- Reflexología
- Nutrición clínica
- Medicina Botánica
- Aromaterapia
- Musicoterapia
- Quiropraxia

Servicios para el tratamiento de Desórdenes dentro del Continuo del Autismo

En cumplimiento con la Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las Personas con Autismo (conocida como Ley BIDA), esta póliza cubre todos los servicios dirigidos al diagnóstico y tratamiento de las personas con Desórdenes dentro del Continuo del Autismo. Estos servicios se ofrecen sin límite alguno, a todas las personas que tengan diagnosticada alguna de las condiciones dentro del Continuo del Autismo, sujeto a los copagos o coaseguros según establecidos en la Sección Servicios Médico-Quirúrgicos y de Diagnóstico en Forma Ambulatoria.

- Exámenes neurológicos
- Inmunología
- Pruebas genéticas y pruebas de laboratorio para autismo
- Servicios de gastroenterología
- Servicios de nutrición
- Terapia física, ocupacional y del habla/lenguaje
- Visitas al psiquiatra, psicólogo (con maestría o doctorado y licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico) o trabajador social.

Nota: Requiere precertificación en las pruebas genéticas.

Preparado de Aminoácidos Libre de Fenilalanina

Esta póliza cubre el preparado de aminoácidos libre de fenilalanina para pacientes diagnosticados con el trastorno genético denominado como fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) sin exclusiones de edad del asegurado.

SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DURANTE PERIODOS DE HOSPITALIZACIÓN

Durante los periodos de hospitalización, la persona asegurada tiene derecho a recibir los servicios médico-quirúrgicos, entre otros:

Servicios Médicos-Quirúrgicos

- Cirugías, incluyendo cirugía ortognática.
- Trasplantes de córnea; injerto de piel y hueso incluye el cuidado antes y después del procedimiento.
- Cirugía bariátrica: el primer tratamiento debe ser dietético y cambios en el estilo de vida. El médico debe documentar los intentos fallidos de reducción de peso supervisado. Esta póliza cubre sólo cirugía de bypass gástrico para el tratamiento de obesidad mórbida, hasta una cirugía de por vida, por persona asegurada, siempre y cuando los servicios estén disponibles en Puerto Rico. Las cirugías para la remoción de la piel excesiva están cubiertas, si el médico certifica que es necesario remover la piel en exceso, porque afecta el funcionamiento de alguna parte del cuerpo. Estos procedimientos quirúrgicos requieren precertificación de Triple-S Salud.
- Servicios de diagnóstico
- Tratamientos
- Administración de anestesia
- Consulta de especialistas
- Endoscopias gastrointestinales
- Evaluaciones audiológicas, incluye la Prueba de Cernimiento Auditivo Neonatal
- Pruebas cardiovasculares invasivas
- Litotricia (*ESWL*); **requiere precertificación**

SERVICIOS PROVISTOS POR UN HOSPITAL U OTRA FACILIDAD Y SERVICIOS DE AMBULANCIA

- Triple-S Salud se compromete a pagar por los servicios contratados con la institución hospitalaria correspondiente durante la hospitalización de la persona asegurada, durante la vigencia del seguro de la persona elegible, siempre que tal hospitalización sea ordenada por escrito por el médico a cargo del caso y que la misma sea médicamente necesaria.

Hospitalizaciones

- Habitación semiprivada o de aislamiento hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días para hospitalizaciones regulares

Cuando una persona asegurada utilice una habitación privada en un hospital participante, Triple-S Salud cubre lo que hubiese pagado por una habitación semiprivada. El hospital puede cobrar al paciente la diferencia entre el costo normal de la habitación privada y la tarifa establecida por Triple-S Salud para una habitación semiprivada, excepto en casos que sea médicamente necesario y con previa notificación a Triple-S Salud. Los demás gastos de hospitalización de la persona asegurada cubiertos por esta póliza están incluidos en la contratación entre el hospital participante y Triple-S Salud y por ello no puede cobrar diferencia alguna a la persona asegurada. Favor verificar en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros para cualquier cantidad adicional por concepto de copagos o coaseguros adicionales al de la admisión hospitalaria.

- Comidas y dietas especiales
- Uso de servicio de telemetría
- Uso de Sala de Recuperación
- Uso de Unidad de Cuidado Intermedio para infantes (*Step-down Unit*)

- Uso de las Unidades de Cuidado Intensivo, Cuidado Coronario, Cuidado Intensivo de Pediatría y Cuidado Intensivo de Neonatología
- Servicio general de enfermería
- Administración de Anestesia por personal no médico
- Servicios de laboratorio clínico
- Medicinas, productos biológicos, materiales para curaciones, productos de hiperalimentación y materiales de anestesia
- Producción de electrocardiogramas
- Producción de estudios radiológicos
- Servicios de terapia física (habilitativa y rehabilitativa)
- Uso de los servicios de médicos en adiestramiento, internos y residentes del hospital autorizados para prestar servicios médicos a pacientes
- Servicios de terapia respiratoria
- Uso de sala de emergencia cuando la persona asegurada sea admitida al hospital
- Uso de otras facilidades, servicios, equipos y materiales que provea usualmente el hospital que sean ordenados por el médico de cabecera y que no hayan sido expresamente excluidos del contrato con el hospital
- Sangre para transfusiones

Nota: Estos servicios están incluidos en el copago que usted paga por admisión hospitalaria.

- Tratamientos de quimioterapia en sus varios métodos de administración (oral, inyectable, intravenosa e intratecal) y radioterapia
- Facilidades de hemodiálisis. Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, así como de las complicaciones relacionadas a estos tratamientos, y los respectivos servicios hospitalarios o médico-quirúrgicos, están cubiertos por los primeros noventa (90) días a partir de:
 - a. la fecha en que la persona asegurada es elegible por primera vez a esta póliza; o
 - b. la fecha en que se hace la primera diálisis o hemodiálisis.

Esto aplica cuando las diálisis o hemodiálisis subsiguientes estén relacionadas a la misma condición clínica.

- Procedimiento de litotricia (ESWL), **requiere precertificación**
- Centro de Cirugía Ambulatoria

SERVICIOS POST-HOSPITALARIOS PROVISTOS A TRAVÉS DE UNA AGENCIA DE CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR

Triple-S Salud cubre estos servicios si comienzan dentro de los 14 días siguientes a la fecha en que el paciente fue dado de alta después de una hospitalización de por lo menos tres (3) días y si se prestan por la misma condición o por alguna situación relacionada a la condición por la cual fue hospitalizado. Cubre los siguientes servicios y suministros provistos en el hogar del paciente por una Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar certificada por el Departamento de Salud de Puerto Rico. **Requiere precertificación.**

- **Servicios de Enfermería-** parciales o intermitentes provistos o bajo la supervisión de un(a) enfermero(a) graduado(a).
- **Auxiliar de Servicios de Salud en el Hogar-** servicios parciales o intermitentes prestados primordialmente para el cuidado del paciente.
- **Terapias Físicas, Ocupacionales y del Habla/lenguaje (habilitativa y rehabilitativa)** - hasta un máximo de 40 visitas, combinadas, por persona asegurada, por año póliza.
- Una visita por un empleado de la agencia para el cuidado de la salud en el hogar o cuatro (4) horas de servicio por un auxiliar, se consideran cada uno como una visita en el hogar.

Nota: Estos servicios deben ser supervisados por un médico licenciado.

SERVICIOS DE CUIDADO DE ENFERMERÍA DIESTRA

El plan cubre estos servicios si comienzan dentro de los 14 días siguientes a la fecha en que fue dado de alta de un hospital luego de una hospitalización de por lo menos tres (3) días y si se prestan debido a la misma condición o en relación a la condición por la cual fue hospitalizado. **Requiere precertificación.**

- Están cubiertos hasta un máximo de 120 días por persona asegurada, por año póliza.

Nota: Estos servicios deben estar supervisados por médicos licenciados o enfermeros graduados registrados (RN) que dediquen un horario completo a tal supervisión y su **necesidad médica debe ser certificada por escrito.**

SERVICIOS DE SALA DE EMERGENCIA Y URGENCIA

Servicios en sala de emergencia y urgencia: materiales y medicamentos incluidos en la bandeja de sutura contratada con Triple-S Salud. Cubre medicamentos y materiales adicionales a los incluidos en la bandeja de sutura, suministrados en salas de emergencia/urgencia debido a condiciones de accidente o enfermedad. Aplica copago o coaseguro por enfermedad y accidente, de acuerdo a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros.

En el caso de que una persona asegurada requiera tratamiento para una condición de urgencia, Triple-S Salud le ofrece un copago más bajo si visita un centro de urgencia de nuestra red de proveedores en lugar de una sala de emergencia.

En caso de que una persona asegurada requiera tratamiento para una condición de emergencia, debe buscar atención inmediata en la sala de emergencia de un hospital o una facilidad de sala de emergencia más cercana o llamar al Sistema 9-1-1. Los servicios de emergencia no requieren precertificación ni están sujetos a periodos de espera. Sin embargo, sólo los servicios de emergencia para el tratamiento de una

condición de emergencia están cubiertos en una sala de emergencia y se cubren independientemente sea un proveedor participante.

Si la persona asegurada recibe servicios en casos de emergencia de un proveedor no participante, estos servicios se pagarán directamente al proveedor a base de la tarifa contratada que se hubiese pagado a un proveedor participante, luego de descontar el copago y/o coaseguro aplicable, según establecido en la póliza. El proveedor no participante está obligado a aceptar el pago por una cantidad que no será menor a la contratada para los proveedores participantes para ofrecer los mismos servicios.

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

Si la persona asegurada al llamar a Teleconsulta, recibe una recomendación de acudir a la sala de emergencia con un número de registro, puede aplicar un copago/coaseguro menor por el uso de dichas facilidades.

Las emergencias psiquiátricas están cubiertas conforme a la Ley Núm. 183 del 6 de agosto de 2008. Las emergencias psiquiátricas están cubiertas, así como la transportación entre instituciones proveedoras de servicios de salud incluyendo ambulancias que estén certificadas por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud conforme lo establece el último párrafo del artículo 4.20 (b) de la Ley Núm. 183 de 6 de agosto de 2008 y según se indica en el Beneficio de Ambulancia bajo la Sección de Servicios Provistos por un Hospital u otra Facilidad y Servicios de Ambulancia.

Nota: Para pruebas diagnósticas provistas en salas de emergencia, que no sean laboratorios y rayos X, aplican los coaseguros y/o límites correspondientes al beneficio ambulatorio, según especificado en esta póliza.

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

Servicios de emergencia/urgencia en Estados Unidos

Las personas aseguradas tienen derecho a cubierta de servicios de emergencia/urgencia cuando se encuentran en los Estados Unidos.

Triple-S Salud cubre los servicios de emergencia/urgencia basándose en las tarifas contratadas del Plan *Blue Cross Blue Shield* del área, si el proveedor que presta los servicios es uno participante de la red de los planes *Blue Cross Blue Shield*.

La persona asegurada es responsable de pagar el coaseguro establecido en la Cubierta Ampliada en los Estados Unidos que aparece en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros al final de la póliza.

SERVICIOS DE AMBULANCIA

El servicio de ambulancia terrestre se cubre a base de las tarifas determinadas por Triple-S Salud, conforme a la distancia recorrida. En cumplimiento con la Ley Núm. 383 de 6 de septiembre de 2000, cuando el servicio sea utilizado a través del Sistema 9-1-1 en casos de emergencia, Triple-S Salud paga directamente al proveedor a base de la tarifa establecida.

El servicio solo se cubre si el mismo cumple con todos los requisitos que se mencionan a continuación:

- a) fue transportado por un servicio de ambulancia, según se define en esta póliza;
- b) padecía de una enfermedad o lesión que el uso de otro medio de transportación ponía en riesgo su vida;
- c) informe médico de la emergencia incluye el diagnóstico
- d) la factura indica el lugar donde se recogió la persona asegurada y su destino.

Este beneficio está cubierto si el paciente fue transportado:

- a) desde la residencia o lugar de la emergencia hacia el hospital o institución de cuidado de enfermería diestra (*Skilled Nursing Facilities*);
- b) entre hospital y hospital o *Skilled Nursing Facility*- en casos donde la institución que transfiere o autoriza el alta, no es la apropiada para el servicio cubierto
- c) desde el hospital hasta la residencia, si la condición del paciente dado de alta así lo requiere.
- d) entre instituciones de proveedores de servicios de salud en caso de emergencias siquiátricas por ambulancias certificadas por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud.

En casos que no sean de emergencia, este beneficio se cubre por reembolso. La persona asegurada paga el costo total y debe enviar la reclamación a Triple-S Salud con el informe médico que incluya el diagnóstico. Triple-S Salud le reembolsa hasta un máximo de \$80.00 por caso.

- Servicio de ambulancia aérea en Puerto Rico, sujeto a la necesidad médica del mismo.

SERVICIOS DE CÁNCER

Conforme a los requisitos de la Ley Núm. 107 del año 2012, esta póliza establece igualdad de cubierta para el tratamiento de quimioterapia contra el cáncer en sus varios métodos de administración: vía intravenosa, oral, inyectable o intratecal; según sea la orden médica del médico especialista u oncólogo. La quimioterapia oral está cubierta bajo el beneficio de farmacia.

Esta póliza cubre exámenes pélvicos y todos los tipos de citología vaginal que puedan ser requeridos por especificación de un médico para detectar, diagnosticar y tratar en etapas tempranas anomalías que puedan conducir al cáncer cervical.

Servicios ambulatorios para tratamiento de cáncer tales como Radioterapia y cobalto.

En cumplimiento con la Ley Núm. 275 del 27 de septiembre de 2012, Triple-S Salud no rechaza o deniega ningún tratamiento que esté pactado y/o dentro de los términos y condiciones del contrato de salud suscrito entre las partes a cualquier paciente diagnosticado con cáncer o sobreviviente de cáncer, cuando medie una recomendación médica a esos fines. Cubre todos los servicios y beneficios preventivos mencionados bajo la ley federal ACA para la detección temprana de cáncer de seno y también estudios y pruebas de monitoreo de cáncer de seno, tales como visitas a especialistas, exámenes clínicos de mamas, mamografías, mamografías digitales, mamografías de resonancia magnética, sonomamografías, y tratamientos como pero no limitados a, mastectomías, cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía para la reconstrucción del seno extraído, la reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica, las prótesis de seno, tratamiento por complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía, incluyendo el linfedema (inflamación que a veces ocurre después del tratamiento de cáncer

de seno), así como cualquier cirugía reconstructiva post-mastectomía necesaria para la recuperación física y emocional del paciente.

SERVICIOS DE MATERNIDAD

(Aplica a la persona asegurada, cónyuge y dependientes directos)

Cuidado Ambulatorio de Maternidad

- Visitas médicas
- Sonogramas; hasta tres (3) en embarazos normales, según protocolo clínico
- Perfil Biofísico, un (1) servicio por embarazo
- Visitas preventivas *Well-baby care* de acuerdo a las edades y cubierta recomendada por el *United States Preventive Services Task Force (USPSTF)*

Cuidado Hospitalario de Maternidad

Los servicios de hospitalización se extienden en caso de maternidad o de condiciones secundarias al embarazo, únicamente si se tiene derecho al beneficio de maternidad. Según dispone la Ley Núm. 248 de 15 de agosto de 1999, Ley para Garantizar un Cuidado Adecuado para las Madres y sus Recién Nacidos Durante el Período Post-Parto, las admisiones de hospital en caso de un parto están cubiertas un mínimo de 48 horas en caso de parto natural y 96 horas en caso de un parto por cesárea a menos que el médico, luego de consultar con la madre, ordene el alta al hospital para la madre y/o recién nacido

- Habitación semiprivada o de aislamiento, asistencia y cuidado físico para beneficio del menor, educación sobre cuidado del menor para ambos padres, asistencia o entrenamiento sobre lactancia, orientación sobre apoyo en el hogar y la realización de cualquier tratamiento y pruebas médicas tanto para el infante como para los padres.
- Servicios de obstetricia
- Uso de Sala de Partos
- Producción e interpretación de Monitoreo Fetal (*Fetal Monitoring*)
- Uso de Sala de Recién Nacidos (*Well Baby Nursery*)

Nota: Estos servicios están incluidos en el copago por admisión hospitalaria que usted paga.

SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS

Esta póliza cubre los servicios de salud mental y abuso de sustancias controladas según dispuesto bajo las leyes estatales y federales, Ley Estatal Núm. 183 de 6 de agosto de 2008 y la Ley Federal *Mental Health Parity and Addiction Equity Act* of 2008 la cual promueve la equidad en el cuidado de enfermedades de salud mental y abuso de sustancias. Esta póliza no tiene restricciones mayores en límites con los beneficios médico-quirúrgicos, tales como límites de días o visitas, para beneficios/abuso de sustancias de salud mental que se aplican a los beneficios médico-quirúrgicos, los copagos no tienen restricciones mayores a los beneficios médico-quirúrgicos.

Los hospitales participantes de la Red de Triple-S Salud han sido agrupados en hospitales preferidos y no preferidos. Usted se beneficia al utilizar como primera opción los hospitales preferidos, pues tienen un copago/coaseguro más bajo que los hospitales no preferidos.

Hospitalización

Hospitalizaciones por condiciones mentales

- Hospitalizaciones regulares
- Hospitalizaciones parciales
- Terapias electroconvulsivas por condiciones mentales, cubiertas de acuerdo a la necesidad médica justificada y a los estándares de la Asociación Americana de Psiquiatría (*APA, por sus siglas en inglés*)

Servicios Ambulatorios

- Visitas del paciente a la oficina del psiquiatra o psicólogo (con maestría o doctorado y licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico).
- Visitas colaterales (familiares inmediatos), incluyendo consejería matrimonial prestada por psiquiatra o psicólogo (con maestría o doctorado y licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico)
- Visitas para terapia de grupo

Otras Evaluaciones Psicológicas

- Evaluación psicológica
- Pruebas psicológicas: Las pruebas psicológicas requeridas por la Ley Núm. 296 del 1 de septiembre de 2000, conocida como la Ley de Conservación de la Salud de Niños y Adolescentes de Puerto Rico.

Abuso de Sustancias (Drogadicción y Alcoholismo)

- Hospitalizaciones regulares, incluyendo los servicios de detoxificación
- Hospitalizaciones parciales
- Visitas a la oficina del psiquiatra o psicólogo (con maestría o doctorado y licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico)
- Visitas colaterales (familiares inmediatos), incluyendo consejería matrimonial prestada por psiquiatra o psicólogo (con maestría o doctorado y licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico)
- Visitas para terapia de grupo
- Tratamiento Residencial: Cubre tratamiento residencial siempre y cuando haya justificación médica y la facilidad tenga las acreditaciones requeridas y el personal para ofrecer el servicio. **Requiere precertificación**

CUBIERTA AMPLIADA EN LOS ESTADOS UNIDOS

Los beneficios provistos en esta cubierta están disponibles para el asegurado principal y sus dependientes.

Triple-S Salud cubre los servicios médicos y hospitalarios de esta póliza que hayan sido prestados en los Estados Unidos únicamente en casos de emergencia médica o cuando se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico.

Para recibir los servicios bajo esta cubierta en casos de que se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico, es requisito obtener la precertificación de Triple-S Salud antes de la prestación de los mismos. En casos de emergencia médica no se requiere precertificación, pero están sujetos a la corroboración por parte de Triple-S Salud de su necesidad médica.

Triple-S Salud cubre los servicios bajo esta póliza basándose en las tarifas que Triple-S Salud recibe del Plan *Blue Cross Blue Shield* del área, si el proveedor que presta los servicios es uno participante de la red de los planes *Blue Cross Blue Shield*.

Si la persona asegurada utiliza un proveedor no participante de la red *Blue Cross Blue Shield* local, tiene que pagar el costo total de los servicios y no será elegible para reembolso, excepto en casos de una emergencia médica. En estos casos, Triple-S Salud paga:

- Lo mayor de las siguientes tres cantidades (ajustadas a los costos compartidos de la red de proveedores participantes): tarifa negociada con los proveedores participantes, la cantidad del cargo usual, acostumbrado y razonable (*UCR* por sus siglas en inglés), o la cantidad que paga Medicare.

La persona asegurada es responsable de pagar el coaseguro establecido en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros que aparece al final de esta póliza, por los servicios recibidos bajo esta cubierta.

La persona asegurada puede solicitar Asignación de Beneficios cuando los servicios a recibir no se presten en Puerto Rico, sujeto a una precertificación del beneficio por Triple-S Salud. Al aceptar la Asignación de Beneficios, el médico, hospital o facilidad no participante de la *Blue Cross Blue Shield Association (BCBSA)* puede facturar a través del plan local por los servicios brindados a la persona asegurada.

Si el servicio se presta en Estados Unidos y no es una emergencia o está disponible en Puerto Rico, Triple-S Salud reembolsa a la persona asegurada la cantidad equivalente a la tarifa establecida en Puerto Rico, según se establece en esta póliza bajo la Sección Indemnización a la Persona Asegurada.

INDEMNIZACIÓN A LA PERSONA ASEGURADA

Si cualquier persona con derecho a beneficios con arreglo a esta póliza recibe los servicios cubiertos de profesionales o facilidades no participantes fuera de Puerto Rico, excepto que de otra forma se disponga en esta póliza, o servicios que se pagan a base de indemnización, Triple-S Salud paga directamente a la persona asegurada el gasto incurrido hasta la cantidad que hubiese pagado a un profesional o facilidad participante o hasta la cantidad correspondiente de acuerdo a lo especificado en el beneficio. Si el servicio se presta en Estados Unidos y no es una emergencia o está disponible en Puerto Rico, Triple-S Salud paga la cantidad equivalente a la tarifa establecida en Puerto Rico. La persona asegurada debe suministrar a Triple-S Salud todos los informes y evidencia de pago reglamentarios que se requieren en tales casos.

BENEFICIO DE FARMACIA

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

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

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

Este plan provee para el despacho de los medicamentos cubiertos, independientemente del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad para la cual sean prescritos, siempre y cuando el medicamento tenga la aprobación de la FDA para al menos una indicación y el medicamento sea reconocido para el tratamiento del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad que se utilice en uno de los compendios de referencia estándar o en literatura médica evaluada por homólogos generalmente aceptada. No obstante, este plan no está obligado a cubrir un medicamento cuando la FDA ha determinado que su uso es contraindicado para el tratamiento de la indicación para la cual se prescribe. Además, incluye los servicios medicamente 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 o Formulario 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 Deducibles, Copagos y Coaseguros que aparece al final de esta 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 o Formulario" de esta póliza. Esto aplica cuando la clasificación terapéutica (categoría) esté cubierta y existan otras alternativas de tratamiento.

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

Las recetas expedidas por médicos en donde no estén especificadas las indicaciones para su uso, ni la cantidad del medicamento, solamente se 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 beneficio de farmacia tiene las siguientes características:

- Este beneficio de farmacia utiliza una Lista de Medicamentos o Formulario 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 o Formulario 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) se cambian medicamentos de un nivel con copago/coaseguro mayor a un nivel con un copago/coaseguro menor
 - c) cambio por motivos de seguridad, si el fabricante del medicamento con receta no lo puede suplir o lo ha retirado del mercado.
- 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 o Formulario 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 el Formulario, 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.
- 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 *nicotine nasal spray, nicotine inhaler* y *bupropion hcl (smoking deterrent)*, por noventa (90) días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año. El genérico se cubrirá como única opción excepto cuando no exista en el mercado la versión genérica. No aplica a productos OTC (Over the counter).
- Medicamentos preventivos a pacientes de alto riesgo de desarrollar cáncer de seno, el genérico de *tamoxifen* o *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 de simvastatin 5, 10, 20 y 40 mg; atorvastatin 10 y 20 mg y 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 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 esta 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 hasta un máximo de 180 días conforme al despacho de la receta original y hasta cinco (5) repeticiones, todas con abastecimiento de 30 días. 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 puede estar sujeto a un deducible anual (Ej. \$50 individual). Favor refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros que aparece al final de esta póliza. El **“deducible anual”** es la cantidad que la persona asegurada debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte. Cuando la persona asegurada recibe el despacho de su primer medicamento en el año póliza, paga el costo total de sus medicamentos hasta que alcance la cantidad establecida (Ej. \$50 por persona). Las cubiertas de farmacia pueden tener un primer nivel de cubierta (Ej. \$600 por persona). Esto significa que:
 - a. Si la cubierta de farmacia tiene un deducible anual, el primer nivel de cubierta comienza cuando la persona asegurada haya alcanzado el deducible y hasta que el plan pague la cantidad establecida (Ej. \$500 por persona).
 - b. Si la cubierta de farmacia no tiene deducible anual, 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 plan pague la cantidad establecida (Ej. \$500 por persona).
 - c. En ambos casos, toda vez que la persona asegurada empieza el primer nivel de cubierta, es responsable por los copagos y coaseguros según el nivel de los medicamentos hasta que el plan pague la cantidad establecida (Ej. \$500 por persona).
 - d. Una vez acumulada la cantidad establecida en el primer nivel de cubierta (Ej. \$500 por persona) la persona asegurada debe pagar un coaseguro para todos los medicamentos cubiertos por el resto del año póliza, según se establece en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros que aparece al final de esta póliza.
 - e. Estos deducibles, copagos y coaseguros no aplican a los Servicios Preventivos con \$0 copago, según requerido por las leyes federales *Patient Protection and Affordable Care Act* y la *Healthcare and Education Act*, y según establecido por el *United States Preventive Services Task Force*. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros que aparece al final de esta póliza.
 - f. El copago de los medicamentos genéricos no aplica durante los 12 meses del año si la persona asegurada cambia de un medicamento de marca a uno genérico en el Nivel 1 bajo la Lista de Medicamentos o Formulario en una de las siguientes categorías terapéuticas: Anti-convulsivos, Anti-hipertensivos, Anti-sicóticos, Anti-diabéticos, Anti-depresivos, Anti-hiperlipidémicos (Colesterol), Modificadores de plaquetas y medicamentos para la Angina. Esto quiere decir que aplicará \$0 copago para los medicamentos genéricos del Nivel 1 durante los primeros 12 meses del año si la persona asegurada cambia de un medicamento de marca a uno genérico del Nivel 1 de las categorías terapéuticas indicadas.

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 o Formulario 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 y los bifosfonatos orales para la osteoporosis y los corticosteroides nasales para las alergias. Estos medicamentos también forman parte de la Lista de Medicamentos o Formulario 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 le 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 o Formulario 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. **Límites de edad (AL, por sus siglas en inglés):** En la lista de medicamentos o formulario hay incluidos medicamentos asociados a las iniciales AL. AL significa que estos medicamentos tienen un límite de edad.

- **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 Exclusiva 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 o Formulario para más información.

Estructura del Beneficio de Farmacia y Despacho de Medicamentos

Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros al final de esta póliza para los copagos y coaseguros correspondientes según su plan.

Abastecimiento de 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

Quimioterapia oral

Programa de medicamentos *Over-the-Counter*

Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico

Nota: En algunos casos, puede aplicar el copago o coaseguro hasta un máximo establecido por medicamento o luego de haber consumido una cantidad monetaria fija por asegurado, aplica un coaseguro.

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

Triple-S Salud ofrece programas para el despacho de 90 días en algunos medicamentos de mantenimiento. Los medicamentos de mantenimiento aplican para las siguientes condiciones: Hipertensión, Diabetes (insulina y tabletas orales), Tiroides, Colesterol, Epilepsia (Anticonvulsivos), Estrógeno, Alzheimer (no aplican los parchos), Parkinson, Osteoporosis, Próstata, 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*). Al obtener un abastecimiento de 90 días, la persona asegurada se ahorra un copago o coaseguro.

Programa de despacho de medicamentos a 90 días: Este programa de suplido extendido le permite a la persona asegurada obtener un suministro de 90 días para algunos medicamentos de mantenimiento a través de sus farmacias participantes. El Programa cuenta con una red de farmacias alrededor de 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. Para recibir información y registrarse en el programa de medicamentos por correo llame al 1-866-560-5881.

Abastecimiento de 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)

Quimioterapia oral

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

Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico

BENEFICIOS DENTALES

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

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

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

Este servicio requiere predeterminación y aplican los copagos y coaseguros correspondientes a su cubierta. Los siguientes documentos deben ser enviados a Triple-S Salud para la evaluación correspondiente:

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

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

Aplica \$0 copago para los siguientes servicios:

Servicios Diagnósticos y Preventivos

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

PREDETERMINACIÓN DE SERVICIOS

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

EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA BÁSICA

Esta póliza no cubre los siguientes gastos o servicios:

1. Servicios que se presten mientras el seguro de la persona no esté en vigor.
2. Servicios que puedan recibirse con arreglo a Leyes de Compensación por Accidentes del Trabajo (CFSE), responsabilidad de la persona asegurada, planes privados de compensación por accidentes en el trabajo, accidentes de automóvil (ACAA) y servicios disponibles con arreglo a legislación estatal o federal, por los cuales la persona asegurada no esté legalmente obligada a pagar. Igualmente están excluidos dichos servicios cuando los mismos sean denegados por las agencias gubernamentales concernientes, por razón del incumplimiento o violación de los requisitos o disposiciones de las leyes antes indicadas, aunque dicho incumplimiento o violación no constituya un delito.
3. Servicios para tratamientos que surjan como resultado de que la persona asegurada cometió un delito o no cumplió con las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico u otro país, excepto aquellas lesiones que resulten por un acto de violencia doméstica o condición médica.
4. Servicios que sean recibidos gratuitamente o sufragados mediante donativos.
5. Gastos o servicios de comodidad personal como teléfono, televisión, servicios de cuidado custodial, casa de descanso, casa de convalecencia o cuidado a domicilio, excepto servicios post hospitalarios provistos a través de una Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar.
6. Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina u odontología, excepto audiólogos, optómetras, podiatras, psicólogos, trabajadores sociales, quiroprácticos y otros especificados en esta póliza.

7. Rembolso de gastos ocasionados por pagos que una persona asegurada le haga a cualquier médico o proveedor participante sin estar obligada por esta póliza a hacerlos.
8. Gastos por servicios prestados por médicos, hospitales, laboratorios y otros proveedores no participantes en Puerto Rico, excepto en caso de emergencia que se cubren de acuerdo a lo establecido en esta póliza.
9. Gastos por servicios recibidos cubiertos sin una precertificación de Triple-S Salud, cuando la misma es requerida, según lo establece esta póliza, excepto en casos de emergencia.
10. Servicios que no son médicamente necesarios, servicios considerados experimentales o investigativos, según los criterios de la *Food and Drug Administration (FDA)*, *Department of Human and Health Services (DHHS)*, el Departamento de Salud de Puerto Rico, o el *Technology Evaluation Center (TEC)* de la *Blue Cross Blue Shield Association* para las indicaciones y métodos específicos que se ordenan.
11. Gastos o servicios por procedimientos médicos nuevos o medicamentos nuevos no considerados experimentales o investigativos, excepto que sea requerido por ley estatal o federal. No están cubiertos los gastos por estudios o tratamientos clínicos investigativos (esto es, *clinical trials*), aparatos, medicamentos experimentales o investigativos administrados para ser utilizados como parte de estos estudios, servicios o productos que se proveen para obtención de datos y análisis, y no para el manejo directo del paciente y artículos o servicios sin costos para la persona asegurada que comúnmente ofrece el auspiciador de la investigación. Esto aplica aun cuando la persona asegurada se haya inscrito en el estudio para tratar una enfermedad que amenace su vida, para la cual no haya tratamiento efectivo y obtenga la aprobación del médico para su participación en el estudio, porque éste ofrece al paciente un beneficio potencial. En estos casos, Triple-S Salud cubre los gastos médicos rutinarios del paciente según los términos y condiciones establecidos en esta póliza. Gastos médicos rutinarios son aquellos gastos médicamente necesarios que se requieren para el estudio (*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.
12. Gastos por cirugías cosméticas o de embellecimiento, tratamientos para corregir defectos de apariencia física, excepto cuidado y tratamiento de anormalidades y defectos congénitos para los recién nacidos, recién adoptados o colocados para adopción, mamoplastías o reconstrucción de cirugía plástica del seno para reducción o aumento de su tamaño (excepto la mamoplastía y reconstrucción luego de una mastectomía por cáncer del seno), mamoplastía por ginecomastia, intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos cuyo propósito sea el control de la obesidad, excepto el tratamiento para la obesidad mórbida o el síndrome metabólico, incluyendo la cirugía bariátrica, definida por Ley Núm. 212 de 9 de agosto de 2008 en Puerto Rico y definida en la Sección Definiciones de esta póliza; o tratamientos de liposucción, abdominoplastía, ritidectomías abdominales y ritidectomías faciales, blefaroplastias, implantes de pelo, autoplastias, rinoplastias, e inyecciones de soluciones esclerosantes en venas varicosas de las piernas. Se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas a éstas, independientemente si existe o no justificación médica para el procedimiento.
13. Gastos por aparatos ortopédicos u ortóticos, prótesis o implantes (excepto la prótesis luego de una mastectomía) y otros dispositivos artificiales. Están cubiertos los servicios hospitalarios y médico-quirúrgicos necesarios para la implantación de los mismos.
14. Gastos por métodos anticonceptivos para la persona asegurada; excepto los indicados como cubiertos en esta póliza.
15. Servicios de tratamientos para infertilidad, concepción por medios artificiales y restablecer la habilidad de procrear (por ejemplo, fertilización in vitro, inyecciones intracitoplásmica de espermatozoides, transferencia de embriones, fertilización donante). Se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las

complicaciones asociadas con éstos, así como los medicamentos y hormonas. Estarán cubiertos los laboratorios ordenados para el tratamiento de la infertilidad, siempre y cuando sea un laboratorio cubierto bajo esta póliza.

16. Gastos por servicios de escalenotomía - división del músculo escaleno (anterior) *anticus* sin resección de la costilla cervical.
17. Gastos por tratamientos de terapia alternativa, excepto los especificados como cubiertos en el Programa Triple-S Natural y que sean prestados por los proveedores participantes de este Programa
18. Gastos por servicios de medicina deportiva, psicoanálisis y rehabilitación cardíaca.
19. Servicios de analgesia intravenosa y por inhalación de gases administrados en la oficina del cirujano oral o dentista.
20. Servicios necesarios para el tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular (articulación de la quijada) ya sea mediante la aplicación de aparatos prostéticos o de cualquier otro método.
21. Gastos por servicios de escisión de granulomas o quistes radicales (periapicales) originados por infección a la pulpa del diente; servicios necesarios para corregir la dimensión vertical u oclusión.
22. Gastos por los implantes relacionados a la cirugía ortognática (osteotomía mandibular o maxilar - *Le Fort*).
23. Gastos por inmunoterapia para alergia.
24. Servicios prestados por motivo de un aborto provocado.
25. Servicios prestados en Centros de Cirugía Ambulatoria para procedimientos que se puedan hacer en la oficina del médico.
26. Hospitalizaciones por motivo de servicios o procedimientos que puedan practicarse en forma ambulatoria.
27. Gastos relacionados con la administración del programa de detección de drogas del patrono, tales como: coordinación, toma de muestra y administración de pruebas de detección aun cuando se provisto por un proveedor participante, coordinación de servicios al empleado que deban ser realizados por el patrono o la entidad responsable de administrar el programa, entre otros. Se excluyen los gastos para el cuidado, suplidos, tratamiento y/o servicios que la persona asegurada obtiene del patrono sin costo y los servicios prestados por el Programa de Asistencia al Empleado del Patrono como parte del programa de detección de drogas de dicho patrono. Estarán cubiertos los servicios de salud mental y abuso de sustancias una vez la persona asegurada finalice el Programa de Detección de Drogas del Patrono independientemente si la condición fue detectada en el mismo.
28. Gastos ocasionados por guerra, insurrección civil o conflicto internacional armado; excepto en aquellos casos donde los servicios recibidos están relacionados a una lesión sufrida mientras que la persona asegurada estuvo activa en el ejército (*service connected*), en cuyo caso Triple-S Salud recobra a la Administración de Veteranos.
29. Pruebas de laboratorio que no están codificadas en el Manual del Laboratorio, así como las consideradas experimentales o investigativas no se reconocerán para pago por Triple-S Salud.
30. Inmunizaciones para propósitos de viajes o contra peligros y riesgos ocupacionales.

31. Gastos por servicios prestados por ambulancia marítima. Además, gastos por servicios prestados por ambulancia aérea, excepto cuando el traslado sea dentro de Puerto Rico.
32. Las cirugías para la remoción de la piel excesiva luego de una cirugía bariátrica o *bypass* gástrico no estarán cubiertas, excepto si el médico certifica que es necesario remover la piel en exceso, porque afecta el funcionamiento de alguna parte del cuerpo. Requiere precertificación.
33. Gastos por remoción de skin tags, reparación de ptosis e inyección en tendón/puntos de gatillo.
34. Gastos por pruebas de laboratorios de *heavy metals*; dopaje; *HLA Typing*; pruebas de paternidad.
35. Gastos por servicios de enfermeras especiales.
36. Servicios prestados por facilidades de Tratamiento Residencial fuera de Puerto Rico, sin justificación médica y sin precertificación para tratamiento.
37. Gastos ocasionados por motivo de trasplantes de órganos y tejidos, excepto cornea, injerto de piel y hueso así como las hospitalizaciones, complicaciones, quimioterapias y medicamentos inmunosupresores relacionados al trasplante.
38. Gastos por aparatos ortopédicos u ortóticos, prótesis o implantes (excepto la prótesis luego de una mastectomía) y otros dispositivos artificiales. Están cubiertos los servicios hospitalarios y médico-quirúrgicos necesarios para la implantación de los mismos.
39. Gastos en exceso de los primeros 30 días para recién nacidos de los dependientes directos del asegurado(a) principal luego del parto excepto si cumple con la definición de dependiente directo según establecido en esta póliza.
40. Gastos por terapia ocupacional y terapia del habla/lenguaje, excepto las ofrecidas bajo los servicios post-hospitalarios, ventilador mecánico y autismo (Ley BIDA).
41. Servicios preventivos prestados por proveedores fuera de Puerto Rico.
42. Hormonas de crecimiento y todo tratamiento relacionado.
43. Nuevos servicios o procedimientos de diagnóstico o terapéutico que están aprobados por FDA y equipos y aparatos que aparecen disponibles luego de la fecha de efectividad de esta póliza.
44. Cualquier y todos los servicios o tratamientos que no estén descritos específicamente como beneficios cubiertos, excepto por los servicios y beneficios incluidos en una ley que sean requeridos ofrecer en la cubierta de salud.
45. Complicaciones relacionadas a perforaciones en el cuerpo (*piercing / tatuaje*) y cualquier otro procedimiento relacionado.
46. Servicios de Telemedicina ofrecidos por especialistas, excepto internistas, médicos de familia y pediatras.
47. Asistencia quirúrgica

EXCLUSIONES DEL BENEFICIO DE FARMACIA

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

1. Medicamentos que no contengan la leyenda: «*Caution: Federal law prohibits dispensing without prescription*» (*Over-the-Counter- OTC*), excepto los incluidos en el Programa de OTC de Triple-S Salud y algunas dosis de aspirina 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 e 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, eformitine, finasteride, monobenzone, dihydroxyacetone y bimatropost).
 - b. Productos de fluoruro para uso dental (excepto para menores entre las edades de 6 meses y 5 años)
 - c. Condiciones dermatológicas como pediculosis y escabificidas (lindane, permethrine, crotamiton, malathion, ivermectin y spinosad), productos para el tratamiento de la caspa que incluyan champú (pyrithione 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®, Limbrel®, 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 (goserelin, mometasone furoate nasal implant, buprenorphine HCl subdermal implant, dexamethasone Intravitreal Implant, fluocinolone acetonide intravitreal implant, autologous cultured chondrocytes for Implantation, testosterone, estradiol, fluocinolone acetonide intravitreal, etonogestrel subdermal implant).
 - j. Implante intracaneal carmustina (se utiliza para tratar glioma maligno o glioblastoma multiforme, un tipo de tumor cerebral (su versión inyectable se cubre bajo la cubierta básica)
 - 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, dipyrindamole 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, measles, mumps, poliovirus, papillomavirus, rabies, rotavirus, rubella, varicela, yellow fever, zoster, cholera, haemophilus b, lyme disease, meningococcal, plague, pneumococcal, typhoid, tetanus toxoid, diphtheria, 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. Refiérase a la Sección Cubierta Estándar de Vacunación para Menores de Edad, Adolescentes y Adultos para conocer las inmunizaciones que se cubren por la cubierta médica.
 - 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 (solas o en combinaciones con otras vitaminas, minerales y ácido fólico (niacina, ácido ascórbico, tiamina, riboflavina, vitamina E, piridoxina, dihidrotaquisterol, múltiples vitaminas con minerales, múltiples vitaminas con hierro, múltiples vitaminas con calcio, complejo de vitamina B - biotina - D - ácido fólico, complejo vitamina B con vitamina C - ácido fólico, flavonoides bioflavonoides) excepto las prenatales 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 médicos rutinarios del paciente según los términos y condiciones establecidos en esta póliza. Gastos médicos rutinarios son aquellos gastos médicamente necesarios que se requieren para el estudio (*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; están cubiertos bajo la Cubierta Básica de servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y ambulatorios.
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 o formulario. 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 o formulario 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 intrapleurar (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 y 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), Uptravi (tratamiento de hipertensión pulmonar), impávido (tratamiento parásito de leishmaniasis), Darzalex (tratamiento de mieloma múltiple), Emflaza (tratamiento de distrofia muscular) y 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), lmyligic (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*).

EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DENTAL

Las exclusiones de la póliza de servicios de hospitalización, médico-quirúrgicos y ambulatorios aplican a esta cubierta, excepto aquellos servicios que se mencionan específicamente como servicios cubiertos.

Triple-S Salud no paga por los siguientes gastos o servicios, excepto que se disponga lo contrario:

1. Todo servicio no incluido como servicio cubierto en la descripción de esta cubierta.
2. Servicios para las reconstrucciones orales totales (*Full-Mouth Reconstruction*).
3. Servicios dentales restaurativos, quirúrgicos y de prótesis, endodoncia, periodoncia y ortodoncia.
4. Gastos por servicios de reemplazo o reparación de aparatos.
5. El tratamiento de barniz de fluoruro es mutuamente excluyente del tratamiento de fluoruro tópico, (es uno o el otro), no ambos.
6. Servicios prestados por dentistas no participantes en Puerto Rico; excepto en casos de emergencia.
7. Servicios dentales prestados fuera de Puerto Rico.
8. Todo servicio dental que se preste con fines puramente cosméticos.
9. Tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ).

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.• Sábado: 9:00 a.m. - 6:00 p.m.• Domingo: 11:00 a.m. - 5:00 p.m.
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
Precertificaciones	Triple-S Salud, Inc. Departamento de Precertificaciones PO Box 363628 San Juan, PR 00936-3628 Fax: (787) 774-4824 / (787) 749-0265
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
Programa de Educación y Manejo de Enfermedades (asma, diabetes, fallo cardiaco, prenatal, hipertensión, COPD (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), Viviendo sin Humo	1-866-788-6770

Centros de Servicio	
<p>Plaza Las Américas (Segundo nivel entrada del Estacionamiento Norte) Lunes a viernes: 8:00 a.m.-7:00 p.m. Sábado: 9:00 a.m. – 6:00 p.m. Domingo: 11:00 a.m. – 5:00 p.m.</p>	<p>Plaza Carolina (Segundo nivel al lado del Correo) Lunes a viernes: 9:00 a.m. – 7:00 p.m. Sábado: 9:00 a.m. – 6:00 p.m. Domingo: 11:00 a.m. – 5:00 p.m.</p>
<p>Caguas Edificio Angora Ave. Luis Muñoz Marín Esq. Troche Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m.</p>	<p>Arecibo Edificio Caribbean Cinemas, Suite 101 Carretera #2 Km.81.0 Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m.</p>
<p>Ponce 2760 Ave. Maruca Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m</p>	<p>Mayagüez Carretera 114 Km. 1.1 Barrio Guanajibo Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m.</p>
<p>Persons who may need assistance due to:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spanish is not the primary language • Special Needs 	<p>This information is available for free in English. Also, if you need oral interpretation services into any language other than Spanish or English please contact our Call Center at 787-774-6060.</p> <p>Call Customer Service if you need free help in another language and format. If you also need help reading or understanding a document, we can help.</p> <p>Written materials may be available in other formats.</p> <p>For telephone services for hearing-impaired (TTY), call 787-792-1370 in the following business hours:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monday thru Friday 7:30 a.m. - 8:00 p.m. • Saturday 9:00 a.m. - 6:00 p.m. and • Sunday 11:00 a.m. - 5:00 p.m.
<p>Personas con Necesidades Especiales</p>	<p>Llame a Servicio al Cliente si necesita ayuda en otro idioma o formato. Si desea hablar en otro idioma, o necesita ayuda para leer o entender un documento, le podemos ayudar.</p> <p>Los materiales impresos pueden estar disponibles en otros formatos.</p> <p>Usuarios TTY pueden llamar a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al TTY 787-792-1370 durante el siguiente horario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lunes a viernes: 7:30 a.m. - 8:00 p.m. • Sábado: 9:00 a.m. - 6:00 p.m. • Domingo: 11:00 a.m. - 5:00 p.m.
<p>Portal de internet</p>	<p>www.ssspr.com</p> <p>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 • Obtener una carta de certificación de estudiante • Revisar su historial de servicios
Aplicación Móvil, Triple-S Salud	<p>En su <i>Smartphone</i>, a través de la aplicación de Triple-S Salud, puede localizar proveedores participantes de forma fácil y rápida. Descargue la aplicación en su tienda Apple o Android. Las funciones de nuestra aplicación son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Tu tarjeta siempre contigo</i> – El asegurado(a) principal puede ver su tarjeta y la de sus dependientes, así como enviar al médico por email la tarjeta o certificación de cubierta • <i>Directorio Médico</i> - Encuentra el proveedor de servicios de salud más cercano • <i>Tu plan</i> – Los clientes de planes individuales pueden ver los precios de nuestros planes, revisar la cubierta y la de los dependientes, así como el historial de los servicios recibidos • <i>Pagos</i> – Puede ver su estado de cuenta y realizar el pago de la factura del plan • <i>Contáctanos</i> – Teléfonos y direcciones más importantes, así como para realizar consultas de servicio en cualquier momento <p>Si no se ha registrado aún:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descargue la aplicación • Si no se ha registrado en el portal de internet, acceda el enlace de Regístrate.
Telexpreso	<p>Es su contacto directo con Triple-S Salud. Esta línea automatizada permite resolver asuntos referentes al plan médico 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 médico rápidamente. A través del sistema Telexpreso puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagar su plan médico • Verificar su elegibilidad y la elegibilidad de sus dependientes • Verificar el status de un reembolso • Recibir orientación sobre algunos procesos tales como someter un reembolso, solicitar duplicados de tarjeta, certificaciones, entre otros
Teleconsulta MD®	<p>Consulta médica virtual interactiva en cualquier lugar dentro de la región geográfica de Puerto Rico. Visita nuestro portal de Internet para acceder el servicio a través del dispositivo móvil o computadora. Hasta 4 consultas por persona asegurada, por año póliza (\$10 de copago) a un generalista, médico de familia, internista o pediatra licenciado en el siguiente horario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lunes a domingo de 6:00 a.m. a 10:00 p.m.