

CUBIERTA CARE PLUS DE TRIPLE-S SALUD (MODELO-C)

INTRODUCCIÓN

Triple-S Salud ofrecerá el Modelo-C de las cubiertas complementarias del Programa Medicare, según lo establece el Reglamento L del Código de Seguros de Puerto Rico. Triple-S Salud no aplicará los periodos de espera establecidos en el Reglamento L, de acuerdo a lo estipulado en la Parte 8 - Cubierta Care Plus de Triple-S Salud (Modelo-C), que aparece en el Contrato de los Empleados Gubernamentales 2010.

Los deducibles y coaseguros cubiertos por esta póliza están sujetos a la aprobación previa del Programa Medicare y se acumularán de acuerdo a los cargos aceptados bajo dicho Programa. Los beneficios médicos cubiertos incluirán cualquier cambio en las cantidades correspondientes a deducibles y coaseguros cubiertos por esta póliza que surja por legislación federal. Serán elegibles a la Cubierta Care Plus los empleados retirados y sus dependientes directos y opcionales, que estén acogidos a las Partes A y B de Medicare; según se establece en la Ley Federal de Seguro Social. Los empleados activos y sus cónyuges no serán elegibles para la póliza complementaria al Programa Medicare que se provee en este contrato, pero en algunos casos son elegibles sus dependientes opcionales, siempre y cuando no tengan Medicare por razón de incapacidad o fallo renal en etapa terminal. La aportación patronal aplicará solamente para los pensionados asegurados bajo esta póliza.


Triple-S Salud se compromete a pagar al Programa Medicare los beneficios que correspondan a una póliza complementaria, según tales cubiertas se establecen en el Reglamento L del Código de Seguros de Puerto Rico. Además, los servicios dentales básicos especificados en la Parte 7, Servicios Dentales, que aparecen en el Contrato de los Empleados Gubernamentales, estarán disponibles de manera opcional.


Triple-S Salud no cancelará o renovará este beneficio solamente a base del estado de salud del individuo, o por cualquier otra razón que no sea la falta de pago de la prima o falsa representación material.

Esta póliza se emite a residentes *bona fide* de Puerto Rico, cuya residencia principal esté ubicada dentro del área de Servicio; considerando las declaraciones en su solicitud para la póliza y al pago por adelantado de las primas correspondientes. La póliza se emitirá por un año, a partir de la fecha que aparece en la póliza y las primas estipuladas vencerán mensual, trimestral, semestral o anualmente. Toda prima vencida será pagadera por adelantado al comenzar el periodo al cual habrá de aplicarse. Esta póliza podrá continuarse, a opción de Triple-S Salud, por periodos iguales consecutivos siempre y cuando la persona asegurada pague las primas correspondientes. Todos los términos de esta póliza empezarán y terminarán a las 12:01 a.m., Hora Oficial de Puerto Rico.

Esta póliza provee treinta (30) días para examinar su contenido y decidir si desea mantenerla. Si usted decide devolver la póliza dentro de ese periodo de treinta (30) días, se le devolverá la prima pagada. Cualquier reclamación al respecto, estará sujeta a que usted haya devuelto firmado el formulario de Acuse de Recibo que recibirá con esta póliza.

Firmada a nombre de Triple-S Salud, por el Presidente de la Junta de Directores y su Presidenta.


Jesús R. Sánchez Colón, DMD
Presidente, Junta de Directores


Socorro Rivas, CPA
Presidenta y Principal Oficial Ejecutiva

DEFINICIONES DE CARE PLUS

1. **ACCIDENTE:** Significa la lesión o las lesiones físicas que sufra la persona asegurada como resultado directo de un accidente que ocurra mientras el seguro esté vigente, así como los defectos físicos u otros resultados de la lesión.
2. **ACTIVIDADES DEL DIARIO VIVIR:** Significa actividades tales como bañarse, vestirse, higiene personal, transferirse, comer, caminar, asistencia con los medicamentos y cambio de vendajes y otros aditamentos.
3. **AGENCIA DE CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR:** Una agencia que provea un programa de asistencia médica en el hogar y que:
 - a. Esté aprobada como Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar bajo *Medicare*,
 - b. Esté establecida y funcione de acuerdo con las leyes que apliquen en la jurisdicción donde esté ubicada y, donde se requiera licencia para operar, que dicha licencia le haya sido emitida por la autoridad reguladora que tenga la responsabilidad de conceder tal licencia dentro de la ley, o
 - c. Cumpla todos los requisitos siguientes:
 1. Sea una agencia que se presente al público con el objetivo primordial de proveer un sistema que preste asistencia médica en el hogar.
 2. Tenga un administrador de horario completo.
 3. Mantenga expedientes de los servicios que se proveen a los pacientes.
 4. Su personal incluya por lo menos un(a) enfermero(a) graduado(a) registrado(a) (*R.N.*).
 5. Sus empleados estén afianzados y provea seguro de conducta profesional impropia y de responsabilidad por negligencia profesional.
4. **ÁREA DE SERVICIO:** Significa el área dentro de la cual se espera que la persona asegurada reciba la mayoría de los servicios médico-hospitalarios. Para propósitos de esta póliza el área de servicio significa Puerto Rico, ya que los beneficios provistos estarán disponibles sólo para aquellas personas que viven permanentemente en Puerto Rico.
5. **CARGOS ACEPTADOS:** Significa los gastos aceptados por el Programa *Medicare* para los servicios de salud cubiertos bajo dicho programa.
6. **CARGO EN EXCESO:** Significa la diferencia entre el cargo facturado por el médico o proveedor de servicios de salud a la Parte B de *Medicare* (que no exceda los límites establecidos por el Programa *Medicare* legislación estatal) y el cargo aprobado por la Parte B de *Medicare*.

- 7. CASA DE CONVALECENCIA:** Significa una institución legalmente autorizada a operar, que preste servicios fuera del hospital, que tenga contrato para el traslado de personas lesionadas o enfermas con uno o más hospitales y que provea cuidado de enfermeras graduadas veinticuatro (24) horas diarias y facilidades para tratamiento y rehabilitación de personas lesionadas, enfermas o incapacitadas bajo la supervisión de médicos-cirujanos.
- 8. CUIDADO DE EMERGENCIA:** Significa cuidado que se necesita inmediatamente debido a una lesión o enfermedad que surge súbita e inesperadamente.
- 9. CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR:** Significa servicios prestados en el hogar que sirven de ayuda en el diario vivir a personas aseguradas que tienen alguna condición por la cual *Medicare* ha aprobado un plan de tratamiento en el hogar. El médico de cabecera del asegurado certificará la necesidad médica de los servicios, así como el tipo y duración de dichos servicios.
- 10. CUIDADO MÉDICO PREVENTIVO:** Significa el cuidado médico dirigido a prevenir las enfermedades y sus consecuencias.
- 11. COASEGURO:** El por ciento de los gastos médicos que el asegurado es responsable luego de completar su deducible y que corresponde a su parte del costo por el cuidado médico. El coaseguro se estipula de acuerdo a las normas establecidas por el Programa Medicare.
- 12. COPAGO:** La cantidad fija que un asegurado paga por un servicio médico.
- 13. EMERGENCIA:** Significa el comienzo súbito o imprevisto de una condición que requiera asistencia médica o quirúrgica inmediata o lo más pronto posible, dentro de un término que no exceda de veinticuatro (24) horas después de comenzar la condición.
- 14. EMISOR:** Significa Triple-S Salud, Inc., aseguradora que distribuye o emite pólizas complementarias a *Medicare*.

15. ENFERMEDAD: Significa la interrupción de las funciones corporales o dolencia que tenga la persona cubierta, la cual, si no se trata, puede llevar a serias complicaciones que se presenten por primera vez después de la fecha de validez de la póliza o contrato o durante el tiempo que esté en vigor. Para propósitos de esta póliza, el término enfermedad excluye enfermedades o dolencias que puedan ser cubiertas bajo cualquier ley, de compensación a los trabajadores, sobre enfermedades en el trabajo, de responsabilidad patronal o similar, que concedan beneficios por la enfermedad, a menos que por ley esté prohibido excluirlas.

16. ENFERMEDADES O CONDICIONES PREEXISTENTES: Significa condiciones físicas o mentales padecidas por un asegurado que se manifestaron inicialmente antes de la emisión de su cubierta; o que existían con anterioridad y había recibido tratamiento por ellas.

17. ENFERMERO (A): Significa el cuerpo de enfermeros(as), tales como enfermeros(as) profesionales y enfermeros(as) prácticos(as) autorizados(as) por ley para ejercer dicha profesión.

18. GASTOS ELEGIBLES DE MEDICARE: Significa los diferentes gastos cubiertos por Medicare que son considerados razonables y médicamente necesarios.

19. HOGAR: Significa cualquier lugar que sirva al asegurado como residencia, que cualifique, de acuerdo a los criterios de Medicare, como lugar de residencia para recibir los beneficios de cuidado de salud en el hogar. Un hospital o un Centro de Enfermería Especializada no se considerará como el lugar de residencia del asegurado.

20. HOSPITAL: Es una institución que:

- a. Tenga una licencia para operar emitida por la agencia gubernamental responsable de emitir este tipo de licencias;
- b. Opere de acuerdo a las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico;
- c. Preste servicios médicos o de diagnóstico a personas enfermas o lesionadas que estén internas en la institución y que le cobre a los pacientes por su estadía y los servicios que reciben;
- d. Tenga instalaciones para cirugía, ya sea dentro de sus instalaciones o en instalaciones disponibles para la institución mediante contrato. Estas instalaciones deben estar supervisadas por médicos con licencia del estado para ejercer su profesión;
- e. Cuente con los servicios de personal de enfermería o con la supervisión por parte de este personal veinticuatro horas al día.

Para propósitos de esta póliza, el término hospital no incluye lo siguiente:

- Hogares de convalecencia, instalaciones de descanso o de cuidado de salud ambulatorio;
- Hogares para ancianos o centros de rehabilitación por abuso de sustancias o alcoholismo;
- Hospitales militares que proveen servicios a soldados en servicio activo o veteranos o cualquier hospital que esté manejado por o tenga contrato con, el gobierno federal o cualquiera de sus agencias para prestarle servicios a los soldados en servicio activo o veteranos, excepto servicios de emergencia que se presten y por los cuales hay responsabilidad legal por los cargos que se le hacen al individuo por recibir estos servicios.

21. FACILIDAD DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SKILLED NURSING FACILITY):

- a. Es una instalación, según lo define Medicare, que está calificada para participar y es elegible para recibir pagos bajo, y de acuerdo a, las disposiciones del Programa Medicare.
- b. La institución cumple cabalmente con todos los requisitos que se mencionan a continuación:
 - 1) Opera de acuerdo a las leyes que apliquen en la jurisdicción donde está localizada;
 - 2) Está bajo la supervisión de un médico licenciado o de personal de enfermería licenciado que se dediquen a tiempo completo a dicha supervisión;
 - 3) Se dedica regularmente a proveer habitación y comidas y presta un servicio continuo de enfermería experta las 24 horas del día a personas enfermas o lesionadas, a expensas del paciente, durante la etapa de convalecencia de una lesión o enfermedad.
 - 4) Mantiene un expediente médico de cada paciente que esté bajo la asistencia de un médico debidamente calificado.
 - 5) Está autorizada a administrar medicinas y tratamientos a pacientes siguiendo las instrucciones de un médico debidamente calificado.
 - 6) No es, a no ser incidentalmente, un sitio para ancianos, ciegos o sordos, un hotel, una casa de asistencia domiciliaria, una casa de maternidad, o una institución para alcohólicos, adictos a drogas o enfermos mentales.
 - 7) No es un hospital.

22. MEDICAMENTO RECETADO: Significa el medicamento que solamente está disponible a los asegurados mediante una receta escrita por un médico o dentista legalmente autorizado para ejercer su práctica, durante el curso ordinario de su práctica profesional.

23. MÉDICO: Significa un doctor en medicina u odontología legalmente autorizado a practicar la profesión de médico u odontólogo por la agencia gubernamental pertinente.

24. PERIODO DE BENEFICIO: Significa el periodo de días consecutivos que empieza el día en que la persona asegurada es hospitalizada y termina cuando el paciente ha sido dado de alta y ha permanecido fuera de un hospital o casa de convalecencia por un periodo de sesenta (60) días o más consecutivos. Si la persona asegurada es hospitalizada por la misma razón dentro de este periodo de sesenta días, la nueva hospitalización se considerará parte del mismo periodo de beneficios. Para que comience un nuevo periodo de beneficio, la persona tiene que estar sesenta (60) días o más fuera del hospital o casa de convalecencia. Es importante aclarar que un periodo de beneficio es equivalente a un periodo de enfermedad.

25. PERSONA ASEGURADA: Cualquier persona que esté acogida a las Partes A y B del Programa *Medicare* (Título XVIII de la Ley de Seguro Social, según enmendada) y que esté asegurada bajo esta póliza.

26. PÓLIZA COMPLEMENTARIA AL PROGRAMA DE MEDICARE (PÓLIZA MEDIGAP): Una póliza complementaria a Medicare o póliza Medigap es un seguro vendido por una empresa privada para cubrir las brechas del Plan Original de Medicare. Las compañías que ofrecen estas pólizas deben seguir las leyes federales y estatales que protegen a las personas con Medicare. Las pólizas Medigap le ayudan a pagar su parte (coaseguros, copagos o deducibles) de los costos de los servicios cubiertos por Medicare.

27. PROGRAMA FEDERAL DE SERVICIOS DE SALUD PARA PERSONAS DE EDAD AVANZADA (MEDICARE): Significa la Ley Federal sobre el Seguro de Salud para las Personas de Edad Avanzada, Título XVIII de las enmiendas del 1965 a la ley del Seguro Social según constituido o enmendada posteriormente.

28. SOLICITANTE: Significa la persona interesada en acogerse al seguro de beneficios de salud.

29. VISITA DE CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR: Significa el periodo requerido para una visita de cuidado de salud en el hogar. Una visita será el equivalente a 4 horas consecutivas en un periodo de 24 horas.

BENEFICIOS DE CARE PLUS

A. SERVICIOS DE HOSPITAL:

1. El deducible por servicios de hospital prestados a la persona asegurada en cada periodo de enfermedad.
2. El coaseguro por cada día de hospitalización que la persona asegurada requiera luego de haber estado hospitalizada durante sesenta (60) días en un mismo periodo de enfermedad. El beneficio aquí descrito se pagará por un máximo de treinta (30) días en cada periodo de enfermedad.
3. Si la persona asegurada utilizara noventa (90) días de hospitalización en un periodo de enfermedad y requiriese permanecer hospitalizada, Triple-S Salud pagará el coaseguro por cada día de hospitalización requerido en exceso de los noventa (90) días. Este beneficio se pagará únicamente por un máximo de sesenta (60) días durante la vida de la persona asegurada.
4. Si la persona asegurada requiere permanecer hospitalizada luego de los ciento cincuenta (150) días indicados en el Inciso 3, Triple-S Salud pagará el 100% de todos los servicios de hospital que no cubra el Programa Medicare, sujeto a un beneficio máximo vitalicio de un periodo adicional de trescientos sesenta y cinco (365) días.

B. FACILIDAD DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA:

Triple-S Salud se compromete a pagar el coaseguro establecido por Medicare por cada día de reclusión en un Centro de Enfermería Especializada que la persona asegurada requiera luego de haber estado recluido durante veinte (20) días en un mismo periodo de enfermedad. Este beneficio se pagará hasta un máximo de ochenta (80) días en cada periodo de enfermedad.

C. SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y OTROS SERVICIOS DE SALUD BAJO LA PARTE B DEL PROGRAMA MEDICARE:

1. El deducible establecido por el Programa Medicare para los servicios médico-quirúrgicos y demás servicios que la persona asegurada reciba.
2. El gasto incurrido hasta un 20% de los cargos usuales, acostumbrados y razonables según el Programa Medicare en Puerto Rico por los servicios médico-quirúrgicos y demás servicios de salud, que la persona asegurada reciba luego de haberse cubierto el deducible determinado por Medicare.

D. SERVICIOS DE SANGRE:

El deducible de sangre, por la combinación de las Partes A y B de Medicare, equivale a los gastos aceptables por las primeras tres pintas de sangre, por año póliza.

E. SERVICIOS DE EMERGENCIA EN PAÍSES EXTRANJEROS:

Triple-S Salud se compromete a pagar el 80% del gasto incurrido por concepto de servicios para condiciones de emergencia durante los primeros sesenta (60) días en caso de viaje a países extranjeros fuera del territorio de Puerto Rico y los Estados Unidos de América; sujeto a un deducible anual de DOSCIENTOS CINCUENTA DÓLARES (\$250.00). El beneficio máximo vitalicio será de \$50,000. Estos gastos no son reembolsables por el Programa Medicare.

DESCRIPCIÓN DEL MODELO-C
MEDICARE (PARTE A) - SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-C PAGA	USTED PAGA
HOSPITALIZACIÓN* Habitación semiprivada y comidas, servicios y suministros generales de enfermería y misceláneos Primeros 60 días	Todo menos \$1,100	\$1,100 (Deducible de la Parte A)	\$0
61er. hasta 90mo. día	Todo menos \$275 por día	\$275 por día	\$0
91er. día y posteriormente:			
-Mientras que se utilice los 60 días de reserva vitalicios	Todo menos \$550 por día	\$550 por día	\$0
-Una vez que se utilicen los días de reserva vitalicios			
-365 días adicionales de por vida	\$0	100% de los gastos elegibles del <i>Medicare</i>	\$0
-Más allá de los 365 días	\$0	\$0	Todos los costos
CUIDADO EN FACILIDADES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA* Usted deberá cumplir con los requisitos del <i>Medicare</i> , incluso el haber estado en un hospital por lo menos 3 días e ingresado a una facilidad aprobada por <i>Medicare</i> dentro de 30 días después de haber salido del hospital			
Primeros 20 días	Todas las cantidades aprobadas	\$0	\$0
21er. hasta el 100mo. día	Todo menos \$137.50 por día	Hasta \$137.50 por día	\$0
101er. días y posteriormente	\$0	\$0	Todos los costos
SANGRE Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	\$0 100%	Todos los costos \$0	\$0 \$0
CUIDADO EN UN HOSPICIO Disponible mientras que su médico certifique que usted tiene una enfermedad terminal y usted elige recibir estos servicios	Todo menos coaseguro muy limitado para medicamentos de paciente ambulatorio y cuidado de relevo	\$0	Balance

*Un periodo de beneficios comienza el primer día que usted recibe servicio como un paciente recluido en un hospital y termina después que haya estado fuera del hospital y no haya recibido cuidado en una casa de salud o en cualquier otra facilidad por 60 días consecutivos.

DESCRIPCIÓN DEL MODELO-C (CONTINUACIÓN)
MEDICARE (PARTE B) - SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO CALENDARIO

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-C PAGA	USTED PAGA
GASTOS MÉDICOS-DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL PARA PACIENTE AMBULATORIO, tales como servicios de médicos, suministros y servicios médicos para pacientes reclusos y pacientes ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero. Primeros \$155 de Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i> *	\$0	\$155 (Deducible de la Parte B)	\$0
Restante de Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i>	80%	20%	\$0
Cargos en Exceso de la Parte B (Por encima de las Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i>)	\$0	\$0	Todos los costos
SANGRE Primeras 3 pintas	\$0	Todos los costos	\$0
Próximos \$155 de Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i> *	\$0	\$155 (Deducible de la Parte B)	\$0
Restante de Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i>	80%	20%	\$0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO – PRUEBAS DE SANGRE PARA SERVICIOS DIAGNÓSTICOS	100%	\$0	\$0

PARTES A & B

CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR SERVICIOS APROBADOS POR <i>MEDICARE</i> -Servicios médicamente necesarios de un cuidado especializado y suministros médicos -Equipo médico duradero	100%	\$0	\$0
Primeros \$155 de Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i> *	\$0	\$155 (Deducible de la Parte B)	\$0
Restante de Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i>	80%	20%	\$0

*Una vez que a usted le hayan facturado \$155 de las cantidades aprobadas por *Medicare* por servicios cubiertos (que se indican con un asterisco), su Deducible de la Parte B se habrá cumplido para el año calendario.

**DESCRIPCIÓN DEL MODELO-C (CONTINUACIÓN)
MEDICARE (PARTE B) - SERVICIOS MÉDICOS - POR AÑO CALENDARIO**

OTROS BENEFICIOS NO CUBIERTOS POR MEDICARE

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-C PAGA	USTED PAGA
VIAJES HACIA EL EXTRANJERO - NO CUBIERTOS POR <i>MEDICARE</i> Servicios médicamente necesarios de cuidado de emergencia que comienzan durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los Estados Unidos de América.			
Primeros \$250 cada año civil	\$0	\$0	\$250
Restante de los Cargos	\$0	80% hasta un beneficio vitalicio máximo de \$50,000	20% y cantidades sobre el máximo vitalicio de \$50,000

EXCLUSIONES DE CARE PLUS

1. Servicios que se presten mientras la póliza no esté en vigor.
2. Todo lo que no sea considerado por el Programa Medicare como deducible o coaseguro, excepto que se disponga de otra manera en el contrato.

INDEMNIZACIÓN A LA PERSONA ASEGURADA

Si la persona asegurada visita un médico o proveedor participante de Triple-S Salud, pero no participante de *Medicare*, la persona asegurada deberá pagar la tarifa establecida para el servicio y solicitar reembolso al Representante de *Medicare* en Puerto Rico, por el 80% del cargo razonable. Cuando reciba la Explicación de Beneficios de *Medicare*, deberá enviarla a Triple-S Salud junto al recibo de pago y el Formulario de Reembolso de Triple-S Salud, para recibir la cantidad correspondiente.

Si la persona asegurada visita un médico o proveedor participante de *Medicare*, pero que no es participante de Triple-S Salud, el médico o proveedor facturará a *Medicare*. La persona asegurada deberá enviar la Explicación de Beneficios de *Medicare*, el recibo de pago y el Formulario de Reembolso de Triple-S Salud para recibir el reembolso correspondiente. Si la persona asegurada recibe servicios fuera de Puerto Rico, también deberá utilizar el Formulario de Reembolso y enviarlo a Triple-S Salud, acompañado de la Explicación de Beneficios de *Medicare*.

Si la persona asegurada recibe servicios por condiciones de emergencia en países extranjeros fuera del territorio de Puerto Rico y de los Estados Unidos de América; la persona asegurada deberá pagar los servicios y solicitar reembolso a Triple-S Salud, por el 80% del gasto incurrido. La persona asegurada deberá utilizar el Formulario de Reembolso el cual está disponible en las Oficinas de Triple-S Salud.

DISPOSICIONES GENERALES DE CARE PLUS

1. ACCIONES DE TERCERAS PERSONAS: Triple-S Salud proveerá los servicios de salud a cualquier persona cubierta, aún cuando ésta hubiere radicado una demanda por causa de negligencia o tenga derecho a indemnización de un tercero, e independientemente de que la entidad que provee los beneficios pueda tener o no el derecho a subrogarse para resarcirse del costo de los servicios provistos.

Triple-S Salud tendrá el derecho a subrogarse en los derechos del asegurado, para reclamar o recibir de dicho tercero, una compensación equivalente a los gastos incurridos en el tratamiento del asegurado, ocasionados por tales actos culposos o negligentes.

2. AVISO DE RECLAMACIÓN: En caso que el asegurado de un plan de libre selección reciba servicios cubiertos de proveedores no participantes o servicios que, aún siendo prestados por proveedores participantes, se paguen a base de reembolso, los pagos que se hagan por servicios cubiertos por este contrato se regirán por las siguientes disposiciones:

- a. El asegurado avisará por escrito de cualquier reclamación a Triple-S Salud tan pronto le sea razonablemente posible, sin exceder un periodo de seis (6) meses a partir de la fecha en que recibió el servicio.
- b. Triple-S Salud suministrará al asegurado los formularios correspondientes para la presentación de evidencias de servicios dentro de un periodo de quince (15) días después de que se haya sometido el aviso de reclamación. Si estos formularios no se suministran dentro de dicho periodo, se considerará que el reclamante ha cumplido con los requisitos de este contrato, en cuanto a la prueba de servicios y bastará con que éste someta copia de la factura por los servicios recibidos que le suministre el proveedor del servicio al recibir el pago del asegurado.
- c. El asegurado deberá someter evidencia escrita de los servicios dentro de noventa (90) días después de que reciba los formularios correspondientes para la presentación de evidencia de servicios o tan pronto como sea razonablemente posible, pero en ningún caso, excepto en ausencia de capacidad legal, más tarde de un (1) año a partir de la fecha en que de otro modo se requiera la evidencia.

d. Los pagos que haya que hacer al amparo de esta sección se harán inmediatamente después de que se reciba evidencia escrita fehaciente de los servicios.

- 3. DUPLICIDAD DE BENEFICIOS:** Los beneficios cubiertos por esta póliza no deberán duplicar los beneficios cubiertos por el Programa *Medicare* o cualquier otra cubierta.
- 4. EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA LA PERSONA ASEGURADA:** El proveedor no podrá facturarle al asegurado por los servicios cuyo pago haya sido denegado por Triple-S Salud por razón del incumplimiento de los criterios de razonabilidad y de necesidad médica establecidos por Triple-S Salud.
- 5. IDENTIFICACIÓN:** Triple-S Salud expedirá una tarjeta a cada persona asegurada bajo la póliza. El asegurado(a) tendrá que presentar su tarjeta de identificación cada vez que solicite un servicio a un proveedor participante de Triple-S Salud para que la póliza cubra dichos servicios. En algunos casos, el asegurado tendrá que presentar una segunda identificación.
- 6. SUSCRIPCIÓN ABIERTA:** Ninguna compañía que venda pólizas complementarias a Medicare podrá negarse a emitir una póliza o condicionar dicha emisión o la validez de cualquier póliza complementaria disponible para la venta en Puerto Rico. Tampoco discriminará en el precio de tal póliza por el estado de salud, historial de reclamaciones, la cantidad de servicios solicitados o condición médica del solicitante siempre y cuando dicha solicitud para la póliza se someta dentro del periodo de seis (6) meses que empieza a contar a partir del primer mes en que una persona de 65 años o más se suscriba por primera vez a la Parte B de Medicare.
- 7. MODELOS PARA RECLAMACIONES:** Triple-S Salud suministrará a los profesionales y proveedores de servicio participantes los formularios correspondientes para someter las evidencias de servicios. En caso de que la persona asegurada reciba servicios de profesionales y proveedores de servicios no participantes, Triple-S Salud suministrará dichos formularios directamente a la persona asegurada al recibir el aviso correspondiente de reclamación. Si estos formularios no se suministran dentro de quince (15) días después de dado dicho aviso, se considerará que el reclamante ha cumplido con los requisitos de esta póliza en cuanto a la evidencia de servicios, si somete, dentro del tiempo fijado en la cubierta para la presentación de evidencias de servicios, prueba por escrito cubriendo lo acaecido y la naturaleza y extensión de los servicios por los cuales se hace la reclamación.

8. PAGO DE PRIMA: El patrono se compromete a través de sus funcionarios autorizados a solicitarle al empleado, en los casos de cancelación de contrato, la devolución de las tarjetas de los asegurados.

En el caso de que la tarjeta de la persona asegurada no se devuelva a Triple-S Salud, la compañía tendrá derecho a cobrar la prima adeudada; o a su opción, podrá recobrar del asegurado principal los costos incurridos en el pago de reclamaciones por servicios prestados a la persona asegurada cuya tarjeta no haya sido devuelta. Esta cláusula aplicará excepto si las disposiciones de la Cláusula de Conversión de la póliza disponen lo contrario.

Triple-S Salud se reserva el derecho de enviar información detallada sobre el incumplimiento de pago por parte de la persona asegurada a cualquier agencia, institución u organismo que se dedique a investigaciones de crédito.

9. PAGO DE RECLAMACIONES: Los beneficios provistos bajo esta cubierta serán pagaderos al profesional o proveedor de servicios participante o directamente a la persona asegurada si ha utilizado las facilidades de profesionales o proveedores de servicio no participantes, de acuerdo a la información que aparece en la sección de Indemnización a la Persona Asegurada de esta póliza, siempre y cuando se suministre a Triple-S Salud todos los informes que se requieran en tales casos.

10. PRUEBAS DE SERVICIOS: En caso de cualquier reclamación por servicios de parte de la persona asegurada, deberá someter a Triple-S Salud prueba escrita de dichos servicios dentro de noventa (90) días después de recibirse los mismos. No someter dicha prueba dentro del tiempo requerido no invalidará ni reducirá ninguna reclamación, si no fue razonablemente posible someter la prueba dentro de dicho tiempo y siempre que tal prueba se someta tan pronto como sea razonablemente posible, que en ningún caso, excepto en ausencia de capacidad legal, será más tarde de un (1) año a partir de la fecha en que de otro modo se hubiera requerido la prueba. El asegurado consiente y autoriza a cualquier profesional o proveedor de servicios para que le someta a Triple-S Salud informes, que se mantendrán confidenciales, relacionados al diagnóstico y los servicios prestados a él los cuales se utilizarán única y exclusivamente para determinar los derechos y obligaciones contraídas dentro de la póliza.

11. SUSPENSIÓN DE BENEFICIOS: Una póliza o certificado complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada (Medicare) proveerá que los beneficios y primas bajo la póliza o certificado se suspenderán a petición del tenedor de la póliza o certificado para el periodo (que no exceda a veinticuatro (24) meses) en lo cual el tenedor de póliza o certificado ha solicitado y se determina a ser elegible a recibir asistencia médica bajo el Título XIX de la Ley del Seguro Social, pero solamente si el tenedor de póliza o certificado notifica al expedidor de la póliza o certificado dentro de

noventa (90) días después de la fecha en que el individuo se encuentra elegible para la asistencia. Al recibir el aviso a su debido tiempo, el expedidor le devolverá al tenedor de póliza o certificado aquella porción de la prima atribuible al periodo de elegibilidad para Medicaid, sujeta al ajuste para reclamos pagados.

Si sucede la suspensión y si el tenedor de póliza pierde el derecho para la asistencia médica, la póliza será reinstalada automáticamente (vigente a partir de la fecha de terminación del derecho si el tenedor de póliza o certificado provee aviso de la pérdida del derecho dentro de los noventa (90) días después de la fecha de la pérdida y paga la prima atribuible al periodo, vigente a partir de la fecha de la terminación del derecho).

Los beneficios y primas pueden ser suspendidos por petición del asegurado si éste tiene derecho a los beneficios bajo la Sección 226(b) del Seguro Social y está cubierto por un plan de salud patronal (como lo define la Sección 1862 del Seguro Social). Si ocurre la suspensión y la persona pierde la cubierta bajo el seguro de salud patronal, la póliza se reinstalará automáticamente (efectiva a la fecha de la pérdida de la cubierta) siempre y cuando el tenedor de la póliza notifique dentro de noventa (90) días después de la pérdida de la cubierta.

12. TERMINACIÓN: La persona asegurada podrá devolver la póliza a Triple-S Salud dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que reciba la póliza y Triple-S Salud le devolverá el total de la prima correspondiente. Triple-S Salud se reserva el derecho de terminar esta póliza en la fecha de vencimiento de cualquier prima mediante el envío a la persona asegurada de una notificación escrita con no menos de diez (10) días de anticipación. La persona asegurada podrá terminar esta póliza mediante el envío de una notificación escrita a Triple-S Salud, para tener efecto dicha terminación al recibo de la notificación o en cualquier fecha posterior que se especifique. Se dispone también, que el asegurado principal será responsable del pago de las primas hasta la fecha de terminación de la póliza. Una vez se termine la póliza, la persona asegurada devolverá a Triple-S Salud su tarjeta de asegurado y las tarjetas de todos los dependientes. La terminación de la póliza no afectará a cualquier reclamación por servicios prestados con anterioridad a la fecha de la terminación.

Si al momento de terminación, la persona asegurada se encuentra hospitalizada, los beneficios de hospital se considerarán incurridos y se pagarán bajo la póliza. Triple-S Salud asumirá la responsabilidad por los beneficios de hospital conforme a los beneficios establecidos por *Medicare*, durante el periodo de treinta y un (31) días luego de la terminación; o hasta la fecha de alta, de las dos fechas la que ocurra primero.

13. TIEMPO PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES: Los pagos por servicios que se hagan con arreglo a esta póliza, se harán tan pronto se reciba la evidencia escrita de dichos servicios.