

**Cubierta de Servicios Preventivos**

**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. Además, el menor de edad tiene disponible los siguientes servicios de acuerdo a la edad y otras guías establecidas según se indican a continuación:

<b>Servicio Preventivo</b>	<b>Indicación</b>
Uso de alcohol y drogas	Evaluación para identificar el uso de alcohol y drogas
Cernimiento de Autismo	Para menores de edad entre los 12 y 36 meses.
Evaluación de salud conductual	Menores de edad: 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15 a 17 años
Cernimiento de presión sanguínea	Menores de edad: 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15 a 17 años
Desplazamiento cervical	Cernimiento para menores de edad sexualmente activos
Hipotiroidismo congénito	Cernimiento para recién nacidos
<b>Servicio Preventivo</b>	<b>Indicación</b>
Cernimiento de Depresión en adolescentes	Cernimiento para desórdenes de depresión en adolescentes de 12-18 años para establecer un sistema que pueda diagnosticar adecuadamente el tratamiento necesario, incluyendo sicoterapias y visitas de seguimiento
Cernimiento de desarrollo	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, 15-17 años
Prevención de caries dentales: Suplementos orales de fluoruro	Suplementos Orales de Fluoruro –Pre-escolares de seis (6) meses hasta los cinco (5) años de edad.
Gonorrea	Medicamento preventivo para los ojos de los recién nacidos
Cernimiento auditivo	Cernimiento Auditivo Neonatal Universal
Cernimiento de crecimiento de estatura, peso y masa de índice corporal	Cernimiento para las siguientes edades: 0-11 meses, 1-4 años, 5- 10 años, 11-14 años, 15-17 años
Hematocritos o hemoglobina	Cernimiento para menores de edad
Enfermedad de células falciformes	Cernimiento para recién nacidos
Prueba de cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Cernimiento para adolescentes de alto riesgo
Suplementos de hierro	Para infantes en edades de 6 a 12 meses a riesgo de anemia
Cernimiento de plomo	Cernimiento a menores de edad de 1 a 5 años con alta concentración de plomo en la sangre, independientemente que tengan o no alto riesgo, y cernimiento a personas aseguradas durante su embarazo
Historial médico	Para todo menor de edad durante el desarrollo: Edades 0-11 meses, 1-4 años, 5-10 años, 11-14 años, 15-17 años

Obesidad	Cernimiento de obesidad para menores de edad de 6 años en adelante y consejería comprensiva, intervenciones intensas de comportamiento para promover mejoramiento en el peso del menor
Salud oral	Evaluación de riesgo para recién nacidos hasta los 10 años de edad
Fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)	Cernimiento en recién nacidos para desórdenes genéticos
Enfermedad de transmisión sexual	Consejería de prevención y cernimiento para adolescentes a riesgo
Tuberculina	Prueba de tuberculina para menores de edad a riesgo de tuberculosis de 0 a 17 años de edad
Visión	Cernimiento de visión por lo menos una (1) vez entre las edades de 3 y 5 años de edad para detectar ambliopía y sus riesgos.
Cáncer de la piel	Consejería a menores de edad, adolescentes y adultos jóvenes entre 10 a 24 años que tienen piel clara para minimizar su exposición a la radiación ultravioleta y reducir el riesgo de cáncer de piel
Cernimiento de comportamiento	Para menores de edad de todas las edades
Uso de tabaco	Intervenciones, incluyendo educación y consejería, para menores de edad y adolescentes para cesar el uso de tabaco.

## SERVICIOS PREVENTIVOS PARA ADULTOS

Servicio Preventivo	Indicación
Cernimiento de la aneurisma abdominal aórtica (AAA)	Un (1) servicio por ultrasonografía para el cernimiento de la AAA en asegurados de 65 a 75 años de edad que sean fumadores o hayan sido fumadores en algún momento
Abuso del alcohol	Cernimiento y consejería sobre abuso de alcohol
Consejería y suplido de aspirina para prevenir el riesgo de enfermedades cardiovasculares y cáncer colorectal.	Para adultos entre las edades de 50 a 59 años como prevención primaria de enfermedades cardiovasculares y cáncer colorectal.
Cernimiento de hipertensión (HBP)	Cernimiento de hipertensión para adultos de 18 años en adelante.
Cernimiento colesterol	Cernimiento de colesterol o trastorno de lípidos para hombres entre las edades de 20 a 35 años, si están en alto riesgo de enfermedad cardiovascular coronaria; hombres de 35 años de edad o mayores; mujeres de 20 a 45 años y de 45 años de edad o mayores, si están en alto riesgo de enfermedad cardiovascular coronaria
Cernimiento de cáncer colorectal	Prueba de sangre oculta para cernimiento de cáncer colorectal; sigmoidoscopia o colonoscopia en adultos comenzando a la edad de 50 años hasta la edad de 75 años
Cernimiento de depresión	Evaluación para cernimiento de depresión. Aplica a adultos que piensan que están deprimidos, incluyendo personas aseguradas durante su embarazo o post-parto. El cernimiento debe implementar sistemas adecuados de diagnóstico, tratamiento efectivo y visitas de seguimiento adecuado.
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. Incluyendo asesoría conductual intensiva para promover una dieta saludable y actividad física.
Dieta	Consejería para adultos a riesgo de enfermedades crónicas
Prueba de cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Cernimiento de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) para adultos hasta los 65 años y mayores que estén en alto riesgo.
Obesidad	Consejería y cernimiento para todos los adultos. Los médicos podrán ofrecer o referir pacientes a intervenciones conductuales intensivas de múltiples componentes, a esos pacientes que tengan un Índice de Masa Corporal, (BMI por sus siglas en inglés), de 30kg/m <sup>2</sup> o más
Enfermedades de transmisión sexual	Consejería conductual alta-intensa para prevenir enfermedades de transmisión sexual para adolescentes y adultos sexualmente activos con un riesgo alto de contraer enfermedades asociadas

<b>Servicio Preventivo</b>	<b>Indicación</b>
Uso de tabaco	Cernimiento para todos los adultos e intervenciones para cesar el uso de tabaco. Para aquellos que utilizan los productos para cesar el uso de tabaco, este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) por noventa (90) días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año.
Sífilis	Cernimiento de sífilis en adultos de alto riesgo.
Bacteriuria (o infección en el tracto urinario)	Cernimiento para personas aseguradas durante su embarazo que muestren síntomas de bacteria en cultivo de orina, entre las 12 a 16 semanas de embarazo, o en la primera visita prenatal, si es luego de ese término de embarazo.
Virus de la Hepatitis B	Cernimiento para adultos con alto riesgo de infección.
Cáncer del pulmón	Cernimiento anual para cáncer del pulmón a través de tomografía computadorizada para adultos entre las edades de 55 a 80 años con historial de fumador de 30 años o más, que fuma actualmente o haya dejado de fumar durante los últimos 15 años.
Virus de la Hepatitis C	Cernimiento para adultos con alto riesgo de infección de (HVC). Recomendado para adultos nacidos entre 1945 y 1965.
Prevención de caídas y recomendación del uso de vitamina D	Cernimiento para adultos para ejercicios y terapia física para prevenir caídas en adultos de 65 años en adelante con riesgo de sufrir caídas. Se recomienda el uso de vitamina D como suplemento para prevenir el riesgo de caídas.
Dieta saludable y actividad física como prevención de enfermedades cardiovasculares	Ofrecimiento y referido de adultos con sobrepeso y obesidad para consejería conductual intensiva para promover una dieta saludable y actividad física como prevención de enfermedades cardiovasculares.

### **SERVICIOS PREVENTIVOS PARA ADULTOS, INCLUYENDO EMBARAZOS**

<b>Servicio Preventivo</b>	<b>Indicación</b>
Anemia	Cernimiento rutinario de deficiencia de hierro a personas aseguradas durante su embarazo que muestren síntomas.
BRCA	Cernimiento y consejería sobre pruebas genéticas a través de herramientas que identifiquen historial familiar de cáncer del seno, cáncer de ovario, cáncer en las trompas, o cáncer peritoneal. Luego de ser identificadas como alto riesgo a una mutación genética (BRCA1 y BRCA2), el proveedor determinará si la asegurada amerita hacerse una prueba de BRCA.

Servicio Preventivo	Indicación
Medicamentos preventivos para cáncer de seno	Orientación clínica a pacientes de alto riesgo de desarrollar cáncer de seno, que le permita decidir junto con su médico si la terapia de medicamentos es adecuada para reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad. El médico podrá prescribir medicamentos para reducir el riesgo de desarrollar cáncer de seno, como <i>tamoxifen</i> o <i>raloxifen</i> , para pacientes que se encuentran en alto riesgo de desarrollar la enfermedad y que tienen un riesgo bajo de reacciones adversas a medicamentos
Mamografía de cernimiento de cáncer de seno	Cada uno (1) o dos (2) años para asegurados mayores de 40 años, bianual para asegurados entre 50 y 75 años de edad
Discusión de medicación preventiva para cáncer de seno	Consejería para asegurados de alto riesgo
Lactancia	Apoyo y consejería a través de un proveedor adiestrado en lactancia (pediatra, ginecólogo/obstetra, médico de familia) durante el embarazo y/o en el periodo post parto. El equipo de lactancia está cubierto con orden médica luego del tercer trimestre de embarazo y hasta el primer año luego del parto. Los suplidos adicionales para una máquina de lactancia están cubiertos y el equipo está disponible a través de proveedores contratados.
Cernimiento de cáncer cervical	Cernimiento para asegurados que están sexualmente activos. Asegurados entre las edades de 21 y 65 años deben hacerse la prueba de Papanicolaou cada tres (3) años o para asegurados 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 infección de clamidia	Cernimiento para asegurados de 24 años o menos de edad, o asegurados de 25 años o más de edad que sean de alto riesgo y personas aseguradas durante su embarazo.
Métodos Anticonceptivos aprobados por la FDA	Incluye métodos hormonales, de barrera y dispositivos implantados así como la inserción y remoción de aparatos intrauterinos. El medicamento Plan B (conocida como el <i>morning after pill</i> ) estará cubierto a través de farmacias contratadas. Se requiere receta médica.
Visitas preventivas que incluyan cuidado anticonceptivo, prenatal y postnatal	Cubierto.
Cernimiento y consejería para la violencia doméstica e interpersonal	A través de la cubierta de salud mental.
Suplementos de ácido fólico	Personas aseguradas que estén planificando o sean capaces de quedar embarazadas.
Pruebas de cernimiento de diabetes gestacional	Para personas aseguradas durante su embarazo entre las 24 y 28 semanas de gestación y en la primera visita prenatal para asegurados identificados con alto riesgo de diabetes.
Gonorrea	Cernimiento de infección de gonorrea para asegurados sexualmente activos, personas aseguradas durante su embarazo si contienen factores de riesgo a infección (por ejemplo, si son jóvenes o si contienen otros factores individuales o comunitarios de riesgo).

<b>Servicio Preventivo</b>	<b>Indicación</b>
Virus de la Hepatitis B	Cernimiento para personas aseguradas durante su embarazo.
Consejería y prueba de cernimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Cubierto para todo asegurado sexualmente activo.  Según la orden administrativa Núm. 307 de 14 de agosto de 2013 del Departamento de Salud de Puerto Rico, se realizará la prueba a las personas aseguradas durante su embarazo de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Primera prueba de VIH durante el primer trimestre de gestación o en la primera visita prenatal.</li> <li>b. Segunda prueba durante el tercer trimestre de gestación (entre las 28 y 34 semanas de embarazo).</li> </ul>
Prueba de alto riesgo del virus del Papiloma Humano ( <i>Human Papilloma</i> ) (Prueba de DNA)	Aplica a asegurados con resultados normales de citología. Esta prueba de cernimiento debe realizarse a partir de los 30 años de edad, con una frecuencia de cada tres (3) años.
Osteoporosis	Cernimiento para osteoporosis para asegurados de 65 años de edad o mayores y en más jóvenes cuyo riesgo de fracturas es igual o mayor al de un asegurado de raza blanca de 65 años que no tenga riesgos adicionales.
Clasificación de grupo sanguíneo - factor Rh(D)	Cernimiento del tipo de sangre Rh (D) y de anticuerpos para todas las personas aseguradas durante su embarazo durante la primera consulta prenatal. Asimismo, el USPSTF recomienda repetir la prueba de anticuerpos a las personas aseguradas durante su embarazo con pruebas RH (D) negativo no sensibilidad entre las semanas 24 a 28 de embarazo, a menos que el padre biológico es conocido por ser Rh.(D) negativo.
Uso de tabaco (personas aseguradas durante su embarazo)	Cernimiento e intervenciones para asegurados usuarios de tabaco e intervenciones extendidas para las personas aseguradas durante su embarazo que utilizan tabaco
Enfermedades de transmisión sexual	Consejería anual para asegurados sexualmente activos.
Sífilis	Cernimiento para todas las personas aseguradas durante su embarazo u otros asegurados de alto riesgo.
Visitas preventivas para asegurados	Visita anual preventiva para obtener los servicios preventivos recomendados y visitas adicionales de ser necesarias para obtener estos servicios, dependiendo del estado y necesidades de salud del asegurado y otros factores de riesgo.
Prevención de preclamsia	Uso de aspirina de baja dosis como preventivo para personas aseguradas durante su embarazo con 12 semanas de gestación con riesgo de preclamsia.

Vacunas. Para información específica de la cubierta, favor referirse a la sección de Vacunas al final de la sección de Servicios Médico-Quirúrgicos y Diagnósticos en Forma Ambulatoria.

Para más información sobre los servicios preventivos cubiertos, puede acceder el siguiente enlace: <http://www.healthcare.gov/center/regulations/prevention.html>.

Esta póliza, además, cubre la visita anual preventiva, las pruebas de cernimiento preventivo y vacunas establecidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), según lo dispone la ley 218 de 30 de agosto de 2012 y según recomendado por el *Advisory Committee on Immunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention* y el Comité Asesor en Prácticas de Inmunización del Departamento de Salud de Puerto Rico. Estas incluyen los servicios preventivos y vacunas requeridas según lo indica la Tabla de Beneficios, así como las siguientes pruebas o servicios:

- Vacuna contra la Influenza, sin límite de edad
- Vacuna contra la Hepatitis B, sin límite de edad

Esta póliza cumple con los requisitos de la Ley Núm. 239 de 13 de septiembre de 2012 para que los servicios cubiertos según detallados en esta póliza puedan ser ofrecidos a través de profesionales de la psicología capacitados por educación a nivel de maestría o doctorado, adiestramientos y de experiencia para ofrecer servicios de salud, debidamente licenciados por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico.

En cumplimiento con la Ley para el Bienestar, Integración y Desarrollo de las Personas con Autismo (conocida como Ley BIDA), esta póliza cubre todos los servicios dirigidos al diagnóstico y tratamiento de las personas con Desórdenes dentro del Continuo del Autismo tales como: genética, neurología, inmunología, gastroenterología y nutrición, terapias físicas, del habla y lenguaje, psicológicas y ocupacionales, que incluirán las visitas médicas y las pruebas referidas médicamente. Estos servicios se ofrecerán sin límite alguno, a todas las personas que tengan diagnosticada alguna de las condiciones dentro del Continuo del Autismo, sujeto a los copagos o coaseguros según establecidos en la Sección Servicios Médico-Quirúrgicos y de Diagnóstico en Forma Ambulatoria.

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.

En cumplimiento con la Ley Núm. 275 del 27 de septiembre de 2012, Triple-S Salud no rechazará o denegará 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, 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 postmastectomía necesaria para la recuperación física y emocional del paciente.

**Usted puede solicitar la siguiente información adicional para entender mejor su plan y conocer de la compañía**

- El costo de un servicio médico, tratamiento o medicamento específico
- Las políticas sobre la cubierta, tratamiento o medicamento específico
- Las razones por las cuales un medicamento no fue aprobado en el formulario
- Resultados de las encuestas de satisfacción realizadas por Triple-S Salud
- La cubierta de un beneficio específico y una explicación de cómo determinamos lo que se va a cubrir
- Un informe de cuánto tiene acumulado en sus desembolsos máximos de la cubierta
- Una descripción por escrito de cómo pagamos a los proveedores de nuestra red, incluyendo las descripciones y justificaciones para la compensación del proveedor
- Programas, incluyendo incentivos o sanciones a proveedores con intención de controlar cualquier referido a otro especialista o proveedor
- Información financiera de la compañía
- Copia de las determinaciones adversas de beneficios y cualquier guía clínica utilizada para dicha determinación
- Estatus de nuestras acreditaciones

---

## SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y DE DIAGNÓSTICO EN FORMA AMBULATORIA

(Servicios disponibles cuando el asegurado no está admitido en el hospital)

---

**Nota:** Refiérase a la Sección de Cómo Funciona su Plan para conocer los servicios que requieren referido del Médico Personal.

### Descripción de beneficios

#### Servicios de diagnóstico y tratamiento

- Visitas a la oficina del Médico Personal (generalista, internista, médico de familia, pediatra y ginecólogo/obstetra)
- 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
- Servicios en salas de emergencia de hospitales, materiales y medicamentos incluidos en la bandeja de sutura contratada con Triple-S Salud. Cubre además medicamentos y materiales adicionales a los incluidos en la bandeja de sutura suministrados en salas de emergencia debido a condiciones de accidente o enfermedad. Aplica copago o coaseguro por enfermedad o accidente. Si la persona asegurada al llamar a Teleconsulta, recibe una recomendación de acudir a la sala de emergencia con un número de registro, puede aplicar un copago/coaseguro menor por el uso de dichas facilidades. En caso de que un proveedor no participante no pueda procesar en su sistema el número para la exoneración o la reducción del copago/coaseguro, el asegurado lo pagará y solicitará a Triple-S Salud reembolso por la cantidad que se le hubiese exonerado o reducido. Las emergencias psiquiátricas estarán cubiertas así como la transportación entre instituciones proveedoras de servicios de salud incluyendo ambulancias que estén certificadas por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud conforme lo establece el último párrafo del artículo 4.20(b) de la Ley Núm. 183 de 6 de agosto de 2008 y según se indica en el Beneficio de Ambulancia bajo la Sección de Servicios Provistos por un Hospital u otra Facilidad y Servicios de Ambulancia. 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.
- Criocirugía del cuello uterino, un procedimiento por persona asegurada, por año póliza
- Servicios de esterilización (vasectomía)

#### Laboratorios, Rayos X y Otras Pruebas Diagnósticas

- Laboratorio clínico
- Rayos X

#### Pruebas Diagnósticas Especializadas:

- PET Scan y PET CT, hasta 1 por persona asegurada, por año póliza. En los casos de condiciones relacionadas a linfoma, incluyendo la enfermedad de Hodgkin's, se cubrirán hasta 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 por región anatómica, por persona asegurada, por año póliza
  - Single Photon Emission Computerized Tomography (SPECT)
  - Sonogramas
  - ➔ Estudio de angiografía por resonancia magnética (MRA)
  - Estudio de resonancia magnética (MRI), hasta uno (1) por región anatómica, por persona asegurada, por año póliza. Requiere precertificación para mamografía con resonancia magnética (MRI de seno)
  - Electromiogramas, hasta dos (2) por región anatómica, por persona asegurada, por año póliza
  - Pruebas para Examen de Velocidad de Conducción Nerviosa, hasta 2 pruebas de cada una, por persona asegurada, por año póliza
-



- Endoscopias gastrointestinales
- Electroencefalogramas
- Prueba diagnóstica de polisomnografía (estudio de desórdenes del sueño), 1 prueba por persona asegurada, por año póliza
- 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
- Mamografías, mamografías digitales o sonomamografías cuando no sean prestadas como pruebas preventivas 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, 1 prueba por persona asegurada, por año póliza
- Exámenes pélvicos y todos los tipos de citología vaginal que puedan ser requeridos por especificación de un médico para detectar, diagnosticar y tratar en etapas tempranas anomalías que puedan conducir al cáncer cervical

### **Cirugías**

- Cirugías que se presten de forma ambulatoria

### **Cuidado Ambulatorio de Maternidad (aplica al asegurado principal, cónyuge y dependientes directos)**

- Visita anual preventiva sin copago ni coaseguro
- Servicios pre y postnatales
- 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 de Alergias**

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

### **Terapias de tratamiento**

- Radioterapia y cobalto
- Quimioterapia en sus varios métodos de administración (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.
- 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 el asegurado es elegible por primera vez a esta póliza; o
  - b. 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.

### **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 terapias por persona asegurada, por año póliza.

### **Equipo Médico Duradero (DME)**

Compra o renta, **requiere precertificación:**

- Compra o renta de oxígeno y del equipo necesario para su administración
- Compra o renta de sillas de ruedas o camas de posición
- Compra o renta de respiradores, ventiladores y otros equipos para el tratamiento en caso de parálisis respiratoria
- Glucómetro, uno cada dos años por persona asegurada así como tirillas y lancetas (sólo para asegurados con diabetes)

### **Bomba de infusión de insulina y suplidos**

- Bomba de infusión de insulina y suplidos para asegurados menores de 21 años de edad diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 1, según requerido por la ley 177 de 13 de agosto de 2016. Requiere precertificación

### **Ventilador mecánico**

- La cubierta comprenderá de los servicios médicos necesarios, pruebas y equipos para asegurados menores de edad y que aún luego de rebasar los 21 años requieran el uso de equipo tecnológico cuyo uso sea necesario para que el usuario pueda mantenerse con vida, un mínimo de un (1) turno diario de ocho (8) horas por paciente, de servicios de enfermeras(os) diestros con conocimientos en terapia respiratoria o especialistas en terapia respiratoria con conocimientos en enfermería, los suplidos que conllevan el manejo de los equipos tecnológicos, terapia física y ocupacional necesaria para el desarrollo motor de éstos pacientes, así como medicamentos mediante prescripción médica, los cuales deberán ser despachados en una farmacia participante, libremente seleccionada por el asegurado, y autorizada bajo las leyes de Puerto Rico (bajo el beneficio de farmacia). La cubierta dispondrá para que cada asegurado tenga a su alcance anualmente los exámenes de laboratorio e inmunización apropiados para su edad y condición física.
- Estos servicios estarán cubiertos, sujeto a que el asegurado, o su representante, presenten evidencia de justificación médica y de la suscripción del asegurado 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 conocimientos en enfermería, los suplidos que conllevan el manejo de los equipos tecnológicos, terapia física y ocupacional estarán 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.

### **Prótesis e implantes**

- Prótesis e implantes, **requiere precertificación**

### **Servicios post-hospitalarios provistos a través de una Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar**

Triple-S Salud cubrirá 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 enfermero graduado
- **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 (habilitativas y rehabilitativas)** - hasta un máximo de 40 visitas, 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 considerarán cada uno como una visita en el hogar.

**Nota:** Estos servicios deberán ser supervisados por un médico licenciado y su **necesidad médica deberá ser certificada por escrito.**

### **Hospicio**

Servicios prestados a través de un hospicio para asegurados que hayan sido diagnosticados 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 los proveedores participantes de la red.

### **Servicios de Nutrición**

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

### **Servicios de Quiropráctico**

- Visitas al quiropráctico

## **Manipulaciones, Terapia Física, Ocupacional y del Habla (Habilitativas y Rehabilitativas)**

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

Estas terapias estarán cubiertas hasta un máximo de 20, 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 o lentes de contacto para la persona asegurada mayor de 21 años, hasta la cantidad establecida en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros. 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 cubrirá por reembolso hasta la cantidad máxima establecida.
- Espejuelos para asegurados hasta los 21 años, un (1) par por año póliza, dentro de la colección contratada, incluyendo espejuelos de gran potencia para asegurados 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 asegurados 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.

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

El programa está disponible sólo a través de las facilidades participantes. Para una lista de las facilidades participantes, refiérase al Directorio de Médicos y Proveedores Participantes de Axis. Hasta 6 visitas por persona asegurada, por año póliza, 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 del Autismo**

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

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

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

La tabla en esta página resume la cubierta estándar de vacunas de Triple-S Salud. Para mayor información sobre la cubierta de vacunas, llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente o busque información a través de nuestro portal de internet [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com).

### A. Vacunas Preventivas

A continuación se incluyen las vacunas que se consideran como Preventivas, según estipulado por la Reforma de Salud Federal, las cuales estarán cubiertas con cero (\$0.00) copago.

<b>Reforma de Salud Federal – Vacunas Preventivas Estándar que no Conllevan Copago</b>
<b>Desde 6 semanas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hib-HepB</b> (90748) – hasta los 15 meses</li> </ul>
<b>Desde 2 meses:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ROTA</b> (Rotavirus Vaccine)(90680) – Hasta los 8 meses</li> <li>• <b>ROTA</b> (Rotavirus Vaccine, human - Rotarix) (90681) – Hasta los 8 meses</li> <li>• <b>IPV*</b> (Inactivated Poliovirus Vaccine – inyectable (90713) – Hasta los 18 años</li> <li>• <b>Hib*</b> (Haemophilus Influenza B Vaccine) (90647, 90648) – Hasta los 6 años; una segunda dosis hasta los 19 años de edad</li> <li>• <b>Meningococcal conjugate</b> (90644) – hasta los 18 meses</li> <li>• <b>Menomune (Meningococcal Polysaccharide Vaccine)</b> (90733); segunda dosis desde los 16 años hasta los 18 años</li> <li>• <b>MCV</b> (Meningococcal Conjugate Vaccine - Menactra) (90734) – o desde los 9 meses</li> </ul>
<b>Desde 2 años:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PPV</b> (Pneumococcal Polysaccharide Vaccine) (90732) – hasta los 64 años</li> <li>• <b>FLU</b> (Influenza Virus Vaccine) (90660) (for intranasal use) – hasta los 49 años</li> </ul>
<b>Hasta 5 años*:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PCV</b> (Pneumococcal Conjugate Vaccine - Prevnar 13) (90670)</li> </ul>
<b>Hasta los 7 años*:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>DTaP</b> (Diphtheria, Tetanus Toxoid and Acellular Pertussis Vaccine) (90700)</li> <li>• <b>DT</b> (Diphtheria, Tetanus Toxoid) (90702) – Desde los 4 meses</li> </ul>
<b>Desde 9 años:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>HPV*</b> (Human Papilloma Virus) (Gardasil-90649, Cervarix-90650; 9vHPV-90651) - hasta los 27 años</li> </ul>
<b>Desde 11 años:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tdap*</b> (Tetanus, Diphtheria and Acellular Pertussis)(90715)</li> </ul>
<b>Desde 60 años: Zoster</b> (Zostavax) (90736)
<b>Edades variables:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>FLU</b> (Influenza Virus Vaccine)             <ul style="list-style-type: none"> <li>- (90654) Desde los 18 años hasta los 65 años*</li> <li>- (90655, 90657, 90685) – Desde los 6 meses hasta los 35 meses (2 dosis)</li> <li>- (90656, 90658, 90686, 90688) Desde los 3 años</li> <li>- (90662) – mayores de 65 años</li> <li>- (90673) – desde los 18 años de edad</li> </ul> </li> <li>• <b>MMR</b> (Measles, Mumps and Rubella Vaccine) (90707) – desde los 12 meses hasta los 59 años</li> <li>• <b>VAR</b> (Varicella Virus Vaccine) (90716) – desde los 12 meses hasta los 11 años; segunda dosis para mayores de 19 años</li> <li>• <b>HEP A</b> (Hepatitis A Vaccine):             <ul style="list-style-type: none"> <li>- (90633, 90634) – Desde los 12 meses hasta los 18 años de edad, a intervalo de 6 meses.</li> <li>- (90632) – Desde los 18 años</li> </ul> </li> <li>• <b>Td</b> (Tetanus and Diphtheria Toxoid Adsorbed) (90714) – sin límite de edad</li> <li>• <b>HEP B (Hepatitis B Vaccine):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (90740) – sin límite de edad</li> <li>- (90743) – desde los 13 años hasta los 18 años</li> <li>- (90744) – desde el año hasta los 12 años</li> <li>- (90746) – Desde los 19 años</li> <li>- (90747) – sin límite de edad</li> </ul> </li> <li>• <b>HEP-A + HEP-B (90636) Hasta los 18 años de edad</b></li> <li>• <b>Meningococcal B</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (90620) – desde los 10 años hasta los 25 años</li> <li>- (90621) – desde los 10 años hasta los 25 años</li> </ul> </li> </ul>

## B. OTRAS VACUNAS CUBIERTAS

<b>Vacunas con \$0.00 copago</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Pentacel*</b> (90698) – Hasta los 5 años (<b>PPACA</b>)</li><li>• <b>DtaP-IPV-HEP B*</b> (Pediarix) (90723) – desde las seis semanas hasta los 7 años (<b>PPACA</b>)</li><li>• <b>Kinrix*</b> (90696) Hasta los 7 años (<b>PPACA</b>)</li></ul>
<b>Vacunas sujetas a coaseguro 20% coaseguro</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Inmunoprofilaxis para el virus sincitial respiratorio (Synagis, Palivizumab*)</b> (90378) – Hasta los 2 años. Cubre con precertificación siguiendo el protocolo establecido por Triple-S Salud.</li></ul>

**\*Vacuna se cubre hasta que el individuo alcance la edad indicada, según el itinerario de vacunas establecido por el U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) y el Departamento de Salud, incluyendo las de seguimiento (“catch-up”).**

**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 DURANTE PERIODOS DE HOSPITALIZACIÓN

---

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

**Nota:** Refiérase a la Sección de Cómo Funciona su Plan para conocer los servicios que requieren referido del Médico Personal.

### Descripción de Beneficios

#### Servicios Médico-Quirúrgicos

- Cirugías, incluyendo cirugía ortognática
  - Mastectomía, cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía para la reconstrucción del seno extraído, cirugía y reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica, prótesis de seno que sea necesaria antes o durante la reconstrucción, tratamiento por complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía incluyendo linfedema (inflamación que a veces ocurre después del tratamiento de cáncer de seno), cualquier cirugía reconstructiva postmastectomía necesaria para la recuperación física y emocional de la persona asegurada.
  - Trasplantes de piel, hueso y córnea
  - Cirugía bariátrica: esta póliza cubre sólo cirugía de bypass gástrico para el tratamiento de obesidad mórbida, hasta una cirugía de por vida, por asegurado, siempre y cuando los servicios estén disponibles en Puerto Rico. Las cirugías para la remoción de la piel excesiva estarán cubiertas, si el médico certifica que es necesario remover la piel en exceso, porque afecta el funcionamiento de alguna parte del cuerpo. Estos procedimientos quirúrgicos requieren precertificación de Triple-S Salud.
  - Servicios de Diagnóstico
  - Tratamientos
  - Administración de anestesia
  - Consulta de especialistas
  - Endoscopias gastrointestinales
  - Servicios de Esterilización
  - Evaluaciones audiológicas, incluye la Prueba de Cernimiento Auditivo Neonatal
  - Asistencia Quirúrgica
  - Quimioterapia en sus modalidades de administración (intravenosa, oral, inyectable o intratecal), radioterapia y cobalto
  - Pruebas cardiovasculares invasivas
  - Litotricia (ESWL), **requiere precertificación**
-

---

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

---

Los hospitales participantes de la Red de Triple-S Salud han sido agrupados en tres niveles de acuerdo al costo de las facilidades hospitalarias. El Nivel 1 es la red preferida o aquellos hospitales de bajo costo. El Nivel 2 es la red de hospitales con un costo intermedio. El Nivel 3 es la red de hospitales cuyo costo es mayor. Según sea el costo de la facilidad hospitalaria será la responsabilidad de la persona asegurada sobre el pago por la admisión.

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.

**Nota:** Refiérase a la Sección de Sección de Cómo Funciona su Plan para conocer los servicios que requieren referido del Médico Personal.

---

### Descripción de Beneficios

#### Hospitalizaciones

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

**Nota:** Para buscar los hospitales según los niveles en su área, visite nuestro portal en la Internet [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com) o refiérase al Directorio de Proveedores de Triple-S Salud. Si desea obtener información adicional, comuníquese con Servicio al Cliente.

- Comidas y dietas especiales
- Uso de servicios de telemetría
- Uso de Sala de Recuperación
- Uso de la 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

#### Hospitalizaciones

- Administración de anestesia por personal no médico
- Servicios de laboratorios clínicos
- Medicinas, productos biológicos, materiales de curaciones, productos para hiperalimentación y materiales de anestesia
- Producción de electrocardiogramas
- Producción de estudios radiológicos
- Servicios de terapia física (habilitativa y rehabilitativa)
- Uso de los servicios de médicos en adiestramiento, internos y residentes del hospital autorizados para prestar servicios médicos a pacientes
- Servicios de terapia respiratoria
- Uso de Sala de Emergencia cuando el asegurado sea admitido al hospital
- Uso de otras facilidades, servicios, equipos y materiales que usualmente los provee el hospital, que sean ordenados por el médico de cabecera y que no estén expresamente excluidos del contrato con el hospital
- Quimioterapia en sus modalidades de administración (intravenosa, oral, inyectable o intratecal) y radioterapia
- Sangre para transfusiones
- Facilidades de hemodiálisis. Los servicios relacionados con cualquier tipo de diálisis o hemodiálisis, así como de las complicaciones relacionadas a estos tratamientos, y los respectivos servicios hospitalarios o médico-quirúrgicos, estarán cubiertos por los primeros noventa (90) días a partir de:
  - a. la fecha en que el asegurado es elegible por primera vez a esta póliza; o
  - b. la fecha en que se hace la primera diálisis o hemodiálisis.Esto aplicará cuando las diálisis o hemodiálisis subsiguientes estén relacionadas a la misma condición clínica.
- Litotricia (ESWL), **requiere precertificación**
- Centro de Cirugía Ambulatoria

### Cuidado Hospitalario de Maternidad (aplica a la empleada asegurada, cónyuge e hijas dependientes)

- Habitación semiprivada o de aislamiento, asistencia y cuidado físico para beneficio del menor, educación sobre cuidado del menor para ambos padres, asistencia o entrenamiento sobre lactancia, orientación sobre apoyo en el hogar y la realización de cualquier tratamiento y pruebas médicas tanto para el infante como para los padres.

**Nota:** Para buscar los hospitales según los niveles en su área, visite nuestro portal en la Internet [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com) o refiérase al Directorio de Proveedores de Triple-S Salud. Si desea obtener información adicional, comuníquese con Servicio al Cliente.

- Servicios de obstetricia
- Uso de Sala de Partos
- Producción e interpretación de Monitoreo Fetal (*Fetal Monitoring*)
- Uso de Sala para Recién Nacidos (*Well-Baby Nursery*)

### Servicios Posthospitalarios a través de una Unidad de Cuidado de Enfermería Diestra

El Plan cubrirá 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 deberán estar supervisados por un médico licenciado o un enfermero graduado registrado RN que dedica un horario completo a tal supervisión y su **necesidad médica deberá ser certificada por escrito.**

### Ambulancia

- Servicio de ambulancia aérea en Puerto Rico, sujeto a la necesidad médica del mismo.
- El servicio de ambulancia terrestre se cubrirá a base de las tarifas determinadas por Triple-S Salud, conforme a la distancia recorrida. Conforme a la Ley Núm. 383 de 6 de septiembre de 2000, cuando el servicio sea utilizado a través del 911 en casos de emergencia, Triple-S Salud pagará directamente al proveedor. El servicio sólo se cubrirá si el mismo cumple con todos los requisitos que se mencionan a continuación:
  - a) fue transportado por un servicio de ambulancia, según se define en esta póliza;
  - b) padecía de una enfermedad o lesión que el uso de otro medio de transportación ponía en riesgo su vida;
  - c) envía la reclamación a Triple-S Salud con el informe médico de la emergencia que incluya el diagnóstico
  - d) la factura indica el lugar donde se recogió el asegurado y su destino.

Este beneficio está cubierto si el paciente fue transportado:

- a) desde la residencia o lugar de la emergencia hacia el hospital o institución de cuidado de enfermería diestra (*Skilled Nursing Facilities*);
  - b) entre hospital y hospital o *Skilled Nursing Facility*- en casos donde la institución que transfiere o autoriza el alta, no es la apropiada para el servicio cubierto;
  - c) desde el hospital hasta la residencia, si la condición del paciente dado de alta así lo requiere;
- Entre instituciones de proveedores de servicios de salud en caso de emergencias psiquiátricas 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. El asegurado paga el costo total y Triple-S Salud le reembolsará hasta un máximo de \$80.00 por caso.



---

## SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS

---

**Triple-S Salud cubrirá los servicios de salud mental y abuso de sustancias a través de su Programa de Manejo de Salud Mental. Estos servicios están disponibles las 24 horas, los siete (7) días a través del 1-855-582-6900.**

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 tres niveles de acuerdo al costo de las facilidades hospitalarias. El Nivel 1 es la red preferida o aquellos hospitales de bajo costo. El Nivel 2 es la red de hospitales con un costo intermedio. El Nivel 3 es la red de hospitales cuyo costo es mayor. Según sea el costo de la facilidad hospitalaria será la responsabilidad de la persona asegurada sobre el pago por la admisión.

### Descripción de Beneficios

#### Condiciones Mentales Generales

#### Hospitalización

Hospitalizaciones por condiciones mentales

- Hospitalizaciones regulares
- Hospitalizaciones parciales

**Nota:** Para buscar los hospitales según los niveles en su área, visite nuestro portal en la Internet [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com) o refiérase al Directorio de Proveedores de Triple-S Salud. Si desea obtener información adicional, comuníquese con Servicio al Cliente.

- 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*).  
**Requiere precertificación**

#### Servicios Ambulatorios

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

#### Otras Evaluaciones Psicológicas

- Evaluación psicológica
  - Pruebas psicológicas: Las pruebas psicológicas requeridas por la Ley 296 de 1 de septiembre de 2000, conocida como la Ley de Conservación de la Salud de Niños y Adolescentes de Puerto Rico, estarán cubiertas hasta la cantidad máxima establecida.
-

---

**Abuso de Sustancias (Drogadicción y Alcoholismo)**

---

Hospitalizaciones por drogadicción y alcoholismo cubiertas de acuerdo a la necesidad médica justificada

**Nota:** Para buscar los hospitales según los niveles en su área, visite nuestro portal en la Internet [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com) o refiérase al Directorio de Proveedores de Triple-S Salud. Si desea obtener información adicional, comuníquese con Servicio al Cliente.

- Hospitalizaciones regulares, incluyendo los servicios de detoxificación
- Hospitalizaciones parciales
- Visitas a la oficina del psiquiatra, psicólogo (con maestría o doctorado y licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico) o trabajador social
- Visitas colaterales (familiares inmediatos), incluyendo consejería matrimonial, provistas por un siquiatra o sicólogo (con maestría o doctorado y licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico)
- Visitas de terapia de grupo

---

**Tratamiento Residencial**

---

Cubre tratamiento residencial siempre y cuando haya justificación médica y los servicios estén disponibles en Puerto Rico.

**Nota:** Para buscar los hospitales según los niveles en su área, visite nuestro portal en la Internet [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com) o refiérase al Directorio de Proveedores de Triple-S Salud. Si desea obtener información adicional, comuníquese con Servicio al Cliente.

---

## TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Los beneficios que provee esta póliza están sujetos a los términos y condiciones específicamente establecidos para éstos. Se ofrecen únicamente para aquellos asegurados que residen permanentemente en el Área de Servicio.

Triple-S Salud es responsable por el pago de los servicios ofrecidos a la persona asegurada sujeto a las disposiciones de esta póliza y a las siguientes condiciones:

1. Los beneficios cubiertos son por cada año póliza y para cada persona asegurada; excepto cuando se disponga de otro modo.
2. Cubre sólo trasplante de órganos y tejidos humanos, **requiere precertificación** de Triple-S Salud o su representante autorizado para cada fase de trasplante y hasta los límites establecidos por la cubierta.
3. Triple-S Salud o su representante autorizado puede requerir una segunda opinión médica, por médicos designados por ésta, cuando lo considere necesario para corroborar que la persona asegurada esté recibiendo el tratamiento más eficaz posible y poder maximizar los beneficios de su cubierta.
4. La persona asegurada, el médico, hospital y la facilidad de la Red de Trasplante serán orientados sobre el procedimiento de precertificación. En los casos en que Triple-S Salud requiera precertificación o autorización previa a la prestación de servicios, Triple-S Salud no será responsable por el pago de dichos servicios si los mismos han sido prestados o recibidos sin dicha precertificación o autorización previa por parte de Triple-S Salud o su representante autorizado.

Estos servicios estarán cubiertos por indemnización (reembolso) al asegurado o mediante asignación de beneficios para pagarle directamente a la facilidad designada de la Red de Trasplante en y fuera de Puerto Rico. Los mismos se cubrirán al 100% de las tarifas negociadas con las facilidades, sin estar sujetos a coaseguros ni deducibles.

Una vez se precertifican los servicios, la persona asegurada podrá solicitar Asignación de Beneficios. Al aceptar la Asignación de Beneficios, el médico, hospital o facilidad aceptará facturarle directamente a Triple-S Salud por los servicios cubiertos a la persona asegurada.

### Beneficios

<b>Beneficio Máximo</b>	\$250,000 de por vida, por asegurado
<b>Asegurado paga</b>	\$0 hasta el beneficio máximo establecido
<b>Periodo de Beneficio</b>	El periodo de beneficio comenzará 30 días previos a ser realizado el procedimiento de trasplante de órganos o de médula ósea, excepto para la evaluación inicial para determinar si el paciente es candidato elegible a trasplante.
<b>Periodo de Espera</b>	Aplica un periodo de espera durante los primeros 6 meses desde la fecha de vigencia de la póliza. Este periodo de espera podrá reducirse parcial o totalmente si el asegurado presenta evidencia que estuvo suscrito a una cubierta de trasplante como parte de su plan grupal anterior y no ha pasado más de 63 días desde la baja de la cubierta grupal de trasplante anterior. Para acreditar dichos periodos debe presentar una certificación oficial del plan anterior.
<b>Trasplante de Órganos Cubiertos</b>	Corazón, corazón-pulmón, pulmón (unilateral o bilateral), hígado, páncreas-riñón, riñón e intestino delgado
<b>Gastos Médicos Cubiertos</b>	Recipiente - cubre los gastos directamente relacionados con el procedimiento; incluye evaluación, cuidado previo a la cirugía, trasplante, cuidado postcirugía y drogas inmunosupresoras. Órganos (obtención) - cubre los gastos y servicios brindados o relacionados con la obtención, conservación y transportación de los órganos a utilizarse en el trasplante cubierto.

	<p>Los siguientes límites aplicarán para la obtención del órgano:</p> <table border="0"> <tr> <td>Corazón</td> <td>\$100,000</td> </tr> <tr> <td>Corazón \ Pulmón</td> <td>\$125,000</td> </tr> <tr> <td>Pulmón</td> <td>\$75,000</td> </tr> <tr> <td>Riñón</td> <td>\$25,000</td> </tr> <tr> <td>Riñón \ Páncreas</td> <td>\$50,000</td> </tr> <tr> <td>Hígado</td> <td>\$100,000</td> </tr> <tr> <td>Médula Ósea (Alogénico y Autólogo)</td> <td>\$100,000</td> </tr> <tr> <td>Intestino Delgado</td> <td>\$35,000</td> </tr> </table> <p>Transportación, comida y alojamiento - el límite máximo de gastos cubiertos por este plan para transportación, comida y alojamiento es de \$10,000 por cada tipo de trasplante.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transportación - desde y hasta el lugar de la cirugía para el paciente y un acompañante. Si el paciente es menor de diecinueve (19) años de edad se permitirá la transportación para dos acompañantes (padres o personas que tengan la custodia legal del paciente).</li> <li>• Comida y alojamiento - hasta un máximo de \$150.00 diarios por persona o \$200.00 diarios para dos personas (padres o personas que tienen la custodia legal del paciente que es menor de diecinueve (19) años de edad).</li> </ul> <p>Retrasplante</p> <p>Inmunosupresores: cubre medicamentos inmunosupresores debidamente aprobados por la <i>Food and Drug Administration (FDA)</i> y medicamentos usados en terapias inmunosupresoras. El beneficio estará cubierto hasta el beneficio máximo establecido.</p> <p>Gastos Pre-Trasplantes: Esta póliza cubre gastos médicos relacionados con la evaluación y preparación de un asegurado elegible para recibir trasplante de órganos o de médula ósea durante un periodo de treinta (30) días previos al procedimiento de trasplante de órganos o de médula ósea, conforme a la política médica establecida por Triple-S Salud.</p> <p>Además, Triple-S Salud cubrirá una evaluación pre-trasplante para determinar si el paciente es candidato elegible para el trasplante independientemente de la fecha en que se haga el mismo. Esta evaluación se registrará por el protocolo aprobado por Triple-S Salud.</p>	Corazón	\$100,000	Corazón \ Pulmón	\$125,000	Pulmón	\$75,000	Riñón	\$25,000	Riñón \ Páncreas	\$50,000	Hígado	\$100,000	Médula Ósea (Alogénico y Autólogo)	\$100,000	Intestino Delgado	\$35,000
Corazón	\$100,000																
Corazón \ Pulmón	\$125,000																
Pulmón	\$75,000																
Riñón	\$25,000																
Riñón \ Páncreas	\$50,000																
Hígado	\$100,000																
Médula Ósea (Alogénico y Autólogo)	\$100,000																
Intestino Delgado	\$35,000																
<p><b>Trasplante de Médula Ósea</b></p>	<p>Cubre los trasplantes alogénicos, autólogos, singénicos y de células troncales hemapotoiéticas siempre que estén indicados en las siguientes condiciones y enfermedades: cáncer de seno, trastornos hematológicos no malignos tales como anemia aplásica, leucemia aguda linfocítica, leucemia aguda no linfocítica, leucemia aguda mielógena, leucemias agudas y crónicas mielógenas en remisión, osteopetrosis maligna infantil, síndrome de Wiskott-Aldrich, enfermedad de Hodgkin, linfomas que no sean tipo Hodgkin, neuroblastomas en etapas avanzadas e inmunodeficiencia combinada severa. Los gastos cubiertos para estos trasplantes son los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recipiente - cubre los gastos directamente relacionados con el procedimiento; incluye evaluación, cuidado previo a la cirugía, trasplante, cuidado postcirugía y drogas inmunosupresoras.</li> </ol>																

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Donación y almacenaje de médula ósea - gastos y servicios brindados o relacionados con la obtención, conservación y transportación de los tejidos a utilizarse en el trasplante cubierto.</li> <li>3. Tratamientos de quimioterapia o de radiación antes de efectuarse el trasplante.</li> <li>4. Cuidado ambulatorio relacionado directamente al cuidado posterior al trasplante.</li> <li>5. Transportación, comida y alojamiento - el límite máximo de gastos cubiertos por este plan para transportación, comida y alojamiento es de \$10,000. <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Transportación - desde y hasta el lugar de la cirugía para el paciente y un acompañante. Si el paciente es menor de diecinueve (19) años de edad se permitirá la transportación para dos acompañantes (padres o persona que tiene la custodia legal del paciente).</li> <li>b. Comida y alojamiento - hasta un máximo de \$150.00 diarios por persona o \$200.00 diarios para dos personas (padres o personas que tienen la custodia legal del paciente que es menor de diecinueve (19) años de edad).</li> </ol> </li> <li>6. Retrasplante</li> </ol>
<b>Precertificaciones</b>	<p>Se requiere una precertificación de Triple-S Salud para cada una de las fases de la cubierta de trasplante: pre-trasplante, trasplante y post-trasplante. <b>Favor refiérase a la Sección Proceso de Precertificación de Servicios de Trasplante para mayor detalle de cómo solicitar una precertificación de Triple-S Salud para obtener los servicios de trasplante bajo esta póliza.</b></p>
<b>Limitaciones</b>	<p>En el caso de una persona asegurada elegible a cualesquiera de los trasplantes cubiertos bajo esta póliza, que a su vez sea elegible o beneficiaria al Programa <i>Medicare</i> por más de un evento cualificante de conformidad al título XVIII del Acta del Seguro Social y regulaciones implantadas, <i>Medicare</i> será pagador primario, si:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Dicha persona es elegible o beneficiaria de <i>Medicare</i> por edad o incapacidad, disponiéndose en este caso que la persona es elegible o beneficiaria por más de un evento cualificante, como lo sería edad, enfermedad terminal renal, incapacidad o cualquier enfermedad terminal que lo hace elegible a cualesquiera trasplante aprobado por <i>Medicare</i>.</li> <li>b. Las regulaciones de <i>Medicare Secondary Payer (MSP)</i> no aplican a dicho asegurado bajo sus diversos eventos cualificantes.</li> </ol> <p>En cualesquiera de las situaciones antes señaladas, el seguro provisto bajo esta póliza pagará en forma secundaria aquellos gastos médicos relacionados con beneficios de pre-trasplante, trasplante o retrasplante, así como la administración de inmunosupresores relacionados con dicho trasplante o retrasplante, de conformidad con los términos y condiciones de <i>Medicare</i>.</p> <p>En el caso de una persona asegurada elegible a cualesquiera de los trasplantes cubiertos bajo esta póliza que sea elegible o beneficiaria de <i>Medicare</i> y que de conformidad con las regulaciones de <i>Medicare Secondary Payer (MSP)</i>, el seguro provisto bajo esta póliza resultase ser pagador primario, los beneficios serán pagaderos por un periodo de coordinación de beneficios hasta treinta meses, sujeto a los términos y condiciones de esta póliza.</p>

---

## BENEFICIO DE FARMACIA

---

- La cubierta de farmacia estará 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, prevalecerá lo establecido en las provisiones de la cubierta de farmacia.
- Este beneficio se rige por las guías de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés). Estas incluyen, dosificación, equivalencia de medicamentos y clasificación terapéutica, entre otros.
- Es requisito presentar la tarjeta de asegurado de Triple-S Salud a cualquier farmacia participante al momento de solicitar los beneficios para que los mismos estén cubiertos por esta cubierta. La farmacia participante proveerá, a la presentación de la tarjeta de asegurado de Triple-S Salud y de una receta, los medicamentos cubiertos incluidos en la Lista de Medicamentos o Formulario que especifique dicha receta; y no efectuará cargo ni cobrará cantidad alguna al asegurado que resulte en exceso de lo establecido en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros que aparece al final de esta póliza. Al recibir los medicamentos, la persona asegurada tendrá 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 hacerle una receta nueva con un medicamento que esté cubierto. O, puede solicitar una excepción conforme a la Sección “Proceso de Excepciones a la Lista de Medicamentos o Formulario” de esta póliza. Esto aplica cuando la clasificación terapéutica (categoría) esté cubierta y existan otras alternativas de tratamiento.
- Este plan proveerá para el despacho de los medicamentos cubiertos, independientemente del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad para la cual sean prescritos, siempre y cuando el medicamento tenga la aprobación de la FDA para al menos una indicación y el medicamento sea reconocido para el tratamiento del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad de que se trate en uno de los compendios de referencia estándar o en literatura médica evaluada por homólogos generalmente aceptada. No obstante, este plan no está obligado a cubrir un medicamento cuando la FDA ha determinado que su uso es contraindicado para el tratamiento de la indicación para la cual se prescribe. Además, incluirá los servicios médicamente necesarios que estén asociados con la administración del medicamento.
- 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 la tarifa aplicada por Triple-S Salud.
- Las recetas expedidas por médicos en donde no estén especificadas las indicaciones para su uso, ni la cantidad del medicamento, solamente se podrán despachar para un abastecimiento de cuarenta y ocho (48) horas. Ejemplo: cuando un médico escribe en sus indicaciones: “para administrarse cuando sea necesario (PRN, por sus siglas en latín)”.
- Los medicamentos con repeticiones (*refills*) no podrán ser provistos antes de transcurrir el 75% del abastecimiento a partir de la fecha del último despacho, ni luego de transcurrir seis (6) meses desde la fecha original de la receta, excepto que de otra forma lo disponga la ley que controla el despacho de sustancias controladas.

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

- Este beneficio de farmacia utiliza una Lista de Medicamentos o Formulario el 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.

- La Lista de Medicamentos o Formulario detalla los medicamentos considerados como cubiertos. Por la naturaleza dinámica de este proceso, el Comité de Farmacia y Terapéutica evalúa la Lista de Medicamentos o Formulario y aprueba cambios donde se incluyen medicamentos nuevos los cuales son evaluados en un término no mayor de 90 días luego de su aprobación por la FDA, se cambian medicamentos de un nivel con copago/coaseguro mayor a un nivel con un copago/coaseguro menor o por motivos de seguridad, si el fabricante del medicamento con receta no lo puede suplir o lo ha retirado del mercado. Esta Lista de Medicamentos o Formulario se imprime una vez al año.
- Notificaremos los cambios a todos los asegurados, médicos, dentistas y farmacias participantes, a más tardar a la fecha de efectividad del cambio. En el caso de inclusión de nuevos medicamentos de receta en la lista de medicamentos o formulario, les notificaremos con treinta (30) días de antelación a la fecha de efectividad de la inclusión.
- Estarán cubiertos los medicamentos sin leyenda, medicamentos genéricos, preferidos, no preferidos y productos especializados preferidos y no preferidos incluidos en la Lista de Medicamentos o Formulario que en su etiqueta contengan la frase «*Caution: Federal law prohibits dispensing without prescription*» (Precaución: La ley Federal prohíbe su despacho sin receta médica), insulina y algunos medicamentos *Over the Counter* (OTC) incluidos en la Lista de Medicamentos o Formulario según se detalla en esta sección y en la sección de Exclusiones del Beneficio de Farmacia.
- Estarán cubiertos 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). La persona asegurada no pagará por los medicamentos requeridos por las leyes federales, incluyendo anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico, así como el suplemento de ácido fólico para las personas aseguradas durante su embarazo, *tamoxifen* o *raloxifene* para las personas aseguradas que están en mayor riesgo de cáncer de seno y en bajo riesgo de efectos adversos al medicamento, aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares y suplementos de hierro para evitar la anemia en menores de 6 a 12 meses, según se establece en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros.
- La cantidad de medicamentos provistos conforme a una receta original estará limitada a un abastecimiento de quince (15) días para medicamentos agudos y treinta (30) días para los medicamentos para la diabetes, incluyendo insulina, medicamentos para tiroides y sus derivados, nitroglicerina, diuréticos, preparaciones de digital, hipotensores, bloqueadores, anticoagulantes, anticonvulsivos, antiartríticos, vasodilatadores, medicamentos para el asma, colesterol, Parkinson y medicamentos tranquilizantes incluidos en la familia de las benzodiacepinas.
- La cantidad de medicamentos de mantenimiento será provista hasta un máximo de 180 días conforme al despacho de la receta original y hasta cinco (5) repeticiones, todas con abastecimiento de 30 días. Las recetas tienen que indicar por escrito que el médico receta las autorizaciones.
- El abastecimiento de noventa (90) días aplica a algunos medicamentos de mantenimiento, como medicamentos para condiciones cardíacas, tiroides, diabetes, entre otros; despachados a través de los programas de Envío de Medicamentos por Correo o Despacho de Medicamentos a 90 días en Farmacias. No aplica a los Productos Especializados en los Niveles 4 y 5.
- El despacho de medicamentos genéricos será la primera opción, excepto cuando el medicamento genérico no exista en el mercado. Si el asegurado elige, o su médico le receta, un medicamento de marca

cuando existe su genérico en el mercado, el asegurado pagará el copago del medicamento de marca y la diferencia en costo entre el medicamento de marca y el genérico.

- Este beneficio de farmacia puede estar sujeto a un deducible anual (Ej. \$125 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, pagará el costo total de sus medicamentos hasta que alcance la cantidad establecida (Ej. \$125 individual). Además, las cubiertas de farmacia pueden tener un primer nivel de cubierta (Ej. \$800 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 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 recibe el despacho de su primer medicamento en el año póliza hasta que el plan pague la cantidad establecida (Ej. \$800 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 individual y \$2,100 familiar).
  - d. Una vez acumulada la cantidad establecida en el primer nivel de cubierta (Ej. \$800 individual y \$2,100 familiar), la persona deberá pagar un coaseguro para todos los medicamentos cubiertos por el resto del año 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 la póliza.
- A ciertas cubiertas de farmacia le aplican los copagos y coaseguros establecidos hasta la cantidad por año indicada en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros, por persona asegurada, en contrato individual y en contrato familiar o pareja. Luego de acumulada esta cantidad, aplicarán otros coaseguros adicionales para todos los medicamentos cubiertos. Esto no aplica 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 la póliza.
- El copago de medicamentos genéricos no le aplicará durante los 12 meses del año si usted cambia de un medicamento de marca a uno genérico en el Nivel 1 bajo la Lista de Medicamentos o Formulario en una de las siguientes categorías terapéuticas: Anti-convulsivos, Anti-hipertensivos, Anti-sicóticos, Anti-diabéticos, Anti-depresivos, Anti-Hiperlipidémicos (Colesterol), Modificadores de plaquetas y medicamentos para la Angina.
- Algunos medicamentos de receta están sujetos a un procedimiento de manejo. Triple-S Salud proveerá a sus asegurados, y como parte de la información provista de esta póliza, la Lista de Medicamentos o Formulario que ofrece información detallada sobre cuáles medicamentos de receta están sujetos a los procedimientos de manejo. Las siguientes guías de referencia establecen los distintos tipos de manejo que pudiesen aplicar:
  - a. **Programa de Terapia Escalonada (ST, por sus siglas en inglés):** En algunos casos, requerimos que el asegurado trate primero un medicamento como terapia para su condición antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Este programa requiere la utilización de medicamentos sin leyenda federal (OTC, por sus siglas en inglés) o medicamentos genéricos antes de utilizar otros medicamentos para ciertas condiciones médicas. Así puede lograr accesibilidad a medicamentos con efectividad y seguridad probada, copagos más bajos o hasta cero copagos en medicamentos de primer paso y mejor cumplimiento con la terapia de medicamentos.



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

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

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

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

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

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

Aquellos medicamentos que han sido identificados que requieren preautorización deben satisfacer los criterios clínicos establecidos según lo haya determinado el Comité de Farmacia y Terapéutica. Estos criterios clínicos se han desarrollado de acuerdo a la literatura médica actual.

- c. **Límites de cantidad (QL, por sus siglas en inglés):** Ciertos medicamentos tienen un límite en la cantidad a despacharse. Estas cantidades se establecen de acuerdo a lo sugerido por el fabricante, como la cantidad máxima adecuada que no está asociada a efectos adversos y la cual es efectiva para el tratamiento de una condición.
- d. **Límites de especialidad médica (SL, por sus siglas en inglés):** Algunos medicamentos tienen un límite de especialidad según el médico especialista que está tratando la condición. Por ejemplo, para una condición del hígado deberá ser un gastroenterólogo o infectólogo quien recete el medicamento *Ribavirin*. Estos límites de especialidad se establecen de acuerdo a la literatura médica actual.
- e. **Límites de edad (AL, por sus siglas en inglés):** En la lista de medicamentos 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 los asegurados hasta los 18 años.
- Pueden existir otros requisitos del plan que pudieran afectar la cubierta de determinados medicamentos de receta en específico. Refiérase a la Sección de Exclusiones del Beneficio de Farmacia o a la Lista de Medicamentos o Formulario para más información.

<b>ESTRUCTURAS DE NIVELES APLICABLES AL BENEFICIO DE FARMACIA</b>
<b>Beneficio</b>
<b>Abastecimiento 30 días</b>
Nivel 1- Medicamentos Genéricos
Nivel 2- Medicamentos Preferidos
Nivel 3- Medicamentos No Preferidos
Nivel 4- Productos Especializados Preferidos
Nivel 5- Productos Especializados No Preferidos
Quimioterapia Oral
Programa de Medicamentos <i>Over the Counter</i> (OTC)
Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo todos los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico
<b>Abastecimiento 90 días</b>
Nivel 1- Medicamentos Genéricos
Nivel 2- Medicamentos Preferidos
Nivel 3- Medicamentos No Preferidos
Nivel 4- Productos Especializados Preferidos
Nivel 5- Productos Especializados No Preferidos
Medicamentos de Quimioterapia Oral* que sean indicados médicamente para suplido extendido de 90 días
Programa de Medicamentos <i>Over the Counter</i> (OTC)
Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo todos los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico

- Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros al final de esta póliza para los copagos y coaseguros correspondientes, según su cubierta.
- Pueden existir otros requisitos del plan que pudieran afectar la cubierta de determinados medicamentos de receta en específico. Refiérase a la sección de Exclusiones del Beneficio de Farmacia o a la Lista de Medicamentos o Formulario para más información.

\*Para información sobre las quimioterapias orales que cualifican para despachos a 90 días, refiérase a la Lista de Medicamentos para Planes de Cuidado Coordinado (Axis, CCI) y Otros Planes Comerciales de Libre Selección.

---

## 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 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 infantes, menores de edad, adolescentes o personas con impedimentos físicos o mentales, según los criterios establecidos en esta ley. Aplican los copagos y coaseguros correspondientes, según su cubierta. Requiere precertificación.

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

### Descripción de Beneficios

#### Servicios Cubiertos

##### Servicios Diagnósticos y Preventivos

1. Examen comprensivo inicial por generalista o especialista
2. Exámenes periódicos de rutina
3. Examen de emergencia
4. Radiografías periapicales individuales
5. Radiografías de mordida "bitewings" (una; dos)
6. Profilaxis dentales (limpieza)
7. Aplicación (tópica) de barniz de fluoruro a menores de 5 años de edad
8. Aplicaciones (tópicas) de fluoruro a menores de diecinueve (19) años de edad
9. Aplicaciones (tópicas) de fluoruro sólo para adultos con condiciones especiales

---

#### LIMITACIONES A LOS SERVICIOS BÁSICOS DENTALES

1. El examen comprensivo inicial (evaluación inicial en pacientes nuevos) está limitado a uno (1) cada tres (3) años.
2. Los servicios de examen periódico de rutina (evaluación de seguimiento), de emergencia y profilaxis dentales (limpieza) están limitados a dos (2) por año póliza cada uno, por asegurado y a intervalos de no menos de seis (6) meses desde la última fecha de servicio.
3. Las radiografías de mordida a un (1) par por año póliza, por asegurado.
4. El tratamiento de barniz de fluoruro está limitado a dos (2) por año póliza a un intervalo no menos de seis (6) meses, hasta el día que el asegurado cumpla cinco (5) años de edad.
5. El tratamiento de fluoruro tópico está limitado a dos (2) por año póliza a un intervalo no menos de seis (6) meses, hasta el día que el asegurado cumpla diecinueve (19) años de edad.

---

#### MECANISMO DE PREDETERMINACIÓN

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 GENERALES

---

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 estarán 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 posthospitalarios 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 en caso de emergencia que se cubrirán de acuerdo a lo requerido por ley y según dispone esta póliza.
10. Gastos por servicios recibidos sin una precertificación de Triple-S Salud o sin referido del médico personal del asegurado, 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 and 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, hasta tanto Triple-S Salud determine su inclusión en la cubierta ofrecida bajo esta póliza. 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 costos para el asegurado que comúnmente ofrece el auspiciador de la investigación. Esto aplica aun cuando el asegurado se haya inscrito en el estudio para tratar una enfermedad que amenace su vida, para la cual no haya tratamiento

- efectivo y obtenga la aprobación del médico para su participación en el estudio, porque éste ofrece al paciente un beneficio potencial. En estos casos, Triple-S Salud cubrirá 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 los asegurados bajo este plan estén o no participando en un ensayo clínico, así como los servicios para diagnosticar y tratar las complicaciones resultantes del estudio, de acuerdo a la cubierta establecida en esta póliza.
13. Gastos por cirugías cosméticas o de embellecimiento, tratamientos para corregir defectos de apariencia física: mamoplastías 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), mamoplastia por ginecomastia, septoplastia, rinoseptoplastia, rinoplastia, 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 asociados a éstos, independientemente de si existe o no justificación médica para el procedimiento.
  14. Gastos por aparatos ortopédicos u ortóticos y otros dispositivos artificiales. Estarán cubiertos los servicios hospitalarios y médico-quirúrgicos necesarios para la implantación de los mismos.
  15. Gastos por métodos anticonceptivos para el asegurado; excepto los indicados como cubiertos en esta póliza.
  16. Servicios de tratamientos para infertilidad, concepción por medios artificiales y restablecer la habilidad de procrear (por ejemplo, fertilización in vitro, inyecciones intracitoplasmática 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 problemas de infertilidad, siempre y cuando sea un laboratorio cubierto bajo esta póliza.
  17. Gastos por servicios de escalenotomía - división del músculo escaleno anterior (anticus) sin resección de la costilla cervical.
  18. 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.
  19. Gastos por servicios de medicina deportiva, psicoanálisis y rehabilitación cardíaca.
  20. Servicios de analgesia intravenosa o por inhalación administrada en la oficina del cirujano oral o dentista.
  21. 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.
  22. Gastos por servicios de escisión de granulomas o quistes radiculares (periapicales) originados por infección a la pulpa del diente; servicios necesarios para corregir la dimensión vertical u oclusión, remoción de exostosis (toros mandibulares o maxilares, etc.).
  23. Gastos por inmunoterapia para alergia.
  24. Servicios prestados por motivo de un aborto provocado.
  25. Servicios prestados en Centros de Cirugía Ambulatoria para procedimientos que puedan hacerse en la oficina del médico.

26. Hospitalizaciones por motivo de servicios o procedimientos que puedan practicarse en forma ambulatoria.
27. Gastos relacionados con la administración del programa de detección de drogas del patrono tales como: coordinación, toma de muestra y administración de pruebas de detección aun cuando 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 el asegurado 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.
28. Gastos ocasionados por guerra, insurrección civil o conflicto internacional armado; excepto en aquellos casos donde los servicios recibidos están relacionados a una lesión sufrida mientras que la persona asegurada estuvo activa en el ejército (*service connected*), en cuyo caso Triple-S Salud recobraré a la Administración de Veteranos.
29. Pruebas de laboratorio que no están codificadas en el Manual del Laboratorio así como las consideradas experimentales o investigativas no se reconocerán para pago por Triple-S Salud.
30. Inmunizaciones para propósitos de viajes o contra peligros y riesgos ocupacionales.
31. Gastos por servicios prestados por ambulancia marítima.
32. Servicios prestados por facilidades de Tratamiento Residencial fuera de Puerto Rico, independientemente exista o no justificación médica para el tratamiento.
33. Las cirugías para la remoción de la piel excesiva luego de una cirugía bariátrica o bypass gástrico no estarán cubiertas, excepto si el médico certifica que es necesario remover la piel en exceso, porque afecta el funcionamiento de alguna parte del cuerpo. Requiere precertificación.
34. Gastos por remoción de *skin tags*, reparación de ptosis e inyección en tendón/puntos de gatillo.
35. Gastos por pruebas de laboratorios de *heavy metals*; dopaje; *HLA Typing* y pruebas de paternidad.
36. Gastos por servicios prestados por enfermeras especiales.
37. Gastos en exceso de los primeros 30 días para recién nacidos de los dependientes directos del asegurado(a) principal luego del parto.
38. Servicios preventivos prestados por proveedores fuera de Puerto Rico.

---

## EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DE TRASPLANTE

---

Esta póliza no cubre los siguientes gastos o servicios:

1. Servicios que no son médicamente necesarios, servicios considerados experimentales o investigativos, según lo define la *Food and Drug Administration (FDA)*, *Department of Human and Health Services (DHHS)*, el Departamento de Salud, o no están de acuerdo con la política médica establecida por el *Technology Evaluation & Coverage Manual (TEC)* de la *Blue Cross and Blue Shield Association* para las indicaciones y métodos específicos que se ordenan.
2. Gastos o servicios por procedimientos médicos nuevos, no considerados experimentales o investigativos, hasta tanto Triple-S Salud determine su inclusión en la cubierta ofrecida bajo esta póliza. Una vez incluidos en la cubierta, Triple-S Salud pagará por dichos servicios una cantidad no mayor que la cantidad promedio que hubiese pagado si dicho servicio se hubiese prestado a través de los métodos convencionales, hasta tanto se establezca una tarifa para estos procedimientos.
3. Gastos y servicios relacionados con trasplantes de órganos y tejidos prestados o recibidos sin una precertificación de Triple-S Salud o su representante autorizado.
4. Gastos ocasionados por guerra, insurrección civil o conflicto internacional armado.
5. Gastos por servicios de enfermeras especiales y visitas a domicilio.
6. Servicios prestados por ambulancia aérea o marítima.
7. Gastos por servicios prestados por facilidades y/o proveedores que no sean parte de la Red de Trasplante de Órganos establecida.

---

## EXCLUSIONES DEL BENEFICIO DE FARMACIA

---

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

1. Medicamentos que no contengan la leyenda: «*Caution: Federal law prohibits dispensing without prescription*» (*Over-the-Counter [OTC]*), excepto los incluidos en el Programa de OTC de Triple-S Salud y algunas dosis de aspirina para asegurados mayores de 18 años de edad.
2. Cargos por instrumentos artificiales (agujas hipodérmicas, jeringuillas, lancetas, tirillas, 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 *bimatropost*).
  - b. Productos de fluoruro para uso dental (excepto para menores entre las edades de 6 meses y 6 años) y condiciones dermatológicas como pediculosis y escabidas (*lindane, permethrin, crotamiton, malathion* e *ivermectin*), productos para el tratamiento de la caspa que incluyan champú (*pyrithione zinc 1%*), lociones y jabones, tratamientos de alopecia (calvicie) como *Rogaine®*

- (*minoxidil topical soln*) y medicamentos para el dolor (*Nubain®* y *Stadol®*).
- c. Productos para el control de la obesidad y otros medicamentos utilizados en este tratamiento (*benzphetamine*, *diethylpropion*, *phendimetrazine*, *phentermine* y *mazindol*).
  - d. Productos dietéticos (*Foltx®*, *Metanx®*, *Limbrel®* y *Folbalin Plus®*).
  - e. Medicamentos para el tratamiento de infertilidad (*follitropin*, *clomiphene*, *menotropins* y *urofollitropin*), fertilidad, impotencia (*tadalafil*, *alprostadil*, *vardefanil*, *sildenafil* y la yohimbina) o implantes (*levonorgestrel implant*, *goserelin*, *sodium hyaluronate*, *hyaluronan* e *hylan*).
  - f. Medicamentos utilizados en pruebas con fines diagnósticos (*thyrotropin*, *dipyridamole IV 5mg/ml*, *gonadorelin HCl*, *cosyntropin* y *glucagon*) y medicamentos para inmunización. Las inmunizaciones están incluidas en la cubierta médica.
  - g. Productos utilizados como vitaminas y suplementos nutricionales para uso oral, excepto algunas dosis de ácido fólico para asegurados y algunas presentaciones de suplementos de hierro para menores entre los 6 y 12 meses de edad 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*.
  - h. Vitaminas orales (solas o en combinaciones con otras vitaminas, minerales y ácido fólico), excepto las prenatales que están cubiertas, y las inyectables (niacina, ácido ascórbico, tiamina, riboflavina, vitamina E, piridoxina, dihidrotaquisterol, múltiples vitaminas con minerales, múltiples vitaminas con hierro, múltiples vitaminas con calcio, complejo de vitamina B - biotina - D - ácido fólico, complejo vitamina B con vitamina C - ácido fólico y flavonoides).
  - i. Hormonas de Crecimiento
  - j. Medicamentos clasificados como tratamiento para medicina alternativa (raíz de valeriana, muérdago europeo, glucosamina-condroitina-PABA-vit E y ácido alfa lipoico).
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 los gastos por estudios o tratamientos clínicos investigativos (esto es *clinical trials*), aparatos, medicamentos experimentales o investigativos administrados para ser utilizados como parte de estos estudios, servicios o productos que se proveen para obtención de datos y análisis, y no para el manejo directo del paciente, y artículos o servicios sin costos para el asegurado que comúnmente ofrece el auspiciador de la investigación. Esto aplica aun cuando el asegurado se haya inscrito en el estudio para tratar una enfermedad que amenace su vida, para la cual no haya tratamiento efectivo y obtenga la aprobación del médico para su participación en el estudio, porque éste ofrece al paciente un beneficio potencial. En estos casos, Triple-S Salud cubrirá 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 los asegurados bajo este plan estén o no participando en un ensayo clínico, así como los servicios para diagnosticar y tratar las complicaciones resultantes del estudio, de acuerdo a la cubierta establecida en esta póliza.
  5. Servicios prestados por farmacias no participantes en Puerto Rico.
  6. Servicios prestados por farmacias fuera del territorio de Puerto Rico y Estados Unidos.



7. Repeticiones ordenadas por un dentista o podiatra.
8. Gastos por agentes antineoplásicos inyectables. Estos están cubiertos bajo la Cubierta Básica de servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y ambulatorios.
9. Anticonceptivos que no sean aprobados por la FDA. Además, no se cubrirán anticonceptivos aprobados por la FDA sin la receta del médico.
10. Triple-S Salud se reserva el derecho de seleccionar aquellos medicamentos que habrá de incluir en su cubierta de Farmacia. Cualquier gasto por medicamentos nuevos no estará cubierto hasta tanto dicho medicamento sea evaluado en un término no mayor de 90 días luego de su aprobación por la FDA y recomendado para inclusión en la Cubierta de Farmacia por el Comité de Farmacia y Terapéutica de Triple-S Salud. Además, cualquier medicamento nuevo de las clasificaciones terapéuticas (categoría) excluidas se considerará también una exclusión.
11. También estarán excluidos la solución azul tripán (colorante azoico que se utiliza en tinciones histológicas permitiendo diferenciar entre células vivas de células muertas), la lacosamida intravenosa Vimpat® (medicamento para tratar convulsiones), los implantes intracraneales de carmustina (se utiliza para tratar glioma maligno o glioblastoma multiforme, un tipo de tumor cerebral (su versión inyectable se cubre bajo la cubierta básica), viaspan (solución fría de almacenamiento para la conservación de órganos antes de un trasplante), tetradecil sulfato de sodio (mejorar el aspecto de las venas varicosas), polidocanol (tratamiento de venas varicosas), murrato de sodio (tratamiento de hemangiomas), talco intrapleurales (prevenir la efusión pleural maligna (acumulación de líquido en la cavidad torácica de las personas con cáncer u otras enfermedades graves) en quienes ya tienen esta afección), solución para diálisis peritoneal (corrección del desequilibrio de electrolitos, la sobrecarga de líquidos y eliminación de metabolitos, en los pacientes con insuficiencia renal severa) y los productos homeopáticos en todas sus presentaciones (productos naturales utilizados para tratar diferentes condiciones de forma individualizada).
12. Medicamentos utilizados para trasplante de órganos y tejidos (*cyclosporine modified, tacrolimus, sirolimus, cyclosporine, mycophenolate sodium, everolimus, azathropin, belatacept* y *basiliximab*).
13. Sangre y sus componentes (hetastarch 6% / nacl IV, rehomacrodex IV, albúmina humana y fracciones de proteínas plasmáticas).

---

## 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. Tratamientos de endodoncia.
4. Servicios dentales restaurativos, quirúrgicos y de prótesis, periodoncia y ortodoncia.
5. Gastos por servicios de reemplazo o reparación de aparatos.
6. El tratamiento de barniz de fluoruro es mutuamente excluyente del tratamiento de fluoruro tópico, (es uno o el otro), no ambos.
7. Servicios prestados por dentistas no participantes en Puerto Rico; excepto en casos de emergencia.
8. Servicios dentales prestados fuera de Puerto Rico.
9. Todo servicio dental que se preste con fines puramente cosméticos.
10. Tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ).
11. Tratamiento de canal no especificado en los beneficios cubiertos.

## 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.

### PLATINO

Plan de Beneficios	PG TS Axis Platino
<b>SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y DE DIAGNÓSTICO EN FORMA AMBULATORIA</b>	
<b>Descripción de beneficios</b>	
<b>Servicios de diagnóstico y tratamiento</b>	
Visitas a la oficina del médico personal (generalista, internista, médico de familia, pediatra y ginecólogo/obstetra)	\$0.00
Visitas a especialistas	\$8.00
Visitas a subespecialistas	\$12.00
Visitas a audiólogos	\$8.00
Visitas a optómetras	\$8.00
Visitas a podiatras, incluyendo cuidado rutinario del pie	\$8.00
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
Servicios médicos en el hogar de la persona asegurada por médicos que presten este servicio	\$15.00
Inyecciones intrarticulares	\$0.00
Sala de emergencias: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accidente o Enfermedad</li> <li>• Teleconsulta</li> </ul>	\$50.00 \$25.00
Criocirugía del cuello uterino Servicios de esterilización (vasectomía)	\$0.00
Laboratorios y Rayos X	20%
Pruebas diagnósticas y otras pruebas especializadas	25%
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
Cirugías que se presten de forma ambulatoria	\$0.00
Servicios pre y postnatales	\$0.00
<i>Biophysical Profile</i>	50%
Visitas preventivas <i>well-baby care</i>	\$0.00
Pruebas de alergia	\$0.00
Quimioterapia en sus métodos de administración (intravenosa, oral, inyectable o intratecal), radioterapia y cobalto	10%
Diálisis y Hemodiálisis	10%
Terapia respiratoria (en la oficina del médico)	\$10.00
Equipo médico duradero	20% hasta un máximo de \$5,000, luego 50%
Glucómetro, tirillas y lancetas	\$0.00

<b>Plan de Beneficios</b>	<b>PG TS Axis Platino</b>
<b>Plan de Beneficios</b>	<b>PG TS Axis Platino</b>
Bomba de infusión de insulina y suplidos para menores de 21 años de edad diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 1	40%
Ventilador mecánico, suplidos y terapias (respiratorias, físicas y ocupacionales)	\$0.00
Prótesis e implantes	20% de coaseguro hasta \$10,000, luego 50%
Servicios post-hospitalarios provistos a través de una Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar	\$0.00
Servicios de hospicio	\$0.00
Servicios de nutrición	\$0.00
Visitas al quiropráctico	\$10.00
Manipulaciones/Terapia física, Ocupacional y del Habla (Habilitativa y Rehabilitativa)	\$10.00 por terapia \$10.00 por manipulación
<b>Cuidado visual</b>	
• Pruebas diagnósticas en oftalmología	25%
• Examen de refracción	\$0.00
• Espejuelos para asegurados hasta los 21 años	\$0.00
• Espejuelos o lentes de contacto para personas aseguradas mayores de 21 años, hasta un beneficio máximo de \$100.00 por año póliza	\$0.00
Terapias Alternativas (Triple-S Natural)	\$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
Otros servicios para el tratamiento de Desórdenes dentro del Continuo de Autismo	
• Exámenes neurológicos	25%
• Inmunología	20%
• Pruebas genéticas	20%
• Pruebas de laboratorio para autismo	20%
• Servicios de gastroenterología	25%
• Servicios de nutrición	\$0.00
• Terapia física, ocupacional y del habla	\$10.00
• Visitas al psiquiatra, psicólogo (con maestría o doctorado y licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico) o trabajador social	\$0.00
Vacunas	\$0.00
Palivizumab (Synagis)	20%
<b>SERVICIOS MEDICO-QUIRURGICOS DURANTE PERIODOS DE HOSPITALIZACIÓN</b>	
<b>Servicios médicos-quirúrgicos</b>	
• Cirugías, incluyendo cirugía ortognática	\$0.00
• Mastectomía, cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía	
• Trasplantes de piel, hueso y córnea	
• Cirugía bariátrica	

Plan de Beneficios	PG TS Axis Platino
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de Diagnóstico</li> <li>• Tratamientos</li> <li>• Administración de anestesia</li> <li>• Consulta de especialistas</li> <li>• Endoscopias gastrointestinales</li> <li>• Evaluaciones audiológicas, incluye la Prueba de Cernimiento Auditivo Neonatal</li> </ul>	\$0.00
Asistencia Quirúrgica	20%
Quimioterapia en sus modalidades de administración (intravenosa, oral, inyectable o intratecal) y radioterapia	10%
Pruebas cardiovasculares invasivas	25%
Litotricia (ESWL)	25%
<b>SERVICIOS PROVISTOS POR UN HOSPITAL U OTRA FACILIDAD Y SERVICIOS DE AMBULANCIA</b>	
<b>Hospitalizaciones</b>	
Copago de Admisión Hospital General y Maternidad	Nivel 1: \$50.00 Nivel 2: \$150.00 Nivel 3: \$300.00
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comidas y dietas especiales</li> <li>• Uso de servicios de telemetría</li> <li>• Uso de Sala de Recuperación</li> <li>• Uso de la Unidad de Cuidado Intermedio para Infantes (<i>Step Down Unit</i>)</li> <li>• Uso de las unidades de Cuidado Intensivo, Cuidado Coronario, Cuidado Intensivo de Pediatría y Cuidado Intensivo de Neonatología</li> <li>• Servicio general de enfermería</li> <li>• Administración de anestesia por personal no médico</li> <li>• Servicios de laboratorios clínicos</li> <li>• Medicinas, productos biológicos, materiales de curaciones, productos para hiperalimentación y materiales de anestesia</li> <li>• Producción de electrocardiogramas</li> <li>• Producción de estudios radiológicos</li> <li>• Servicios de terapia física (habilitativa y rehabilitativa)</li> <li>• Uso de los servicios de médicos en adiestramiento, internos y residentes del hospital autorizados para prestar servicios médicos a pacientes</li> <li>• Servicios de terapia respiratoria</li> <li>• Uso de Sala de Emergencia cuando el asegurado sea admitido al hospital</li> <li>• Uso de otras facilidades, servicios, equipos y materiales que usualmente los provee el hospital, que sean ordenados por el médico de cabecera y que no estén expresamente excluidos del contrato con el hospital</li> <li>• Sangre para transfusiones</li> </ul>	\$0.00
Diálisis y Hemodiálisis	10%
Quimioterapia en sus modalidades de administración (intravenosa, oral, inyectable o intratecal) y radioterapia	10%
Litotricia (ESWL)	25%

<b>Plan de Beneficios</b>	<b>PG TS Axis Platino</b>
Centro de Cirugía Ambulatoria	20%
Servicios post-hospitalarios a través de una Unidad de Cuidado de Enfermería Diestra	\$0.00
<b>Ambulancia</b>	
Servicio de ambulancia aérea en Puerto Rico	\$0.00
El servicio de ambulancia terrestre	\$0 en casos de emergencia En casos que no sean emergencia, el asegurado paga el costo total y Triple-S Salud le reembolsará hasta un máximo de \$80.00 por caso.
<b>SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS</b>	
<b>Condiciones Mentales Generales</b>	
Hospitalizaciones regulares	Nivel 1: \$50.00 Nivel 2: \$150.00 Nivel 3: \$300.00
Hospitalizaciones parciales	\$50.00 por hospitalización
Terapias electroconvulsivas por condiciones mentales	\$0.00
<b>Servicios ambulatorios</b>	
Visitas del paciente a la oficina del psiquiatra, psicólogo o trabajador social	\$0.00
Visitas de familiares inmediatos (colaterales), incluyendo consejería matrimonial, provistas por psiquiatra y psicólogo	\$8.00
Visitas para terapia de grupo	\$10.00 por terapia
<b>Otras evaluaciones psicológicas</b>	
Evaluación psicológica	\$10.00
Pruebas psicológicas	\$10.00
<b>Abuso de sustancias (Drogadicción y Alcoholismo)</b>	
Hospitalizaciones regulares, incluyendo los servicios de detoxificación	Nivel 1: \$50.00 Nivel 2: \$150.00 Nivel 3: \$300.00
Hospitalizaciones parciales	\$50.00 por hospitalización
Visitas a la oficina del psiquiatra, psicólogo o trabajador social	\$0.00
Visitas de familiares inmediatos (colaterales), incluyendo consejería matrimonial, provistas por psiquiatra y psicólogo	\$8.00
Visitas para terapia de grupo	\$10.00 por terapia
Tratamiento residencial	Nivel 1: \$50.00 Nivel 2: \$150.00 Nivel 3: \$300.00

---

**CUBIERTA AMPLIADA EN LOS ESTADOS UNIDOS**

---

<b>Plan de Beneficios</b>	<b>PG TS Axis Platino</b>
<b>Cubierta Ampliada en los Estados Unidos</b>	25%

**BENEFICIOS DE FARMACIA**

<b>Plan de Beneficios</b>	<b>PG TS Axis Platino</b>
<b>Beneficio de Farmacia</b>	
Aplica Lista de Medicamentos para Planes de Cuidado Coordinado (Axis, CCI) y otros Planes Comerciales de Libre Selección.	Sí
<b>Deducible anual</b> Nota: No aplica a los medicamentos clasificados como preventivos por ley federal	\$200.00 individual \$400.00 familiar
<b>Copagos para 30 días</b>	
Nivel 1 – Medicamentos Genéricos	\$5.00
Nivel 2 – Medicamentos Preferidos	\$15.00
Nivel 3 – Medicamentos No Preferidos	20%
Nivel 4 – Productos Especializados Preferidos	20%
Nivel 5 – Productos Especializados No Preferidos	30%
Quimioterapia oral	10%
Programa de medicamentos <i>Over The Counter</i>	\$0.00
Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo todos los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico	\$0.00
<b>Copagos para 90 días</b>	
Nivel 1 – Medicamentos Genéricos	\$10.00
Nivel 2 – Medicamentos Preferidos	\$30.00
Nivel 3 – Medicamentos No Preferidos	15%
Nivel 4 – Productos Especializados Preferidos	No aplica
Nivel 5 – Productos Especializados No Preferidos	No aplica
Algunos medicamentos de quimioterapia oral*	10%
Programa de medicamentos <i>Over The Counter</i>	No aplica
Medicamentos requeridos por ley federal incluyendo todos los anticonceptivos aprobados por la FDA con receta del médico	\$0.00

\*Para información sobre las quimioterapias orales que cualifican para despachos a 90 días, refiérase a la Lista de Medicamentos para Planes de Cuidado Coordinado (Axis, CCI) y Otros Planes Comerciales de Libre Selección.

**BENEFICIOS DENTALES**

	<b>PG TS Axis Platino</b>
<b>Servicios diagnósticos y Preventivos</b>	\$0.00

**Para información adicional, llame al Centro de Llamadas disponible de lunes a viernes de 7:30 AM a 8:00 PM, sábados de 9:00 AM a 6:00 PM y domingos de 11:00 AM a 5:00 PM. Solo tienes que llamar al (787) 774-6060 o 1-800-981-3241 (libre de cargos).**