

BIENVENIDOS A TRIPLE-S SALUD, INC.

Nuestra prioridad es servirle en todas las etapas de su vida

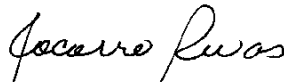
Por más de 50 años hemos cuidado la salud de miles de puertorriqueños ofreciendo servicios de excelencia y calidad. Nuestra prioridad es servirle en todas las etapas de su vida y nos esforzamos día a día en desarrollar iniciativas que respondan a este compromiso.

Triple-S Salud, Inc. (que más adelante se denominará como Triple-S Salud) le provee una amplia gama de servicios de cuidado integral que velan por su BIENESTAR TOTAL y contribuyen a mejorar su calidad de vida. Además, provee más y mejores servicios con horario extendido en nuestra sala de información y teléfonos, acceso directo a través de toda la Isla en nuestras Oficinas Regionales y Centros de Servicio incluyendo Centros en Plaza Las Américas y Plaza Carolina abiertos los siete días. Además, le ofrecemos servicios las 24 horas, los 7 días con Telexpreso y nuestra página de Internet.

Este resumen de cubierta de la Póliza Medigap le ayudará a conocer los beneficios que Triple-S Salud pone a su disposición bajo los modelos de cubierta complementaria a Medicare.

Le exhortamos a que se familiarice con este resumen y lo mantenga a su alcance para referencia.

Nuestro mayor deseo es que continúe siendo parte de nuestra gran familia donde Cuidamos lo más preciado para usted y su familia, su salud.



Socorro Rivas, CPA
Presidenta y Principal Oficial Ejecutiva

**Triple-S Salud, Inc.
San Juan, Puerto Rico**

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

Resumen de la Cubierta Complementaria a *Medicare* - Modelos de Beneficio A, B y C

Este gráfico muestra los beneficios que se incluyen en cada modelo. Cada compañía deberá hacer disponible el Modelo "A". Los Planes E, H, I y J ya no están disponibles para la venta. Quizás algunos modelos no estarán disponibles en Puerto Rico.

BENEFICIOS BÁSICOS: Incluidos en todos los Modelos. **Hospitalización:** Coaseguro de la Parte A más cubierta por 365 días adicionales después que los beneficios del Programa *Medicare* terminen. **Gastos Médicos:** Coaseguro de la Parte B (generalmente 20% de los gastos aprobados por el Programa *Medicare*) o copagos para servicios ambulatorios en el hospital. **Sangre:** Primeras tres pintas de sangre cada año. **Hospicio:** Coaseguro de la Parte A.

A	B	C	D	F**	G	K	L	M	N
Beneficios Básicos, incluyendo el 100% del coaseguro de la Parte B	Beneficios Básicos, incluyendo el 100% del coaseguro de la Parte B	Beneficios Básicos, incluyendo el 100% del coaseguro de la Parte B	Beneficios Básicos, incluyendo el 100% del coaseguro de la Parte B	Beneficios Básicos, incluyendo el 100% del coaseguro de la Parte B	Beneficios Básicos, incluyendo el 100% del coaseguro de la Parte B	Hospitalización y cuidado preventivo pagado al 100%; otros beneficios básicos pagados al 50%	Hospitalización y cuidado preventivo pagado al 100%; otros beneficios básicos pagados al 75%	Beneficios Básicos, incluyendo el 100% del coaseguro de la Parte B	Beneficios Básicos, incluyendo el 100% del coaseguro de la Parte B, excepto hasta \$20 de copago para la visita de oficina y hasta \$50 de copago para sala de emergencia
		Coaseguro Institución Enfermería Especializada	Coaseguro Institución Enfermería Especializada	Coaseguro Institución Enfermería Especializada	Coaseguro Institución Enfermería Especializada	50% del coaseguro Institución Enfermería Especializada	75% del coaseguro Institución Enfermería Especializada	Coaseguro Institución Enfermería Especializada	Coaseguro Institución Enfermería Especializada
	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	50% del deducible de la Parte A	75% del deducible de la Parte A	50% del deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A
		Deducible de la Parte B		Deducible de la Parte B					
				Exceso de la Parte B (100%)	Exceso de la Parte B (100%)				
		Emergencias de Viaje en el Extranjero	Emergencias de Viaje en el Extranjero	Emergencias de Viaje en el Extranjero	Emergencias de Viaje en el Extranjero			Emergencias de Viaje en el Extranjero	Emergencias de Viaje en el Extranjero
						Desembolso máximo \$4,620; pagado al 100%, luego de alcanzar el límite	Desembolso máximo \$2,310; pagado al 100%, luego de alcanzar el límite		

Medigap Modelo FMG 08/92 (Rev. 01/2011)

NOTA: Triple-S Salud ofrecerá solamente los Modelos A, B y C

** El Plan F también tiene una opción llamada "High Deductible Plan F". Este plan paga los mismos beneficios que el Plan F, luego de que la persona haya pagado un deducible anual de \$2,000. Los beneficios de este Plan no comenzarán hasta que el desembolso máximo exceda \$2,000. Los desembolsos máximos para estos deducibles son gastos que hubieran sido pagados por esta póliza. Estos gastos incluyen los deducibles por la Parte A y B de Medicare, pero no incluyen el deducible por separado de Emergencias de Viaje en el Extranjero

Triple-S Salud
San Juan, Puerto Rico
Concesionario Independiente de la *Blue Cross and Blue Shield Association*

RESUMEN DE CUBIERTA DE LA PÓLIZA *MEDIGAP*

INFORMACIÓN DE PRIMAS

Triple-S Salud solo podrá aumentar sus primas si aumenta la prima de todas las pólizas como la suya en Puerto Rico.

ES IMPORTANTE QUE LEA SU PÓLIZA Y EL ENDOSO DETENIDAMENTE

Este resumen de la póliza *Medigap* le ofrece una breve descripción de los aspectos importantes de su cubierta. La póliza y el endoso constituyen su contrato de seguro. Usted deberá leer la póliza y el endoso para comprender los derechos y las obligaciones que tienen tanto usted como Triple-S Salud. **Utilice este resumen para comparar los beneficios y las primas entre los modelos de póliza *Medigap*.**

DERECHO A DEVOLVER LA PÓLIZA

Si usted encuentra que no está satisfecho con su póliza, usted podrá devolverla al PO Box 363628, San Juan, P.R. 00936-3628. Si usted nos devuelve la póliza dentro de los 30 días después de haberla recibido, trataremos la póliza como si nunca se hubiese emitido y le devolveremos la prima pagada.

REEMPLAZO DE LA PÓLIZA

Si usted está reemplazando otra póliza de seguro de salud, **NO la cancele hasta que usted reciba su nueva póliza y esté seguro de que la quiere retener.**

AVISO

Esta póliza quizás no cubra todos sus costos médicos. Ni Triple-S Salud ni sus representantes autorizados, productores u otros representantes están relacionados con el Programa *Medicare*. Este **Resumen de Cubierta** no provee todos los detalles en cuanto a la cubierta del Programa *Medicare*. Comuníquese con su oficina del Seguro Social o consulte la Guía del Programa *Medicare* para más detalles.

LAS CONTESTACIONES COMPLETAS SON MUY IMPORTANTES

Cuando usted complete la solicitud para la nueva póliza, asegúrese de contestar verídica y completamente todas las preguntas acerca de su historial médico y de salud. Triple-S Salud podrá cancelar su póliza y negarse a pagar cualesquier reclamaciones si se suprime o falsifica información médica importante.

Revise la solicitud cuidadosamente antes de firmarla. Esté seguro de que toda la información ha sido debidamente registrada.

La siguiente Tabla Comparativa describe las diferencias en beneficios que le ofrecen las pólizas *Medigap* (Modelos A, B y C) de Triple-S Salud:

**TABLA COMPARATIVA
PÓLIZAS MEDIGAP MODELOS A, B y C**

Beneficios	Medicare Cubre:	Medigap Cubre: Modelo A (C-6)	Medigap Cubre: Modelo B (C-7)	Medigap Cubre: Modelo C (C-8)
Seguro de Hospitalización Parte A del Programa Medicare:				
Deducible por periodo de enfermedad	Nada	Nada	\$1,132	\$1,132
Primeros 60 días	100%	Nada	Nada	Nada
Coaseguro días 61 al 90	Todo menos \$283 diarios	\$283 diarios	\$283 diarios	\$283 diarios
Coaseguro días 91 al 150	Todo menos \$566 diarios	\$566 diarios	\$566 diarios	\$566 diarios
Periodo adicional hasta un máximo de 365 días por vida	Nada	100%	100%	100%
Servicios en Institución de Enfermería Especializada:				
Primeros 20 días	100%	Nada	Nada	Nada
Coaseguro días 21 al 100	Todo menos \$141.50 diarios	Nada	Nada	\$141.50 diarios
Seguro Médico Parte B del Programa Medicare:				
Deducible anual	Nada	Nada	Nada	\$162
Coaseguro	80%	20%	20%	20%
Deducible primeras 3 pintas de sangre (combinación Partes A y B)	Nada	100%	100%	100%
Beneficios Adicionales:				
Emergencias fuera de Puerto Rico y Estados Unidos de América	Algunos servicios cuando la facilidad más cercana está en la frontera de México y Canadá.	Nada	Nada	80% hasta un máximo de \$50,000 por vida, sujeto a un deducible anual de \$250.

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

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-A PAGA	USTED PAGA
<p>HOSPITALIZACIÓN* Habitación semiprivada y comidas, servicios y suministros generales de enfermería y misceláneos</p> <p>Primeros 60 días 61er. hasta 90mo. día 91er. día y posteriormente: -Mientras que se utilice los 60 días de reserva vitalicios -Una vez que se utilicen los días de reserva vitalicios -365 días adicionales -Más allá de los 365 días</p>	<p>Todo menos \$1,132 Todo menos \$283 por día Todo menos \$566 por día</p> <p>\$0 \$0</p>	<p>\$0 \$283 por día \$566 por día</p> <p>100% de los gastos elegibles del <i>Medicare</i> \$0</p>	<p>\$1,132 (Deducible Parte A) \$0 \$0</p> <p>\$0** Todos los costos</p>
<p>CUIDADO EN UNA CASA DE SALUD* Usted deberá cumplir con los requisitos de <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</p> <p>Primeros 20 días 21er. hasta el 100mo. día 101er. días y posteriormente</p>	<p>Todas las cantidades aprobadas Todo menos \$141.50 por día \$0</p>	<p>\$0 \$0 \$0</p>	<p>\$0 Hasta \$141.50 por día Todos los costos</p>
<p>SANGRE Primeras 3 pintas Cantidades adicionales</p>	<p>\$0 100%</p>	<p>3 pintas \$0</p>	<p>\$0 \$0</p>
<p>CUIDADO EN UN HOSPICIO Disponibles mientras que su médico certifique que usted tiene una enfermedad terminal y usted elige recibir estos servicios</p>	<p>Todo menos muy poco coaseguro para medicamentos de pacientes ambulatorios y cuidado de prórroga.</p>	<p>Copago o coaseguro de Medicare</p>	<p>\$0</p>

*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.

**Cuando su beneficio de hospital de la Parte A de Medicare se haya agotado, Triple-S Salud pagará cualquier cantidad que Medicare hubiera pagado por hasta 365 días adicionales, según provisto en la póliza de beneficios básicos. Durante este periodo el hospital no podrá facturarle por el balance en base a cualquier diferencia entre los cargos facturados y la cantidad que Medicare hubiera pagado.

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

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-A PAGA	USTED PAGA
GASTOS MÉDICOS-DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO DE PACIENTE AMBULATORIO , tales como servicios de médicos, servicios y suministros médicos y quirúrgicos de pacientes recluidos y ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero. Primeros \$162 de Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i> *** Restante de Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i>	\$0 Generalmente 80%	\$0 Generalmente 20%	\$162 (Deducible de la Parte B) \$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 Próximos \$162 de Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i> *** Restante de Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i>	\$0 \$0 80%	Todos los costos \$0 20%	\$0 \$162 (Deducible de la Parte B) \$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 cuidado diestro y suministros médicos Equipo médico duradero Primeros \$162 de Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i> *** Restante de Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i>	100% \$0 80%	\$0 \$0 20%	\$0 \$162 (Deducible de la Parte B) \$0
--	------------------------	-------------------	---

***Una vez que a Usted le hayan facturado \$162 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-B
MEDICARE (PARTE A) - SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-B PAGA	USTED PAGA
HOSPITALIZACIÓN* Habitación semiprivada y comidas, servicios y suministros generales de enfermería y misceláneos Primeros 60 días	Todo menos \$1,132	\$1,132 (Deducible de la Parte A)	\$0
61er. hasta 90mo. día	Todo menos \$283 por día	\$283 por día	\$0
91er. día y posteriormente:			
-Mientras que se utilice los 60 días de reserva vitalicios	Todo menos \$566 por día	\$566 por día	\$0
-Una vez que se utilicen los días de reserva vitalicios	\$0	100% de los gastos elegibles del <i>Medicare</i>	\$0** Todos los costos
-365 días adicionales	\$0	\$0	
-Más allá de los 365 días			
CUIDADO EN UNA CASA DE SALUD* Usted deberá cumplir con los requisitos de <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 \$141.50 por día	\$0	Hasta \$141.50 por día
101er. días y posteriormente	\$0	\$0	Todos los costos
SANGRE Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	\$0 100%	3 pintas \$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 muy poco coaseguro muy limitado para medicamentos de paciente ambulatorio y cuidado de prórroga	Copago o coaseguro de Medicare	\$0

*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.

**Cuando su beneficio de hospital de la Parte A de Medicare se haya agotado, Triple-S Salud pagará cualquier cantidad que Medicare hubiera pagado por hasta 365 días adicionales, según provisto en la póliza de beneficios básicos. Durante este periodo el hospital no podrá facturarle por el balance en base a cualquier diferencia entre los cargos facturados y la cantidad que Medicare hubiera pagado.

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

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-B 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 recluidos y pacientes ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero. Primeros \$162 de Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i> *** Restante de Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i>	\$0 Generalmente 80%	\$0 Generalmente 20%	\$162 (Deducible de la Parte B) \$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 Próximos \$162 de Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i> *** Restante de Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i>	\$0 \$0 80%	Todos los costos \$0 20%	\$0 \$162 (Deducible de la Parte B) \$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 MEDICARE Servicios médicamente necesarios de cuidado diestro y suministros médicos Equipo médico duradero Primeros \$162 de Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i> *** Restante de Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i>	100% \$0 80%	\$0 \$0 20%	\$0 \$162 (Deducible de la Parte B) \$0
---	--------------------	-------------------	---

***Una vez que a Usted le hayan facturado \$162 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
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 61er. hasta 90mo. día 91er. día y posteriormente: -Mientras que se utilice los 60 días de reserva vitalicios -Una vez que se utilicen los días de reserva vitalicios -365 días adicionales -Más allá de los 365 días	Todo menos \$1,132 Todo menos \$283 por día Todo menos \$566 por día \$0 \$0	\$1,132 (Deducible de la Parte A) \$283 por día \$566 por día 100% de los gastos elegibles del <i>Medicare</i> \$0	\$0 \$0 \$0 \$0** Todos los costos
CUIDADO EN UNA CASA DE SALUD* 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 21er. hasta el 100mo. día 101er. días y posteriormente	Todas las cantidades aprobadas Todo menos \$141.50 por día \$0	\$0 Hasta \$141.50 por día \$0	\$0 \$0 Todos los costos
SANGRE Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	\$0 100%	3 pintas \$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 prórroga	Copago o coaseguro de Medicare	\$0

*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.

**Cuando su beneficio de hospital de la Parte A de Medicare se haya agotado, Triple-S Salud pagará cualquier cantidad que Medicare hubiera pagado por hasta 365 días adicionales, según provisto en la póliza de beneficios básicos. Durante este periodo el hospital no podrá facturarle por el balance en base a cualquier diferencia entre los cargos facturados y la cantidad que Medicare hubiera pagado.

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 recluidos y pacientes ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero. Primeros \$162 de Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i> *** Restante de Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i>	\$0 Generalmente 80%	\$162 (Deducible de la Parte B) Generalmente 20%	\$0 \$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 Próximos \$162 de Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i> *** Restante de Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i>	\$0 \$0 80%	Todos los costos \$162 (Deducible de la Parte B) 20%	\$0 \$0 \$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 cuidado diestro y suministros médicos Equipo médico duradero Primeros \$162 de Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i> *** Restante de Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i>	100% \$0 80%	\$0 \$162 (Deducible de la Parte B) 20%	\$0 \$0 \$0
--	--------------------	---	-------------------

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 Restante de los Cargos	\$0 \$0	\$0 80% hasta un beneficio vitalicio máximo de \$50,000	\$250 20% y cantidades sobre el máximo vitalicio de \$50,000

***Una vez que a Usted le hayan facturado \$162 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.

¿QUE SIGNIFICA MEDIGAP?

El Congreso de Estados Unidos aprobó la ley *Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA)* que simplifica y estandariza las pólizas complementarias a *Medicare*. Las nuevas pólizas se identificarán como modelos *Medigap*, y tendrán beneficios que serán similares para todas las compañías aseguradoras.

Esta póliza provee beneficios para personas acogidas a ambas partes del Programa *Medicare* (Partes A y B) y está sujeta a lo estipulado por el Programa *Medicare*. Asegura a la persona elegible con el gasto aceptable por concepto de deducibles y coaseguros, de acuerdo a los cargos aceptados por el Programa *Medicare*, por motivo de servicios médico-quirúrgicos y otros servicios de salud recibidos bajo el Programa *Medicare*. El Programa *Medicare* le paga el 80% de los cargos razonables luego de descontar el deducible anual. La póliza *Medigap* paga el restante 20% de los cargos razonables aceptados por el Programa *Medicare*.

Los cambios que surjan por legislación Federal en la cantidades correspondientes a deducibles o coaseguros establecidos por el Programa *Medicare*, estarán cubiertos por Triple-S Salud de acuerdo a la disposiciones de la póliza. La póliza *Medigap* cubrirá dichas cantidades hasta completar el 100% de las cantidades aprobadas por el Programa *Medicare* en Puerto Rico a base de los cargos usuales, acostumbrados y razonables.

LIMITACIONES POR CONDICIONES PREEXISTENTES

Aplicará un periodo de espera durante los primeros seis (6) meses de vigencia de la póliza, por motivo de condiciones preexistentes. Condiciones preexistentes se definen como condiciones físicas o mentales padecidas por un asegurado las cuales se manifestaron inicialmente antes de la emisión de su póliza; o que existían antes de la emisión y por las cuales recibió tratamiento. En esta póliza se establece un periodo límite para las condiciones preexistentes de seis (6) meses antes de la fecha en que la póliza entra en vigor. Dicho periodo de espera no aplicará:

si la póliza reemplaza otra póliza en la cual se había cubierto el periodo de espera;

si la póliza reemplaza otra póliza que había estado en vigor por seis (6) meses o más.

Cualquier periodo de espera mencionado anteriormente no será aplicable si la persona afectada lo ha cumplido bajo otro seguro con Triple-S Salud que expire en la fecha que la persona quede asegurada bajo esta póliza o será aplicable parcialmente hasta completarlo si la persona cumplió parte del periodo en dicho otro seguro.

Estas disposiciones aplican a todas las pólizas *Medigap* emitidas con fecha de efectividad de agosto de 1992 en adelante.

ÁREA DE SERVICIO

El área de servicio es el área dentro de la cual se espera que la persona asegurada reciba la mayoría de los servicios médico-hospitalarios. En esta póliza el área de servicio significa Puerto Rico, ya que los beneficios provistos en esta póliza están disponibles sólo para aquellas personas que viven permanentemente en Puerto Rico.

BENEFICIOS BAJO *MEDICAID*

Usted no necesita tener más de una póliza complementaria a *Medicare*. Si usted tiene 65 años o más, usted puede ser elegible para los beneficios de *Medicaid* y posiblemente no necesite tener una póliza complementaria a *Medicare*.

Las primas y beneficios correspondientes a la póliza complementaria a *Medicare* quedarán suspendidos durante un periodo de 24 meses mientras sean elegibles para beneficios de *Medicaid*. Usted deberá solicitar la suspensión de su póliza dentro de los 90 días siguientes a su elegibilidad bajo *Medicaid*. Cuando termine su elegibilidad bajo *Medicaid*, usted podrá solicitar reactivar su póliza complementaria a *Medicare* dentro de los próximos 90 días después de terminar su elegibilidad a *Medicaid*.

Usted podrá recibir orientación respecto a *Medicaid* mediante los servicios de asesoramiento disponibles en las unidades certificadoras dentro de las facilidades de los Hospitales de Area, Centros Médicos, y Centros de Diagnóstico y Tratamiento del Departamento de Salud de Puerto Rico.

PREGUNTAS IMPORTANTES

¿Qué procedimiento debo seguir para acogerme a los beneficios de la Póliza *Medigap*?

Usted debe tener más de 65 años o ser incapacitado y debe estar acogido a las Partes A y B del Programa *Medicare*. Puede solicitar el Formulario de Solicitud de Seguro en las oficinas de Triple-S Salud en San Juan, Ponce, Mayagüez, Arecibo, Caguas, **Plaza Carolina o Plaza Las Américas** ya sea personalmente, por carta o por teléfono. Si usted es empleado activo, no puede acogerse a estos beneficios.

Si usted es mayor de 65 años y somete la solicitud dentro de los seis (6) meses a partir de la fecha en que se acogió a la Parte B del Programa *Medicare*, será elegible al seguro sin evidencia de asegurabilidad.

Deberá llenar en todas sus partes el Formulario de Solicitud de Ingreso y el Cuestionario Póliza *Medigap* que acompaña la solicitud, acompañar fotocopia de la tarjeta del Programa *Medicare* donde aparezcan las Partes A y B del Programa (*Hospital and Medical Insurance*) y llevarla o enviarla por correo a las oficinas de Triple-S Salud.

¿Debo pagar al médico al utilizar sus servicios?

Si usted visita un médico o proveedor participante de *Medicare* y de Triple-S Salud, no tiene que pagar nada. Sólo tiene que presentar ambas tarjetas. Refiérase al Directorio de Participantes de *Medicare* y de Triple-S Salud. Solicite el directorio de *Medicare* al Representante del Programa *Medicare* en Puerto Rico. El directorio de Triple-S Salud está disponible en nuestras Oficinas.

Recuerde que las tarifas establecidas por los médicos y proveedores que no son participantes de *Medicare* y Triple-S Salud, pueden ser diferentes a las tarifas establecidas por *Medicare* y Triple-S Salud para sus médicos y proveedores participantes.

Si usted visita un médico o proveedor participante de Triple-S Salud pero no participante de *Medicare*, usted pagará la tarifa establecida para el servicio por dicho médico o proveedor. Solicite reembolso por el 80% del cargo razonable al Representante del Programa *Medicare* en Puerto Rico. El 20% restante, deberá solicitarlo a Triple-S Salud mediante el Formulario de Reembolso, después que *Medicare* le pague los servicios. Envíe dicho formulario a Triple-S Salud, acompañado del recibo de pago y la Explicación de Beneficios expedida por el Representante del Programa *Medicare* del área en que se prestó el servicio.

Si usted visita un médico o proveedor participante de *Medicare* pero no participante de Triple-S Salud, si recibe servicios fuera de Puerto Rico, o si usted recibe servicios no cubiertos por el Programa *Medicare* en países extranjeros; deberá utilizar el Formulario de Rembolso. Envíelo a Triple-S Salud acompañado del recibo de pago y la Explicación de Beneficios expedida por el Representante del Programa *Medicare* del área en que se prestó el servicio, a la siguiente dirección:

PO Box 363628
SAN JUAN, P.R. 00936-3628

¿Qué servicios están cubiertos por esta póliza?

Algunos de los modelos de esta póliza cubren los deducibles y coaseguros que no paga el Programa *Medicare*, independientemente que el paciente esté hospitalizado o no. Además, rembolsa algunos gastos no cubiertos por el Programa *Medicare*.

Recuerde que es importante presentar al hospital y al médico-cirujano participante su tarjeta de asegurado para que éstos puedan facturar directamente a Triple-S Salud por los deducibles y coaseguros que el Programa *Medicare* no paga.

¿Puedo yo, como asegurado de la Póliza *Medigap*, acogerme a la cubierta dental?

Sí. Las personas acogidas a los beneficios de esta póliza podrán acogerse en forma opcional, únicamente a los servicios dentales básicos, pagando la prima adicional correspondiente.

¿Puedo suscribirme a una cubierta de farmacia de Medicare Parte D continuando con mis beneficios de *Medigap*?

Sí. Usted puede suscribirse a una cubierta de farmacia de Medicare Parte D cuando está cubierto por una póliza *Medigap*. Comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 787-774-6060 que con mucho gusto le orientaremos como acogerse a los beneficios de una cubierta de farmacia de Medicare Parte D, o solicítele información al Representante Autorizado que le está ofreciendo la orientación sobre su Póliza *Medigap*. Periodos de suscripción establecidos por Medicare pueden aplicar. Comuníquese con Triple-S Salud para más detalles.

LA PÓLIZA *MEDIGAP* NO CUBRE LOS SIGUIENTES SERVICIOS

Servicios que se presten mientras la póliza no esté en vigor.

Todo lo que no sea considerado por el Programa *Medicare* como coaseguro, deducible, o servicio cubierto, excepto que de otra manera se disponga en la póliza.

DISPOSICIONES GENERALES

- **IDENTIFICACIÓN:** Triple-S Salud expedirá una tarjeta a cada persona asegurada, la que será requisito presentar a cualquier proveedor participante de Triple-S Salud al cual se le soliciten servicios para que los mismos estén cubiertos por la póliza. Además, en los casos que se requiera, deberá presentar una segunda identificación.
- **PAGO DE PRIMA:** El asegurado principal será responsable por el pago de la prima correspondiente a la póliza; disponiéndose, que dicha responsabilidad cubrirá toda prima adeudada hasta la fecha de terminación de la póliza, conforme a la cláusula de **TERMINACIÓN** de la misma.

En el caso de que la tarjeta de la persona asegurada no se devuelva a Triple-S Salud conforme lo dispone la cláusula de **TERMINACIÓN** de la póliza, Triple-S Salud tendrá derecho a cobrar la prima adeudada, o a su opción, podrá recobrar los costos incurridos en el pago de reclamaciones por servicios prestados a la persona asegurada cuya tarjeta no haya sido devuelta; disponiéndose, que el asegurado principal será responsable por el pago de cualesquiera de las dos cantidades reclamadas por Triple-S Salud.

Triple-S Salud se reserva el derecho a notificar en forma detallada a cualquier agencia, institución, u organismo que se dedique a investigaciones de crédito, el incumplimiento de pago por parte del asegurado principal.

- **DERECHOS PERSONALES:** La persona asegurada no podrá ceder, traspasar o enajenar en favor de terceras personas, ninguno de los derechos y beneficios que pueda reclamar en virtud de la póliza; disponiéndose, que Triple-S Salud se reserva el derecho de recobrar todos los gastos incurridos en caso de que la persona asegurada, con su consentimiento expreso o implícito, permita que personas no aseguradas utilicen la tarjeta de asegurado expedida a su favor por Triple-S Salud; y disponiéndose además, que el recobro de tales gastos no impedirá que Triple-S Salud pueda cancelar el contrato de seguros en el momento en que descubra el uso ilegal de la tarjeta, ni impedirá la radicación de querrela para que se enjuicie criminalmente a la persona asegurada o la persona que utilice ilegalmente dicha tarjeta.
- **TERMINACIÓN:** La persona asegurada podrá devolver la póliza a Triple-S Salud dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que reciba la póliza y recibirá la prima íntegra 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 por escrito con no menos de 10 días de anticipación. La persona asegurada podrá terminar esta póliza mediante el envío de una notificación por escrito a Triple-S Salud, para tener efecto dicha terminación al recibo de la notificación o en cualquier fecha posterior que en el mismo se especifique, disponiéndose, que el asegurado principal será responsable del pago de las primas hasta la fecha de terminación de la póliza. Inmediatamente luego de terminada la póliza, la persona asegurada deberá devolver a Triple-S Salud su tarjeta de asegurado y las tarjetas de todos sus dependientes. La terminación no afectará a cualquier reclamación por servicios prestados con anterioridad a la fecha de 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 31 días luego de la terminación; o hasta la fecha de alta, de las dos fechas la que ocurra primero.

- **DUPLICIDAD DE BENEFICIOS:** Los beneficios cubiertos por la póliza no deberán duplicar los beneficios cubiertos por el Programa Medicare o cualquier otra póliza.

Este folleto representa un resumen de los beneficios y condiciones de la Póliza *Medigap*. Su propósito es de carácter informativo únicamente y su contenido está sujeto a las disposiciones de la póliza. Triple-S Salud no está asociado en forma alguna con el Programa *Medicare*.

CARTA DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

La Ley 194 del 25 de agosto de 2000 conocida como la “Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente”, dispone los derechos y responsabilidades de los usuarios de servicios de salud médico-hospitalarios en Puerto Rico.

Derecho a una alta calidad de Servicios de Salud

De la más alta calidad, consistente con los principios generalmente aceptados de la práctica de la medicina.

Derechos en cuanto a la obtención y divulgación de información

Tiene derecho a recibir información cierta y confiable y sencilla sobre su plan de salud tal como:

- primas y copagos a pagar
- directorio de proveedores
- acceso a especialistas y servicios de emergencia
- proceso de preautorizaciones y querellas

Derecho en cuanto a la selección de planes y proveedores

Todo individuo tiene derecho a la libre selección de sus proveedores de servicios de salud de entre los proveedores contratados por el asegurador. La red de proveedores debe ser adecuada y suficiente para garantizar acceso, sin demora irrazonable a todos los servicios cubiertos incluyendo especialistas bajo el plan de salud.

Derecho del paciente a la continuación de servicios de cuidado de salud

En caso de cancelación del proveedor o que el patrono cese de proveer plan de salud, el asegurado tiene que ser notificado de dicha cancelación con por lo menos 30 días de anticipación. En caso de cancelación y sujeto al pago de la prima, el asegurado tendrá derecho a continuar recibiendo los beneficios por un período de transición de 90 días. En caso de una mujer embarazada y la cancelación ocurre en el segundo trimestre, el período de transición se extenderá hasta la fecha de alta de la madre después del parto o de la fecha de alta del neonato, la que fuera última. En caso de pacientes terminales el período de transición se extenderá durante el tiempo restante de la vida del paciente ó 6 meses lo que sea menor.

Derecho en cuanto al acceso a servicios y facilidades de emergencia

- Acceso libre e irrestricto a servicios y facilidades de emergencia cuando y donde surja la necesidad y sin preautorización ni períodos de espera.

Derecho a participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento

- Derecho a participar o que una persona de su confianza participe plenamente de las decisiones sobre su cuidado médico.
- Recibir toda la información necesaria y las opciones de tratamiento disponibles, los costos, riesgos y probabilidades de éxito de dichas opciones.
- Su proveedor de servicios de salud deberá respetar y acatar sus decisiones y preferencias de tratamiento.
- Ningún plan de cuidado de salud puede imponerle cláusulas de mordaza, penales o de otro tipo que interfieran con la comunicación médico-paciente.

- Todo profesional de la salud deberá proveerle la orden médica para pruebas de laboratorio, rayos-X o medicamentos para que pueda escoger la facilidad en que recibirá los servicios.

Derecho en cuanto a respeto y trato igual

- Derecho a recibir trato respetuoso de parte de cualquier proveedor de servicios de salud en todo momento, sin importar raza, color, sexo, edad, religión, origen, ideología, incapacidad, información médica, genética, condición social, orientación sexual o capacidad o forma de pago.

Derecho a confidencialidad de información y récord médicos

- Comunicarse libremente y sin temor con sus proveedores de servicios médicos.
- Tener la confianza de que sus récords médicos serán mantenidos en estricta confidencialidad y no serán divulgados sin su autorización excepto para fines médicos o de tratamiento, por orden judicial o por autorización específica de la ley.
- Obtener recibo de los gastos incurridos por concepto del pago total o parcial, de copagos o coaseguros. El mismo debe especificar la fecha del servicio, nombre, número de licencia y especialidad del proveedor, nombre del paciente y de la persona que paga por los servicios, desglose de los servicios, cantidad pagada y firma oficial autorizado.
- Acceder u obtener copia de su expediente médico. Su médico debe entregarle copia del expediente médico en un término de 5 días laborales contados desde su petición. Los hospitales tienen un término de 15 días laborales. Pueden cobrarle hasta \$0.75 por página, pero no más de \$25.00 por el expediente. De romperse la relación médico-paciente tiene derecho a solicitar el expediente original libre de costo, sin importar si tiene alguna deuda con el proveedor de servicios de salud.
- Recibir trimestralmente un informe de utilización que, entre otras cosas, incluya: nombre del asegurado, tipo y descripción del servicio, fecha y proveedor que brindó el servicio, así como la cantidad pagada por el servicio. El asegurado principal puede acceder al informe de utilización trimestral en que se desglosan los servicios pagados en beneficio de él y sus beneficiarios, registrándose como asegurado en el portal de Triple-S Salud (www.ssspr.com).

Derechos en cuanto a quejas y agravios

- Todo proveedor de servicios de salud o asegurador tendrá disponible un procedimiento para resolver de manera rápida y justa cualquier queja que un asegurado presente y tendrá mecanismos de apelación para la reconsideración de las determinaciones.

Su responsabilidad como paciente es:

- Proveer la información necesaria sobre planes médicos y el pago de cualquier cuenta. Conocer las reglas de coordinación de beneficios e informar al asegurador cualquier instancia o sospecha de fraude contra el seguro de salud. En caso de sospecha de fraude contra el seguro de salud, usted deberá comunicarse con nuestro Departamento de Servicios al Cliente al 787-774-6060 o a través de nuestro portal de Internet www.ssspr.com.
- Proveer la información más completa y precisa sobre su condición de salud, incluyendo enfermedades anteriores, medicamentos, etc. Participar en toda decisión relacionada con su cuidado médico. Conocer los riesgos y límites de la medicina.
- Conocer la cobertura, opciones, beneficios y otros detalles del plan de salud.
- Cumplir con los procedimientos administrativos de su plan de salud.
- Adoptar un estilo de vida saludable.

- Informar al médico cambios inesperados en su condición.
- Informar que entiende claramente el curso de acción recomendado por el profesional de la salud.
- Proveer copia de su declaración previa de voluntad.
- Informar al médico si anticipa problemas con el tratamiento prescrito.
- Reconocer la obligación del proveedor de ser eficiente y equitativo al proveer cuidado a otros pacientes.
- Ser considerado, de modo que sus actuaciones particulares no afecten a los demás pacientes y asegurados.
- Resolver cualquier diferencia a través de los procedimientos establecidos por la aseguradora.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MEDICA PUEDE USARSE Y SER DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CON CUIDADO. LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

Nuestros deberes legales

Triple-S Salud está firme en su compromiso de proteger la confidencialidad de su información médica. Este aviso le informa sobre las prácticas de confidencialidad y sus derechos sobre su información médica. Nosotros seguiremos las prácticas de privacidad descritas en este aviso mientras esté en efecto.

Este aviso contiene algunos ejemplos de los tipos de información que recopilamos y describe los tipos de usos y las maneras en que divulgamos esa información. Los ejemplos provistos son solo ejemplos y no puede considerarse como una lista completa de tales usos y divulgaciones.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y los términos de este aviso. Antes de que hagamos un cambio significativo en nuestras prácticas de confidencialidad, cambiaremos este aviso y le enviaremos un aviso actualizado a nuestros asegurados activos.

Resumen de las prácticas de confidencialidad

Nuestro compromiso es limitar a un mínimo la información necesaria que recopilamos para poder administrar sus productos o beneficios que ofrece su seguro de salud. Como parte de nuestras funciones administrativas, podríamos recopilar su información personal, financiera o de salud de fuentes tales como:

- solicitudes y otros documentos que usted ha provisto para obtener un producto o seguro de salud;
- transacciones que usted hace con nosotros o con nuestros afiliados;
- agencias de informes de crédito de consumidores;
- proveedores de cuidado de la salud;
- programas de salud del gobierno

Usos y divulgaciones de información

Podemos usar y divulgar su información personal a nuestros socios comerciales, quienes proveen servicios a nombre nuestro y contribuyen en la administración y coordinación de sus servicios. Nosotros solo compartimos la información mínima necesaria y requerimos a cada uno de nuestros socios comerciales que firmen un contrato a través del cual proveemos garantías satisfactorias de cumplimiento con la seguridad y confidencialidad de su información de salud.

Como parte de nuestras funciones administrativas, podemos usar o divulgar su información para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud, cuando estamos autorizados o está permitido por ley. Por ejemplo:

Tratamiento: A un médico u otro proveedor de cuidado de salud que le provee servicios médicos a usted.

Pago: Para pagar sus reclamaciones médicas, para determinar su elegibilidad para beneficios, para coordinar sus beneficios con otros pagadores o para cobrar primas y situaciones parecidas.

Operaciones de cuidado de salud: Para auditorias, servicios legales, incluyendo la detección de fraude y abuso, planificación del negocio y administración en general.

Podemos divulgar su información médica a otro plan de salud, o a otro proveedor de cuidado de salud sujeto a las leyes de protección de confidencialidad federales y locales, siempre que el plan o proveedor haya tenido o tenga alguna relación con usted.

Su autorización: Usted puede darnos una autorización por escrito para divulgar su información médica a cualquiera para cualquier propósito. La autorización debe estar firmada y fechada, mencionar la entidad autorizada a recibir la información, una descripción breve de los datos a divulgarse y la fecha de expiración, la cual no excederá de 2 años desde la fecha en que fue dada la autorización. Su revocación no afectará cualquier uso o divulgación que se haya hecho de su información mientras la autorización tuvo validez. A menos que usted nos dé una autorización escrita, no usaremos o divulgaremos su información médica para cualquier propósito que no sean los descritos en este aviso.

Familiares y amigos envueltos en su cuidado o en el pago de su cuidado: A un miembro de su familia que esté envuelto en el cuidado de su salud o en el pago de su cuidado de salud, a menos que usted solicite una restricción. Divulgaremos solo aquella información que sea relevante para la persona envuelta.

Antes de hacer tal divulgación, le daremos a usted la oportunidad de objetarla. Si usted no está presente o está impedido o en caso de emergencia usaremos nuestro criterio profesional para determinar si la divulgación de su información médica es en su mejor interés.

Su patrono, unión u otra organización de empleados: A su patrono sobre si usted suscrito o se dio de baja en el plan de salud que su patrono patrocina y un resumen de la información (historial agregado de reclamaciones, gastos por reclamaciones, tipos de reclamaciones que el asegurado haya hecho mientras estuvo suscrito en su plan grupal) ha ser usada por la administración del plan de salud grupal.

Ayuda en caso de desastres o situaciones de emergencia

Programas de beneficios patrocinados por el gobierno

Actividades de salud y beneficios públicos: Podríamos usar y divulgar su información médica cuando la ley lo requiere o lo permite, para las siguientes actividades:

- salud pública, incluyendo informes de enfermedades o estadísticas vitales;
- informes de maltrato de menores o violencia doméstica;
- monitoreo de cuidado de salud, prevención de fraude y cumplimiento;
- en respuesta a órdenes de un tribunal u órdenes administrativas;
- oficiales del orden público y asuntos relacionados a la seguridad nacional;
- prevenir una amenaza seria e inminente a la salud o seguridad;
- investigación científica;
- según lo autorice las leyes estatales de compensación de trabajadores; y,
- de alguna otra manera que requieran las leyes y reglamentos que apliquen.

Productos y servicios relacionados a la salud: Podríamos hacer uso de su información médica para informarle sobre productos, beneficios y servicios relacionados a la salud que proveemos o que vamos a incluir en sus beneficios del plan o alternativas de tratamiento que puedan ser de interés para usted.

Cuentas cerradas: No compartiremos datos de personas que ya no son nuestros clientes o que no mantienen una relación de servicio con nosotros, excepto lo que permita o autorice la ley.

Salvaguardas de seguridad: Hemos implementado salvaguardas físicas, técnicas y administrativas para limitar el acceso a su información personal. Nuestros empleados y socios de negocios están adiestrados y saben cuál es su deber de proteger y mantener la privacidad de su información médica y están comprometidos a cumplir con los más altos estándares de de seguridad y confidencialidad para manejar su información de manera responsable.

Derechos Individuales

Acceso: Usted tiene derecho a examinar y recibir copia de su información de salud protegida sobre suscripción y reclamaciones dentro de los límites y excepciones que provee la ley. Usted debe hacer su solicitud por escrito.

El primer informe será libre de cargo, pero podríamos cobrarle tarifas razonables por informes subsiguientes. Si solicita el informe en un formato especial, tendrá que pagar un cargo adicional.

Informe de divulgaciones: Usted tiene derecho que se le entregue un informe de las divulgaciones que se han hecho después del 14 de abril de 2003, donde se haya divulgado información para propósitos que no sean tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud, según usted lo haya autorizado y para ciertas otras actividades.

El informe le proveerá el nombre de la entidad a la que le divulgamos su información, la fecha y propósito de la divulgación y una descripción breve de los datos divulgados. Si usted solicita este informe más de una vez en un periodo de 12 meses, podríamos cobrarle una cantidad razonable para responder a sus solicitudes adicionales. El informe solo cubre los últimos 6 años.

Enmienda. Usted tiene derecho a solicitar que enmendemos su información médica. Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar y justificar la enmienda solicitada.

Si le denegamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a solicitar que incluyamos su carta de desacuerdo con la determinación tomada por nosotros en divulgaciones futuras de la información en disputa. Si aceptamos su solicitud, incluiremos su enmienda como parte de su expediente y haremos un esfuerzo razonable para informar a nuestros socios de negocio y a otros que sabemos que tienen y dependen de la información no enmendada.

Restricción: Usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos nuestro uso y divulgación de su información médica. No tenemos que estar de acuerdo con su solicitud. Si estamos acuerdo, nos regiremos por nuestro acuerdo, excepto en una emergencia médica o como lo requiere o autoriza la ley. Cualquier acuerdo a que lleguemos sobre una solicitud de restricción debe ser por escrito y debe estar firmada por un oficial autorizado.

Comunicación confidencial: Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información médica de manera confidencial a través de medios alternativos o a lugares alternativos. Usted debe hacer esta solicitud por escrito y su solicitud debe explicar que la información podría ponerle a usted en peligro si no se comunica con la confidencialidad que usted solicita.

Nos acomodaremos a su solicitud si es razonable, y especifica los medios alternativos o el lugar para la comunicación confidencial y nos permite cobrar las primas y pagar las reclamaciones bajo su plan, incluyendo la emisión de explicaciones de beneficios al asegurado.

Aviso de violaciones a la seguridad que podrían poner en riesgo su información de salud: Usted tiene derecho a ser notificado por cualquier medio si esa violación a la seguridad es el resultado de no haber tenido su información asegurada por tecnologías o métodos aprobados por el Departamento de Servicios de Salud y Humanos.

Aviso electrónico: Si usted recibe este aviso a través de nuestra página en la Internet (www.ssspr.com) o por correo electrónico, usted tiene derecho a recibir este aviso por escrito.

Preguntas y Querellas

Si usted desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o alguna inquietud al respecto, favor de comunicarse con nosotros. Todos los formularios que necesita para hacer valer sus derechos están disponibles en www.ssspr.com

Usted también puede someter una querrela por escrito a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos (DHHS, por sus siglas en inglés) a la siguiente dirección: *Region II, Office of Civil Rights, US Department of Health and Human Services, Jacob Javitz Federal Building, 26 Federal Plaza – Suite 3312, New York, New York 10278.*

O puede dejar un mensaje de voz en el teléfono (212) 264-3313; también puede enviar un mensaje por facsímil al (212) 264-3039. Los usuarios del sistema TTD pueden comunicarse al (212) 264-2355. Apoyamos su derecho a la confidencialidad de su información médica. No tomaremos ninguna represalia si usted decide querellarse con nosotros o con la DHHS.

Oficina de Contacto: **OFICINA DE PRIVACIDAD Y CUMPLIMIENTO**

Teléfono: (787) 277-6686

Fax: (787) 706-4004

Correo electrónico: privacidad@ssspr.com

Dirección: PO Box 363628, San Juan, PR 00936-3628

**Triple-S Salud, Inc.
San Juan, Puerto Rico**

Concesionario Independiente de la Blue Cross and Blue Shield Association

CUESTIONARIO PÓLIZA MEDIGAP

Nombre del Solicitante:	Núm. Seguro Social:
--------------------------------	----------------------------

Este cuestionario complementa la información contenida en la solicitud de ingreso de la póliza Medigap. El solicitante deberá leer este formulario en su totalidad y completar la información requerida.

Usted no necesita tener más de una póliza complementaria a Medicare. Si usted tiene 65 años o más, usted puede ser elegible para los beneficios de Medicaid y posiblemente no necesite tener una póliza complementaria a Medicare.

Las primas y beneficios correspondientes a la póliza complementaria a Medicare quedarán suspendidos durante un periodo de veinticuatro (24) meses mientras sea elegible para beneficios de Medicaid. Usted deberá solicitar la suspensión de su póliza dentro de los noventa (90) días siguientes a su elegibilidad bajo Medicaid. Cuando termine su elegibilidad bajo Medicaid, usted podrá solicitar la reactivación de su póliza complementaria a Medicare dentro de los próximos noventa (90) días después de terminar su elegibilidad a Medicaid.

Usted podrá recibir orientación respecto a la póliza complementaria a Medicare en las oficinas de Triple-S Salud; y la de Medicaid mediante los servicios de asesoramiento disponibles en las unidades certificadoras dentro de las facilidades de los Hospitales de Área, Centros Médicos o Centros de Diagnóstico y Tratamiento del Departamento de Salud de Puerto Rico.

De acuerdo a su conocimiento:

1. ¿Tiene usted vigente otra póliza complementaria a Medicare (incluyendo un contrato de servicio de cuidado de salud o con un HMO)? Sí () No ()

Si contesta afirmativamente: ¿con cuál compañía?

2. ¿Tiene usted otra(s) póliza(s) de seguro de salud que provea(n) beneficios que pueda(n) estar cubiertos también en esta póliza complementaria a Medicare? Sí () No ()

a) Si contesta afirmativamente: ¿con cuál compañía? _____

b) ¿Qué tipo(s) de póliza(s)?

3. Si contestó afirmativamente (sí) a las preguntas 1 y 2 anteriores, ¿Interesa usted reemplazar dicha(s) póliza(s) de salud con la póliza Medigap? Sí () No (). Si contesta afirmativamente, lea detenidamente el "Aviso al Solicitante sobre el Reemplazo de un Seguro Complementario a Medicare"

4. ¿Está usted cubierto por Medicaid? Sí () No ()

Firma del Solicitante

Fecha

NOTA: SI LA PÓLIZA ES ADQUIRIDA MEDIANTE UN REPRESENTANTE AUTORIZADO, CORREDOR U OTRO REPRESENTANTE, EL REPRESENTANTE AUTORIZADO, CORREDOR U OTRO REPRESENTANTE DEBERÁN COMPLETAR LA INFORMACIÓN EN EL REVERSO DE ESTA FORMA Y USTED (SOLICITANTE) DEBERÁ VOLVER A FIRMAR EN EL REVERSO.

SOLICITUD DE INGRESO POLIZA MEDIGAP

D	Contrato				Ext.	Check Digit	Efectivo Mes Año		Sección	Expira Mes Año		Tipo
			-									2



SAN JUAN: 787-774-6060
 ARECIBO: 787-879-4776
 CAGUAS: 787-258-6413

MAYAGUEZ: 787-834-2980
 PONCE: 787-843-2055
 787-843-2585

Prima	Código Vendedor

Apellidos, Nombre				Sexo F M		Nacimiento Mes Día Año			Número de Seguro de Medicare				Suf.
Urb. / Condominio / Residencial / Edificio / PO Box						Cubierta Dental <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Marque Cubierta Solicitada <input type="checkbox"/> C-6 <input type="checkbox"/> C-7 <input type="checkbox"/> C-8 <input type="checkbox"/> CP-11 <input type="checkbox"/> D-63				PDC Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Núm. de casa o Apto. / Nombre o núm. de calle o Avenida						Número de Contrato Triple-S Salud anterior							
Pueblo						Código Pueblo	Zip Code	Ciclo	Ultimo Pago Mes Día Año		Conversión Mes Año		Conv.
PR						00	-	Forma de Pago <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual				ACH <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dirección Residencial													
Teléfono :													
Nombre y dirección del familiar más cercano que no viva con usted													
Teléfono :													

ANTES DE LLENAR EL SIGUIENTE FORMULARIO SIRVASE LEER LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES

1. LAS SECCIONES SOMBRADAS SON PARA USO EXCLUSIVO DE TRIPLE-S SALUD.
2. Unicamente aquellas personas acogidas a las Partes A y B de Medicare son elegibles para esta cubierta.
3. Escriba las fechas de vigencia de los Seguros de Hospital (Parte A) y Médico (Parte B), exactamente como aparece en su tarjeta de Medicare.
4. Asegúrese de completar en todas sus partes, el Cuestionario de Información Médica que aparece en el reverso de esta solicitud y el Cuestionario Medigap (MEDIGAP MODELO FMG 08/92 REV. 01/2011)
5. Incluya una copia de su Certificado de Nacimiento o documento oficial que acredite su edad.
6. Esta solicitud está sujeta a evaluación por parte de Triple-S Salud, y de esa evaluación depende que se acepte o no. El hecho de completarla y enviarla o entregarla a uno de sus representantes no necesariamente significa que dicha solicitud será aceptada.
7. Si usted comenzó a recibir beneficios por incapacidad antes de cumplir los 65 años de edad, deberá incluir los detalles específicos de esa incapacidad y un informe completo del médico que le atiende o atendió en relación con esa condición.

La ley número 18 del 8 de enero de 2004 dispone que:

Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (5,000) dólares, ni mayor de diez mil (10,000) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.

Health		Insurance	
SOCIAL SECURITY ACT			
NAME OF BENEFICIARY		SEX	
CLAIM NUMBER		EFFECTIVE DATE	
IS ENTITLED TO			

Triple-S Salud se reserva el derecho de pedir evidencia de asegurabilidad adicional cuando lo considere necesario, en relación con la evaluación de cualquier solicitud de ingreso.

TRIPLE-S SALUD

CUESTIONARIO - INFORMACION MEDICA

(Para ser llenado por el Solicitante)

POR FAVOR, LEA Y CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS CUIDADOSAMENTE.

A. Indique a continuación si padece o ha padecido, está siendo tratado o ha sido tratado de alguna de las siguientes condiciones (**circule únicamente aquellas que apliquen a usted**). Además, deberá completar la información que se requiere en el espacio provisto abajo asegurándose de registrar las fechas.

- | | | | |
|----------------------|--|---|---------------------------------|
| 1. Asma | 18. Úlceras | 34. Gota | 49. Nerviosas o Mentales |
| 2. Lupus | 19. Venas Varicosas | 35. Tiroides | 50. Convulsiones |
| 3. Osteoporosis | 20. Audición | 36. Próstata | 51. Parálisis |
| 4. Enfisema | 21. Cataratas | 37. Riñón | 52. Parálisis Cerebral |
| 5. Tuberculosis | 22. Glaucoma | 38. Embarazo | 53. Defectos Congénitos |
| 6. Alzheimer | 23. Habla | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | 54. Fístulas |
| 7. Estómago | 24. Aneurisma | 39. Vejiga Urinaria | 55. Bilharzia |
| 8. Hígado | 25. Derrame Cerebral | 40. Deficit de Atención (ADD) | 56. Autismo |
| 9. Intestinos | 26. Vista | 41. Matriz | 57. Hemofilia |
| 10. Hemorroides | 27. Artritis | 42. Ovarios | 58. Escoliosis |
| 11. Hernia | 28. Artritis Rematoidea | 43. Pechos (Mamas) | 59. Hospitalización(s) Explique |
| 12. Parkinson | 29. Deformidades | 44. Cáncer | 60. Sistema Inmunológico |
| 13. Arteriosclerosis | 30. Cirugía(s) Explique | 45. Tumores | 61. Otros |
| 14. Corazón | 31. Osteomielitis | 46. Retardación Mental | 62. PARA USO DE TRIPLE-S SALUD |
| 15. Fiebre Reumática | 32. Espalda | 47. Epilepsia | _____ |
| 16. Mala Circulación | 33. Diabetes (Tratamiento) | 48. Mareos o Desmayos | _____ |
| 17. Hipertensión | <input type="checkbox"/> Pastillas <input type="checkbox"/> Insulina | | _____ |

DETALLES DE LAS CONDICIONES CIRCULADAS ARRIBA

Núm.	Descripción de la Condición	Tratamiento ¿Hospitalizado?	Fecha de comienzo	Duración	Condición Actual	Nombre y Dirección Médico

SI NECESITA ESPACIO ADICIONAL, UTILICE UNA HOJA DE PAPEL Y ADHIERALA AQUI. FIRME LA Y ESCRIBA LA FECHA.

B. En los últimos diez (10) años, ¿se le ha recomendado operación o reclusión en un hospital por alguna condición no mencionada anteriormente? Si es afirmativo, indique los detalles completos :

Nombre y dirección de Médicos y Hospitales	Motivo de la Reclusión	Condición Actual y Comentarios Adicionales

C. ¿Está en buena salud actualmente? Sí _____ No _____ Si no lo está, indique detalles :

D. ¿Se encuentra hospitalizado? Sí _____ No _____ Si lo está, indique los motivos : _____

_____ ¿Espera ser recludo dentro de los próximos treinta(30) días? Sí _____ No _____

E. ¿Se le ha diagnosticado, está o ha estado en tratamiento por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o por el Complejo de Síntomas Relacionados con el SIDA (ARC, por sus siglas en inglés)? Sí _____ No _____

NO ESCRIBA AQUI - PARA USO EXCLUSIVO DE TRIPLE-S SALUD

ACCION

--	--	--	--	--	--

FECHA

--	--	--	--	--	--

FIRMA DEL UNDERWRITER

--	--	--	--	--	--

COMENTARIOS

ENTRADO AL SISTEMA

INICIALES					
FECHA					

F. Indique el Nombre, dirección y teléfono de su médico personal :

G. Fecha de la última consulta con el médico. Asegúrese de anotar el motivo y el tratamiento sugerido .

Fecha de la Visita	Teléfono o Nombre del Médico	Dirección	Motivo de la Visita	Tratamiento Sugerido

CERTIFICO QUE HE LEIDO O ME FUE LEIDA la información ofrecida por mí en esta solicitud y que la misma es cierta y está completa, de acuerdo con mi mejor saber y entendimiento. Autorizo a cualquier médico, hospital, clínica u otra instalación de servicios médicos, compañías de seguros u otra institución o persona que tenga expediente o conocimiento acerca de mí, a que ofrezca dicha información a TRIPLE-S SALUD. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original.

ENTIENDO QUE las contestaciones vertidas en esta solicitud y en cualquier formulario de preguntas sobre mi condición de salud que se me pueda requerir, son la base para la emisión de un contrato de servicios médicos y cualquier declaración o representación materialmente falsa o fraudulenta podría ser causa para la cancelación de dicho contrato. Triple-S Salud tendrá hasta un periodo de tres años para anular una póliza por representaciones materialmente falsas o fraudulentas hechas en una solicitud.

ENTIENDO ADEMÁS, que si la póliza es cancelada asumiré la responsabilidad del costo de los servicios de salud que se presten indebidamente a partir de la fecha de cancelación.

Autorizo a TRIPLE-S SALUD a utilizar información relacionada con reclamaciones bajo el Programa Medicare a los fines de procesar cualquier reclamación bajo la póliza Medigap.

Las contestaciones vertidas en el anverso de esta solicitud forman parte de ésta como si se incluyeran sobre la firma del Solicitante que aparece abajo.

Fecha

Firma o marca del Solicitante

Fecha

Testigo de la marca(incluya el parentesco)

Dirección del Testigo

Código Vendedor

Firma Vendedor

**Triple-S Salud, Inc.
San Juan, Puerto Rico**

Concesionario Independiente de la Blue Cross and Blue Shield Association

REVERSO CUESTIONARIO PÓLIZA MEDIGAP

Nombre del Solicitante:	Núm. Seguro Social:
-------------------------	---------------------

5. El Representante Autorizado, Corredor u Otro Representante deberá indicar a continuación otras pólizas de seguro de salud que haya vendido al solicitante:

a) Pólizas vendidas por el Representante Autorizado, Corredor u Otro Representante que están vigentes

b) Pólizas vendidas por el Representante Autorizado, Corredor u Otro Representante durante los pasados cinco (5) años que no están vigentes

Firma del Representante Autorizado,
Corredor u Otro Representante

Nombre en letra de molde y dirección del
Representante Autorizado, Corredor u Otro Representante

Firma del Solicitante

Fecha

Triple-S Salud, Inc.
PO BOX 363628
San Juan, Puerto Rico, 00936-3628

Concesionario Independiente de la Blue Cross and Blue Shield Association

AVISO AL SOLICITANTE SOBRE EL REPLAZO DE UN SEGURO COMPLEMENTARIO A MEDICARE

Nombre del Solicitante:	Núm. Seguro Social:
-------------------------	---------------------

GUARDE ESTE AVISO. PODRÍA SER IMPORTANTE PARA USTED EN EL FUTURO

De acuerdo a la información que usted ha proporcionado, usted intenta terminar su cubierta complementaria a Medicare existente y reemplazarla por esta póliza emitida por Triple-S Salud. Su nueva póliza proveerá treinta (30) días dentro de los cuales puede decidir si desea mantener la póliza.

Usted deberá revisar esta nueva cubierta cuidadosamente. Compárela con todas las cubiertas de accidente y enfermedad que tenga actualmente. Sí, después de la debida consideración, encuentra que la adquisición de esta nueva cubierta complementaria a Medicare es una buena decisión, deberá terminar su cubierta complementaria a Medicare actual. Usted deberá evaluar la necesidad de otra cubierta que tenga que pueda duplicar esta póliza.

Firma del Representante Autorizado,
Corredor u Otro Representante

Nombre en letra de molde y dirección del
Representante Autorizado, Corredor u Otro Representante

Firma del Solicitante

Fecha

**Triple-S Salud, Inc.
San Juan, Puerto Rico**

Concesionario Independiente de la Blue Cross and Blue Shield Association

**DECLARACIÓN AL SOLICITANTE POR EL REPRESENTANTE AUTORIZADO, CORREDOR
U OTRO REPRESENTANTE**

Nombre del Solicitante:

Núm. Seguro Social:

He revisado su cubierta actual de seguro médico o de salud. A mi mejor conocimiento, el remplazo de seguro implicado en esta transacción no duplica la cubierta. Se adquiere la póliza de remplazo por la(s) siguiente(s) razón(es):

- Beneficios adicionales
- Ningún cambio en beneficios, pero primas más bajas
- Menos beneficios y primas más bajas
- Otro(s) (favor de especificar) _____

Las condiciones de salud que usted pueda tener actualmente (condiciones preexistentes) podrían no estar inmediata o totalmente cubiertas bajo la póliza nueva. Esto podría resultar en la denegación o demora de una reclamación para beneficios bajo la póliza nueva, mientras que una reclamación similar podría ser pagada bajo su póliza actual.

La ley estatal estipula que su póliza de remplazo no podrá contener condiciones preexistentes, periodos de espera, periodos de eliminación o periodos de probatoria nuevos. Triple-S Salud eliminará cualquier periodo de tiempo aplicable a condiciones preexistentes, periodos de espera, periodos de eliminación o periodos de probatoria en la póliza nueva por periodos similares hasta el alcance en que dicho tiempo fue consumido bajo la póliza original.

Si usted aún desea terminar su póliza actual y reemplazarla por una póliza nueva, asegúrese de contestar veraz y cabalmente todas las preguntas de la solicitud relativas a su historial médico y salud. El dejar de incluir en la solicitud toda la información médica esencial puede proveer un fundamento a Triple-S Salud para que deniegue cualquier reclamación futura y rembolsé su prima, como si su póliza nunca hubiese estado vigente. Vuelva a leer la solicitud detenidamente después que termine de completarla y antes de firmarla, para asegurarse de que anotó correctamente toda la información.

No cancele su póliza actual hasta que haya recibido su póliza nueva y esté seguro de que desea retenerla.

Firma del Representante Autorizado,
Corredor u Otro Representante

Nombre en letra de molde y dirección del
Representante Autorizado, Corredor u Otro Representante

Firma del Solicitante

Fecha