

**TRIPLE-S SALUD, INC.**  
**1441 Ave. Roosevelt, San Juan, Puerto Rico**  
**Concesionario Independiente de la *Blue Cross Blue Shield Association***

---

**PÓLIZA TRIPLE-S ACCESO ÓPTIMO**  
**Planes Metales Grupos 2-50**

**INTRODUCCIÓN**

Triple-S Salud, Inc., (que en adelante se denomina como Triple-S Salud) asegura a los empleados activos del patrono de pequeña y mediana empresa (PYMES) nombrado en el contrato del seguro grupal y a los dependientes elegibles de dichos empleados de conformidad con las disposiciones de esta póliza/certificado de beneficios (en adelante póliza), las políticas médicas y políticas de pago establecida por Triple-S Salud, contra gastos por servicios médico-quirúrgicos y de hospitalización médicamente necesarios, que se presten mientras la póliza esté en vigor, por motivo de lesiones o enfermedades sufridas por la persona asegurada. Esta póliza no está sujeta a evaluación de riesgo, se emite en consideración a las declaraciones en el contrato de seguro grupal, al pago por el patrono de las primas correspondientes por adelantado y conforme a la fecha en que el patrono suscribe el seguro de salud grupal.

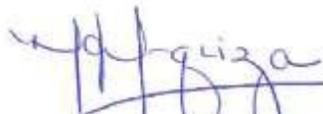
Esta póliza se emite a residentes *bona fide* de Puerto Rico, cuya residencia permanente esté ubicada dentro del Área de Servicio, según definida en esta póliza, por el término de un (1) año a partir de la fecha que aparece en el contrato del seguro grupal. Este seguro puede continuarse por periodos iguales, consecutivos y adicionales, mediante el pago de las primas correspondientes, del cual es responsable el patrono en primer lugar, como tenedor de la póliza y el empleado como persona asegurada y usuario del plan médico, según se dispone más adelante. Todos los términos de cubierta comienzan y terminan a las 12:01 a.m., Hora Oficial de Puerto Rico.

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 *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, definidos por ley y por el plan de referencia de Puerto Rico 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; y servicios pediátricos, incluyendo dental y cuidado de la visión.

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

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



Madeline Hernández Urquiza, CPA  
Presidenta

**Conserve este documento en un lugar seguro; el mismo incluye los beneficios a que tiene derecho como persona asegurada con Triple-S Salud. Para cubierta adicional suscrita por su patrono, refiérase a cualquier endoso que se emita conjuntamente con esta póliza para la información completa de los beneficios incluidos en su Plan de Salud.**

## CONTACTOS

| <b>Departamento de Servicio al Cliente</b>   |   |
|--|---|
| <p>Nuestro Departamento de Servicio al Cliente está disponible siempre que tenga una pregunta o preocupación acerca de beneficios o servicios que Triple-S Salud ofrece a las personas aseguradas suscritos en esta póliza. Además, le puede responder sus preguntas, ayudarle a entender sus beneficios y le proporciona información acerca de nuestras políticas y procedimientos.</p> |   |
| <b>Teléfono de Servicio al Cliente</b>   | <b>787-774-6060 o 1-800-981-3241 (libre de cargos)</b><br><b>Usuarios TTY llamen al TTY 787-792-1370 o</b><br><b>1-866-215-1999 (libre de cargos)</b>   |
| <b>Horario de Operaciones del Centro de Llamadas:</b>  | <input type="checkbox"/> Lunes a viernes: 7:30 a.m. - 8:00 p.m. (AST)<br><input type="checkbox"/> Sábado: 9:00 a.m. - 6:00 p.m. (AST)<br><input type="checkbox"/> Domingo: 11:00 a.m. - 5:00 p.m. (AST) |
| <b>Fax- Servicio al Cliente</b>  | <b>787-706-2833</b>   |
| <b>Teleconsulta</b>  | <b>1-800-255-4375 (24/7)</b>  |
| <b>BlueCard</b>  | <b>1-800-810-2583</b><br><a href="http://www.bcbs.com">www.bcbs.com</a>   |
| <b>Dirección Postal Servicio al Cliente</b>  | <b>Triple-S Salud, Inc. Departamento de Servicio al Cliente</b> PO Box 363628<br>San Juan, PR 00936-3628  |
| <b>Dirección de correo electrónico:</b>  | <a href="mailto:servicioalcliente@ssspr.com">servicioalcliente@ssspr.com</a>  |
| <b>Precertificaciones</b>  | <b>Triple-S Salud, Inc. Departamento de Precertificaciones</b> PO Box 363628<br>San Juan, PR 00936-3628<br><br><b>Fax: 787-774-4824 / 787-749-0265</b>  |
| <b>Programa de Manejo de Casos</b>   | <b>787-277- 6544 / 787-706-2552</b><br><b>787-273-1110 extensiones 4312, 4265, 4355 o</b><br><b>al 1-800-981-4860 (libre de cargos)</b><br><b>Fax: 787-744-4820</b>                                     |
| <b>Programas de Manejo de Condiciones Crónicas (asma, diabetes, fallo cardiaco, prenatal, hipertensión, COPD (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), Viviendo sin Humo</b>  | <b>1-866-788-6770</b>   |

| <b>Centros de Servicio</b>   |   |
|--|---|
| <p><b>Plaza Las Américas</b><br/>(Segundo nivel entrada por Estacionamiento Norte)<br/>Lunes a viernes: 8:00 a.m. - 7:00 p.m. (AST)<br/>Sábado: 9:00 a.m. – 6:00 p.m. (AST)<br/>Domingo: 11:00 a.m. – 5:00 p.m. (AST)</p>          | <p><b>Plaza Carolina</b><br/>(Segundo nivel al lado del Correo)<br/>Lunes a viernes: 9:00 a.m. – 7:00 p.m. (AST)<br/>Sábado: 9:00 a.m. – 6:00 p.m. (AST)<br/>Domingo: 11:00 a.m. – 5:00 p.m. (AST)</p>  |
| <p><b>Caguas</b><br/>Edificio Angora<br/>Ave. Luis Muñoz Marín Esq. Troche<br/>Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m. (AST)</p>  | <p><b>Arecibo</b><br/>Edificio Caribbean Cinemas, Suite 101<br/>Carretera #2 Km. 81.0<br/>Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m. (AST)</p>  |
| <p><b>Ponce</b><br/>2760 Ave. Maruca<br/>Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m. (AST)</p>  | <p><b>Mayagüez</b><br/>Carretera 114 Km. 1.1<br/>Barrio Guanajibo<br/>Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m. (AST)</p>  |
| <p><b>Persons who may need assistance due to:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Spanish is not the primary language</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>Special Needs</b></li> </ul> | <p>This information is available for free in English. Also, if you need oral interpretation services into any language other than Spanish or English please contact our Call Center at 787-774-6060.</p> <p>Call Customer Service if you need free help in another language and format. If you also need help reading or understanding a document, we can help.</p> <p>Written materials may be available in other formats.</p> <p>For telephone services for hearing-impaired (TTY), call 787-792-1370 or 1-866-215-1999 (toll free) in the following business hours:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Monday thru Friday 7:30 a.m. - 8:00 p.m. (AST)</li> <li><input type="checkbox"/> Saturday 9:00 a.m. - 6:00 p.m. (AST)</li> <li><input type="checkbox"/> Sunday 11:00 a.m. - 5:00 p.m. (AST)</li> </ul> |
| <p><b>Personas con Necesidades Especiales</b></p>  | <p>Llame a Servicio al Cliente si necesita ayuda en otro idioma o formato. Si desea hablar en otro idioma, o necesita ayuda para leer o entender un documento, le podemos ayudar.</p> <p>Los materiales impresos pueden estar disponibles en otros formatos.</p> <p>Usuarios TTY pueden llamar a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al TTY 787-792-1370 o 1-866-215-1999 (libre de cargos) durante el siguiente horario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Lunes a viernes: 7:30 a.m. - 8:00 p.m. (AST)</li> <li><input type="checkbox"/> Sábado: 9:00 a.m. - 6:00 p.m. (AST)</li> <li><input type="checkbox"/> Domingo: 11:00 a.m. - 5:00 p.m. (AST)</li> </ul>   |

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Portal de internet</b></p>               | <p><a href="http://www.ssspr.com">www.ssspr.com</a></p> <p>Las personas aseguradas cuentan con la opción de registrarse a nuestro portal. En este pueden realizar transacciones, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Obtener información sobre sus beneficios</li> <li><input type="checkbox"/> Información educativa de salud</li> <li><input type="checkbox"/> Obtener una Certificación de Cubierta</li> <li><input type="checkbox"/> Solicitar duplicados de la tarjeta de identificación</li> <li><input type="checkbox"/> Revisar estatus de reembolsos</li> <li><input type="checkbox"/> Obtener una carta de certificación de estudiante</li> <li><input type="checkbox"/> Revisar su historial de servicios</li> </ul>   |
| <p><b>Aplicación Móvil, Triple-S Salud</b></p> | <p>Descarga nuestra aplicación móvil y obtén acceso a información importante sobre tu cubierta del plan médico. Con la aplicación de Triple-S Salud podrás:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ver y enviar a través de email la tarjeta del plan a doctores de manera que puedas recibir servicios en caso que no tengas la tarjeta física contigo.</li> <li><input type="checkbox"/> Ver tu cubierta y beneficios del plan médico.</li> <li><input type="checkbox"/> Ver los servicios de salud que has obtenido. De esta manera podrás mantener un registro de los servicios médicos que tú y tu familia han recibido.</li> <li><input type="checkbox"/> Hallar el proveedor de servicios de salud más cercano a ti para tus necesidades.</li> <li><input type="checkbox"/> Tener a la mano información de contacto de Triple-S Salud como teléfonos, oficinas y correo electrónico.</li> </ul> <p>Accede la dirección web del tipo de celular que posees para descargar la aplicación:</p> <p>Apple: <a href="https://apple.co/2Uv3taP">https://apple.co/2Uv3taP</a></p> <p>Android: <a href="https://bit.ly/2XTMeSX">https://bit.ly/2XTMeSX</a></p> <p>IMPORTANTE: Todos los asegurados de Triple-S Salud pueden descargar nuestra aplicación, el asegurado principal del plan médico tendrá acceso a las tarjetas del plan e información de la cubierta.</p> |
| <p><b>Teleexpreso</b></p>                      | <p>Línea automatizada para resolver asuntos relacionados con el plan médico a cualquier hora. Al llamar al (787) 774-6060 o 1-800-981-3241 (libre de cargos) puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Verificar su elegibilidad y la de sus dependientes</li> <li><input type="checkbox"/> Verificar estatus de un reembolso</li> <li><input type="checkbox"/> Recibir orientación sobre algunos procesos tales como someter un reembolso, solicitar duplicados de tarjeta, certificaciones, entre otros</li> </ul>   |
| <p><b>Teleconsulta MD®</b></p>                 | <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. Puedes consultar a un generalista, médico de familia, internista o pediatra licenciado con un copago de \$10 en el siguiente horario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Lunes a domingo de 6:00 a.m. a 10:00 p.m. (AST)</li> </ul>  |

AST – Tiempo Estándar del Atlántico

---

## CUBIERTA MÉDICA

---

Algunos de los servicios en esta Sección están sujetos a copagos, coaseguros 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 Salud 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 o 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. 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. Las condiciones que se atienden bajo este servicio son: alergias, bronquitis, infección nasal, malestar estomacal, hipertensión, dolor de garganta, migraña, catarro, náusea, dolor de oído, asma y dolores musculares.

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](http://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.

---

## 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/>.

## PREVENTIVOS PARA ADULTOS

| Servicio Preventivo  | Indicación  |
|--|---|
| 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  |
| 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 personas aseguradas 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.   |
| Cernimiento de Depresión para adultos  | 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.   |
| Cernimiento de diabetes  | 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 |
| Prevención de caídas en adultos mayores: ejercicio o terapia física  | Ejercicios, terapia física y vitamina D para prevenir caídas en adultos de 65 años en adelante que están a riesgo de sufrir caídas.   |
| Dieta saludable y actividad física como prevención de enfermedades cardiovasculares en adultos con riesgo cardiovascular | Ofrecer y referir a los adultos con sobrepeso u obesidad y con factores adicionales de riesgo de enfermedad cardiovascular a intervención de consejería conductual intensiva para promover una dieta saludable y actividad física como prevención de enfermedades cardiovasculares.   |
| 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.   |

| <b>Servicio Preventivo</b>  | <b>Indicación</b>  |
|---|--|
| 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.  |
| Cernimiento de 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 fumar treinta (30) paquetes al año, 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. |
| Cernimiento y consejería de obesidad para adultos   | 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 <sup>2</sup> 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   |
|--|--|
| 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"> <li>□ entre 40 a 75 años</li> <li>□ tienen uno o más factores de riesgo (dislipidemia, diabetes, hipertensión o fumar), y</li> <li>□ 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.</li> </ul> <p>Las estatinas se cubren por la cubierta de farmacia; hacer referencia a la sección Beneficios de Farmacia.</p> |
| Cernimiento de sífilis en personas aseguradas 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.  |
| Consumo dañino de alcohol: adultos   | Cernimiento sobre el consumo dañino de alcohol en lugares de atención primaria en adultos con 18 años o más incluyendo personas aseguradas en estado de embarazo proveyéndole breves intervenciones de asesoramiento conductual para reducir el consumo de alcohol dañino a las personas involucradas en el consumo riesgoso o peligroso.  |

## SERVICIOS PREVENTIVOS PARA ADULTOS, INCLUYENDO EMBARAZOS

| Servicio Preventivo   | Indicación   |
|---|--|
| Cernimiento de bacteriuria para personas aseguradas embarazadas | 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: Evaluación de Riesgo                                      | Los proveedores de atención primaria deben realizar un cernimiento a personas que han tenido familiares con cáncer de seno, ovario, trompas o peritoneal, a través de herramientas diseñadas para identificar historial familiar que pudiera estar asociado con un aumento del riesgo de mutaciones potencialmente perjudiciales en los genes de susceptibilidad al cáncer de seno (BRCA1 o BRCA2). Las personas aseguradas que tengan un resultado positivo deben recibir consejería genética y, si es indicado luego de la consejería, la prueba BRCA. |
| Cáncer de seno: medicamentos preventivos                        | 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.      |
| 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.  |
| 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 29 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   | Cernimiento de clamidia para todas las personas aseguradas durante su embarazo y en personas aseguradas sexualmente activas de 24 años o menos, o mayores que tengan alto riesgo de infección  |

| Servicio Preventivo   | Indicación   |
|---|--|
| Métodos Anticonceptivos   | <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>  |
| Cernimiento para la violencia doméstica: personas aseguradas en edad reproductiva                                 | 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.   |
| Ácido fólico  | Para todas las mujeres 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)  |
| Diabetes Mellitus gestacional   | 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   |
| Cernimiento de gonorrea   | Cernimiento de gonorrea en personas aseguradas sexualmente activas de 24 años o menos, o mayores que tengan alto riesgo de infección   |
| Cernimiento de Hepatitis B: personas aseguradas embarazadas   | Para personas aseguradas embarazadas, cernimiento de infección del virus de Hepatitis B en la primera visita prenatal  |
| Cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH): Personas aseguradas durante su embarazo               | <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"> <li>Primera prueba de VIH durante el primer trimestre de gestación en la primera visita prenatal, y</li> <li>Segunda prueba durante el tercer trimestre de gestación (entre las 28 y 34 semanas de embarazo).</li> </ol> |
| Cernimiento de 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 Osteoporosis: personas aseguradas postmenopáusicas menores de 65 años en mayor riesgo de osteoporosis | Cernimiento para osteoporosis con prueba de densidad de hueso para prevenir fracturas osteoporóticas en personas aseguradas postmenopáusicas menores de 65 años que están en mayor riesgo de osteoporosis, según sea determinado por alguna herramienta clínica formal de evaluación de riesgo.  |

| <b>Servicio Preventivo</b>   | <b>Indicación</b>   |
|--|---|
| Cernimiento osteoporosis: personas aseguradas de 65 años o más       | Cernimiento para osteoporosis con prueba de densidad de hueso para prevenir fracturas osteoporóticas en personas aseguradas de 65 años o más.   |
| Depresión Perinatal: consejería e intervención                       | Se recomienda al personal clínico proveer consejería interventional o referir personas aseguradas en estado de embarazo o personas aseguradas luego del parto en riesgo de depresión perinatal.   |
| Prevención de preclamsia: aspirina                                   | Uso de aspirina de dosis baja (81mg/d) como medicamento preventivo después de las 12 semanas de gestación en personas aseguradas con alto riesgo de preclamsia  |
| Cernimiento de preclamsia  | Cernimiento de preclamsia para personas aseguradas durante su embarazo, con mediciones de presión arterial durante todo el embarazo   |
| Cernimiento incompatibilidad Rh(D)                                   | Pruebas del tipo de sangre Rh(D) y de anticuerpos para todas las personas aseguradas durante su embarazo en la primera consulta prenatal. Incluye repetir la prueba de anticuerpos a personas aseguradas durante su embarazo con pruebas RH(D) negativo no sensibilizado entre las 24 a 28 semanas de gestación, a menos que el padre biológico sea Rh(D) negativo.   |
| 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 y cesación de fumar en personas aseguradas embarazadas | Los médicos deben preguntar a todas las personas aseguradas durante su embarazo sobre el uso del tabaco, aconsejar detener el uso del tabaco y proveer intervenciones conductuales para el cese del mismo a las personas aseguradas que usen tabaco   |
| 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  | Realizar evaluación de riesgos o pruebas de detección según corresponda, según las recomendaciones en la edición actual de la AAP Pediatric Nutrition: Policy of the American Academy of Pediatrics (capítulo de hierro).<br>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  |
| Hipotiroidismo   | Cernimiento de hipotiroidismo congénito para recién nacidos   |
| 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.  |
| Cernimiento de depresión en adolescentes                   | 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   |
| Profilaxis ocular para gonorrea: medicamento preventivo    | Medicamento tópico ocular para la prevención de Gonorrea en recién nacidos  |
| Audición   | Cernimiento de audición para todos los recién nacidos   |
| 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  |

| Servicio Preventivo  | Indicación  |
|--|---|
| Enfermedad de célula falciforme (hemoglobinopatías)                          | Cernimiento de enfermedad de células falciformes en 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> ) |
| Historial médico   | Para todo menor de edad durante el desarrollo de 0 a 21 años  |
| Cernimiento de obesidad en menores y adolescentes                            | Para menores y adolescentes de 6 años en adelante, intervenciones intensas comprensivas de comportamiento para promover un mejoramiento en el peso del menor  |
| Salud oral   | Evaluación de riesgo para menores de 0 a 11 meses, 1 a 4 años y 5 a 10 años   |
| Cernimiento fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) en recién nacidos | Fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) en recién nacidos  |
| 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  |
| Uso de tabaco en menores y adolescentes                                      | Intervenciones, incluyendo educación y consejería, para menores en edad escolar y adolescentes para prevenir el inicio del uso de tabaco  |
| Uso de tabaco, alcohol y drogas  | Cernimiento para menores de 11 a 21 años de edad  |
| Tuberculosis   | Prueba para menores de edad en alto riesgo de tuberculosis. Edades: 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-21 años   |
| Cernimiento de visión: menores   | Cernimiento de visión, por lo menos una (1) vez, para todos los menores entre las edades de 3 y 5 años para detectar ambliopía o factores de riesgo   |
| 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.   |

## 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](http://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:

| <b>Vacunas cubiertas con \$ 0 copago</b>   |
|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Hib-HepB</b> (90748)   |
| <input type="checkbox"/> <b>ROTA- Rotavirus Vaccine</b> (90680)  |
| <input type="checkbox"/> <b>ROTA- Rotavirus Vaccine, human – Rotarix</b> (90681)   |
| <input type="checkbox"/> <b>IPV- Inactivated Poliovirus Vaccine – injectable</b> (90713)   |
| <input type="checkbox"/> <b>Hib- Haemophilus Influenza B Vaccine</b> (90647, 90648)  |
| <input type="checkbox"/> <b>Menomune- Meningococcal Polysaccharide Vaccine</b> 90733)  |
| <input type="checkbox"/> <b>MCV- Meningococcal Conjugate Vaccine – Menactra y Menveo</b> (90734)   |
| <input type="checkbox"/> <b>PPV- Pneumococcal Polysaccharide Vaccine</b> (90732)   |
| <input type="checkbox"/> <b>FLU- Influenza Virus Vaccine</b> (90630, 90653, 90654, 90655, 90656, 90657, 90658, 90661, 90662, 90673, 90674, 90685, 90686, 90687, 90688)               |
| <input type="checkbox"/> <b>PCV- Pneumococcal Conjugate Vaccine - Prevnar 13</b> (90670)   |
| <input type="checkbox"/> <b>DTaP- Diphtheria, Tetanus Toxoid and Acellular Pertussis Vaccine</b> (90700)   |
| <input type="checkbox"/> <b>DT- Diphtheria, Tetanus Toxoid</b> (90702)   |
| <input type="checkbox"/> <b>HPV*- Human Papilloma Virus (Gardasil (90649), Cervarix (90650), 9vHPV (90651))</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Tdap- Tetanus, Diphtheria and Acellular Pertussis</b> (90715)  |
| <input type="checkbox"/> <b>Zoster- Zostavax</b> (90736,90750 )  |
| <input type="checkbox"/> <b>MMR- Measles, Mumps and Rubella Vaccine</b> (90707)  |
| <input type="checkbox"/> <b>VAR- Varicella Virus Vaccine</b> (90716)   |
| <input type="checkbox"/> <b>HEP A Hepatitis A Vaccine</b> (90632, 90633, 90634)  |
| <input type="checkbox"/> <b>HEP A-HEP B Hepatitis A and Hepatitis B Vaccine</b> (90636)  |
| <input type="checkbox"/> <b>Td- Tetanus and Diphtheria Toxoid Adsorbed</b> (90714)   |
| <input type="checkbox"/> <b>HEP B- Hepatitis B Vaccine</b> (90740, 90743, 90744, 90746, 90747)   |
| <input type="checkbox"/> <b>Meningococcal B</b> (90620, 90621)   |
| <input type="checkbox"/> <b>Pentacel</b> (90698)   |
| <input type="checkbox"/> <b>DtaP-IPV-HEP B (Pediarix, 90723)</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Kinrix</b> (90696)   |
| <b>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.</b> |
| <b>Inmunoprofilaxis para el virus sincitial respiratorio (Synagis, Palivizumab 90378)- Requiere precertificación</b> 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. Favor referirse a la Tabla de Copagos y Coaseguros, incluida en la póliza.

### 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 póliza por persona asegurada
- Vasectomía

**Nota:** Los suplidos utilizados en la oficina médica de un ginecólogo para las pruebas diagnósticas 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, pruebas diagnósticas y pruebas diagnósticas especializadas

Esta póliza tiene las Redes Preferidas Selective de laboratorios clínicos, radiología e imágenes. Para una lista de las facilidades participantes, refiérase a la sección Redes Preferidas que aparece en el Directorio de Proveedores y Participantes de Triple-S Salud.

- Laboratorio clínico, pruebas genéticas **requieren precertificación**
- Rayos X
- 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 cubrirán 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, hasta una (1) por región anatómica, por persona asegurada, por año póliza
- ⊕ *Single Photon Emission Computerized Tomography*  
(SPECT)
- Sonogramas
- Mamografías, mamografías digitales y sonomamografías cuando no sean prestadas como pruebas preventivas según dispone la ley federal sino como seguimiento a un diagnóstico o tratamiento de una condición
- ⊕ 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 servicios de cada uno, por persona asegurada, por año póliza

- Endoscopias gastrointestinales
- Electroencefalogramas
- Prueba diagnóstica de polisomnografía (estudio de desórdenes del sueño), una (1) prueba de cada tipo, de por vida, por persona asegurada
- Densitometría ósea, para personas menores de 65 años de edad o cuando no es prestada como una prueba preventiva según dispone la ley federal sino como seguimiento a un diagnóstico o tratamiento de una condición
- Pruebas y procedimientos neurológicos
- Pruebas audiológicas, de función vestibular y procedimientos diagnósticos especiales
- Timpanometría, una (1) prueba por persona asegurada, por año póliza

### **Cirugías**

- Cirugías que se presten 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 cubrirán 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 si las diálisis o hemodiálisis subsiguientes están relacionadas a una 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), 2 sesiones de terapia por día, hasta un máximo de 20 sesiones por persona asegurada, por año póliza.

### **Equipo médico duradero**

- **Requiere precertificación**
- Compra 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 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.
  - Lancetas, hasta 150 por 30 días
  - Tirillas, hasta 150 por 30 días
  - Bomba de infusión de insulina y suplidors ordenados por un 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 estos 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. También 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 al 100%. Para los copagos y coaseguros de servicios médicos, tratamientos, pruebas diagnósticas y medicamentos refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros al final de esta póliza.

## **Servicios de nutrición**

- Triple-S Salud paga por los servicios de nutrición, por médicos especialistas en nutrición o enfermedades metabólicas o nutricionistas licenciados. Las visitas están cubiertas hasta un máximo de 6 visitas, por persona asegurada, por año póliza.

## **Quiroprácticos**

- Visitas al quiropráctico

## **Manipulaciones/Terapia física, Ocupacional y del Habla/Lenguaje (Habilitativa y Rehabilitativa)**

- Manipulaciones prestadas por quiroprácticos, hasta 20 por persona asegurada, por año póliza
- Terapias físicas, provistas por fisiatras (o bajo la supervisión de y facturadas por éste) o quiroprácticos, hasta 20 terapias, por persona asegurada, por año póliza
- Terapias ocupacionales y del habla/lenguaje, hasta 20 terapias, en conjunto, por persona asegurada, por año póliza

## **Cuidado visual**

- Pruebas diagnósticas en oftalmología
- Examen de refracción, 1 examen por persona asegurada, por año póliza, siempre que el examen sea hecho por un especialista en oftalmología u optometría.
- Espejuelos para 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, para la persona asegurada mayor de 21 años, hasta la cantidad establecida en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros al final de esta póliza. Refiérase 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 en la tabla de copagos y coaseguros al final de la póliza.

### **Terapias Alternativas (Triple-S Natural)**

El programa está disponible sólo a través de las facilidades participantes del Programa. Para una lista de las facilidades participantes, refiérase al Directorio de Proveedores y Participantes. Hasta 6 visitas por año póliza, por persona asegurada e incluye los siguientes tipos de terapia:

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

### **Otros servicios para el tratamiento de Desórdenes dentro del Continuo de Autismo**

Esta póliza cubre los servicios dirigidos al diagnóstico y tratamiento de las personas con Desórdenes dentro del Continuo de Autismo, sin límites, tales como:

- Exámenes neurológicos
- Inmunología
- Servicios de gastroenterología
- Pruebas genéticas
- Pruebas de laboratorio para autismo
- 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 para las pruebas genéticas.**

En cumplimiento con la Ley para el Tratamiento de Oxigenación Hiperbárica para la Personas con Trastorno de Espectro de Autismo, se cubre el tratamiento de terapias de oxigenación hiperbárica para personas con autismo cuando este sea recomendado por un facultativo médico y el tratamiento sea permitido por las leyes y regulaciones federales; y otros fines relacionados.

### **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 de la persona asegurada.

---

## SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DURANTE PERIODOS DE HOSPITALIZACIÓN

---

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

### Servicios médicos-quirúrgicos

- Cirugías, incluyendo cirugía ortognática
- Trasplante 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. La instalación de salud en que se realizará la cirugía debe contar con la acreditación del Joint Commission y una de las siguientes dos entidades: la American College of Surgeons o de la American Society for Metabolic and Bariatric Surgery. Las cirugías para la remoción de la piel excesiva están cubiertas, si el médico certifica que es necesario remover la piel en exceso, porque afecta el funcionamiento de alguna parte del cuerpo. Estos procedimientos quirúrgicos **requieren precertificación** de Triple-S Salud, según definido.
- Servicios de diagnóstico
- Tratamientos
- Administración de anestesia
- Consulta de especialistas
- Endoscopias gastrointestinales
- Servicios de esterilización
- Evaluaciones audiológicas, incluye la Prueba de Cernimiento Auditivo Neonatal
- Asistencia quirúrgica
- 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 Emergencias 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

- 
- Quimioterapia en todas sus modalidades de administración (intravenosa, oral, inyectable o intratecal) y radioterapia
  - Facilidades de 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:
    - la fecha en que la persona asegurada es elegible por primera vez a esta póliza; o
    - la fecha en que se hace la primera diálisis o hemodiálisis.

Esto aplicará si las diálisis o hemodiálisis subsiguientes están relacionadas a una 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 (habilitativas y rehabilitativas)** - 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 y su **necesidad médica debe ser certificada por escrito.**

## 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 un médico licenciado o un(a) enfermero(a) graduado(a) registrado(a) RN que dedica un horario completo a tal supervisión y su **necesidad médica deberá 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 una sala de urgencia de nuestra red de proveedores en lugar de una sala de emergencia.

En caso de que la 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 los servicios de emergencia sean provistos a un paciente por un proveedor no contratado por Triple-S, el paciente no será responsable de un pago por los servicios que exceda la cantidad aplicable, si hubiese recibido dichos servicios de un proveedor contratado por Triple-S.

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, aplica 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, 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 y urgencia en Estados Unidos**

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

Triple-S Salud cubre los servicios de emergencia y 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

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 pagará directamente al proveedor.

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 del 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 tal como por 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 para detectar, diagnosticar y tratar en etapas tempranas anomalías que puedan conducir al cáncer cervical. También cubre servicios ambulatorios para el tratamiento de cáncer 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. Además, 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 y 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 obstétricos hasta tres (3) en embarazos normales, según protocolo clínico
- Perfil Biofísico, 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 extenderán 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 Periodo Post-Parto, las admisiones de hospital en caso de un parto estarán 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. Si la madre y el recién nacido son dados de alta en un periodo menor al establecido, Triple-S Salud cubrirá una visita de seguimiento dentro de las 48 horas siguientes. Los servicios incluirán, pero no se limitarán, a la asistencia y cuidado físico para beneficio del menor, educación sobre cuidado del menor para ambos padres, asistencia y entrenamiento sobre lactancia, orientación sobre apoyo en el hogar y la realización de cualquier tratamiento y pruebas médicas, tanto para el infante como para la madre.

- 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 la madre.
- 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.

### **HOSPICIO**

Servicios prestados a través de un hospicio para personas aseguradas que hayan sido diagnosticadas con una expectativa de vida de seis (6) meses o menos como resultado de una condición terminal de salud.

**Nota:** Estos servicios **requieren una precertificación** de Triple-S Salud y deberán ser evaluados por su Programa de Manejo Individual de Casos para coordinación a través de proveedores participantes de la red.

---

## SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS

---

Esta póliza cubre los servicios de salud mental y abuso de sustancias controladas según dispuesto bajo las leyes estatales y federales, Ley Estatal 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 de acuerdo al costo de las facilidades hospitalarias. Usted se beneficia al utilizar como primera opción los hospitales preferidos ya que tienen un copago/coaseguro más bajo que los no preferidos.

### Condiciones Mentales Generales

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, provistas 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 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, provistas 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(a) 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:

- el por ciento de la tarifa para proveedores no participantes establecida por el plan local de la *Blue Cross Blue Shield Association*
- o 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 pagaría Medicare.

En ambos casos, la persona asegurada es responsable de pagar el coaseguro establecido en la cubierta para servicios en los Estados Unidos que aparece en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros al final de esta póliza.

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 siguiente 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 los 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 evidencias 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 Supreme 2020, 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 médicamente necesarios que estén asociados con la administración del medicamento.
- Es requisito presentar la tarjeta del plan de Triple-S Salud a cualquier farmacia participante al momento de solicitar los beneficios para que los mismos estén cubiertos. La farmacia participante provee, a la presentación de la tarjeta del plan y de una receta, los medicamentos cubiertos incluidos en la Lista de Medicamentos Supreme 2020 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 la póliza. Al recibir los medicamentos, la persona asegurada tiene que firmar por los servicios recibidos y presentar una segunda identificación con fotografía.
- Si su médico le recetó un medicamento no cubierto por su beneficio de farmacia, el mismo puede hacer una receta nueva con un medicamento que esté cubierto; o puede solicitar una excepción conforme a la Sección “Proceso de Excepción a la Lista de Medicamentos” de esta póliza. Esto aplica cuando la clasificación terapéutica (categoría) esté cubierta y existan otras alternativas de tratamiento.
- Una farmacia no está obligada a proveer una receta ordenada si por alguna razón, de acuerdo a su juicio profesional, no debe ser provista. Esto no aplica a decisiones tomadas por farmacias, por concepto de tarifa aplicada por Triple-S Salud.
- Las recetas expedidas por médicos en donde no estén especificadas las indicaciones para su uso, ni la cantidad del medicamento, solamente se pueden despachar para un abastecimiento de cuarenta y ocho (48) horas. Ejemplo: cuando un médico escribe en sus indicaciones: “para administrarse cuando sea necesario (PRN, por sus siglas en latín)”.

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

**Esta cubierta de farmacia tiene las siguientes características:**

- Este beneficio de farmacia utiliza una Lista de Medicamentos Supreme 2020 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 Supreme 2020 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 o si el cambio implica la inclusión de nuevos medicamentos de receta en la Lista de Medicamentos Supreme 2020.
- 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 Supreme 2020 que en su etiqueta contengan la frase «*Caution: Federal law prohibits dispensing without prescription*» (Precaución: La ley Federal prohíbe su despacho sin receta médica), insulina y algunos medicamentos *Over-the-Counter (OTC)*.
- Se cubren los servicios preventivos conforme a las leyes federales *Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA)* y la *Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA)* y según establecidos por el *United States Preventive Services Task Force (USPSTF)*. Los medicamentos clasificados como preventivos, según se detallan a continuación, se cubren con \$0 copago con receta médica si los mismos son recibidos de farmacias participantes de la red contratada por Triple-S Salud:
  - Dosis baja de aspirina (81mg) para adultos de 50 a 59 años, para prevenir el riesgo de enfermedades cardiovasculares y cáncer colorrectal.
  - Métodos anticonceptivos – Solo se cubrirán los medicamentos incluidos en la lista de Anticonceptivos en la Lista de Medicamentos Supreme 2020, 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.
- 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.
- Algunos suplementos de hierro orales para menores de 4 meses hasta los 21 años que tengan riesgo de anemia.
- Estatinas para prevenir accidentes cardiovasculares: dosis baja o moderada de estatinas para adultos entre las edades de 40 a 75 años sin historial de enfermedad cardiovascular que tengan uno o más factores de riesgo (dislipidemia, diabetes, hipertensión o fumar) y un riesgo calculado de 10 años de tener un evento cardiovascular de 10% o más. Se cubren los genéricos de simvastatin 5, 10, 20 y 40 mg; atorvastatin 10 y 20 mg, pravastatin 10, 20, 40 y 80 mg, Rosuvastatin 5 y 10 mg; Lovastatin 10, 20 y 40 mg y Fluvastatin 20 y 40 mg.
- Prevención de cáncer 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 la póliza.
- Buprenorfina
- La cantidad de medicamentos provistos conforme a una receta original está limitada a un abastecimiento de quince (15) días para medicamentos agudos y treinta (30) días para los medicamentos de mantenimiento.
- La cantidad de medicamento de mantenimiento es provista conforme a la receta original y hasta cinco (5) repeticiones, todas con abastecimiento de 30 días en un periodo de un año desde la fecha original de la receta. El médico tiene que indicar en la receta la cantidad de repeticiones.
- El abastecimiento de noventa (90) días aplica a algunos medicamentos de mantenimiento, como medicamentos para condiciones cardíacas, tiroides, diabetes, entre otros; despachados a través de los programas de Envío de Medicamentos por Correo o Despacho de Medicamentos para 90 días en Farmacias. No aplica a los Productos Especializados en los Niveles 4 y 5.
- Este beneficio de farmacia puede estar sujeto a un deducible anual (Ej. \$75 individual). Favor refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros 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. \$75 individual). Las cubiertas de farmacia pueden tener un primer nivel de cubierta (Ej. \$800 por contrato individual y \$2,100 familiar). 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. \$800 por contrato individual y \$2,100 familiar).
  - 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. \$800 por contrato individual y \$2,100 familiar).
  - 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. \$800 por contrato individual y \$2,100 familiar).
  - d. Una vez acumulada la cantidad establecida en el primer nivel de cubierta (Ej. \$800 por contrato individual y \$2,100 familiar), 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 al final de la 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 al final de esta póliza.
- Aplica \$0 copago para los medicamentos genéricos del nivel 1 durante el primer año póliza si la persona asegurada cambia de un medicamento de marca a uno genérico del Nivel 1 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.

## 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 Supreme 2020 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 Supreme 2020 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 Supreme 2020 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. Por ejemplo, para una condición del hígado debe ser un gastroenterólogo o infectólogo quien recete el medicamento *Ribavirin*. 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 Supreme 2020 hay incluidos medicamentos asociados a las iniciales AL. AL significa que estos medicamentos

tienen un límite de edad. Por ejemplo, el medicamento *Ritalin (methylphenidate)* se despacha a las personas aseguradas hasta los 18 años.

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

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

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

- Una evaluación que permite identificar necesidades particulares que el paciente pueda tener respecto al uso de su medicamento.
- Intervenciones clínicas que incluyen, entre otros:
  - o Coordinación del cuidado del paciente con su médico
  - o Educación personalizada al paciente y cuidadores de acuerdo a la condición
  - o Manejo y coordinación de pre-autorización de los medicamentos
  - o Seguimiento de signos y síntomas de la condición
  - o Seguimiento de adherencia a la terapia
  - o Utilización apropiada de medicamentos
  - o Optimización de dosis
  - o Interacciones droga-droga
  - o Manejo de efectos secundarios
  - o Coordinación de repeticiones
  - o Asistencia a través de personal especializado en su condición
  - o Facilidad de entrega de medicamentos en el lugar de preferencia del paciente
  - o Acceso a personal farmacéutico 24 horas al día, los 7 días de la semana
  - o Material educativo sobre su condición
  - o Para información sobre las farmacias participantes de la Red de Farmacias Especializadas, favor referirse al Directorio de Proveedores de Triple-S Salud, visite nuestro portal de internet en [www.ssspr.com](http://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 Supreme 2020 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 para 30 días

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

Quimioterapia oral

Programa de medicamentos *Over-The-Counter*

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

**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 persona asegurada, aplica un coaseguro.

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

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

**Programa de despacho de medicamentos a 90 días:** Este programa de suministro extendido le permite a la persona asegurada obtener un suministro de 90 días para algunos medicamentos de mantenimiento a través de sus farmacias participantes. El Programa cuenta con una red de farmacias alrededor de toda la Isla las cuales incluyen farmacias de cadenas (Walgreens, Kmart, Walmart, Sam's, Costco, Farmacias Plaza) y farmacias independientes de la comunidad.

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

### Abastecimiento para 90 días

- Nivel 1 - Medicamentos Genéricos
- Nivel 2 - Medicamentos de Marca Preferidos
- Nivel 3 - Medicamentos de Marca No Preferidos

Medicamentos de quimioterapia oral indicados médicamente para suministro extendido de 90 días\*

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

\*Favor referirse a la Lista de Medicamentos Supreme 2020

---

## **PREAUTORIZACIONES PARA MEDICAMENTOS**

---

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

El médico y las farmacias están orientados sobre los medicamentos que deben ser preautorizados. Los medicamentos que requieren una preautorización están identificados en la Lista de Medicamentos Supreme 2020 con las siglas PA en la columna a la derecha del medicamento, en cuyo caso, la farmacia gestiona la preautorización previo al despacho del medicamento.

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

---

### **PROCEDIMIENTO DE TRÁMITE DE PREAUTORIZACIONES PARA MEDICAMENTOS**

---

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

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

De no recibir la documentación solicitada en 72 horas para la evaluación del medicamento, Triple-S Salud envía una notificación a la persona asegurada solicitando el suministro de la información adicional requerida y en un plazo que no exceda cinco (5) días. La persona asegurada debe enviar la información solicitada por fax, identificando la misma con su número de contrato.

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

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

---

## BENEFICIOS DENTALES

---

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

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

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

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

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

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

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

**Aplica \$0 copago para los siguientes servicios:**

**Servicios Diagnósticos y Preventivos**

1. Evaluación comprensiva inicial (evaluación inicial en pacientes nuevos), hasta una (1) cada tres 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. Las radiografías periapicales individuales se cubren hasta seis (6) por año póliza, por persona asegurada.
4. Imágenes radiográficas de mordida “*bitewings*” (una; dos) hasta un (1) par por año póliza por persona asegurada
5. Aplicación (tópica) de barniz de fluoruro a menores de 5 años de edad, hasta dos (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 dos (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 dos (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 encargarán 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, responsabilidad del patrono, 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 o cualquier 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 o 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 (sólo para autismo), quiroprácticos y otros especificados en esta póliza.
7. Gastos por exámenes físicos requeridos por el patrono del empleado asegurado.
8. Reembolso 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.
9. Gastos por servicios prestados por médicos, hospitales, laboratorios y otros proveedores no participantes en Puerto Rico, excepto para espejuelos o lentes de contacto para asegurados mayores de 21 años y en caso de emergencia que se cubren de acuerdo a lo requerido por ley y según dispone esta póliza.
10. Gastos por servicios recibidos cubiertos sin una precertificación de Triple-S Salud cuando la misma es requerida, excepto en casos de emergencia, según lo establece la póliza.
11. 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.
12. Gastos o servicios por procedimientos médicos nuevos o medicamentos nuevos no considerados experimentales o investigativos, excepto que sean requeridos por ley estatal o federal. Tampoco 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 costo 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.

13. Gastos por cirugías cosméticas o de embellecimiento, tratamientos para corregir defectos de apariencia física, excepto cuidado y tratamiento de anomalías y defectos congénitos para los recién nacidos, recién adoptados o colocados para adopción, mamoplastias o reconstrucción de cirugía plástica del seno para reducción o aumento de su tamaño, excepto la mamoplastia y reconstrucción luego de una mastectomía por cáncer de seno), septoplastia, rinoseptoplastia, blefaroplastia, intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos cuyo propósito sea el control de la obesidad, excepto el tratamiento para la obesidad mórbida y 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, abdominoplastia y ritidectomía abdominal e inyecciones de soluciones esclerosantes en venas varicosas de las piernas. Además, se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas a éstas, independientemente si existe o no justificación médica para el procedimiento.
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) Además, 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 o por inhalación administrada 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. Servicios necesarios para corregir la dimensión vertical u oclusión, remoción de exostosis (toros mandibulares o maxilares, etc.).
22. Gastos por los materiales 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. 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.
26. Servicios prestados en Centros de Cirugía Ambulatoria para procedimientos que puedan hacerse en la oficina del médico.
27. Hospitalizaciones por motivo de servicios o procedimientos que puedan practicarse en forma ambulatoria.
28. 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 sea provisto por un proveedor participante, coordinación de servicios a empleados que deban ser realizados por el patrono o la entidad responsable de administrar el programa, entre otros. Además, 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.

29. 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.
30. Pruebas de laboratorio que no están codificadas en el Manual del Laboratorio, así como las consideradas experimentales o investigativas no se reconocen para pago por Triple-S Salud.
31. Inmunizaciones para propósitos de viajes o contra peligros y riesgos ocupacionales.
32. Gastos por servicios prestados por ambulancia marítima. Además, gastos por servicios prestados por una ambulancia aérea, excepto cuando el traslado sea dentro de Puerto Rico.
33. Servicios prestados por facilidades de Tratamiento Residencial fuera de Puerto Rico, sin justificación médica y sin precertificación para el tratamiento.
34. Gastos ocasionados por motivo de trasplantes de órganos y tejidos (excepto córnea, injerto de piel y hueso) así como las hospitalizaciones, complicaciones, quimioterapias y medicamentos inmunosupresores relacionados al trasplante.
35. Gastos por remoción de *skin tags*, reparación de ptosis e inyección en tendón/puntos de gatillo.
36. Gastos por pruebas de laboratorios de *heavy metals*; dopaje; *HLA Typing* y pruebas de paternidad.
37. Gastos por servicios prestados por enfermeras especiales.
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. Servicios preventivos prestados por proveedores fuera de Puerto Rico.
40. Hormonas de crecimiento y todo tratamiento relacionado.
41. 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.
42. Pruebas genéticas realizadas con el propósito de ofrecer consejería genética (Offspring o planificación familiar)
43. Gastos o servicios realizados con una nueva tecnología médica, incluyendo medicamentos de la cubierta básica, independientemente de necesidad médica o de aprobación por agencias reguladoras tales como FDA.
44. Complicaciones relacionadas a perforaciones en el cuerpo (piercing/tatuaje) y cualquier otro procedimiento relacionado.
45. 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.

---

## EXCLUSIONES DEL BENEFICIO DE FARMACIA

---

### EXCLUSIONES

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 dosis bajas de aspirina (81mg) para personas aseguradas entre 50 a 59 años de edad.
2. Cargos por instrumentos artificiales, agujas hipodérmicas, jeringuillas, tirillas, lancetas, medidores de glucosa en la orina o sangre 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, efformitine, finasteride, monobenzone, dihydroxyacetone y bimatropst).
  - 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 (phyrithione zinc 1%, glycolic acid, seleniusulfide, sulfacetamine sodium), lociones y jabones, tratamientos de alopecia (calvicie) como Rogaine® (minoxidil topical soln, fanasteride)
  - d. Medicamentos para el dolor Nubain® y Stadol®.
  - e. Productos para el control de la obesidad y otros medicamentos utilizados en este tratamiento (benzphetamine, diethylpropion, lorcaserin, orlistat, liraglutide phendimetrazine, phentermine, sibutramine, naltrexone-bupropion y mazindol).
  - f. Productos dietéticos (Foltx®, Metans®, Folbalin Plus® y Cerefolin®)
  - g. Medicamentos para el tratamiento de infertilidad (follitropin, clomiphene, menotropins, urofollitropin, ganirelix, cetorelix acetate progesterone vaginal insert), y fertilidad
  - h. Impotencia (tadalafil, alprostadil, vardefanil, sildefanil, yohimbine, avanafil)
  - i. Implantes
  - j. Implante 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, encefalitis, 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 en la Póliza PG TS Óptimo Plus v-17
  - o. Productos utilizados como vitaminas y suplementos nutricionales para uso oral (*Dextrose, Lyposyn, Fructose, Alanicem, L-Carnitine, Tryptophan, Cardiovid Plus, Glutamine*), excepto algunas dosis de ácido fólico para las personas aseguradas en conformidad a la regulación *Group Health Plans and Health Insurance Issuers Relating to Coverage of Preventive Services under the Patient Protection and Affordable Care Act*.
  - p. Vitaminas orales: (niacina, ácido ascórbico, tiamina, riboflavina, vitamina E, piridoxina, dihidrotaquisterol, múltiples vitaminas con minerales, múltiples vitaminas con hierro, múltiples vitaminas con calcio, complejo de vitamina B - biotina - D - ácido fólico, complejo vitamina B con vitamina C, flavonoides bioflavonoides) excepto las prenatales, ácido fólico que están cubiertas y las inyectables.
  - q. Hormonas de Crecimiento (*somatropin, somatrem, tesamorelin acetate*)
  - r. Productos para el cuidado de heridas (collagen, dressing, silver pad, balsam, bismuth tribromophenate, wound cleansers or dressings, dimethicone-allatoin)
  - s. Las mezclas de dos (2) o más medicamentos que existen por separado o las formulaciones extemporáneas.
  - t. Agentes esclerosantes (talco intrapleurar, 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 este endoso. 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 este endoso.
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 Supreme 2020. 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 Supreme 2020 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 intrapleural (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), Imyigic (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 LOS BENEFICIOS DENTALES

---

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

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

1. Todo servicio no incluido como servicio cubierto en la descripción de esta cubierta.
2. Servicios para las reconstrucciones orales totales (*Full-Mouth Reconstruction*).
3. Servicios dentales restaurativos, 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).

## PREGUNTAS Y QUEJAS

Si interesa obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o dudas, comuníquese con nosotros. Todos los formularios para ejercer sus derechos están disponibles en [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com).

Si entiende que nosotros o alguno de nuestros socios de negocio ha incurrido en alguna infracción de sus derechos de privacidad, o está en desacuerdo con alguna decisión nuestra sobre el acceso a su información de salud, usted entiende derecho a presentar su queja en la dirección a continuación:

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

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

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

Email to [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)

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

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

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

---

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

---

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

Triple-S Salud, Inc.

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

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

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

**Representante de Servicio**

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

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

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

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

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

---

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

請撥打您 ID 卡上的客服號碼以尋求中文協助。

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

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

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

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

بطاقة لى لامودوج لاعم لاء دخمة برؤم انلص  
الغربية نغلاب اسملاعة نلص للصحوول  
هو بنك

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

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

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

Aby uzyskać pomoc w języku polskim, należy zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer podany na identyfikatorze. 日本語でのサポートは、IDカードに記載のカスタマーサービス番号までお電話でお問い合わせください。

Per assistenza in italiano chiamate il numero del servizio clienti riportato nella vostra scheda identificativa. Rufen Sie den Kundendienst unter der Nummer auf Ihrer ID-Karte an, um Hilfestellung in deutscher Sprache zu erhalten.

دیرنگب ناماس است دشه درج شم ا شزاییلسی تراک وری بر هک شمپنزی دخمتات شماره با ، انرسی زبان هب ارهیا منی دریافت باری

COM\_2017\_010\_S

TSS-COMP-0777-2018-A

**TABLA DE DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS**

La persona asegurada pagará los siguientes copagos o coaseguros a los médicos, proveedores o facilidades participantes al momento de recibir los servicios cubiertos como su aportación al costo de los servicios que recibe.

**PLATA**

|   | Acceso Óptimo |               |                                      |
|---|---------------|---------------|--------------------------------------|
|   | SALUS         | Red Preferida | Otros Proveedores Red Triple-S Salud |
| Visitas a generalista   | \$0.00        | No aplica     | \$18.00                              |
| Visitas a especialistas   | \$0.00        | \$10.00       | \$20.00                              |
| Visitas a subespecialistas  | \$0.00        | \$15.00       | \$25.00                              |
| Visitas a audiólogos  | \$0.00        | \$10.00       | \$20.00                              |
| Visitas a optómetras  | \$0.00        | \$10.00       | \$20.00                              |
| Visitas a podiatras, incluyendo cuidado rutinario   | \$0.00        | \$10.00       | \$20.00                              |
| Teleconsulta MD® (visita virtual)   |               | \$10.00       |                                      |
| Servicios preventivos cubiertos por ley local o federal, incluyendo visita anual preventiva, densitometría ósea, mamografías, mamografías digitales y sonomamografías. Usted puede acceder estos servicios a través de los Centros Preventivos participantes o los proveedores participantes incluidos en el Directorio | \$0.00        | \$0.00        | \$0.00                               |
| Servicios médicos en el hogar de la persona asegurada por médicos que presten este servicio   | No aplica     | \$15.00       | \$15.00                              |
| Inyecciones intrarticulares   | \$0.00        | \$0.00        | \$0.00                               |
| Sala de emergencias:  |               |               |                                      |
| <input type="checkbox"/> enfermedad o accidente   | No aplica     | \$75.00       | \$75.00                              |
| <input type="checkbox"/> Teleconsulta   |               | \$50.00       | \$50.00                              |
| Sala de urgencia  | \$15.00       | \$15.00       | \$15.00                              |
| Criocirugía del cuello uterino  | No aplica     | 20%           | 50%                                  |
| Servicios de esterilización para la mujer   | No aplica     | \$0           | \$0                                  |
| Vasectomía  | No aplica     | 20%           | 50%                                  |
| Vacunas preventivas   | \$0.00        | \$0.00        | \$0.00                               |
| Inmunoprofilaxis para el virus sincitial respiratorio ( <i>Synagis; palivizumab</i> )   | No aplica     | 40%           | 40%                                  |
| Laboratorios (Redes Selective)  | 30%           | 40%           | No aplica                            |
| Rayos X (Redes Selective)   | \$0.00        | 40%           | No aplica                            |
| Pruebas diagnósticas  | 30%           | 40%           | 40%                                  |
| Pruebas diagnósticas especializadas e imágenes (Redes Selective)  | 30%           | 40%           | No aplica                            |

|  | Acceso Óptimo |               |                                      |
|--|---------------|---------------|--------------------------------------|
|  | SALUS         | Red Preferida | Otros Proveedores Red Triple-S Salud |
| PET Scan y PET CT  | N/A           | 40%           | N/A                                  |
| Exámenes pélvicos y todos los tipos de citología vaginal que puedan ser requeridos para detectar, diagnosticar y tratar en etapas tempranas anomalías que puedan conducir al cáncer cervical | \$0.00        | \$0.00        | \$0.00                               |
| Cirugías que se presenten de forma ambulatoria   | No aplica     | 20%           | 50%                                  |
| Perfil Biofísico   | No aplica     | 50%           | 80%                                  |
| Visitas preventivas <i>well-baby care</i>  | \$0.00        | \$0.00        | \$0.00                               |
| Pruebas de alergia   | No aplica     | \$0.00        | \$0.00                               |
| Quimioterapia en sus métodos de administración (intravenosa, oral, inyectable o intratecal), radioterapia y cobalto  | No aplica     | 10%           | 10%                                  |
| Diálisis y Hemodiálisis  | No aplica     | 25%           | 50%                                  |
| Terapia respiratoria (administrada en la oficina del médico)   | \$0.00        | \$10.00       | 60%                                  |
| Equipo Médico Duradero, incluyendo glucómetro, tirillas, lancetas, bomba de infusión de insulina y suplidos para menores de 21 años con Diabetes Mellitus Tipo 1                             | No aplica     | 50%           | 50%                                  |
| Ventilador mecánico, suplidos y terapias (respiratorias, físicas y ocupacionales)  | No aplica     | 50%           | 50%                                  |
| Servicios post-hospitalarios provistos a través de una Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar   | No aplica     | 25%           | 50%                                  |
| Hospicio   | No aplica     | No aplica     | \$0.00                               |
| Servicios de nutrición   | \$0.00        | No aplica     | \$20.00                              |
| Visitas al quiropráctico y manipulaciones  | No aplica     | No aplica     | 60%                                  |
| Terapia física, ocupacional y del habla/lenguaje (Habilitativa y Rehabilitativa)   | No aplica     | \$10.00       | 60%                                  |
| <b>Cuidado visual</b>  |               |               |                                      |
| <input type="checkbox"/> Pruebas diagnósticas en oftalmología  | 30%           | 40%           | 40%                                  |
| <input type="checkbox"/> Examen de refracción  | \$0.00        | \$0.00        | 50%                                  |
| <input type="checkbox"/> Espejuelos para personas aseguradas hasta los 21 años, incluso  | No aplica     | \$0.00        | \$0.00                               |
| <input type="checkbox"/> Espejuelos o lentes de contacto para personas aseguradas mayores de 21 años, hasta un máximo de \$75.00 por año póliza.   | No aplica     | \$0.00        | \$0.00                               |

|  | <b>Acceso Óptimo</b> |                      |   |
|--|----------------------|----------------------|---|
|  | <b>SALUS</b>         | <b>Red Preferida</b> | <b>Otros Proveedores Red Triple-S Salud</b> |
| Terapias Alternativas (Triple-S Natural)   | No aplica            | No aplica            | \$15.00 por cada visita                     |
| Cernimiento médico y pruebas de cernimiento para la detección de la condición de autismo como parte de los servicios preventivos | \$0.00               | \$0.00               | \$0.00                                      |
| Otros servicios para el tratamiento de Desórdenes dentro del Continuo de Autismo   |                      |                      |   |
| <input type="checkbox"/> Exámenes neurológicos   | 30%                  | 40%                  | 40% No aplica                               |
| <input type="checkbox"/> Inmunología   | 30%                  | 40%                  | 40% No aplica                               |
| <input type="checkbox"/> Pruebas genéticas   | 30%                  | 40%                  | 40% No aplica                               |
| <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio para autismo   | 30%                  | 40%                  | 40% aplica                                  |
| <input type="checkbox"/> Servicios de gastroenterología  | 30%                  | 40% No aplica        | 40%   |
| <input type="checkbox"/> Servicios de nutrición  | \$0.00               | aplica               | \$20.00                                     |
| <input type="checkbox"/> Terapia física, ocupacional y del habla/lenguaje  | No aplica            | \$10.00              | 60%   |
| <input type="checkbox"/> Visitas al psiquiatra o trabajador social   | No aplica            | \$10.00              | \$20.00                                     |
| <input type="checkbox"/> Visitas al psicólogo  | \$0.00               | \$10.00              | \$20.00                                     |
| <b>SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DURANTE PERIODOS DE HOSPITALIZACIÓN</b>  |                      |                      |   |
| <input type="checkbox"/> Cirugías, incluyendo cirugía ortognática  | No aplica            | \$0.00               | \$0.00                                      |
| <input type="checkbox"/> Trasplante de córnea, injerto de piel y hueso   |                      |                      |   |
| <input type="checkbox"/> Cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía   |                      |                      |   |
| Cirugía bariátrica   | No aplica            | \$100.00             | \$200.00                                    |
| <input type="checkbox"/> Servicios de diagnóstico  | No aplica            | \$0.00               | \$0.00                                      |
| <input type="checkbox"/> Tratamientos  |                      |                      |   |
| <input type="checkbox"/> Administración de anestesia   |                      |                      |   |
| <input type="checkbox"/> Consulta de especialistas   |                      |                      |   |
| <input type="checkbox"/> Endoscopias gastrointestinales  |                      |                      |   |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones audiológicas, incluye la Prueba de Cernimiento Auditivo Neonatal                           |                      |                      |   |
| Quimioterapia en todas sus modalidades de administración (intravenosa, oral, inyectable o intratecal), radioterapia y cobalto    | No aplica            | 10%                  | 10%   |
| Asistencia quirúrgica  | No aplica            | 25%                  | 50%   |
| Pruebas cardiovasculares invasivas   | No aplica            | 30%                  | 40%   |
| Litotricia (ESWL)  | No aplica            | 30%                  | 40%   |

|  | Acceso Óptimo |               |                                      |
|--|---------------|---------------|--------------------------------------|
|  | SALUS         | Red Preferida | Otros Proveedores Red Triple-S Salud |
|  |               |               |                                      |
| <b>SERVICIOS PROVISTOS POR UN HOSPITAL U OTRA FACILIDAD Y SERVICIOS DE AMBULANCIA</b>  |               |               |                                      |
| <input type="checkbox"/> Habitación semiprivada o de aislamiento para hospitalizaciones regulares y maternidad   | No aplica     | \$100.00      | \$450.00                             |
| <input type="checkbox"/> Comidas y dietas especiales<br><input type="checkbox"/> Uso de servicio de telemetría<br><input type="checkbox"/> Uso de Sala de Recuperación<br><input type="checkbox"/> Uso de Unidad de Cuidado Intermedio para infantes ( <i>Step-down Unit</i> )<br><input type="checkbox"/> Uso de las Unidades de Cuidado Intensivo, Cuidado Coronario, Cuidado Intensivo de Pediatría y Cuidado Intensivo de Neonatología<br><input type="checkbox"/> Servicio general de enfermería<br><input type="checkbox"/> Administración de anestesia por personal no médico<br><input type="checkbox"/> Servicios de laboratorio clínico<br><input type="checkbox"/> Medicinas, productos biológicos, materiales para curaciones, productos de hiperalimentación y materiales de anestesia<br><input type="checkbox"/> Producción de electrocardiogramas<br><input type="checkbox"/> Producción de estudios radiológicos<br><input type="checkbox"/> Servicios de terapia física (habilitativa y rehabilitativa)<br><input type="checkbox"/> Uso de los servicios de médicos en adiestramiento, internos y residentes del hospital autorizados para prestar servicios médicos a pacientes<br><input type="checkbox"/> Servicios de terapia respiratoria<br><input type="checkbox"/> Uso de Sala de Emergencias cuando la persona asegurada sea admitida al hospital<br><input type="checkbox"/> Uso de otras facilidades, servicios, equipos y materiales<br><input type="checkbox"/> Sangre para transfusiones | No aplica     | \$0.00        | \$0.00                               |
| Quimioterapia en todas sus modalidades de administración (intravenosa, oral, inyectable o intratecal), radioterapia y cobalto  | No aplica     | 10%           | 10%                                  |
| Diálisis y Hemodiálisis  | No aplica     | 25%           | 50%                                  |

|   | <b>Acceso Óptimo</b> |                      |  |
|---|----------------------|----------------------|--|
|   | <b>SALUS</b>         | <b>Red Preferida</b> | <b>Otros Proveedores Red Triple-S Salud</b>  |
| Litotricia (ESWL)   | No aplica            | 30%                  | 40%  |
| Centro de Cirugía Ambulatoria   | No aplica            | \$150.00             | \$450.00   |
| Servicios post-hospitalarios a través de una Unidad de Cuidado de Enfermería Diestra                              | No aplica            | \$150.00             | \$250.00   |
| Servicio de ambulancia aérea en Puerto Rico   | No aplica            | No aplica            | \$0.00   |
| Servicio de ambulancia terrestre  | No aplica            | No aplica            | \$0 en casos de emergencia<br>En casos que no sean emergencia, la persona asegurada paga el costo total y Triple-S Salud le reembolsa hasta un máximo de \$80.00 por caso. |
| <b>SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS (DROGADICCIÓN Y ALCOHOLISMO)</b>                                |                      |                      |  |
| Hospitalizaciones por condiciones mentales<br>Hospitalizaciones regulares, incluyendo servicios de detoxificación | No aplica            | \$100.00             | \$450.00   |
| Hospitalizaciones parciales   | No aplica            | \$50.00              | \$100.00   |
| Terapias electroconvulsivas por condiciones mentales  | No aplica            | \$0.00               | \$0.00   |
| Visitas a la oficina del psiquiatra   | No aplica            | \$10.00              | \$20.00  |
| Visitas a la oficina del psicólogo  | \$0.00               | \$10.00              | \$20.00  |
| Visitas colaterales (familiares inmediatos)   | \$0.00               | \$10.00              | \$20.00  |
| Visitas para terapia de grupo   | No aplica            | \$10.00 por terapia  | \$20.00 por terapia  |
| Evaluación psicológica  | \$0.00               | \$10.00              | \$20.00  |
| Pruebas psicológicas  | \$0.00               | \$10.00              | \$20.00  |
| Tratamiento residencial   | No aplica            | \$150.00             | \$250.00   |

---

**CUBIERTA AMPLIADA EN LOS ESTADOS UNIDOS**

---

|  | <b>Acceso Óptimo</b> |
|--|----------------------|
| <b>Cubierta Ampliada en los Estados Unidos</b> | 60%                  |

## BENEFICIOS DE FARMACIA

|   | Acceso Óptimo       |               |                                      |
|---|---------------------|---------------|--------------------------------------|
|   | SALUS               | Red Preferida | Otros Proveedores Red Triple-S Salud |
| <b>Lista de Medicamentos Supreme 2020</b>   |                     |               |                                      |
| <b>Deducible anual</b><br>Nota: No aplica a los medicamentos clasificados como preventivos por ley federal        | \$50.00 por persona |               |                                      |
| <b>Primer Nivel de Cubierta</b>   | \$700 por persona   |               |                                      |
| <b>Copagos para 30 días</b>   |                     |               |                                      |
| Nivel 1 – Medicamentos Genéricos  | \$5.00              |               |                                      |
| Nivel 2 – Medicamentos de Marca Preferidos  | 40%                 |               |                                      |
| Nivel 3 – Medicamentos de Marca No Preferidos   | 50%                 |               |                                      |
| Nivel 4 – Productos Especializados Preferidos   | 60%                 |               |                                      |
| Nivel 5 – Productos Especializados No Preferidos  | 60%                 |               |                                      |
| Quimioterapia oral  | 10%                 |               |                                      |
| Programa de medicamentos <i>Over The Counter</i>  | \$0.00              |               |                                      |
| Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico | \$0.00              |               |                                      |
| Coaseguro luego del primer nivel de cubierta  | 90%                 |               |                                      |
| <b>Copagos para 90 días</b>   |                     |               |                                      |
| Nivel 1 – Medicamentos Genéricos  | \$10.00             |               |                                      |
| Nivel 2 – Medicamentos de Marca Preferidos  | 30%                 |               |                                      |
| Nivel 3 – Medicamentos de Marca No Preferidos   | 38%                 |               |                                      |
| Nivel 4 – Productos Especializados Preferidos   | No aplica           |               |                                      |
| Nivel 5 – Productos Especializados No Preferidos  | No aplica           |               |                                      |
| Medicamentos de Quimioterapia oral que sean indicados médicamente para suplido extendido de 90 días*              | 10%                 |               |                                      |
| Programa de medicamentos <i>Over The Counter</i>  | No aplica           |               |                                      |
| Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico | \$0.00              |               |                                      |
| Coaseguro luego del primer nivel de cubierta  | 90%                 |               |                                      |

\*Favor de referirse a la Lista de Medicamentos Supreme 2020.

## BENEFICIOS DENTALES

|   | Acceso Óptimo |
|---|---------------|
| <b>Servicios Diagnósticos y Preventivos</b> | \$0.00        |