

## **BIENVENIDOS A TRIPLE-S SALUD, INC.**

### **Nuestra prioridad es servirle en todas las etapas de su vida**

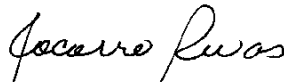
Por más de 50 años hemos cuidado la salud de miles de puertorriqueños ofreciendo servicios de excelencia y calidad. Nuestra prioridad es servirle en todas las etapas de su vida y nos esforzamos día a día en desarrollar iniciativas que respondan a este compromiso.

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**

Se puede vender seguro complementario a *Medicare* solamente en diez modelos estándar. Este gráfico muestra los beneficios que se incluyen en cada modelo. Cada compañía deberá hacer disponible el Modelo "A". 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 (20% de los gastos aprobados por el Programa *Medicare*). **Sangre:** Primeras tres pintas de sangre cada año.

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
<b>Beneficios Básicos</b>	<b>Beneficios Básicos</b>	<b>Beneficios Básicos</b>	Beneficios Básicos	Beneficios Básicos	Beneficios Básicos	Beneficios Básicos	Beneficios Básicos	Beneficios Básicos	Beneficios Básicos
		<b>Coaseguro Institución Enfermería Especializada</b>	Coaseguro Institución Enfermería Especializada	Coaseguro Institución Enfermería Especializada	Coaseguro Institución Enfermería Especializada	Coaseguro Institución Enfermería Especializada	Coaseguro Institución Enfermería Especializada	Coaseguro Institución Enfermería Especializada	Coaseguro Institución Enfermería Especializada
	<b>Deducible de la Parte A</b>	<b>Deducible de la Parte A</b>	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	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A
		<b>Deducible de la Parte B</b>			Deducible de la Parte B				Deducible de la Parte B
					Exceso de la Parte B (100%)	Exceso de la Parte B (80%)		Exceso de la Parte B (100%)	Exceso de la Parte B (100%)
		<b>Emergencias de Viaje en el Extranjero</b>	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	Emergencias de Viaje en el Extranjero
			Cuidado de Salud en el Hogar			Cuidado de Salud en el Hogar		Cuidado de Salud en el Hogar	Cuidado de Salud en el Hogar
							Medicamentos Recetados (Límite de \$1,250)	Medicamentos Recetados (Límite de \$1,250)	Medicamentos Recetados (Límite de \$3,000)
				Cuidado Médico Preventivo					Cuidado Médico Preventivo

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

**RESUMEN DE CUBIERTA DE LA PÓLIZA *MEDIGAP***

**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**

<b>Beneficios</b>	<b>Medicare Cubre:</b>	<b>Medigap Cubre: Modelo A (C-6)</b>	<b>Medigap Cubre: Modelo B (C-7)</b>	<b>Medigap Cubre: Modelo C (C-8)</b>
<b>Seguro de Hospitalización Parte A del Programa Medicare:</b>				
Deducible por periodo de enfermedad	Nada	Nada	\$1,100	\$1,100
Primeros 60 días	100%	Nada	Nada	Nada
Coaseguro días 61 al 90	Todo menos \$275 diarios	\$275 diarios	\$275 diarios	\$275 diarios
Coaseguro días 91 al 150	Todo menos \$550 diarios	\$550 diarios	\$550 diarios	\$550 diarios
Periodo adicional hasta un máximo de 365 días por vida	Nada	100%	100%	100%
<b>Servicios en Institución de Enfermería Especializada:</b>				
Primeros 20 días	100%	Nada	Nada	Nada
Coaseguro días 21 al 100	Todo menos \$137.50 diarios	Nada	Nada	\$137.50 diarios
<b>Seguro Médico Parte B del Programa Medicare:</b>				
Deducible anual	Nada	Nada	Nada	\$155
Coaseguro	80%	20%	20%	20%
Deducible primeras 3 pintas de sangre (combinación Partes A y B)	Nada	100%	100%	100%
<b>Beneficios Adicionales:</b>				
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
<b>HOSPITALIZACIÓN*</b> 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 \$1,100 Todo menos \$275 por día  Todo menos \$550 por día  \$0  \$0	\$0 \$275 por día  \$550 por día  100% de los gastos elegibles del <i>Medicare</i> \$0	\$1,100 (Deducible Parte A) \$0  \$0  \$0  Todos los costos
<b>CUIDADO EN UNA CASA DE SALUD*</b> 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  21er. hasta el 100mo. día 101er. días y posteriormente	Todas las cantidades aprobadas Todo menos \$137.50 por día \$0	\$0 \$0 \$0	\$0  Hasta \$137.50 por día Todos los costos
<b>SANGRE</b> Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	\$0 100%	3 pintas \$0	\$0 \$0
<b>CUIDADO EN UN HOSPICIO</b> Disponible mientras que su médico certifique que usted tiene una enfermedad terminal y usted elige recibir estos servicios	Todo menos muy poco coaseguro para medicamentos de pacientes ambulatorios y cuidado de prórroga.	\$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-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 \$155 de Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i> **	\$0	\$0	\$155 (Deducible de la Parte B)
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	\$0	\$155 (Deducible de la Parte B)
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 cuidado diestro y suministros médicos	100%	\$0	\$0
-Equipo médico duradero			
Primeros \$155 de Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i> **	\$0	\$0	\$155 (Deducible de la Parte B)
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-B**  
**MEDICARE (PARTE A) - SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-B PAGA	USTED PAGA
<b>HOSPITALIZACIÓN*</b> 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 \$1,100  Todo menos \$275 por día  Todo menos \$550 por día  \$0  \$0	\$1,100 (Deducible de la Parte A) \$275 por día \$550 por día  100% de los gastos elegibles del Medicare \$0	\$0 \$0 \$0  \$0  Todos los costos
<b>CUIDADO EN UNA CASA DE SALUD*</b> Usted deberá cumplir con los requisitos de Medicare, incluso el haber estado en un hospital por lo menos 3 días e ingresado a una facilidad aprobada por Medicare 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 \$137.50 por día \$0	\$0 \$0 \$0	\$0  Hasta \$137.50 por día Todos los costos
<b>SANGRE</b> Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	\$0 100%	3 pintas \$0	\$0 \$0
<b>CUIDADO EN UN HOSPICIO</b> 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	\$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-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 \$155 de Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i> **	\$0	\$0	\$155 (Deducible de la Parte B)
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	\$0	\$155 (Deducible de la Parte B)
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 cuidado diestro y suministros médicos	100%	\$0	\$0
-Equipo médico duradero			
Primeros \$155 de Cantidades Aprobadas por <i>Medicare</i> **	\$0	\$0	\$155 (Deducible de la Parte B)
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**  
**MEDICARE (PARTE A) - SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS**

SERVICIOS	MEDICARE PAGA	MODELO-C PAGA	USTED PAGA
<b>HOSPITALIZACIÓN*</b> 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 \$1,100  Todo menos \$275 por día  Todo menos \$550 por día  \$0  \$0	\$1,100 (Deducible de la Parte A) \$275 por día \$550 por día  100% de los gastos elegibles del <i>Medicare</i>  \$0	\$0 \$0 \$0  \$0  Todos los costos
<b>CUIDADO EN UNA CASA DE SALUD*</b> 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 \$137.50 por día \$0	\$0 Hasta \$137.50 por día \$0	\$0 \$0 Todos los costos
<b>SANGRE</b> Primeras 3 pintas Cantidades adicionales	\$0 100%	3 pintas \$0	\$0 \$0
<b>CUIDADO EN UN HOSPICIO</b> 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	\$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 recluidos 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 cuidado diestro 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

**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

\*\*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.

## ¿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**

Tienes 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 récords 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.

## **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](http://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 DE SALUD PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN**

**POR FAVOR REVISE ESTE AVISO CON CUIDADO. LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.**

### **Nuestra Responsabilidad Legal**

Triple-S Salud tiene el firme compromiso de mantener la confidencialidad de su información de salud. Este aviso le informa sobre nuestras prácticas de privacidad y sus derechos con respecto a su información de salud. Seguiremos las prácticas de privacidad descritas en este aviso mientras el mismo esté en vigor.

Este aviso incluye ejemplos de la información que recopilamos y describe los tipos de usos y divulgaciones que podemos hacer. Los ejemplos son ilustrativos y no deben considerarse un inventario completo de nuestro manejo de la información.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso. Antes de realizar algún cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, enmendaremos este aviso y lo enviaremos a todos nuestros suscriptores activos a la fecha del cambio.

### **Información que Recopilamos**

Nuestro compromiso es limitar la información que recopilamos a la estrictamente necesaria para administrar la cubierta de su seguro o beneficios. Como parte de nuestras funciones de administración, recopilamos información personal de distintas fuentes, entre las cuales podemos mencionar:

- Información que usted provee en solicitudes y otros documentos para obtener un producto o servicio.
- Información que proviene de transacciones efectuadas con nosotros o con nuestras afiliadas.
- Información que proveen las agencias de crédito.
- Información de proveedores de servicios de salud.
- Programas de salud gubernamentales.

### **Usos y Divulgaciones de Información de Salud**

Compartimos información con nuestros socios de negocio, los cuales proveen servicios a nombre nuestro y participan en las funciones de administración del seguro o la coordinación de sus beneficios. Sólo compartimos la información mínima necesaria y requerimos que cada socio de negocio firme un contrato obligándose a mantener la confidencialidad de la información compartida y limitar el uso de la información a los propósitos establecidos en el contrato.

En nuestras funciones de administración del seguro o beneficio, podremos usar y divulgar información para actividades relacionadas con su tratamiento médico, pago de servicios médicos y operaciones de cuidado de salud. Por ejemplo:

**Tratamiento:** A un proveedor de servicios médicos para que le brinde tratamiento.

**Pago:** Para pagar por los servicios de salud prestados a usted; determinar la elegibilidad a los mismos bajo su póliza; coordinar beneficios; cobro de las primas; y otras actividades relacionadas.

**Operaciones de Cuidados de Salud:** Para servicios legales y de auditoria, incluyendo detección de fraude y abuso y cumplimiento, así como la planificación y desarrollo de negocios y actividades administrativas y de gerencia del negocio.

Podemos usar o divulgar su información de salud a otra entidad relacionada con usted y que también esté sujeta a las reglas federales o locales sobre confidencialidad.

**Con Su Autorización:** Usted nos puede autorizar por escrito a usar o divulgar su información a otras personas para cualquier propósito. La autorización tiene que estar firmada y fechada por usted, indicar la persona o entidad autorizada a recibir la información, breve descripción de la información a divulgarse y fecha de expiración de la autorización, la cual no excederá de 2 años contados desde la fecha en que se firma la misma. Usted tiene derecho a revocar la autorización por escrito en cualquier momento, pero su revocación no afectará los usos o divulgaciones permitidos por su autorización mientras la misma estuvo vigente. A menos que usted nos remita una autorización escrita, no podremos usar o divulgar su información médica para ninguna otra razón que no esté descrita en este aviso.

**A su Familia y Amigos:** A menos que usted solicite una restricción, podemos divulgar de forma limitada información suya a los miembros de su familia o amistades que estén involucradas en su cuidado médico o que sean responsables por el pago de los servicios médicos.

Antes de divulgar su información médica a alguna persona relacionada con su cuidado medico o con el pago de los servicios de salud, le proveeremos la oportunidad de objetar dicha divulgación. Si usted no se encuentra presente, está incapacitado(a) o es una situación de emergencia, utilizaremos nuestro juicio profesional en la divulgación de información que entendamos resultará en su mejor interés.

**Su Patrono u Organización que Auspicia su Seguro Grupal de Salud:** Podemos divulgar su información de salud al patrono u otra organización que auspicie su plan de salud grupal, con el fin de facilitar la administración del mismo, como las altas y bajas del plan de salud.

También podemos divulgar información de salud resumida. Esta resume el historial de reclamaciones, gastos por reclamaciones o cubiertas, o tipos de reclamaciones experimentadas por los participantes del plan.

## **Ayudas en Casos de Desastres y situaciones de emergencia**

### **Programas gubernamentales de beneficios**

**Salud Pública:** Podemos usar o divulgar su información de salud según permitido o requerido por ley para los siguientes propósitos:

- Actividades de salud pública, incluyendo el informe de estadísticas de enfermedades e información vital, entre otros;
- Informar abuso o negligencia contra menores o adultos o violencia doméstica;
- Actividades de las agencias reguladoras;
- Respuesta a órdenes judiciales o administrativas;
- A los oficiales del orden público o asuntos de seguridad nacional;
  - Para prevenir una amenaza inminente a la salud o seguridad públicas;
  - Para actividades de investigación científica;
  - A instituciones correccionales en el caso de personas encarceladas; y
  - Según autorizado por las leyes de compensación de accidentes del trabajo.

**Servicios Relacionados con su Salud:** Podemos usar su información de salud para ofrecerle información sobre beneficios y servicios relacionados con su salud, o alternativas de tratamiento que pudieran ser de interés.

**Terminación de la relación de servicio:** No compartimos información de aquellas personas que ya no mantienen cuentas, pólizas o servicios con nosotros, excepto según lo permita la ley.

**Medidas de seguridad:** Hemos implantado medidas de seguridad físicas, técnicas y administrativas para limitar el acceso a su información. Nuestros empleados y socios de negocio conocen la responsabilidad de proteger y mantener la confidencialidad de su información y se han comprometido a seguir los más estrictos estándares de confidencialidad y seguridad en el manejo de su información.

### **Derechos Individuales**

**Acceso:** Usted tiene el derecho de examinar y obtener copia de su información personal, financiera, de seguros o de salud relacionada con suscripción o reclamaciones dentro de los límites y excepciones que provee la ley. Para ello, usted debe presentarnos su solicitud por escrito. El primer informe que usted solicite será gratuito. Nos reservamos el derecho de cobrar por copias subsiguientes. Si usted solicita la información en un formato alternativo al que nosotros hemos establecido para este propósito, podría tener que pagar un cargo adicional por el informe.

**Informe de Divulgaciones:** Usted tiene derecho a recibir una lista de las instancias ocurridas desde el 14 de abril de 2003 en que nosotros o nuestros socios de negocio hayamos divulgado su información de salud para asuntos no relacionados a tratamiento médico, pago de servicios de salud, operaciones de cuidado de salud, o según su autorización. El informe indicará la fecha en que se hizo la divulgación, el nombre de la persona o entidad a la que se divulgó su información, una descripción de la información divulgada y la razón para la divulgación. Si usted solicita este informe más de una vez dentro de un período de doce (12) meses, podríamos cobrarle los costos de procesar la(s) solicitud(es) adicional(es). El informe sólo cubre los últimos seis (6) años.

**Restricciones:** Usted tiene el derecho de solicitar que implementemos restricciones adicionales en nuestro manejo de su información de salud. Nosotros no tenemos que estar de acuerdo con su solicitud, pero si la aceptamos, nos regiremos por la misma (excepto en caso de una emergencia). Su solicitud y nuestro acuerdo de implementar restricciones adicionales en el manejo de su información de salud debe ser por escrito y firmada por un oficial autorizado.

**Comunicación Confidencial:** Usted tiene el derecho de solicitar que nuestras comunicaciones hacia usted relacionadas con su información de salud sean realizadas por métodos alternos o dirigidas a direcciones alternas. Debe presentar una solicitud escrita en la que indique las razones que pueden ponerle en peligro si las comunicaciones no se realizan de forma confidencial. Podríamos aceptar su solicitud si ésta es razonable, especifica las formas o localizaciones alternas, y nos permite continuar con el cobro de las primas de su seguro de salud y el pago de las reclamaciones por los servicios recibidos, incluyendo el envío de explicaciones de beneficios.

**Enmienda:** Usted tiene el derecho de solicitar que enmendemos su información de salud. Su solicitud debe ser por escrito, y contener una explicación o evidencia que justifique la enmienda. Podemos rechazar su solicitud si no originamos la información que usted solicita que se enmiende y quién la originó se encuentra disponible para recibir su solicitud, o por otras razones. Si rechazamos su solicitud, le proveeremos una explicación por escrito. Usted puede solicitar que se incluya una declaración suya indicando su desacuerdo con la determinación tomada por nosotros. Si aceptamos su solicitud, realizaremos esfuerzos razonables para informar a otros, incluyendo los socios de negocio, e incluiremos la enmienda en cualquier divulgación futura de tal información.

**Aviso en caso de violaciones de seguridad en que su información esté en riesgo:** Usted tiene derecho a ser notificado por cualquier medio si la violación de seguridad es resultado de que su información no estuviera protegida por tecnologías o metodologías aprobadas por el Departamento de Salud de los Estados Unidos.

**Aviso por Medios Electrónicos:** Si usted recibió este aviso por medio del portal [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com) o por correo electrónico (e-mail), usted tiene derecho a recibir una copia escrita del mismo.

### **Preguntas y Quejas**

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

Si entiende que hemos incurrido en alguna infracción de sus derechos de privacidad, o está en desacuerdo con alguna decisión nuestra sobre el acceso a su información de salud, puede presentar su queja en la dirección que aparece al final de este aviso. Usted también puede someter su queja por escrito al Departamento de Salud Federal (DHHS) a la siguiente dirección: Región II, Office for Civil Rights, US Department of Health and Human Services, Jacob Javits Federal Building, 26 Federal Plaza – Suite 3312, New York, New York, 10278; voice phone: (212) 264-3313; fax (212)264-3039; TDD (212)264-2355.

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

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

Teléfono: (787) 277-6686 Fax: (787) 706-4004

E-mail: [privacidad@ssspr.com](mailto:privacidad@ssspr.com)

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

*If you would like to receive an English version of this notice, please contact us at the address above or visit our website at [www.ssspr.com](http://www.ssspr.com).*

SOLICITUD DE INGRESO POLIZA MEDIGAP

D	Contrato				Ext.	Check Digit	Efectivo		Sección	Expira		Tipo
			-				Mes	Año		Mes	Año	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						Ciclo	Ultimo Pago Mes   Día   Año		Conversión Mes   Año		Conv.		
PR		Código Pueblo	Zip Code		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. 01/2002)
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	
<b>SOCIAL SECURITY ACT</b>				
NAME OF BENEFICIARY				
CLAIM NUMBER		SEX		
IS ENTITLED TO		EFFECTIVE DATE		

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"/> Sí <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**

**CUESTIONARIO PÓLIZA MEDIGAP**

<b>Nombre del Solicitante:</b>	<b>Núm. Seguro Social:</b>
--------------------------------	----------------------------

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.**

**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