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

**Concesionario Independiente de la Blue Cross and Blue Shield
Association**

SERVICIOS CUBIERTOS

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

Este plan de salud para usted y sus dependientes elegibles cuenta con las Redes Preferidas para los laboratorios clínicos, farmacias, rayos X y otras pruebas diagnósticas especializadas e imágenes que se prestan de forma ambulatoria. Esto significa que usted debe visitar los proveedores participantes de estas Redes Preferidas identificadas como *Selective* en el Directorio de Proveedores y Participantes de Triple-S Salud para recibir los servicios ambulatorios de laboratorios clínicos, radiología e imágenes. En el caso de los medicamentos recetados que están cubiertos en su beneficio de farmacia, debe visitar las farmacias participantes en el Directorio de Proveedores y Participantes de Triple-S Salud identificadas como Red de Farmacias Preferidas. Si visita un proveedor o farmacia no participante de estas Redes Preferidas, los servicios no estarán cubiertos. Es importante que revise el Directorio de Proveedores y Participantes de Triple-S Salud antes de recibir los mismos para asegurarse que el proveedor del cual recibirá los servicios es un proveedor participante de la Red Preferida.

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

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

Bajo nuestro plan, existe un máximo de desembolsos que las personas según su tipo de contrato pagan por los servicios médico-hospitalarios esenciales cubiertos. La cantidad máxima de desembolso es de \$6,350 en un contrato individual y \$12,700 en contrato pareja o familiar. Esta es la cantidad máxima que los asegurados pagan durante el año póliza por servicios médicos-hospitalarios esenciales cubiertos bajo la póliza cuando visita a los proveedores dentro de la red, incluyendo la compra de medicamentos y pagos por los servicios dentales esenciales, según descritos en la Tabla de Beneficios. Una vez la persona asegurada alcance la cantidad que le aplica según su tipo de contrato, no tendrá que hacer desembolsos adicionales por el resto del año póliza. Los servicios prestados a través de proveedores no participantes en y fuera de Puerto Rico, pagos realizados por la persona asegurada por los servicios no cubiertos bajo esta póliza, servicios de terapia alternativa (Triple-S Natural), espejuelos y lentes de contacto para mayores de 21 años, la prima mensual pagada a Triple-S Salud por el plan no se consideran gastos elegibles para la acumulación del desembolso máximo.

Los servicios prestados por proveedores participantes se pagan a base de la tarifa establecida para cada uno de los servicios, de acuerdo con el contrato en vigor entre el participante y Triple-S Salud. El asegurado está obligado a mostrar, cuando solicite un servicio, la tarjeta que lo acredita como tal; en ésta se estipulan las cubiertas a las que tiene derecho.

El asegurado, médico y proveedor participante serán orientados sobre las admisiones hospitalarias que requieran precertificación o notificación en 24 horas o tan pronto como sea razonablemente posible. Algunos estudios, procedimientos diagnósticos y quirúrgicos requieren una precertificación de Triple-S Salud. El asegurado, médico y proveedor participante serán orientados sobre los procedimientos a precertificar. Los servicios recibidos como consecuencia de una emergencia médica en una Sala de Emergencia no requerirán precertificación.

En los casos en que Triple-S Salud requiera precertificación o autorización previa a la prestación de servicios, Triple-S Directo 1/2016

Triple-S Salud no sera responsable par el pago de dichos servicios, si los mismos han sido prestados o recibidos sin dicha precertificacion o autorizacion previa par parte de Triple-S Salud.

Los servicios cubiertos par esta paliza que sean prestados par medicos o proveedores no participantes de Triple S-Salud, fuera del area geografica de Puerto Rico, estaran cubiertos unicamente como se estipula en la Seccion- Indemnizacion a la Persona Asegurada de esta paliza. En Puerto Rico, los servicios cubiertos par esta paliza que sean prestados par medicos o proveedores no participantes, estaran cubiertos unicamente en caso

de emergencia y serán pagados directamente al proveedor a base de la cantidad que resulte menor entre el gasto incurrido y el honorario que se hubiese pagado a un proveedor participante.

Servicios prestados en los Estados Unidos de América están cubiertos conforme a lo dispuesto en la sección Cubierta Ampliada en Estados Unidos de América.

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

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

Bajo ninguna circunstancia el proveedor participante cobrará o intentará cobrar de una persona cubierta o asegurado alguna cantidad de dinero que el asegurador le adeude a dicho proveedor.

Esta póliza le provee a cualquier asegurado elegible, incluyendo aquellos con diagnóstico de VIH o SIDA, con incapacidad física o mental, todas las cubiertas ofrecidas en la misma. Además, no limita la cubierta o deniega una reclamación basado en una situación de víctima de maltrato de la persona asegurada.

Cubierta de Servicios por Ley Local o Federal

Los servicios preventivos de cernimiento requeridas de acuerdo a la edad preescolar del niño, requeridos por la Ley 296 del 1 de septiembre de 2000 y en conformidad con la Carta Normativa N-AV-7-8-2001 del 6 de julio de 2001 están cubiertos por esta póliza. Estos servicios incluyen el examen físico general, cernimiento de visión y audición, pruebas de laboratorio clínico (incluyendo la prueba de tuberculina), pruebas y evaluaciones psicológicas de cernimiento psicosocial, cernimiento de asma y epilepsia, según los estándares vigentes establecidos por el Departamento de Salud, Programa de Medicaid, Programa de Madres, Niños y Adolescentes y la Academia Americana de Pediatría.

Esta póliza cubre los servicios preventivos requeridos por las leyes federales *Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-148 (PPACA)* y la *Health Care and Education Reconciliation Act de 2010, Public Law No. 111-152 (HCERA)* y según establecidos por el *United States Preventive Services Task Force (USPTF)*. Los servicios de cuidado preventivo, que se detallan a continuación, se incluyen en su cubierta básica y tienen \$0 copago ó 0% de coaseguro a través de médicos participantes.

- Un cernimiento de por vida para aneurisma aórtica abdominal (AAA) por ultrasonografía en hombre entre las edades de 65 a 75 años de edad que hayan sido fumadores.
- Cernimiento y consejería conductual en adolescentes por abuso de alcohol y drogas, y por alcohol en adultos de 18 años o mayores que tienen un patrón de riesgo o están en peligro de caer en un patrón de riesgo en el consumo de alcohol, incluyendo intervenciones conductuales.
- Suplemento de aspirina para hombres de 45 a 79 años y mujeres de 55 a 79 años.
- Cernimiento para alta presión en niños de todas las edades y adultos de 18 años en adelante.
- Cernimiento de colesterol o trastorno de los 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 45 años de edad o mayores, si están en alto riesgo de enfermedad cardiovascular coronaria; y para niños de todas las edades, mujeres de 45 años de edad o mayores si están en alto riesgo de enfermedad cardiovascular coronaria así como a mujeres de 20 a 45 años.

- Prueba de sangre oculta para cernimiento para cáncer colorectal; sigmoidoscopia o colonoscopia en adultos comenzando a la edad de 50 años hasta la edad de 75 años.
- Cernimiento de depresión para adultos y cernimiento de desorden severo de depresión para adolescentes (edades 12 a 18 años), cuando el procedimiento ha sido establecido para asegurar un diagnóstico preciso, psicoterapia, (cognitiva-conductual o interpersonal) y seguimiento.
- Cernimiento para diabetes tipo 2 en adultos asintomáticos con una presión arterial sostenida (ya sea con o sin tratamiento) sobre 135/80mmg.
- Consejería nutricional para adultos en alto riesgo de enfermedades crónicas.
- Pruebas de cernimiento para VIH en adolescentes en alto riesgo y adultos desde 15 a 65 años. Adolescentes más jóvenes y adultos mayores que estén en alto riesgo también deben examinarse. De igual forma, a todas las mujeres embarazadas se cubrirá una primera prueba del VIH durante el primer trimestre de gestación o en la primera visita prenatal y una segunda prueba durante el tercer trimestre de gestación (entre las 28 y las 34 semanas de embarazo).
- Cernimiento de obesidad para adultos y aquellos con una masa corporal de 30kg/m² o más, deben ser referidos intervenciones de multicomponentes conductuales intensivas.
- Asesoría conductual intensiva para adultos con sobrepeso u obesidad, con al menos un factor de riesgo adicional para la enfermedades cardiovasculares para promover una dieta saludable y actividad física para la prevención de las enfermedades cardiovasculares.
- Consejería preventiva de infecciones transmitidas sexualmente para adolescentes y adultos en alto riesgo.
- Cernimiento de tabaco para todos los adultos e intervenciones para el cese de su uso en usuarios de tabaco; consejería extendida a mujeres fumadoras embarazadas.
- Para aquellos que utilizan los productos para cesar el uso de tabaco, este plan cubre el despacho de medicamentos para cesar de fumar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) por 90 días consecutivos en un intento y hasta dos (2) intentos por año.
- Prueba anual de cáncer en el pulmón con una tomografía computarizada de baja dosis para los adultos entre las edades de 55 y 80 años que han fumado durante 30 años y fuman en la actualidad, o hayan dejado de fumar durante los últimos 15 años. Las pruebas deben discontinuarse una vez que la persona no haya fumado durante 15 años o desarrolle un problema médico que limite sustancialmente la esperanza de vida o la capacidad o voluntad de someterse a una operación curativa del pulmón.
- Cernimiento de sífilis para todos los adultos y mujeres embarazadas en alto riesgo.
- Cernimiento rutinario para anemia por deficiencia de hierro en mujeres embarazadas asintomáticas.
- Cernimiento para bacteriuria asintomática por medio de un cultivo de orina a mujeres embarazadas entre las 12 a 16 semanas de gestación o en la primera visita prenatal, si es más tarde.
- Consejería sobre pruebas genéticas del virus de susceptibilidad al cáncer de seno y ovarios para mujeres en alto riesgo. Las mujeres con resultados de cernimiento positivos deben recibir asesoría genética y, si está indicado después del asesoramiento, la prueba de BRCA.
- Mamografía de cernimiento para cáncer de seno cada uno o dos años para mujeres sobre 40 años de edad; bianual para mujeres entre 50 y 75 años de edad.
- Consejería sobre quimioterapia preventiva de cáncer de seno para mujeres en alto riesgo.
- Apoyo y consejería en lactancia por un proveedor adiestrado en lactancia durante el embarazo o el periodo post parto; incluyendo el equipo de lactancia.
- Cernimiento de cáncer cervical para mujeres sexualmente activas entre las edades de 21 a 65 años por medio de citología (PaP cada tres años). Prueba de virus de papiloma humano en combinación con citología cada 5 años para mujeres entre las edades de 30 a 65 años.
- Cernimiento para infección de clamidia en todas las mujeres embarazadas de 24 años o menos de edad y en mujeres mayores que estén en alto riesgo, estén o no embarazadas.
- Todos los métodos anticonceptivos para la mujer aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), procedimientos de esterilización, anticonceptivos orales, educación y consejería para todas las mujeres con capacidad reproductiva; según se receten.
- Cernimiento y consejería sobre violencia doméstica e interpersonal.
- Suplementos de ácido fólico para mujeres que pudiesen quedar embarazadas.
- Aspirina en dosis bajas (81 mg/d) como medicación preventiva después de 12 semanas de gestación en mujeres que están en alto riesgo de preclamsia.
- Cernimiento para diabetes gestacional en mujeres embarazadas entre 24 y 28 semanas de gestación y en la primera visita prenatal para mujeres en alto riesgo.

- Pruebas de cernimiento de gonorrea a todas las mujeres sexualmente activas, incluyendo aquellas embarazadas si están en un alto riesgo de infección
- Cernimiento de Hepatitis B a mujeres embarazadas en su primera visita prenatal
- Cernimiento del ADN del virus del papiloma humano en mujeres con resultados citológicos normales, a partir de los 30 años cada 3 años
- Cernimiento para osteoporosis en mujeres de 65 años de edad o mayores y en mujeres más jóvenes cuyo riesgo de fracturas es igual o mayor al de una mujer de raza blanca de 65 años que no tenga riesgos adicionales
- Prueba de tipo de sangre Rh (D) y anticuerpos para todas las mujeres embarazadas durante su primera visita de cuidado prenatal y posteriormente para todas las mujeres Rh (D) negativo entre las 24 y 28 semanas de gestación que no han sido desintetizadas, a menos que no se sepa que el padre biológico sea Rh (D) negativo
- Cuidado preventivo anual para mujeres adultas y con el propósito de recibir los servicios preventivos recomendados que sean apropiados para su desarrollo y para su edad. Esta visita *well-woman* es anual, aunque *Health and Human Services* (HHS, por sus siglas en inglés) reconoce que varias visitas puedan ser necesarias para obtener todos los servicios preventivos recomendados, dependiendo del estado de salud de la mujer, sus necesidades de salud y otros factores de riesgo.
- Cernimiento de autismo para niños
- Cernimiento de comportamiento para niños de todas las edades
- Cernimiento de displasia cervical para mujeres sexualmente activas
- Cernimiento de hipotiroidismo congénito en recién nacidos
- Cernimiento y monitoreo de desarrollo para niños menores de 3 años
- Cernimiento de desórdenes lípidos en niños de todas las edades
- Suplementos de flúor para los niños cuyas fuentes de obtención de agua no tiene flúor
- Aplicación (tópica) de barniz de fluoruro a niños menores de 5 años de edad
- Cernimiento de audición para recién nacidos
- Historial médico para todos los niños a través de su desarrollo en las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años y 5 a 10 años
- Cernimiento de hematocrito y hemoglobina para niños
- Suplementos de hierro para niños entre las edades de 6 a 12 meses en riesgo de anemia
- Cernimiento de plomo para niños en riesgo de estar expuestos
- Cernimiento de obesidad para niños de 6 años o mayores y ofrecimiento de referidos a intervenciones comprensivas e intensivas de conducta para promover la mejoría del estatus de peso
- Medicamentos preventivos para los ojos de todos los recién nacidos para la prevención de gonorrea
- Medición de altura, peso e índice de masa corporal para niños de todas las edades
- Cernimiento de hemoglobinopatía o enfermedad de células falciformes para recién nacidos
- Evaluación de riesgo oral para niños jóvenes en las edades de 0 a 11 meses, 1 a 4 años y 5 a 10 años
- Cernimiento para el desorden genético fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)
- Consejería conductual de alta intensidad sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual para todos los adolescentes sexualmente activos
- Prueba para niños de todas las edades en alto riesgo de tuberculosis
- Cernimiento de visión para todos los niños al menos una vez entre los 3 a 5 años, para detectar la presencia de ambliopía
- 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
- Consejería conductual sobre cáncer en la piel a los niños, adolescentes y adultos jóvenes entre las edades de 10 a 24 años de edad que tienen piel clara para que limiten al mínimo su exposición a los rayos ultravioletas para reducir los riesgos de cáncer en la piel

Para más información sobre los servicios preventivos a los que aplican estas disposiciones de ley, 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 mencionadas en el párrafo anterior 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 del 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 de 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 la condiciones dentro del Continuo de 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 cobertura para el tratamiento de quimioterapia contra el cáncer en sus varios métodos de administración tal como por vía intravenosa, vía oral, vía inyectable o vía 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 post-mastectomía necesaria para la recuperación física y emocional del paciente.

INDEMNIZACIÓN A LA PERSONA ASEGURADA

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

SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y DE DIAGNÓSTICO EN FORMA AMBULATORIA

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

La persona asegurada será responsable de pagar directamente al proveedor participante el copago o coaseguro estipulado en las Tablas de Beneficios que se especifican en esta póliza. Favor referirse a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros para los servicios cubiertos al final de esta póliza.

Descripción de beneficios

Servicios de diagnóstico y tratamiento

- Visitas a la oficina del médico generalista
- Visitas a especialistas
- Visitas a subespecialistas
- Visitas a audiólogos
- Visitas a optómetras
- Visitas a podiatras, incluyendo cuidado rutinario del pie
- Visita anual preventiva
- Servicios médicos en el hogar de la persona asegurada por médicos que presten este servicio
- Inyecciones intrarticulares hasta dos (2) inyecciones diarias y hasta un máximo de doce (12) inyecciones por persona asegurada, por año póliza
- **Servicios en sala 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 por enfermedad y accidente. Si la persona asegurada al llamar a Teleconsulta, recibe una recomendación de acudir a la sala de emergencia con un número de registro, le aplicará un copago menor por el uso de dichas facilidades. Las emergencias siquiátricas estarán cubiertas conforme a la Ley Núm. 183 del 6 de agosto de 2008. Las emergencias siquiátricas 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.
Nota: Para pruebas diagnósticas provistas en salas de emergencia, que no sean laboratorios y rayos X, aplican los coaseguros y/o límites correspondientes al beneficio ambulatorio, incluyendo la interpretación de rayos X; según especificado en esta póliza.
- Criocirugía del cuello uterino, un procedimiento por año
- Servicios de esterilización para el hombre (vasectomía)

Cuidado de Alergias

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

Laboratorios, Rayos X y Otras Pruebas Diagnósticas – A través de las Redes Preferidas *Selective* de laboratorios clínicos y radiología/imágenes. Para una lista de las facilidades participantes, refiérase al Directorio de Proveedores y Participantes de Triple-S Salud.

- 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 (CT), hasta una por región anatómica, por persona asegurada, por año póliza
 - Single Photon Emission Computerized Tomography (SPECT)
 - Sonogramas
 - Estudio de angiografía por resonancia magnética (MRA)
-

- Estudio de resonancia magnética (MRI), hasta uno (1) por región anatómica, por persona asegurada, por año póliza. **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 dos (2) pruebas de cada una, por persona asegurada, por año póliza
- Endoscopias gastrointestinales
- Electroencefalogramas
- Prueba diagnóstica de polisomnografía (estudio de desórdenes del sueño), 1 prueba por año póliza, por persona asegurada
- Timpanometría, 1 prueba por persona asegurada, por año póliza
- Densitometría ósea cuando no es prestada como una prueba preventiva según dispone la ley federal sino como seguimiento a un diagnóstico o tratamiento de una condición
- Mamografías, mamografías digitales o sonomamografías cuando no sean prestadas como pruebas preventivas según lo dispone la ley federal sino como seguimiento a un diagnóstico o tratamiento de una condición
- Pruebas y procedimientos neurológicos
- Otras pruebas audiológicas
- 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.

Cuidado Ambulatorio de Maternidad (aplica a asegurada principal, cónyuge o cohabitante del asegurado principal e hijas dependientes)

- Visita anual preventiva sin copago o coaseguro
- Servicios pre y postnatales
- Sonogramas; hasta tres (3) en embarazos normales, según protocolo clínico
- Perfil Biofísico, un (1) servicio por embarazo por asegurado
- Visitas para cuidado preventivo de recién nacidos (*Well-baby care*)

Terapias de tratamiento

- Radioterapia y cobalto
- Tratamiento de 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), dos (2) sesiones de terapia por día, hasta un máximo de 20 sesiones por persona asegurada, por año póliza.

Equipo Médico Duradero

- Compra o renta, **requiere precertificación**:
- Compre o renta de oxígeno y del equipo necesario para su administración
- Compra o renta de sillones de ruedas o camas de posición
- Compra o renta de respiradores, ventiladores y otros equipos para el tratamiento de parálisis respiratoria

Nota: Los servicios provistos por proveedores no participantes serán pagados por indemnización a base de las tarifas establecidas por Triple-S Salud, luego de descontar el coaseguro correspondiente al servicio recibido.

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 beneficiario tenga a su alcance anualmente los exámenes de laboratorio e inmunización apropiados para su edad, sexo 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 conocimiento de 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.

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.

- **Servicios de Enfermería**- parciales o intermitentes provistos o bajo la supervisión de un(a) enfermero(a) graduado(a).
- **Auxiliar de Servicios de Salud en el Hogar**- servicios parciales o intermitentes prestados primordialmente para el cuidado del paciente.
- **Terapias Físicas, Ocupacionales y del Habla (habilitativa y rehabilitativa)** - 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 **requiere precertificación.**

Servicios de nutrición

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

Quiroprácticos

- Visitas al quiropráctico

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

- Manipulaciones
- 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 veinte (20) sesiones en conjunto por persona asegurada, por año póliza.

Cuidado Visual

- Pruebas diagnósticas en oftalmología
- Aplica coaseguro de pruebas diagnósticas para los servicios. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros al final de esta póliza.
- Examen de refracción, un (1) examen por persona asegurada, por año póliza, siempre que el examen sea hecho por un especialista en oftalmología u optometría.

-
- **Se ofrece solo a los Planes Triple-S Directo Oro:** Espejuelos o lentes de contacto hasta un máximo de \$50.00 por persona asegurada mayor de 21 años, por año póliza.
-

- 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 Proveedores y Participantes de Triple-S Salud. Hasta 6 visitas por año, por persona asegurada e incluye los siguientes tipos de terapia:

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

Otros servicios para el tratamiento de Desórdenes dentro del Continuo 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 y 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 NIÑOS, 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.

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.

Reforma de Salud Federal – Vacunas Preventivas Estándar que no Conllevan Copago
<p>Desde 2 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ROTA (Rotavirus Vaccine)(90680) – Hasta los 8 meses • ROTA (Rotavirus Vaccine, human - Rotarix) (90681) – Hasta los 8 meses • IPV* (Inactivated Poliovirus Vaccine – inyectable (90713) – Hasta los 18 años • Hib* (Haemophilus Influenza B Vaccine) (90645; 90646; 90647, 90648) – Hasta los 6 años
<p>Desde 2 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PPV (Pneumococcal Polysaccharide Vaccine) (90732) • Menomune (Meningococcal Polysaccharide Vaccine) (90733) • MCV (Meningococcal Conjugate Vaccine - Menactra) (90734)
<p>Hasta 5 años*:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PCV (Pneumococcal Conjugate Vaccine - Prevnar) (90669) • PCV (Pneumococcal Conjugate Vaccine - Prevnar 13) (90670)
<p>Hasta los 7 años*:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DTaP (Diphtheria, Tetanus Toxoid and Acellular Pertussis Vaccine) (90700)
<p>Desde 11 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tdap* (Tetanus, Diphtheria and Acellular Pertussis)(90715) • HPV* (Human Papilloma Virus) (Gardasil-90649, Cervarix-90650)
<p>Desde 60 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zoster (Zostavax) (90736)
<p>Edades variables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FLU (Influenza Virus Vaccine) <ul style="list-style-type: none"> - (90654) Desde los 18 años hasta los 65 años* - (90655, 90657) Hasta los 3 años (2 dosis) - (90656, 90658) Desde los 3 años - (90660, 90672) (for intranasal use) • MMR (Measles, Mumps and Rubella Vaccine) (90707) – sin límite de edad • VAR (Varicella Virus Vaccine) (90716) – sin límite de edad • DT (Diphtheria, Tetanus Toxoid) (90702) – Desde los 4 meses • HEP A (Hepatitis A Vaccine): <ul style="list-style-type: none"> - (90633, 90634) – Desde 1 año - (90632) – Desde los 18 años • Td (Tetanus and Diphtheria Toxoid Adsorbed) (90714; 90718) – sin límite de edad • HEP B (Hepatitis B Vaccine): <ul style="list-style-type: none"> - (90744) – Hasta los 20 años* - (90746) – Desde los 20 años - (90747) – sin límite de edad

***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”).**

B. Otras Vacunas Cubiertas

<ul style="list-style-type: none">• Vacunas con \$0.00 copago
<ul style="list-style-type: none">• Pentacel* (90698) – Hasta los 5 años (PPACA)• DtaP-IPV-HEP B* (Pediatrix) (90723) Hasta los 7 años (PPACA)• Kinrix* (90696) Hasta los 7 años (PPACA)• Tetanus Toxoid (90703) – sin límite de edad
<ul style="list-style-type: none">• Vacunas sujetas a coaseguro 30% coaseguro
<ul style="list-style-type: none">• Inmunoprofilaxis para el virus sincitial respiratorio (Synagis, Palivizumab*) (90378) – Hasta los 2 años. Cubre con precertificación siguiendo el protocolo establecido por Triple-S Salud.

***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

- Triple-S Salud se compromete a pagar, a base de las tarifas establecidas para tales propósitos, por los servicios cubiertos en esta póliza que sean prestados al asegurado durante periodos de hospitalización por médicos escogidos libremente por éste. Solo estarán cubiertos durante cualquier periodo de hospitalización los servicios médicos que normalmente estén disponibles en el hospital en que la persona asegurada se hospitalice.
- Ninguna persona asegurada bajo esta póliza, que se hospitalice en una habitación semiprivada o privada del hospital, está obligada a pagar cantidad alguna a un médico participante por los servicios cubiertos por esta póliza que el médico le preste. En estos casos, el pago de honorarios médicos en estos casos Triple-S Salud lo efectuará directamente a los médicos participantes a base de las tarifas establecidas para tales propósitos.
- Durante los periodos de hospitalización, la persona asegurada tendrá derecho a recibir los servicios médico-quirúrgicos, entre otros:

Favor referirse a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros para los servicios cubiertos al final de esta póliza.

Descripción de Beneficios

Servicios Médicos-Quirúrgicos

- Cirugías, incluyendo cirugía ortognática.
- Estos servicios están incluidos en el copago que usted paga por admisión.
- Trasplantes de piel, hueso y córnea
- Mastectomía, cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía para la reconstrucción del seno extraído, cirugía y la 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 post mastectomía necesaria para la recuperación física y emocional del paciente.
- Tratamiento para la obesidad mórbida: 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 algún miembro del cuerpo. Estos procedimientos quirúrgicos requieren precertificación de Triple-S Salud.
- Servicios de diagnóstico
- Tratamientos
- Administración de anestesia
- Consulta de especialistas
- Endoscopias gastrointestinales
- Evaluaciones audiológicas, incluye la Prueba de Cernimiento Auditivo Neonatal
- Tratamiento de quimioterapia en sus varios métodos de administración (inyectable, oral, intravenosa e intratecal), radioterapia y cobalto.
- Estos servicios están incluidos en el copago que usted paga por admisión. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros al final de esta póliza.
- Pruebas cardiovasculares invasivas
- Litotricia (*ESWL*); requiere precertificación.

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

- Es requisito que la persona asegurada a hospitalizarse por razón de lesiones o enfermedad pague al hospital participante, al momento de su ingreso, el copago establecido por la admisión. Además, deberá pagar los copagos o coaseguros por los servicios hospitalarios que apliquen. Esta cantidad no será reembolsada por Triple-S Salud.
- Para el cómputo de cualquier periodo de hospitalización se cuenta el día de ingreso, pero no se cuenta el día en que el paciente es dado de alta por el médico a cargo del caso. Triple-S Salud no será responsable por los servicios recibidos por cualquier persona asegurada si ésta permanece en el hospital después de haber sido dada de alta por el médico a cargo del caso, ni tampoco será responsable por cualquier día o días de pase que le sean concedidos al paciente para ausentarse del hospital durante el mismo periodo de hospitalización.
- Los servicios de hospitalización se extenderán en caso de maternidad o de condiciones secundarias al embarazo, únicamente si se tiene derecho al beneficio de maternidad.
- Los procedimientos y cirugías provistos bajo esta póliza que son prestados a través de una Facilidad de Cirugía Ambulatoria estarán cubiertos conforme a la política establecida por Triple-S Salud.
- Cuando una persona asegurada utilice una habitación privada en un hospital participante, Triple-S Salud cubrirá lo que hubiese pagado por una habitación semiprivada. El hospital podrá cobrar al paciente la diferencia entre el costo normal de la habitación privada y la tarifa establecida por Triple-S Salud para una habitación semiprivada, excepto en casos que sea médicamente necesario y con previa notificación a Triple-S Salud. Los demás gastos de hospitalización de la persona asegurada cubiertos por esta póliza están incluidos en la contratación entre el hospital participante y Triple-S Salud y por ello no puede cobrar diferencia alguna a la persona asegurada. Favor verificar en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros para cualquier cantidad adicional por concepto de copagos o coaseguros adicionales al de la admisión hospitalaria.
- 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.
- Favor referirse a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros para los servicios cubiertos al final de esta póliza.

Descripción de Beneficios

Hospitalizaciones

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

Hospitalizaciones

- Comidas y dietas especiales
 - Uso de servicio de telemetría
 - Uso de Sala de Recuperación
 - Uso de Unidad de Unidad de Cuidado Intermedio para infantes (*Step-down Unit*)
 - Uso de las Unidades de Cuidado Intensivo, Cuidado Coronario, Cuidado Intensivo de Pediatría y Cuidado Intensivo de Neonatología
 - Servicio general de enfermería
 - Administración de Anestesia por personal no médico
 - Servicios de laboratorio clínico
 - Medicinas, productos biológicos, materiales para curaciones, productos de hiperalimentación y materiales de anestesia
 - Producción de electrocardiogramas
 - Producción de estudios radiológicos
-

Descripción de Beneficios

- Servicios de terapia física (habilitativa y rehabilitativa)
- Uso de los servicios de médicos en adiestramiento, internos y residentes del hospital autorizados para prestar servicios médicos a pacientes
- Servicios de terapia respiratoria
- Uso de sala de emergencias cuando el asegurado sea admitido al hospital
- Uso de otras facilidades, servicios, equipos y materiales que provea usualmente el hospital que sean ordenados por el médico de cabecera y que no hayan sido expresamente excluidos del contrato con el hospital
- Tratamientos de quimioterapia en sus varios métodos de administración (oral, inyectable, intravenosa e intratecal) y radioterapia
- Sangre para transfusiones

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

- 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.

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

Cuidado Hospitalario de Maternidad (aplica a la asegurada principal, cónyuge o cohabitante del asegurado principal e hijas dependientes) - Las admisiones de hospital en caso de un parto estarán cubiertas un mínimo de 48 horas en caso de parto natural y 96 horas en caso de un parto por cesárea a menos de que el médico, luego de consultar con la madre, ordene el alta al hospital para la madre y/o recién nacido.

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

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

Servicios Post-Hospitalarios 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.

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

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

Ambulancia

- Servicios de Ambulancia: 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, Triple-S Salud pagará directamente al proveedor. El servicio solo 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.
 - d) entre instituciones de proveedores de servicios de salud en caso de emergencias siquiátricas por ambulancias certificadas por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud.
- 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
-
- Servicio de ambulancia aérea en Puerto Rico, sujeto a la necesidad médica del mismo.
-

SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS

Favor referirse a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros para los servicios cubiertos al final de esta póliza.

Descripción de Beneficios

Hospitalización

Hospitalizaciones por condiciones mentales

- Hospitalizaciones regulares y parciales
- Estos servicios están sujetos a copago por admisión hospitalaria. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros al final de esta póliza.

- Hospitalizaciones parciales

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

Servicios Ambulatorios

- Visitas del paciente a la oficina del psiquiatra, psicólogo (con maestría o doctorado y licencia vigente emitida por la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico).

- Visitas de familiares inmediatos (colaterales)

- Visitas de terapia en grupo (de pacientes)

Otras Evaluaciones Psicológicas

- Evaluación psicológica

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

Abuso de Sustancias (Drogadicción y Alcoholismo)

- Hospitalizaciones regulares y detoxificación

- Servicios sujetos a copago por admisión hospitalaria. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros al final de esta póliza.

- 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)

- Visitas colaterales (familiares inmediatos).

- Visitas para terapia en grupo

Tratamiento Residencial

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

- Sujeto a copago por admisión hospitalaria. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros al final de esta póliza.
-

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

Triple-S Salud cubrirá los gastos incurridos por concepto de servicios médicos y hospitalarios cubiertos que hayan sido prestados en los Estados Unidos de América únicamente en casos de emergencia médica o cuando se requiera equipo, tratamiento y facilidades no disponibles en Puerto Rico.

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

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

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

Si la persona asegurada utiliza un proveedor no participante de la red Blue Cross Blue Shield local, tendrá que pagar el costo total de los servicios, excepto en casos de una emergencia médica. En estos casos, Triple-S Salud pagará el porcentaje de la tarifa para proveedores no participantes establecida por el plan local de la Blue Cross Blue Shield Association o de las tarifas establecidas en Triple-S Salud para sus proveedores participantes en Puerto Rico. La persona asegurada será responsable de pagar el coaseguro establecido en la cubierta para servicios en Estados Unidos en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros que aparece al final de esta póliza.

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

Los tratamientos provistos en los Estados Unidos de América estarán cubiertos si son de emergencia, aún cuando el servicio de emergencia prestado esté relacionado a una condición preexistente de la persona asegurada.

Si el servicio se presta en Estados Unidos de América y no es una emergencia o está disponible en Puerto Rico, Triple-S Salud pagará la cantidad equivalente a la tarifa establecida en Puerto Rico, según se establece en esta póliza bajo la sección de SERVICIOS DE INDEMNIZACIÓN.

BENEFICIO DE FARMACIA

- La cubierta de farmacia estará sujeto a los términos y condiciones de la cubierta para servicios de hospitalización, médico-quirúrgicos y ambulatorios de 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, clasificación terapéutica, entre otros.
- Este plan proveerá para el despacho de los medicamentos cubiertos, independientemente del padecimiento, dolencia, lesión condición o enfermedad para la cual sean prescritos, siempre y cuando el medicamento tenga la aprobación de la FDA para al menos una indicación y el medicamento sea reconocido para el tratamiento del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad 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.
- Es requisito presentar la tarjeta de asegurado de Triple-S Salud a cualquier farmacia participante al momento de solicitar los beneficios para que los mismos estén cubiertos por esta cubierta. La farmacia participante proveerá, a la presentación de la tarjeta de asegurado de Triple-S Salud y de una receta, los medicamentos cubiertos incluidos en la Lista de Medicamentos que especifique dicha receta; y no efectuará cargo ni cobrará cantidad alguna al asegurado que resulte en exceso de lo establecido en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros. 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.
- Una farmacia no está obligada a proveer una receta ordenada si por alguna razón, de acuerdo a su juicio profesional, no debe ser provista. Esto no aplica a decisiones tomadas por farmacias, por concepto de tarifa aplicada por Triple-S Salud.
- Las recetas expedidas por médicos en donde no estén especificadas las indicaciones para su uso, ni la cantidad del medicamento, solamente se podrán despachar para un abastecimiento de cuarenta y ocho (48) horas. Ejemplo: cuando un médico escribe en sus indicaciones: “para administrarse cuando sea necesario (PRN, por sus siglas en latín)”.
- Los medicamentos con repeticiones (*refills*) no podrán ser provistos antes de transcurrir el 75% del abastecimiento a partir de la fecha del último despacho, ni luego de transcurrir seis (6) meses desde la fecha original de la receta, excepto que de otra forma lo disponga la ley que controla el despacho de sustancias controladas.

Esta cubierta de farmacia tiene las siguientes características:

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

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

- a) se incluyen medicamentos nuevos
 - b) se cambian medicamentos de un nivel con copago/coaseguro mayor a un nivel con un copago/coaseguro menor
 - c) cambio por motivos de seguridad, si el fabricante del medicamento con receta no lo puede suplir o lo ha retirado del mercado.
- a. La Lista de Medicamentos o formulario detalla los medicamentos considerados como cubiertos. Por la naturaleza dinámica de este proceso, el Comité de Farmacia y Terapéutica evalúa la Lista de Medicamentos y aprueba cambios donde se incluyen medicamentos nuevos, se cambian medicamentos de un nivel con copago/coaseguro mayor a un nivel con un copago/coaseguro menor o por motivos de seguridad, si el fabricante del medicamento con receta no lo puede suplir o lo ha retirado del mercado. Esta Lista de Medicamentos se imprime una vez al año.
- b. Estarán cubiertos los medicamentos sin leyenda, medicamentos genéricos o medicamentos de marca incluidos en la Lista de Medicamentos que en su etiqueta contengan la frase «*Caution: Federal law prohibits dispensing without prescription*» (Precaución: La ley Federal prohíbe su despacho sin receta médica), insulina y algunos medicamentos *Over-the-Counter (OTC)* incluidos en la Lista de Medicamentos según se detalla en esta sección y en la sección de Exclusiones de la Cubierta de Farmacia.
- c. 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 aseguradas embarazadas, tamoxifen o raloxifene para las mujeres 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 niños de 6 a 12 meses, según se establece en la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros.
- d. 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.
- e. 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.
- f. 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 el Nivel 4.
- g. El despacho de medicamentos genéricos está provisto como primera opción, excepto para aquellos medicamentos de marca incluidos en la Lista de Medicamentos para esta cubierta para el cual no exista el genérico.
- h. Este beneficio de farmacia está sujeto a un deducible anual (Ej. \$100 individual). Favor refiérase al 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. \$100 individual).

Además, las cubiertas de farmacia pueden tener un primer nivel de cubierta (Ej. \$800 por contrato individual o familiar). Esto significa que:

- Si la cubierta de farmacia tiene un deducible anual, el primer nivel de cubierta comienza cuando la persona asegurada haya alcanzado el deducible y hasta que el plan pague la cantidad establecida (Ej. \$800 por contrato individual o familiar).
 - 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 por contrato individual o familiar).
 - En ambos casos, toda vez que la persona asegurada empieza el primer nivel de cubierta, es responsable por los copagos y coaseguros según el nivel de los medicamentos hasta que el plan pague la cantidad establecida (Ej. \$800 por contrato individual o familiar).
 - Una vez acumulada la cantidad establecida en el primer nivel de cubierta (Ej. \$800 por contrato individual o familiar), la persona deberá pagar un coaseguro para todos los medicamentos cubiertos por el resto del año póliza.
 - Estos deducibles, copagos y coaseguros no aplican a los Servicios Preventivos con \$0 copago, según requerido por las leyes federales *Patient Protection and Affordable Care Act* y la *Healthcare and Education Act*, y según establecido por el *United States Preventive Services Task Force*. Refiérase a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros al final de esta póliza.
- i. 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.
- j. Los medicamentos tranquilizantes incluidos en la familia de las benzodiazepinas (Ejemplo: Valium®, Xanax®, Ativan®, Tranxene® y Halcion®) estarán cubiertos solamente cuando sean recetados por psiquiatras. Los medicamentos para la ansiedad estarán cubiertos cuando sean recetados por psiquiatras con abastecimiento de hasta 30 días y cinco repeticiones.
- k. Los medicamentos psicoterapéuticos estarán cubiertos con abastecimiento para 30 días con repeticiones si son recetados por psiquiatras o neurólogos. Si son recetados por otras especialidades se cubrirá el abastecimiento para 15 días sin repeticiones.
- l. 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 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 (PA):** Ciertos medicamentos necesitan una preautorización para ser obtenidos por el paciente. Los mismos se identifican en la lista de medicamentos con PA (requiere Preautorización), en cuyo caso, la farmacia gestiona la preautorización antes del despacho del medicamento al asegurado. La farmacia también nos contactará para obtener autorización por cambios en dosis y cuando los cargos exceden los \$500 por receta despachada para evitar errores de facturación.

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

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

Beneficio de Farmacia

Favor referirse a la Tabla de Deducibles, Copagos y Coaseguros para los servicios cubiertos al final de esta póliza.

Abastecimiento de 30 días

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 *Over-the-Counter*

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

Abastecimiento de 90 días

Nivel 1 – Medicamentos Genéricos

Nivel 2 – Medicamentos Preferidos

Nivel 3 – Medicamentos No Preferidos

Nivel 4 – Productos Especializados Preferidos

- **No aplica**

Nivel 5 – Productos Especializados No Preferidos

- **No aplica**

Algunos medicamentos de quimioterapia oral*

Programa de medicamentos *Over-the-Counter*

- **No aplica**

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

* 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. Estos servicios no están sujetos a copagos o coaseguros.

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"
6. Profilaxis dentales (limpieza)
7. Aplicación (tópica) de barniz de fluoruro a niños menores de 5 años de edad
8. Aplicaciones (tópicas) de fluoruro a niños menores de diecinueve (19) años de edad
9. Aplicaciones (tópicas) de fluoruro sólo para adultos con condiciones especiales

LIMITACIONES A LOS SERVICIOS BÁSICOS DENTALES:

- El examen comprensivo inicial (evaluación inicial en pacientes nuevos) está limitado a uno (1) cada tres (3) años.
- 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.
- Las radiografías de mordida a un (1) par por año póliza por asegurado.
- El tratamiento de barniz de fluoruro estará cubierto hasta el día que el asegurado cumpla cinco (5) años de edad.
- 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.

MECANISMOS 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. Sin embargo, en el caso en que utilice los servicios de dentistas no participantes fuera de Puerto Rico, usted debe pagar por los servicios y solicitar reembolso a Triple-S Salud. Para la evaluación de la solicitud de reembolso, se requiere un recibo detallado que incluya los códigos de los servicios recibidos y rayos X.
-

EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA BÁSICA

Esta póliza no cubre los siguientes gastos o servicios:

1. Servicios que se presten mientras el seguro de la persona no esté en vigor.
2. Servicios que puedan recibirse con arreglo a Leyes de Compensación por Accidentes del Trabajo, responsabilidad del asegurado, 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 u otro país.
4. Servicios que sean recibidos gratuitamente o sufragados mediante donativos.
5. Gastos o servicios de comodidad personal como teléfono, televisión, servicios de cuidado custodial, casa de descanso, casa de convalecencia o cuidado a domicilio, excepto servicios post hospitalarios provistos a través de una Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar.
6. Servicios prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina u odontología, excepto audiólogos, optómetras, podiatras, psicólogos, trabajadores sociales, quiroprácticos y otros especificados en esta póliza.
7. Rembolso de gastos ocasionados por pagos que una persona asegurada le haga a cualquier médico o proveedor participante sin estar obligada por esta póliza a hacerlos.
8. Gastos por servicios prestados por médicos, hospitales, laboratorios y otros proveedores no participantes en Puerto Rico, excepto en

caso de emergencia que se cubrirán de acuerdo a lo establecido en esta póliza.

9. Gastos por servicios recibidos sin una precertificación de Triple-S Salud, según lo establece esta póliza, excepto en casos de emergencia.
10. Servicios que no son médicamente necesarios, servicios considerados experimentales o investigativos, según los criterios de la *Food and Drug Administration (FDA)*, *Department of Human and Health Services (DHHS)*, el Departamento de Salud de Puerto Rico, o el *Technology Evaluation Center (TEC)* de la *Blue Cross and Blue Shield Association* para las indicaciones y métodos específicos que se ordenan.
11. Gastos o servicios por procedimientos médicos nuevos o medicamentos nuevos no considerados experimentales o investigativos, hasta tanto Triple-S Salud determine su inclusión en la cubierta ofrecida bajo esta póliza. Tampoco están cubiertos los gastos médicos relacionados con estudios de tratamientos clínicos investigativos (esto es, *clinical trials*), o los exámenes y medicamentos administrados para ser utilizados como parte de estos estudios, ni los gastos médicos que deben ser pagados por la entidad que lleva a cabo el estudio. Esta disposición es aplicable aun cuando el asegurado se haya inscrito en el estudio (*clinical trials*) 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 este caso, Triple-S Salud cubrirá los “gastos médicos rutinarios del paciente”, entendiéndose que no son “gastos médicos rutinarios de paciente”, aquellos relacionados con el estudio o los exámenes administrados para ser utilizados como parte del estudio, ni los gastos que razonablemente deben ser pagados por la entidad que lleve a cabo el estudio. Una vez estos servicios sean incluidos en la cubierta, Triple-S Salud pagará por dichos servicios una cantidad no mayor que la cantidad promedio que hubiese pagado si dichos servicios se hubiesen prestado a través de los métodos convencionales, hasta tanto se

- establezca una tarifa para estos procedimientos.
12. Gastos por cirugías cosméticas o de embellecimiento, tratamientos para corregir defectos de apariencia física, mamoplastias o reconstrucción de cirugía plástica del seno para reducción o aumento de su tamaño (excepto la mamoplastia y reconstrucción luego de una mastectomía por cáncer del seno), mamoplastia por ginecomastia, intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos cuyo propósito sea el control de la obesidad, excepto el tratamiento para la obesidad mórbida o el síndrome metabólico, incluyendo la cirugía bariátrica, definida por Ley Núm. 212 de 9 de agosto de 2008 en Puerto Rico y definida en la Sección Definiciones de esta póliza; o tratamientos de liposucción, abdominoplastia, ritidectomías abdominales y ritidectomías faciales, blefaroplastias, implantes de pelo, autoplastias, rinoplastias, e inyecciones de soluciones esclerosantes en venas varicosas de las piernas. Además, se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas a éstas, independientemente de si existe o no justificación médica para el procedimiento.
 13. Gastos por aparatos ortopédicos u ortóticos, prótesis o implantes (excepto la prótesis luego de una mastectomía) y otros dispositivos artificiales. Estarán cubiertos los servicios hospitalarios y médico-quirúrgicos necesarios para la implantación de los mismos.
 14. Gastos por métodos anticonceptivos para el hombre; excepto los indicados como cubiertos en esta póliza.
 15. Servicios de tratamientos para infertilidad masculina o femenina, concepción por medios artificiales y restablecer la habilidad de procrear (por ejemplo, fertilización in vitro, inyecciones intracitoplásmica de espermatozoides, transferencia de embriones, fertilización donante) Además, se excluyen los servicios hospitalarios, médico-quirúrgicos y las complicaciones asociadas con éstos, así como los medicamentos y hormonas.
 16. Gastos por servicios de escalenotomía - división del músculo escaleno (anterior) *anticus* sin resección de la costilla cervical.
 17. Gastos por tratamientos de terapia alternativa, excepto los especificados como cubiertos en el Programa Triple-S Natural, y que sean prestados por los proveedores participantes de este Programa
 18. Gastos por servicios de medicina deportiva, psicoanálisis y rehabilitación cardíaca.
 19. Servicios de analgesia intravenosa y por inhalación de gases administrados en la oficina del cirujano oral o dentista.
 20. Servicios de asistencia quirúrgica independientemente si existe o no justificación médica para la misma.
 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.
 23. Gastos por los implantes relacionados a la cirugía ortognática (osteotomía mandibular o maxilar [Le Fort]).
 24. Gastos por inmunoterapia para alergia.
 25. Servicios prestados por motivo de un aborto provocado.
 26. Servicios prestados en Centros de Cirugía Ambulatoria para procedimientos que puedan hacerse en la oficina del médico.
 27. Hospitalizaciones por motivo de servicios o procedimientos que puedan practicarse en forma ambulatoria.
 28. Gastos relacionados con la administración de un programa de detección de drogas patronal, así como cualquier tratamiento de rehabilitación a raíz de que el asegurado resulte positivo en el mismo. Luego de que

el asegurado participe en cualquier tratamiento de rehabilitación a raíz de que resulte positivo en ese programa de detección patronal, es elegible al beneficio de tratamiento de rehabilitación cubierto por esta póliza siempre que no esté relacionado al mencionado programa.

29. Gastos ocasionados por guerra, insurrección civil o conflicto internacional armado.
30. 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.
31. Inmunizaciones para propósitos de viajes o contra peligros y riesgos ocupacionales.
32. Gastos por servicios prestados por ambulancia marítima.
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 algún miembro 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*; pruebas de paternidad y fertilidad.
36. Gastos por servicios de enfermeras especiales.
37. Servicios prestados por facilidades de Tratamiento Residencial fuera de Puerto Rico, independientemente exista o no justificación médica para tratamiento.
38. Gastos ocasionados por motivo de trasplantes de órganos y tejidos (Ejemplo: corazón, corazón-pulmón, riñón, hígado, páncreas, médula ósea). Además, se excluyen las hospitalizaciones, complicaciones, quimioterapias y medicamentos inmunosupresores relacionados al trasplante. Estarán cubiertos aquellos trasplantes de órganos y tejidos que específicamente se incluyan en esta póliza.
39. Espejuelos o lentes de contactos en los planes Bronce y Plata.
40. Gastos por aparatos ortopédicos u ortóticos, prótesis o implantes (excepto la prótesis luego de una mastectomía) y otros dispositivos artificiales. Estarán cubiertos los servicios hospitalarios y médico-quirúrgicos necesarios para la implantación de los mismos.
41. Gastos en exceso de los primeros 30 días para niños recién nacidos de las hijas dependientes del asegurado(a) principal luego del parto.

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 bimatropst*).
 - b. Productos de fluoruro para uso dental (excepto para niños entre las edades de 6 meses y 6 años) y condiciones dermatológicas como pediculosis y escabidas (*lindane, permethrine, crotamiton, malathion e ivermectin*), productos para el tratamiento de la caspa que incluyan champú (*phyrithione 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 (*folitropin, clomiphene, menotropins y urofollitropin*), fertilidad, impotencia (*tadalafil, alprostadil, vardefanil, sildefanil 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 mujeres y algunas presentaciones de suplementos de hierro para niños 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 vitaminas 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 médicos o de farmacia relacionados con estudios de tratamientos clínicos investigativos (esto es, *clinical trials*), o los exámenes y medicamentos administrados para ser utilizados como parte de estos estudios, ni los gastos médicos o de farmacia que deben ser pagados por la entidad que lleva a cabo el estudio. Esta disposición es aplicable aun cuando el asegurado se haya inscrito en el estudio (*clinical trials*) 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.

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 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, la lacosamida intravenosa, los implantes intracraneales de carmustina, degarelix acetato inyectable, viaspan, tetradecil sulfato de sodio, polidocanol, murrato de sodio, talco intrapleural, solución para diálisis peritoneal y los productos homeopáticos en todas sus presentaciones.
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 (hetastarch6%/nacl IV, rehomacrodex IV, albúmina humana y fracciones de proteínas plasmáticas).

EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA DENTAL

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

Triple-S Salud no 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. Todo servicio dental que se preste con fines puramente cosméticos.
9. Tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ).
10. Tratamiento de canal no especificado en los beneficios cubiertos.

TABLA DE DEDUCIBLES, COPAGOS Y COASEGUROS

Triple-S Directo (PPO)	TS Directo Oro
SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y DE DIAGNÓSTICO EN FORMA AMBULATORIA	
Visitas a la oficina del médico generalista	\$15.00
Visitas a especialistas	\$20.00
Visitas a subespecialistas	\$20.00
Visitas a audiólogos	\$20.00
Visitas a optómetras	\$20.00
Visitas a podiatras	\$20.00
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
Servicios en salas de emergencia:	
- enfermedad o accidente	\$75.00
- Teleconsulta	\$35.00
Criocirugía del cuello uterino, hasta 1 procedimiento por año	15%
Servicios de esterilización para la mujer	\$0.00
Servicios de esterilización para el hombre	15%
Vacunas	\$0.00
Inmunoprofilaxis para el virus sincitial respiratorio (<i>Synagis; palivizumab</i>)	30%
Laboratorio clínico	35%
Rayos X	35%
Pruebas diagnósticas y especializadas	40%
Exámenes pélvicos y citología vaginal (detección, diagnóstico para cáncer cervical)	\$0.00
Cirugías que se presten de forma ambulatoria	15%
Maternidad - visita anual preventiva	\$0.00
Maternidad - cuidado rutinario pre y postnatales	\$20.00
Perfil Biofísico	50%
Visitas para cuidado preventivo de recién nacidos (<i>Well-baby care</i>)	\$0.00
Pruebas de alergia	\$0.00
Radioterapia y cobalto	25%
Quimioterapia en sus métodos de administración (intravenosa, oral, inyectable o intratecal)	25%
Díalisis y Hemodiálisis	25%
Terapia respiratoria (en oficina del médico)	\$7.00 por terapia
Equipo Médico Duradero	30% hasta \$5,000; luego 60%
Ventilador mecánico, suplidos y terapias (respiratorias, físicas y ocupacionales)	\$0.00
Cuidado de Salud en el Hogar	30%
Servicios de nutrición	\$0.00
Visitas a Quiroprácticos	\$10.00 por visita
Manipulaciones, Terapia física, Ocupacional y del Habla	\$10.00 por terapia
Pruebas diagnósticas en oftalmología	40%
Examen de refracción	\$0.00
Espejuelos para asegurados hasta los 21 años, incluso	\$0.00
Espejuelos/lentes de contacto para asegurados mayores de 21 años	Hasta \$50.00 por persona, por año

Terapias Alternativas (Triple-S Natural)	\$15.00 por visita
--	--------------------

Triple-S Directo (PPO)	TS Directo Oro
Cernimiento médico y pruebas de cernimiento para la detección de la condición de autismo como parte de los servicios preventivos	\$0.00
Servicios para el tratamiento de Desórdenes dentro del Continuo del Autismo	
• Exámenes neurológicos	40%
• Inmunología	35%
• Pruebas genéticas y pruebas de laboratorio para autismo	35%
• Servicios de gastroenterología	40%
• Servicios de nutrición	\$0.00
• Terapia física, ocupacional y del habla	\$10.00
• Visitas al psiquiatra, psicólogo o trabajador social	\$20.00
SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DURANTE PERIODOS DE HOSPITALIZACIÓN	
Cirugías	\$0.00
Servicios de diagnóstico	\$0.00
Tratamientos	\$0.00
Administración de anestesia	\$0.00
Consulta de especialistas	\$0.00
Endoscopias gastrointestinales	\$0.00
Evaluaciones audiológicas, incluye la Prueba de Cernimiento Auditivo Neonatal	\$0.00
Quimioterapia en sus métodos de administración (inyectable, oral, intravenosa o intratecal), radioterapia y cobalto	25%
Trasplantes de piel, hueso y córnea	\$0.00
Mastectomía (cirugías, reconstrucciones y prótesis relacionadas)	\$0.00
Obesidad mórbida	\$0.00
Pruebas cardiovasculares invasivas	40%
Litotricia (ESWL)	40%
SERVICIOS EN HOSPITAL U OTRA FACILIDAD Y SERVICIOS DE AMBULANCIA	
Habitación semiprivada o de aislamiento:	\$300.00
Comidas y servicios	\$0.00
Díálisis o hemodíálisis	25%
Procedimiento de litotricia (ESWL)	40%
Centro de Cirugía Ambulatoria	15%
Maternidad:	
Habitación semiprivada	\$300.00
Servicios de obstetricia	\$0.00
Uso de Sala de Partos	\$0.00
Producción e interpretación de Monitoreo Fetal (<i>Fetal Monitoring</i>)	\$0.00
Uso Sala Recién Nacidos (<i>Well-Baby Nursery</i>)	\$0.00
Unidad de Cuidado de Enfermería Diestra (<i>SNF</i>)	40%
Ambulancia	Reembolso; hasta \$80.00 por caso
Servicio de ambulancia aérea en Puerto Rico, sujeto a la necesidad médica del mismo.	\$0.00
SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS	
Hospitalizaciones regulares	\$300.00
Hospitalizaciones parciales	\$50.00
Terapias electroconvulsivas	\$0.00
Visitas del paciente a la oficina del psiquiatra, psicólogo	\$20.00
Visitas colaterales (familiares inmediatos)	\$20.00
Visitas de terapia en grupo	\$10.00
Evaluación psicológica	\$10.00
Pruebas psicológicas	\$10.00
Tratamiento residencial	\$300.00

FARMACIA – A través de la Red de Farmacias Preferidas	TS Directo Oro
Aplica Lista de Medicamentos para Planes de Cuidado Coordinado (AXIS, CCI) y otros Planes Comerciales de Libre Selección.	Sí
Deducible inicial, excepto para preventivos	\$100.00 individual
1er nivel de cubierta	Hasta \$700.00 individual o familiar
Nivel 1 - Medicamentos Genéricos	\$5.00
Nivel 2 – Medicamentos Preferidos de Marca	\$15.00
Nivel 3 – Medicamentos No Preferidos de Marca	\$30.00
Nivel 4 – Medicamentos Especializados Preferidos	30%
Nivel 5 – Medicamentos Especializados No Preferidos	40%
Quimioterapia oral	25%
Medicamentos requeridos por ley federal (incluye anticonceptivos)	\$0.00
Programa OTC TSS	\$0.00
Programa de Despacho de Medicamentos a 90 Días	Opcional
Nivel 1 – Medicamentos Genéricos	\$10.00
Nivel 2 – Medicamentos de Marca Preferidos	\$30.00
Nivel 3 – Medicamentos de Marca No Preferidos	\$60.00
Nivel 4 – Medicamentos Especializados Preferidos	No aplica
Nivel 5 – Medicamentos Especializados No Preferidos	No aplica
Algunas quimioterapias orales*	25%
Medicamentos requeridos por ley federal (incluye anticonceptivos)	\$0.00
Programa OTC TSS	No aplica
Coaseguro luego del 1er nivel de cubierta (tope)	90%
OTROS	
Cubierta ampliada en Estados Unidos	50%

* 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

	Triple-S Directo Oro
Servicios Diagnósticos y Preventivos	\$0.00

CONTACTOS

Página de Internet: www.ssspr.com

Dirección de correo electrónico: customerservice@ssspr.com

Dirección Postal de Servicio al Cliente: **Departamento de Servicio al Cliente**
PO Box 363628
San Juan, PR 00936-3628

Precertificaciones: **Triple-S Salud, Inc.**
Departamento de Precertificaciones
PO Box 363628
San Juan, PR 00936-3628

Números de teléfono de contacto y número de facsímile

Servicio al Cliente: Tel. 787-774-6060
(TTY: 787-792-1370)
Fax 787-706-4014 / 787-706-2833

Horario de Operaciones del Centro de Llamadas:

lunes a viernes 8:00 a.m. - 10:00 p.m.
sábado 9:00 a.m. - 6:00 p.m.
domingo 11:00 a.m. - 5:00 p.m.

Reembolsos: Fax 787-749-4032

CENTROS DE SERVICIO

Plaza Las Américas

(Segundo nivel frente a Relojes y Relojes)
lunes a viernes 8:00 a.m.-7:00 p.m.
sábado 9:00 a.m. – 6:00 p.m.
domingo 11:00 a.m. – 5:00 p.m.

Ponce

Galería del Sur Building
1046 Ave. Hostos, Suite 218
lunes a viernes 8:00 a.m. – 5:00 p.m.

Plaza Carolina (Segundo nivel, al lado de Sears)

lunes a viernes 8:00 a.m.-7:00 p.m.
sábado 9:00 a.m. – 6:00 p.m.
domingo 11:00 a.m. – 5:00 p.m.

Mayagüez

Carr. 114 Km. 1.1
Bo. Guanajibo
lunes a viernes 8:00 a.m. – 5:00 p.m.

Caguas

Edificio Angora
Ave. Luis Muñoz Marín Esq. Calle Troche
lunes a viernes 8:00 a.m. – 5:00 p.m.

Teleconsulta 1-800-255-4375

BlueCard 1-800-810-2583

Página de Internet: www.bcbsa.com

Arecibo

Edificio Caribbean Cinemas, Suite 101
Carretera #2
lunes a viernes 8:00 a.m. – 5:00 p.m.