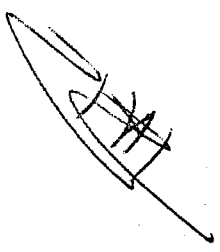


ATTACHMENT #3





1 de julio de 2013

Estimado Asegurado:

¡Saludos y bienvenido a MI Salud, el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico!

La Administración de Seguros de Salud (ASES) ha desarrollado esta Guía Uniforme del Asegurado con el propósito de mantenerlo orientado sobre el uso y beneficios que le brinda MI Salud. De esta manera puede adquirir la información necesaria para satisfacer sus necesidades de información independientemente de la compañía que le brinda los servicios.

MI Salud le ofrece la más amplia cubierta de beneficios a través de un modelo de Cuidado Coordinado. Bajo el nuevo modelo de MI Salud, dentro de las Redes Preferidas, podrá moverse libremente y visitar sus médicos especialistas, sub-especialistas, laboratorios, rayos-x y otros proveedores de salud sin necesidad de referidos ni co-pagos. Esta Red Preferida le será informada por su Grupo Médico Primario y por su Aseguradora.

Siempre deberá seleccionar su Grupo Médico Primario y su Médico Primario (de cabecera), quien mantendrá un expediente clínico completo sobre su estado de salud incluyendo sus condiciones, alergias, medicamentos y otros. De esa manera nos aseguramos que todos los servicios que se le ofrezcan cumplan con los más estrictos estándares de calidad y costo-efectividad requeridos por las reglamentaciones federales y estatales de la industria de la salud.

Recuerde siempre mantener su dirección e información personal al día comunicándose con la Oficina del Programa Medicaid donde radicó su solicitud de elegibilidad al Plan. Además, debe asistir a sus citas de re-certificación para que no pierda este beneficio tan necesario para su salud.

Visite regularmente a su Médico Primario para que le realicen todas las pruebas necesarias para mantener controlado su colesterol, azúcar, presión arterial y detectar de manera temprana enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y otras.

Le invitamos a que haga un buen uso de este beneficio que le ofrece el Gobierno de Puerto Rico, velando por su salud.

Atentamente,



Ricardo A. Rivera Cardona
Director Ejecutivo

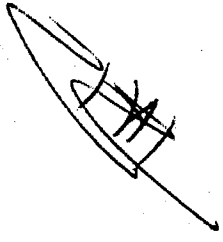
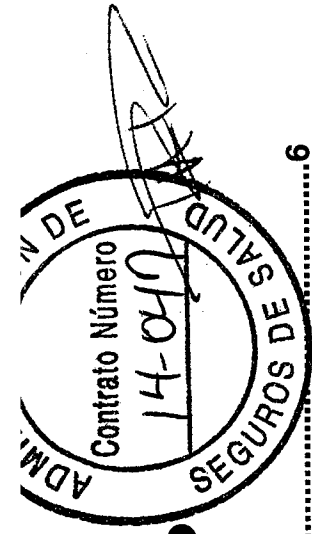


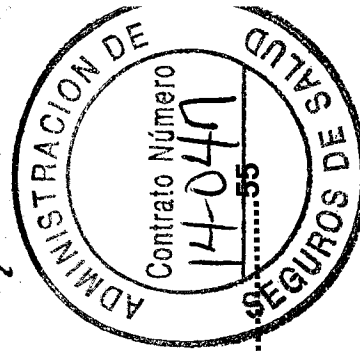
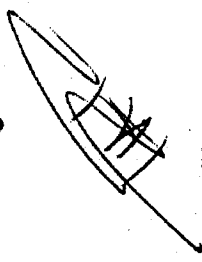
Tabla de Contenido



TELÉFONOS.....	6
LENGUAJE.....	7
DEFINICIONES.....	7
LEY DE PRIVACIDAD HIPAA.....	11
INFORMACION IMPORTANTE SOBRE SU PLAN DE SALUD.....	12
Mi Salud.....	12
¿Quiénes son elegibles para disfrutar de los servicios y beneficios de MI Salud?	12
COORDINACION DE BENEFICIO.....	12
SUSCRIPCIÓN (AUTO-ENROLLMENT).....	13
AUTO ASIGNACIÓN (AUTO-ASSIGNMENT).....	13
CONOZCA SU TARJETA DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO.....	14
FRAUDE Y ABUSO.....	15
¿Qué es fraude?	15
¿Qué es abuso?	16
¿Qué puedo hacer para evitar el fraude y el abuso?	16
¿Cómo Informar Situaciones sobre Fraude y/o Abuso?	17
GRUPO MEDICO PRIMARIO Y MEDICO PRIMARIO.....	17
¿Puedo cambiar de Grupo Médico Primario o de Médico Primario?	17
Selección del Grupo Médico Primario y Médico Primario	18
RECERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD.....	19
EMPLEADO PÚBLICO.....	20
¿Qué hago si cancelan mi elegibilidad al Plan?	20
¿Cómo puedo acogerme a otro Plan de los contratados para empleados públicos?	21
¿Los miembros de la Policía de Puerto Rico podemos acogernos a MI Salud?	21
¿QUÉ ES CUIDADO COORDINADO?	21
SU GRUPO MÉDICO PRIMARIO Y SU MÉDICO PRIMARIO.....	22
¿Qué significa Grupo Médico Primario?	22
¿Qué es una Red Preferida de Proveedores?.....	22
¿Están todos los médicos especialistas dentro de la Red Preferida de mi Grupo Médico Primario?	23
¿Qué es la Red General de la Aseguradora?.....	24
¿Necesitaré Contrafirma en las Recetas de Medicamentos?	25
CONOZCA LAS RESPONSABILIDADES DE SU MÉDICO PRIMARIO.....	25
CÓMO CONSEGUIR INFORMACIÓN DE LOS MÉDICOS PARTICIPANTES.....	26
ESTOS SON SUS DERECHOS.....	26
ESTAS SON SUS RESPONSABILIDADES.....	27
EMERGENCIAS Y URGENCIAS.....	28
¿Cómo sé que es una emergencia?	28

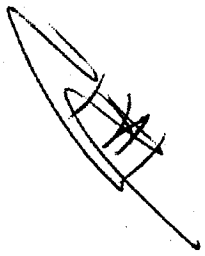
¿Cómo puedo recibir servicios de emergencia?.....	28
¿Entonces, qué es una urgencia?	29
¿Cómo puedo recibir servicios de urgencia?	29
¿Cómo puedo recibir servicios fuera de las horas laborables de mi Médico Primario o del Grupo Médico Primario y la Red Preferida de Proveedores?	29
¿QUÉ ES UNA DIRECTRIZ ANTICIPADA?	30
QUERELLAS Y APELACIONES	30
¿Qué es una querella?	30
¿Cómo puedo radicar una querella?	31
¿Qué es una notificación de acción?	31
¿Qué hago si no estoy de acuerdo con la notificación de acción?	32
¿Qué es una apelación?	32
¿Quién atenderá su apelación?	32
¿Cuánto tiempo tardarán en responder a mi apelación?	32
TIEMPO PARA RESOLVER SOLICITUDES, QUERELLAS Y APELACIONES	33
SERVICIOS DENTALES	33
SERVICIOS DE SALUD MENTAL	34
¿Cómo puedo recibir servicios de salud mental o contra la dependencia a drogas?	34
SERVICIOS PREVENTIVOS	34
¿Qué son servicios preventivos?	35
HIV-SIDA	35
HEPATITIS-C	39
Esta es su Cubierta de Beneficios	39
Servicios Preventivos	40
Servicios Dentales	41
Servicios de Pruebas Diagnósticas	42
Servicios Ambulatorios de Rehabilitación	43
Servicios Médicos y Quirúrgicos	43
Servicios de Ambulancia	44
Servicios de Maternidad y Pre-Natales	44
Servicios en Salas de Emergencias	45
Servicios de Hospitalización	46
Servicios de Salud Mental	47
Servicios de Hospitalización para Salud Mental	47
Servicios de Farmacia	48
Servicios Excluidos de la Cubierta Básica	48
Servicios de la Cubierta Especial	51
Servicios Excluidos de la Cubierta Especial	55
Servicios de la Cubierta Medicare	55
MANEJO DE ENFERMEDADES Y CONDICIONES ESPECIALES	55
Manejo de Enfermedades Crónicas	55
Manejo de Casos	56

Handwritten signature

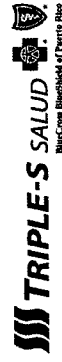


Registro de Condiciones Especiales 56
ESTOS SON SUS CO-PAGOS Y CO-ASEGUROS.....57
MAPA REGIONES DE SALUD59

ms

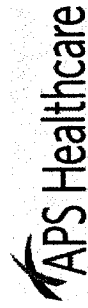


TELÉFONOS



TELE MI SALUD

Área Metro 787-775-1352
Libre de Costo 1-800-981-1352
TTY 1-855-295-4040



SALUD MENTAL

Libre de Costo 1-888-695-5416
TTY 787-641-0785



Oficina del Procurador de la Salud

Libre de Costo 1-800-981-0031
Área Metro 787-977-1100



Administración de Seguros de Salud

Libre de Costo 1-800-981-2737





LENGUAJE

Esta Guía se provee en los idiomas español e inglés para su beneficio. Si algún miembro de su familia es asegurado de MI Salud y tuviera problemas para leer, o alguna incapacidad como ser ciego y necesita servicios especiales para poder recibir la información que se provee en esta Guía, puede solicitar ayuda en Triple S. Triple S debe tener disponibles distintas formas para que la información le pueda ser ofrecida.

Si la información que se provee en esta Guía le crea algún tipo de confusión, o necesita aclarar alguna duda, puede solicitar ayuda comunicándose con Triple S. La información es un componente vital del compromiso de MI Salud, para con ustedes, nuestros asegurados. Puede comunicarse a su conveniencia con su Triple S a los números de teléfonos que aparecen en la parte de atrás de su tarjeta de MI Salud.

DEFINICIONES

Abuso: Acción llevada a cabo por un proveedor o profesional de la salud, institución pública o privada, o cualquiera otra persona que intencionalmente cause una lesión, encierro irrazonable, intimidación o castigo resultando en daño físico o mental a un paciente.

Acceso a servicios: Garantía de que el asegurado pueda recibir todos los servicios médicamente necesarios incluidos en la Cubierta de MI Salud sin impedimento alguno.

Asegurado: Persona que luego de haberse certificado elegible en el Programa Medicaid ha completado el proceso de suscripción ante Triple S y se le ha emitido la tarjeta de identificación como asegurado de MI Salud

Aseguradora: Entidad debidamente autorizada por el Comisionado de Seguros para hacer negocios en Puerto Rico y contratada por ASES para ofrecer los servicios y beneficios a la población asegurada bajo MI Salud.

Autorización: Documento escrito mediante el cual una persona libre y voluntariamente autoriza a otra persona o proveedor a representarle, solicitar, usar y divulgar su información de salud para fines médicos, de tratamiento o para iniciar una acción como por ejemplo una querrela. También se utilizar para anular una autorización previa.

Beneficiario de Medicare: Personas de 65 años o más, incapacitados o con enfermedad renal que poseen las cubiertas de Parte A para servicios de hospital o Partes A/B para servicios de hospital, ambulatorios y médicos.

CHIP: *Children Health Insurance Program*, programa federal que brinda cubierta de servicios médicos a niños de bajos recursos menores de 18 años a través de planes médicos cualificados para ofrecer cubierta bajo este programa.

Cirugía Electiva: Procedimiento quirúrgico médicamente necesario que puede ser programado ya que no necesita realizarse de forma inmediata porque no representa riesgo a la vida del individuo.

Co-aseguro: Cantidad relativa en por ciento al costo de un servicio cuya responsabilidad de pago recae en la persona asegurada que lo recibe.

Co-Pago: Cantidad fija establecida por el costo de un servicio cuya responsabilidad de pago recae en la persona asegurada que lo recibe.

Confidencialidad de la Información: Privacidad con la que cuenta una persona para que su información personal o datos de salud no sean revelados a ninguna persona o entidad sin la debida autorización.

Consulta: Opinión que solicita un profesional de la salud a otro profesional de la salud sobre un asunto relacionado a la condición de salud de un paciente.

Coordinación de Beneficios: Orden en que se pagan los servicios cuando la persona que los recibe posee más de un plan médico. Uno de los planes se considera primario y el otro secundario o último pagador.

Cubierta Especial: Aquella porción de la cubierta de beneficios que incluye los servicios considerados como riesgos económicos que asume ASES para los asegurados de MI Salud.

Cubierta de Servicios: Todos los servicios que se ofrecen a los asegurados de MI Salud bajo las Cubiertas Básica, Especial, Mental, Dental y Farmacia.

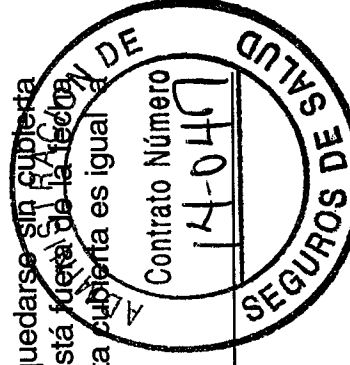
Cuidado Coordinado: Es el servicio que se brinda a los asegurados a través de los médicos que forman parte de la red preferida de proveedores del Grupo Médico Primario. El Médico Primario es el principal proveedor de servicios ya que es el responsable de evaluar periódicamente su salud y coordinar todos los servicios médicos que pueda necesitar.

Deducible: Cantidad fija de gasto pre-determinada por la ASES que corresponde pagar al asegurado (cuando aplique) por los servicios que recibe.

Directrices Anticipadas: Instrucciones escritas o verbales, como testamentos o poderes, relacionadas con las decisiones sobre servicios y cuidados de la salud que expresa la persona por adelantado en caso de que ocurriese un evento y pudiera estar incapacitada para tomar dichas decisiones.

Divulgación: Transferencia, acceso o traspaso de información a una persona o entidad distinta a la persona o entidad que posee la información.

ELA Puro: Alternativa que se ofrece al empleado público para no quedarse sin cubierta médica cuando pierde la elegibilidad en el Programa de Medicaid y está fuera de la fecha para acogerse a otros planes médicos contratados bajo la Ley 95. Esta cubierta es igual a la de MI Salud.



“Emergencia Médica”: se refiere a una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente severidad, incluyendo dolor severo, donde una persona lega razonablemente prudente, que tenga un conocimiento promedio de salud y medicina, pueda esperar que en la ausencia de acción médica inmediata colocaría la salud de la persona en serio peligro, o resultaría en una seria disfunción de cualquier miembro u órgano del cuerpo o con respecto a una mujer embarazada que esté sufriendo contracciones, que no haya suficiente tiempo para transferirla a otras instalaciones antes del parto, o que transferirla representaría una amenaza a la salud de la mujer o de la criatura por nacer.

Expediente Médico: Recopilación detallada de datos e información relacionada con el tratamiento y cuidado médico que recibe el paciente por parte de un profesional de la salud.

Fraude: significa un engaño intencional o declaración falsa hecha por una persona con el conocimiento de que el engaño podría resultar en algún beneficio no autorizado a sí mismo o a otra persona. Que incluye cualquier acto que constituya fraude bajo las leyes federales o estatales.

Grupo Médico Primario: Profesionales de la Salud agrupados para contratar con la Triple S para brindar los servicios de salud bajo un modelo de cuidado coordinado.

Habitación Semi-privada: Habitación de hospital que consta dos camas.

HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability ACT): Ley que incluye normas para establecer registros de salud electrónicos seguros y para proteger la privacidad de la información médica de una persona y evitar que se haga un mal uso de esta información. También se llama Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos y Ley Kassebaum Kenney.

Hospital: Facilidad que provee servicios médicos quirúrgicos a pacientes hospitalizados.

Justa Causa: Se refiere a las situaciones que permiten que un asegurado se pueda cambiar de Médico Primario o Grupo Médico Primario. Estas son: 1) El asegurado se mudó fuera de la Región; 2) Por razones de índole moral o religiosa, el proveedor no presta los servicios que el asegurado necesita; 3) El asegurado necesita servicios que puedan ser provistos en un mismo tiempo y no todos los servicios están disponibles; el no recibir todos los servicios según ordenados podría exponer al asegurado a un riesgo innecesario; 4) Otras razones aceptables incluyen, pero sin limitarse a, la mala calidad de la atención, la falta de acceso a los servicios cubiertos, o la falta de proveedores con experiencia relacionados con el cuidado del asegurado para sus necesidades de salud. ASES determinará si la razón constituye justa causa.

Medicaid: Programa que provee un seguro de salud para personas con bajos o ningún ingreso y recursos limitados, según las disposiciones federales.

Médico Especialista: Profesional de la salud con licencia para ejercer la medicina y cirugía en Puerto Rico que provee servicios médicos especializados y complementarios a los médicos primarios. Se consideran dentro de esta categoría los siguientes: Cardiólogos, Endocrinólogos, Neurólogos, Cirujanos, Radiólogos, Siquiatras, Oftalmólogos, Neftrologos, Urologos, etc.



Urólogos, Fisiatras, Ortopedas, y otros médicos no incluidos en la definición de Médico Primario.

Médico Primario: Profesional de la Salud debidamente licenciado para ejercer la práctica de la medicina en Puerto Rico. Contratado por Triple S como médico participante dentro de un Grupo Médico Primario para evaluar, dar tratamiento y coordinar los servicios médicamente necesarios que se deban ofrecer al paciente. En esta categoría se encuentran los siguientes: Médico Generalista, Médico de Familia, Internista, Ginecólogo-Obstetra y Pediatra.

Paciente: Persona que recibe tratamiento para su salud física o mental.

Población Estatal: Cubierta de servicios médicos a aquellos asegurados tengan nivel medico indigente descritos bajo los códigos 300, 310, 320, 330 y 400..

Población Federal: Cubierta de servicios médicos a aquellos asegurados tengan nivel medico indigente descritos bajo los códigos 100 y 110.

Preautorización: Permiso escrito que Triple S concede al asegurado a petición del Médico Primario, Especialista o Sub-especialista para obtener un servicio especializado.

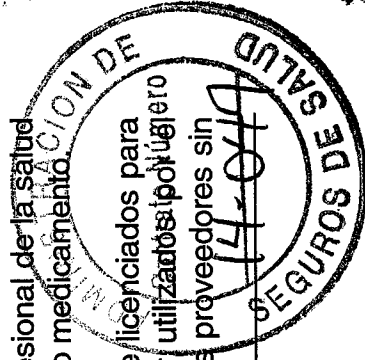
Registro de Condiciones Especiales- Son condiciones donde ASES asume el riesgo económico de los servicios ofrecidos a los asegurados de Mi Salud. Son condiciones médicas que pueden ser incluidas en el Registro de Cubiertas Especiales. Para cada condición hay criterios y procedimientos a seguir. El propósito de esta Cubierta es facilitar el manejo efectivo de asegurados con condiciones especiales de salud que requieren atención médica especializada. La efectividad de esta Cubierta se iniciará en la fecha cuando el diagnóstico se confirma por los resultados de las pruebas o procedimientos realizados.

Queja: Reclamo informal sobre la calidad en la atención, servicio al cliente o trato recibido por proveedores, personal de Triple S, Grupo Médico Primario o ASES. No implica controversias sobre servicios médicos, cubierta o pagos por servicios.

Querrela: Reclamo formal que realiza el asegurado de forma escrita, por vía telefónica o visitando Triple S, la Oficina del Procurador de la Salud, o ASES, solicitando se le conceda una solución cuando se le ha denegado o autorizado de forma limitada un servicio; reducción, suspensión o terminación de un servicio previamente autorizado; negación total o parcial del pago por un servicio; no haber recibido servicios de forma oportuna; cuando Triple S no ha tomado acción sobre alguna situación según los términos establecidos; negación de Triple S para que el asegurado pueda ejercer su derecho de recibir servicios fuera de la red.

Receta de Medicamentos: Orden escrita en original emitida por un profesional de la salud debidamente licenciado, ordenando el despacho de un producto, fórmula o medicamento.

Red Preferida de Proveedores: Profesionales de la Salud debidamente licenciados para ejercer la medicina en Puerto Rico, contratados por Triple S para ser utilizados por el asegurado como primera opción. Los asegurados pueden acceder a estos proveedores sin



necesidad de referidos ni copagos siempre que pertenezcan al Grupo Médico Primario del asegurado.

Referido: Autorización escrita que emite el Médico Primario para poder recibir servicios de un médico especialista o sub-especialista y facilidad fuera de la red preferida del Grupo Médico Primario.

Referido Administrativo: Autorización escrita emitida por Triple S para que el asegurado pueda recibir el servicio requerido, siempre que sea médicamente necesario.

Registro Cubierta Especial: Forma que cumple Triple S a petición del Médico Primario cuando el asegurado es diagnosticado con alguna o algunas de las condiciones que forman parte de la Cubierta Especial, para que el paciente pueda recibir servicios y tratamientos directamente de los especialistas o sub-especialistas en la condición sin necesidad de referidos.

Segunda Opinión Médica: Consulta adicional que realiza el asegurado a otro médico con la misma especialidad médica para recibir o confirmar que el procedimiento médico recomendado inicialmente es el tratamiento indicado para su condición.

Servicios Ancilares: Todos aquellos servicios complementarios que se brindan al paciente para ayudar en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades o lesiones. Ejemplos de estos servicios son: laboratorios, radiología, terapias, etc.

Servicios Cubiertos: Todos aquellos servicios y beneficios médicos incluidos en la Cubierta de MI Salud.

Solicitud de Suscripción: Formulario que debe completarse por el participante elegible para convertirse en asegurado de MI Salud y poder recibir servicios médicamente necesarios.

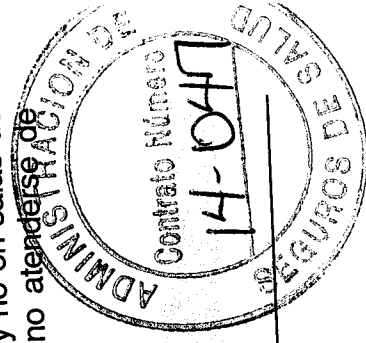
Tarjeta de Identificación: Tarjeta que entrega Triple S al asegurado una vez se completa el proceso de suscripción y que identifica al asegurado por nombre y número de contrato, e incluye información sobre cubiertas, co-pagos y teléfonos para recibir información sobre servicio al cliente y consejería de salud.

Tratamiento: Proporcionar, coordinar o manejar el cuidado de la salud y los servicios relacionados brindados por proveedores de la salud.

Tutor: Persona con autoridad para cuidar de una persona menor de edad o adulto que por alguna circunstancia no tiene la capacidad civil para manejar su situación.

Urgencia: Condición médica que no implica riesgo de muerte inminente y que puede ser tratada en la oficina del médico o en las facilidades de horario extendido y no en salas de emergencias. Una urgencia puede convertirse en una emergencia de no atenderse de forma correcta en el tiempo adecuado.

LEY DE PRIVACIDAD HIPAA



La Administración de Seguros de Salud (ASES) y las Aseguradoras tenemos el firme compromiso de mantener la confidencialidad de su información médica. Podremos usar y compartir información relacionada con su tratamiento médico, pago de servicios médicos y todo lo relacionado al cuidado de su salud, dentro de las más estrictas normas de confidencialidad. Con su autorización por escrito ofrecemos su información a otras personas para cualquier propósito.

Si interesa obtener más información sobre la práctica de privacidad o tiene preguntas o dudas, comuníquese con Triple S.

IMPORTANTE:

Al pertenecer al Plan MI Salud, autoriza al Gobierno Federal, a ASES, la Oficina del Procurador de la Salud, a Triple S o sus representantes a ver sus expedientes médicos para evaluar la calidad, conveniencia, costo y rapidez de los servicios que se le ofrecieron.

INFORMACION IMPORTANTE SOBRE SU PLAN DE SALUD

Mi Salud

Ahora, el nuevo Plan MI Salud del Gobierno de Puerto Rico le ofrece más servicios y beneficios. Además, le ofrece una Red Preferida de Proveedores dentro del Grupo Médico Primario de su selección, a los que podrá visitar libremente sin la necesidad de referidos ni tener que pagar copagos.

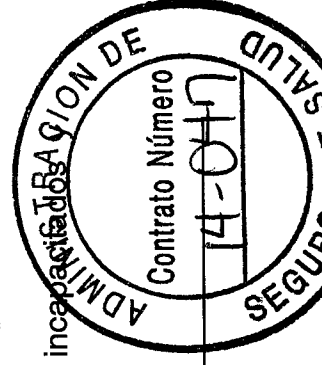
Bajo MI Salud no necesitará que el Médico Primario le contraíra las recetas de medicamentos que le ordenen otros médicos especialistas o sub-especialistas dentro de la Red Preferida de Proveedores de su Grupo Médico Primario. Puede escoger libremente los dentistas y farmacias de su preferencia, dentro de aquellos contratados bajo MI Salud.

Además, podrá recibir servicios de salud mental libremente dentro de la misma facilidad de su Grupo Médico Primario. MI Salud le ofrece servicios integrados de salud física y salud mental para que pueda recibir estos servicios en un mismo lugar.

¿Quiénes son elegibles para disfrutar de los servicios y beneficios de MI Salud?

Las personas elegibles bajo la ley 72 de 7 de septiembre de 1993, son:

- Ciudadanos americanos.
- Personas de bajo o ningún ingreso.
- Población Medicaid Federal; mayores de 65 años, ciegos, incapacitados, ciegos, mujeres embarazadas.
- Niños bajo el programa CHIP.



- Empleados públicos, retirados y sus dependientes cuya nómina es procesada por el Departamento de Hacienda.
- Policía de Puerto Rico sus viudas, viudos e hijos que les sobrevivían.
- Veteranos.
- Niños bajo la custodia del Estado a través de la Administración de Familias y Niños (ADFAN).
- Sobrevivientes de violencia doméstica a través de la Oficina de la Procuraduría de la Mujer.

El programa Medicaid determinará si usted es elegible al Plan MI Salud del Gobierno de Puerto Rico. Una vez usted es certificado elegible por Medicaid se le hará entrega de la forma MA-10 titulado "Notificación de Acción Tomada sobre Solicitud y/o Re-Evaluación" donde indica que usted ha sido certificado elegible. La fecha para determinar desde cuándo la persona está asegurada es la que se indica en la sección titulada "Fecha de Certificación" de la MA-10. También se le hará entrega de la carta de bienvenida al Plan MI Salud, por parte de Triple S

Su tarjeta se le hará llegar a través de correo en un período de 5 a 7 días luego de haber sido certificado elegible por Medicaid. De no haber recibido su tarjeta en dicho período y necesitar servicios médicos, puede presentar la carta de bienvenida y la forma MA-10 ante el proveedor de servicios contratado bajo el Plan MI Salud, para evidenciar que su nombre consta en la MA-10, que está suscrito y que puede comenzar a recibir servicios. La carta de bienvenida le permite acceder servicios médicos durante un período de treinta (30) días, luego de los treinta (30) días la misma no es válida para recibir servicios médicos y solamente podrá recibir servicios presentando su tarjeta del Plan MI Salud.

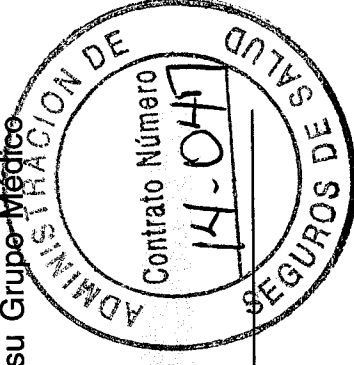
COORDINACION DE BENEFICIOS

Según establece la Ley#72 del 7 de septiembre de 1993, el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico es pagador secundario ante cualquier otro plan médico que usted tenga. Si usted tiene otro plan de salud, deberá presentar al proveedor de los servicios las tarjetas de los planes médicos a los que pertenece. De esta forma, si usted accedió los servicios conforme al modelo de cuidado coordinado, sólo será responsable de pagar el deducible correspondiente a su Plan de Salud del Gobierno.

AUTO SUSCRIPCIÓN (AUTO-ENROLLMENT)

A partir del 1 de julio de 2011, todo nuevo beneficiario que sea elegible al Plan MI Salud del Gobierno de Puerto Rico será automáticamente suscrito y asegurado. Lo que significa que ya no tendrá que visitar Triple S para seleccionar su Grupo Médico Primario ni su Médico Primario.


AUTO ASIGNACIÓN (AUTO-ASSIGNMENT)



Triple S le hará llegar sus tarjetas y las mismas incluirán la información en cuanto al Grupo Médico Primario y el Médico Primario asignado por Triple S para que pueda acceder servicios inmediatamente. Debe recibir su tarjeta por correo dentro de los 5 a 7 días siguientes de haber sido certificado elegible. Si usted no recibiera su tarjeta dentro de dicho período puede comunicarse con la Oficina de Servicios al Cliente de ASES a través del 1-800-981-2737, donde se le informará si ya su caso ha sido registrado en el sistema y la ubicación de la Oficina de Servicios de Triple S y su teléfono, para que pueda pasar a recoger su tarjeta.

Si usted no está de acuerdo con el Grupo Médico o Médico Primario usted tiene el derecho de solicitar cambio dentro de un período de noventa (90) días a partir de la fecha de recibo de la tarjeta.

CONOZCA SU TARJETA DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO



BENEFICIARIO MI SALUD		CC - 111F	
ZUA80000000000000000000	Effective Date	11/01/2011	MF1 0088000000000000
Issue Date	10/14/2011	Contract	03309
GNP	Individual	Relation	Member
BIN/PCN	010869/HCR	ES Code	973
Coverages	AD8 DC8 FA8		HB8 MS8
Generalist	\$0	Specialist	\$0
Sub Specialist	\$0	Hospital	\$0
Emergency	\$2 / \$0	X- Rays	\$0
Laboratory	\$0	PH- Group	212121
M-Group	MF12121	Los copagos dentro de la red preferidas son \$0	

MP



El frente de la tarjeta le informa lo siguiente:

- Su nombre y apellidos;
- Su número de contrato;
- El grupo a que pertenece;
- Sus cubiertas;
- Sus co-pagos y co-aseguros.

Asegúrese de:

- Llevar su tarjeta cuando visite a sus médicos, laboratorios, rayos-x o necesita recibir servicios de salud.



- Que le devuelvan su tarjeta luego de recibir los servicios médicos.
- Que cada persona asegurada de su familia, aunque sea un bebé, tenga su propia tarjeta.
- Mantener su tarjeta en un lugar seguro para evitar perderla y tener que esperar por una nueva tarjeta.

La parte de atrás de su tarjeta le provee los números de teléfonos libres de costos para Tele-MI Salud, Servicios al Cliente y Línea de Crisis de Salud Mental.

Si pierde su tarjeta puede solicitar un duplicado visitando los Centros de Servicios de Triple S o llamando al número de Servicio al Cliente que aparece en la parte de atrás de su tarjeta.

IMPORTANTE:

Ningún Hospital puede negarle servicios de emergencia por no tener su tarjeta MI Salud. Bajo la Ley EMTALA usted tiene derecho a recibir servicios adecuados de emergencia, incluyendo evaluación o tratamiento de una condición de emergencia o parto en los Departamentos de Emergencia de los Hospitales.

FRAUDE Y ABUSO

¿Qué es fraude?

El fraude afecta adversamente a las personas aseguradas, a los planes de salud y a los profesionales y entidades que prestan servicios de salud. El fraude se refiere a cualquier acto intencional y deliberado para privar a otro de propiedad o dinero, mediante engaño u otro medio injusto. Conlleva la intención de engañar o hacer falsas representaciones con el propósito de obtener un beneficio personal o para otra persona.

Usted tiene la responsabilidad de informar cualquier situación que usted entienda pueda envolver un fraude contra el Programa Medicaid. Algunos ejemplos de fraude son:

- Facturar por servicios y procedimientos médicos no realizados.
- Facturar por supidos o medicamentos no despachados.
- Prestar la tarjeta del plan de salud de otra persona (falsa representación) para obtener servicios clínicos o medicamentos.



- Facturación de un servicio más costoso del que se prestó para obtener un pago mayor.
- Presentar documentos falsos con el fin de obtener reembolsos.
- Facturación del mismo servicio en más de una ocasión.
- Presentar una solicitud de ingreso al plan de salud con información falsa.
- Facturación de una receta completa cuando no se ha despachado la totalidad de la misma.
- Servicios brindados por un proveedor excluido del Programa Medicaid.
- Reembolso por servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen con los estándares profesionales para el cuidado de la salud.

Es importante que cualquier acto ilegal o fraudulento se informe inmediatamente a la Unidad de Querrelas de Triple S, la Oficina del Procurador de la Salud o ante ASES.

¿Qué es abuso?

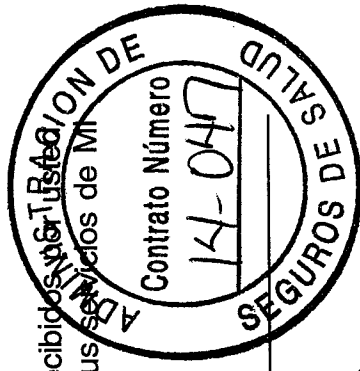
Es el uso excesivo e impropio de un producto, servicio o beneficio, que a su vez resulta en costos innecesarios o excesivos para el sistema del cuidado de salud.

Algunos ejemplos son:

- Sobreutilización de servicios medicamente no necesarios, como el utilizar la sala de emergencia constantemente en lugar de acudir a su médico primario
- Exceso en la orden de pruebas diagnósticas que no tienen justificación médica.
- Dejar de cobrar los deducibles o coaseguros del plan médico para atraer clientes.

¿Qué puedo hacer para evitar el fraude y el abuso?

- Proteja la información de su tarjeta: nunca ofrezca información de su plan médico a personas desconocidas o personas que le llamen por teléfono.
- Relaciónese con los términos de su cubierta y conserve copia de los estudios médicos para que no duplique servicios. Si visita médicos, guarde copia de los resultados de sus laboratorios u otras pruebas y tenga a mano una lista de los medicamentos que toma. De este modo no tiene que repetir pruebas que le consumen tiempo y dinero.
- Verifique la información antes de firmar cualquier solicitud de seguro o reclamación de servicios de salud.
- Solicitar y revisar trimestralmente el resumen de los servicios recibidos. Esta solicitud la hace directamente con Triple S que le provee sus servicios de Medicina de Familia y Comunitaria. Este resumen debe ser enviado a la División de Seguros de Salud. Solicite un resumen de los servicios recibidos en la División de Seguros de Salud. Esta solicitud la hace directamente con Triple S que le provee sus servicios de Medicina de Familia y Comunitaria.



¿Cómo Informar Situaciones sobre Fraude y/o Abuso?

Si usted tiene información o sospecha que ha sido víctima de un fraude al plan médico, puede comunicarse con Triple S a través de Tele Mi Salud a los números que aparecen en la parte posterior de su tarjeta. También puede comunicarse con la Oficina del Procurador de la Salud a través del 787-977-0909 o ASES a través del 1-800-981-2737 o visitando las Oficinas o Centros de Servicio de Servicio al Cliente de la Asegurados, OPS y ASES.

Su llamada o comunicación escrita será manejada de forma confidencial y su cubi^{er}ta de MI Salud no se afectará con este referido. Si los resultados de la investigación realizada por la empresa demuestran la comisión de un acto de fraude, se referirá a las autoridades pertinentes.

GRUPO MEDICO PRIMARIO Y MEDICO PRIMARIO

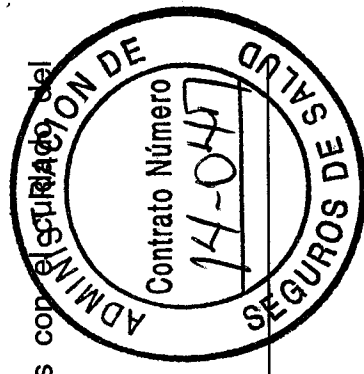
¿Puedo cambiar de Grupo Médico Primario o de Médico Primario?

Sí, puede realizar cambios de Grupo de Médico Primario y de Médico Primario, visitando los Centros de Servicios de Triple S o llamando a Tele-MI Salud, al número que aparece al reverso de su tarjeta del Plan MI Salud.

Cambios de Grupo Médico Primario durante los primeros cinco (5) días del mes serán efectivos al primer día del próximo mes, del sexto día en adelante serán efectivos al mes subsiguiente Sólo podrá realizarlo durante los primeros noventa (90) días de haber recibido su tarjeta del Plan MI Salud. Luego de los noventa (90) días, podrá cambiar de Grupo Médico Primario una vez cada doce (12) meses. **De existir una justa causa podrá cambiar de Grupo Médico Primario o de Médico Primario en cualquier momento.** Como justa causa se identifican las siguientes situaciones:

1. El asegurado se mudó fuera de la Región;
2. Por razones de índole moral o religiosa, el proveedor no presta los servicios que el asegurado necesita;
3. El asegurado necesita servicios que puedan ser provistos en un mismo tiempo y no todos los servicios están disponibles; el no recibir todos los servicios según ordenados podría exponer al asegurado a un riesgo innecesario;
4. Otras razones aceptables incluyen, pero sin limitarse a:
 - a. la mala calidad de la atención,
 - b. la falta de acceso a los servicios cubiertos, o
 - c. la falta de proveedores con experiencia relacionados con el seguro del asegurado para sus necesidades de salud.

ASES determinará si la razón constituye justa causa.



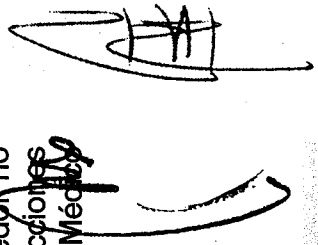
Cambios de Médico Primario y Grupo Médico Primario, (refiérase al párrafo anterior) deberán realizarse durante los primeros cinco (5) días del mes y el cambio será efectivo el mes siguiente. (Ej.: Si realiza el cambio el 5 de enero, será efectivo el 1 de febrero) Ahora bien, si cambia luego de los primeros cinco (5) días del mes, el cambio será efectivo el mes subsiguiente. (Ej.: Si realiza el cambio el 6 de enero, será efectivo el 1 de marzo).

Para **cambiar de Médico Primario dentro de su Grupo Médico Primario**, sólo seleccione el nuevo Médico Primario dentro del mismo Grupo Médico Primario que tiene ahora y el cambio será efectivo al mes siguiente.

IMPORTANTE:

El Programa Medicaid es la única oficina autorizada para realizar cambios sobre su información personal y lugar de residencia. Debe notificar al Programa Medicaid cualquier cambio, tales como: cambio de dirección, cambio en su composición familiar, cambio en sus ingresos, cambio en su estado civil, correcciones en nombres, fechas de nacimiento y otros.

Triple S deberá mantenerle informado cuando algún Médico Primario, Especialista o Sub-Especialista ya no ofrezca servicios, para que pueda elegir nuevamente otro Médico Primario, Especialista o Sub-Especialista. La notificación de Triple S deberá recibirla dentro de los quince (15) días en que Triple S tiene conocimiento de que dicho proveedor no seguirá brindando servicios. Triple S debe ofrecerle en dicha notificación las instrucciones para que pueda seleccionar un nuevo médico dentro de los contratados en el Grupo Médico Primario.

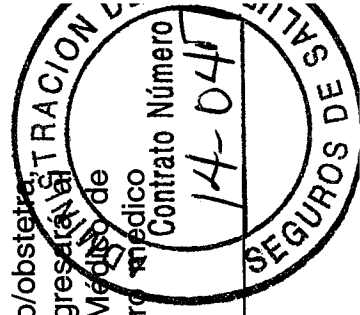


Selección del Grupo Médico Primario y Médico Primario

Recuerde que es usted quien selecciona libremente el Grupo Médico Primario y el Médico Primario que desea cuando no está de acuerdo con la auto-assignación realizada por Triple S. **El Grupo Médico Primario y el Médico Primario que usted seleccione deberán pertenecer a la región en donde usted reside.**

Debe seleccionar un Médico Primario para cada asegurado de su familia. Los médicos primarios que seleccione, para usted y sus dependientes incluidos en su contrato, pueden ser diferentes pero tienen que pertenecer al mismo Grupo Médico Primario.

Si es mujer, puede escoger a un ginecólogo/obstetra, además de cualquiera otro Médico Primario. Si está embarazada, su Médico Primario será el ginecólogo/obstetra durante todo su período de embarazo. Cuando termine el embarazo, regresará al cuidado del Médico Primario que seleccionó entre: Generalista, Internista, Médico de Familia o Pediatra para su bebé. Su Ginecólogo se mantendrá como otro médico primario adicional para atender sus situaciones ginecológicas.



IMPORTANTE:

Recuerde registrar su bebé en el Programa Medicaid antes de que cumpla noventa (90) días de nacido y llevar consigo el certificado de nacimiento.

RECERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Una vez el Programa Medicaid (PAM) del Departamento de Salud le certifica elegible, tiene que asistir a las citas de revisión para que no pierda su elegibilidad. Al perder la elegibilidad pierde los beneficios de MI Salud, ya que no tendrá un seguro de salud.

Triple S le enviará una carta a los noventa (90), sesenta (60) y treinta (30) días antes de que venza su elegibilidad como recordatorio para que visite la Oficina del Programa Medicaid ubicada en su pueblo de residencia y se recertifique.

Si perdiera la cita para recertificarse deberá llamar inmediatamente al Centro de Llamadas del Programa Medicaid a través del número libre de cargos 1-855-400-4224 o visitar la Oficina de Medicaid ubicada en su pueblo de residencia para solicitar una nueva cita.

Debe notificar en el Programa Medicaid cualquier cambio en dirección, nivel de ingreso, añadir o cancelar dependientes, correcciones en dirección o nombres, cambios de estatus civil, (casado, divorciado, viudo,) etc.

Si está embarazada cuando tenga su bebé, antes de que cumpla noventa (90) días de nacido debe visitar la Oficina del Programa Medicaid y presentar el certificado de nacimiento para que pueda ser incluido en MI Salud. Si no cumple con este requisito el bebé perderá el derecho a recibir servicios bajo el Plan MI Salud del Gobierno de Puerto Rico. Es posible que con la llegada de este nuevo bebé, pueda beneficiarse aún más si cambia su nivel de indigencia.

IMPORTANTE:

Recuerde, es su responsabilidad no perder las citas y mantener al día su información y dirección postal en la Oficina del Programa Medicaid para que pueda recibir las comunicaciones relacionadas a su recertificación.

De no recibir la notificación de Triple S es su responsabilidad el solicitar la cita de reevaluación.



EMPLEADO PÚBLICO

Si es empleado público o empleado retirado del Gobierno de Puerto Rico y su nómina es procesada por el Departamento de Hacienda puede acogerse a MI Salud durante el período de campaña para selección de planes médicos de los empleados públicos. Al escoger el Plan MI Salud, la aportación patronal pasará a ASES y usted pagará la diferencia, si alguna.

Además, puede visitar la Oficina del Programa Medicaid para que le evalúen y si resulta elegible como médico indigente no tendrá que pagar la diferencia, si alguna, entre la prima mensual y la aportación patronal ya que ésta será pagada con fondos gubernamentales.

La efectividad como médico indigente se otorga por un período de doce (12) meses. Triple S le enviará una carta noventa (90) días antes de que venza su elegibilidad para recordarle su deber de visitar la Oficina del Programa Medicaid ubicada en su pueblo de residencia y solicitar la revisión de su caso.

En el caso de empleados públicos casados entre sí, estos podrán acogerse a MI Salud combinando las aportaciones de ambos (lo que se conoce como de forma mancomunada) para su elegibilidad. Las aportaciones patronales serán enviadas a ASES por su Patrono, mientras esté activo como elegible bajo el Programa Medicaid.

Si luego de la revisión resulta que ya no es elegible a MI Salud como médico indigente, puede acogerse a MI Salud como ELA Puro hasta que llegue el nuevo período de campaña de selección de planes médicos para empleados públicos o acogerse a cualquiera otro plan de los contratados para los empleados públicos. ¡Usted elige!

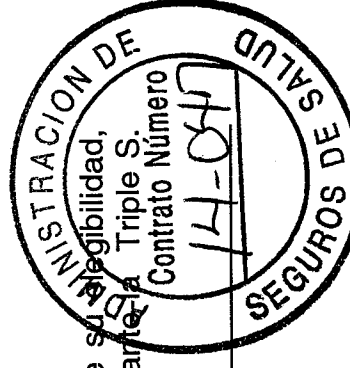
IMPORTANTE:

Recuerde asistir a tiempo a sus revisiones de elegibilidad para que no pierda los beneficios de MI Salud.

¿Qué hago si cancelan mi elegibilidad al Plan?

Si el Programa Medicaid determinó que ya no es elegible a MI Salud, y es empleado o retirado del Gobierno de Puerto Rico, usted tiene el derecho a acogerse al Plan MI Salud bajo ELA Puro, en o antes de treinta (30) días de haber perdido la elegibilidad. De esta manera no se quedará sin cubierta médica hasta que llegue el período de campaña para que los empleados públicos puedan acogerse a cualquiera de los planes médicos contratados incluyendo continuar en MI Salud.

Si no es empleado o retirado del Gobierno de Puerto Rico, y pierde su elegibilidad, puede acogerse a una póliza de Pago Directo realizando la solicitud antes de la Triple S.



Deberá realizar los trámites en o antes de treinta (30) días a partir de la cancelación de su elegibilidad a MI Salud.

¿Cómo puedo acogerme a otro Plan de los contratados para empleados públicos?

Si decide acogerse a otro Plan de los contratados para empleados públicos de acuerdo con la Ley 95 y que no sea MI Salud, antes de acogerse al nuevo plan tendrá que visitar la Oficina del Programa Medicaid de su pueblo de residencia para cancelar su elegibilidad. Su cancelación al Plan MI Salud será efectiva al primer día del mes siguiente de haber solicitado su cancelación en el Programa Medicaid.

Si no cancela su elegibilidad en el Programa Medicaid su aportación patronal la seguirá recibiendo ASES y tendrá que pagar la totalidad de la prima del Plan Privado que haya seleccionado.

IMPORTANTE:

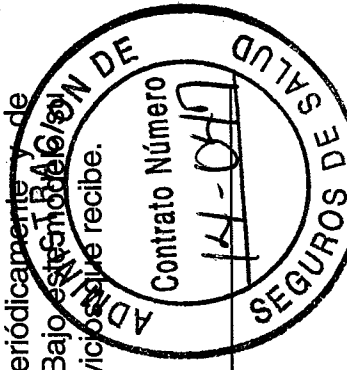
Recuerde que para acogerse a otro Plan tiene que haber perdido su elegibilidad y sólo podrá acogerse a otro plan en las fechas de campaña para la selección de planes médicos para empleados del Gobierno de Puerto Rico estipuladas por ASES.

¿Los miembros de la Policía de Puerto Rico podemos acogernos a MI Salud?

Los miembros de la fuerza de la Policía de Puerto Rico sus cónyuges e hijos también podrán acogerse al Plan MI Salud del Gobierno de Puerto Rico y la Policía de Puerto Rico transferirá a ASES la cantidad correspondiente a la aportación patronal. Debe visitar la Oficina del Programa Medicaid ubicada en su pueblo de residencia para que pueda ser certificado bajo el Programa Medicaid. Este beneficio se mantendrá activo aún cuando el miembro de la fuerza de la Policía de Puerto Rico falleciera por cualquier circunstancia y mientras su viuda(o) no vuelva a casarse y los hijos sean menores de veinte y seis (26) años y no estén casados.

¿QUÉ ES CUIDADO COORDINADO?

MI Salud utiliza el modelo de cuidado coordinado, donde su salud está al cuidado de un Médico Primario, quien es responsable de evaluarle periódicamente y de coordinar todos los servicios de salud que pudiera necesitar. Bajo esta modalidad el Médico Primario mantendrá un expediente actualizado de todos los servicios que usted recibe.



SU GRUPO MÉDICO PRIMARIO Y SU MÉDICO PRIMARIO

¿Qué significa Grupo Médico Primario?

Grupos Médico Primario (GMP)- son varios médicos unidos para brindarle los servicios que necesita y mantenerle saludable. Lo que antes conocía como IPA ahora será GMP. Dentro de estos, se encuentran distintas categorías de médicos los que se han definido como Médicos Primarios y estos son:

- Médicos Generalistas
- Médicos de Familia
- Pediatras
- Ginecólogos/Obstetras
- Internistas



Además de estas cinco categorías el Grupo Médico Primario bajo el nuevo modelo del Plan MI Salud contará con distintos médicos especialistas, sub-especialistas, laboratorios, facilidades de rayos-x, hospitales, entre otros, para formar lo que hemos llamado la Red Preferida de Proveedores del Grupo Médico Primario. Podrá visitar libremente sin necesidad de referidos o co-pagos a los médicos y proveedores que formen parte de la Red Preferida de su Grupo Médico Primario.

IMPORTANTE

Examen Físico- Debe hacer una cita con su Médico Primario para que le hagan un examen físico anual.

Citas médicas de rutina- servicios que no son urgentes pero que presentan síntomas, deberán coordinarse en un término no mayor de catorce (14) días desde que solicita la cita a su Médico Primario, o en un tiempo menor. En cuanto a las citas médicas de rutina para Salud Mental el término no debe ser mayor de quince (15) días.

Citas para situaciones de urgencia- siempre que no exista riesgo de muerte o daño a sus órganos o cuerpo, deberán obtenerse dentro del periodo de veinticuatro (24) horas.

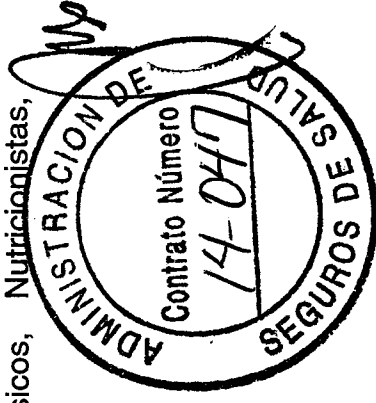
Estas condiciones deben ser tratadas en oficinas médicas u oficinas de horario extendido no en salas de emergencias.

¿Qué es una Red Preferida de Proveedores?

Son médicos especialistas, sub-especialistas y facilidades de servicios de salud contratados por Triple S para brindar servicios bajo su Grupo Médico Primario. Siempre que visite la Red Preferida de su Grupo Médico Primario no tendrá que esperar por un referido de su Médico Primario o pagar co-pagos.

A continuación le ofrecemos algunos de los médicos y proveedores (sin limitarse solamente a estos) **que podrían** pertenecer al Grupo Médico Primario de su selección:

- Médicos especialistas y sub-especialistas (Cardiólogos, Ortopedas, Reumatólogos, Endocrinólogos, Urólogos, Gastroenterólogos, Oncólogos, Fisiatras y otros sin que se entienda que se limita únicamente a estos).
- Servicios médicos ancilares: Terapistas Físicos, Nutricionistas, Patólogos, entre otros.
- Laboratorios Clínicos
- Pruebas Diagnósticas Especializadas
- Centros de Imágenes
- Centros de Cirugía Cardiovascular y Cateterismo
- Hospitales
- Sala de Urgencias
- Sala de Emergencias



Otro beneficio que ahora tendrá bajo MI Salud es que ya no necesitará la contrafirma de su Médico Primario en las recetas de medicamentos que ordene cualquier otro Médico que no sea su Médico Primario, **siempre que el médico que receta sea parte de la Red Preferida de su Grupo Médico Primario.**

Para realizarse laboratorios o rayos-X siempre necesitará una orden médica del médico que lo ordena, pero ya no será necesaria la autorización de su Médico Primario **siempre que reciba el servicio en un laboratorio o facilidad de rayos-x que pertenezca a la Red Preferida de su Grupo Médico Primario.**

Las redes preferidas garantizarán el acceso, la calidad y disponibilidad de los servicios de salud a brindar a los asegurados.

¿Están todos los médicos especialistas dentro de la Red Preferida de mi Grupo Médico Primario?

En el caso de que el especialista o sub-especialista que necesite no forme parte de la Red Preferida de su Grupo Médico Primario, su Médico Primario deberá ofrecerle el referido para que pueda visitar algún o algunos de los especialistas o sub-especialistas fuera de la Red Preferida de su Grupo Médico Primario y tendrá que pagar los co-pagos correspondientes. Su Médico Primario será el encargado de coordinar las visitas a médicos y proveedores de servicios médicos que necesite fuera de la Red Preferida de su Grupo Médico Primario.

Podrá acudir a especialistas y sub-especialistas de la Red General de Mi Salud de Triple S o de otros Grupos Médicos Primarios, siempre que su Médico Primario le provea el debido referido y coordine dicha visita la que estará sujeta a los co-pagos que apliquen.

Si es su deseo el visitar un médico especialista o sub-especialista que no pertenece a la Red Preferida de su Grupo Médico Primario, cuando existe un médico con la misma especialidad en la Red Preferida de su Grupo Médico Primario, también necesitará el referido de su Médico Primario y será responsable por el co-pago correspondiente.

Todo referido para visitar un especialista debe otorgarse dentro de cinco (5) días y las autorizaciones o pre-autorizaciones para servicios deben ser provistas dentro de setenta y dos (72) horas. El incumplimiento con estos términos es razón suficiente para que radique una querrela.

Ahora bien, si está en el Registro de la Cubierta Especial no necesitará referidos del Médico Primario siempre que el tratamiento a recibir corresponda al diagnóstico de la Cubierta Especial.

IMPORTANTE:

Su Médico Primario es la única persona autorizada para darle el o los referidos que necesite para su condición de salud. Ningún Administrador de Grupo Médico Primario, Director Médico o Junta, puede emitir ni autorizar referidos. Si su Médico Primario no le ofrece el referido, puedes reclamar un referido administrativo ante Triple S, radicando una querrela. Triple S evaluará dicha querrela antes de proceder con determinación final.

Triple S le hará llegar por correo el Directorio de Proveedores de su Grupo Médico Primario y el Directorio General de Triple S.

¿Qué es la Red General de la Triple S?

Son médicos especialistas, sub-especialistas y facilidades de servicios de salud contratados por Triple S para brindar apoyo a los Grupos Médicos Primarios. Esta Red General de Mi Salud con Triple S estará disponible para brindarle aquellos servicios que no pueda obtener a través de la Red Preferida de su Grupo Médico Primario, siempre que sea referido por su Médico Primario.

Para poder recibir los servicios de la Red General de Mi Salud con Triple S deberá obtener el referido de su Médico Primario y aplicarán los co-pagos correspondientes. Los medicamentos u órdenes de servicios que emitan los médicos de la Red General de Mi Salud con Triple S necesitarán la contrafirma o autorización de su Médico Primario. O sea, que siempre tendrá que volver a su Médico Primario para que autorice el servicio que le

ordenen (laboratorio, rayos-x, etc.) o le contrafirme la receta de medicamentos, para que puedan despacharle los medicamentos.

¿Necesitaré Contrafirmar en las Recetas de Medicamentos?

Ninguna farmacia participante de MI Salud podrá exigir la contrafirma del Médico Primario en recetas de medicamentos expedidas por otros médicos especialistas o sub-especialistas que pertenezcan a la Red Preferida de su Grupo Médico Primario.

Si la receta de medicamentos es de un médico especialista o sub-especialista que pertenece a la Red General de Mi Salud con Triple S o a la Red Preferida de otro Grupo Médico Primario que no sea el Grupo Médico Primario que seleccionó, necesitará la contrafirma de su Médico Primario para que pueda ser despachada.

Recuerde que para que no sea necesaria la contrafirma del Médico Primario en sus recetas de medicamentos debe visitar los especialistas y sub-especialistas que pertenezcan a la Red Preferida de su Grupo Médico Primario.

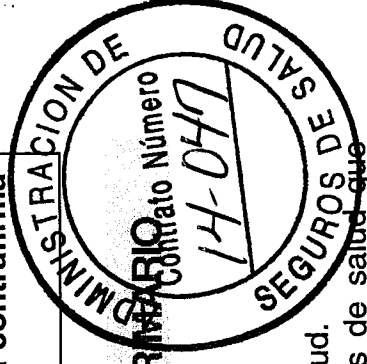
IMPORTANTE:

Recuerde utilizar médicos especialistas y sub-especialistas dentro de la Red Preferida de su Grupo Médico Primario para que no le requieran la contrafirma de su Médico Primario en sus recetas de medicamentos.

CONOZCA LAS RESPONSABILIDADES DE SU MÉDICO PRIMARIO

Su Médico Primario es el responsable de:

- Realizar las evaluaciones médicas pertinentes a su estado de salud.
- Brindar, coordinar y ordenar todos los servicios y tratamientos de salud que usted y su familia necesiten.
- Proveer los servicios médicos preventivos para mantenerle saludable.
- Atenderle cuando se sienta o esté enfermo.
- Informarle cuando entienda que sea necesario visitar a un especialista o sub-especialista.
- Proveerle los referidos cuando sea necesario, si es que debe visitar un especialista o sub-especialista fuera de la Red Preferida de su Grupo Médico Primario, o cuando usted desee recibir una segunda opinión.
- Coordinar las visitas a especialistas o sub-especialistas fuera de la Red Preferida de su Grupo Médico Primario.
- Proveerle las recetas para sus medicinas o las órdenes para sus tratamientos.
- Mantener su expediente clínico actualizado con toda la información sobre sus condiciones de salud, medicamentos, tratamientos, etc.
- Realizar consultas con otros profesionales de la salud sobre su diagnóstico y tratamiento.



Llámele o visítelo cada vez que necesite servicios médicos.

CÓMO CONSEGUIR INFORMACIÓN DE LOS MÉDICOS PARTICIPANTES

Triple S le hará llegar por correo el Directorio de Médicos y Proveedores Participantes que forman parte de la Red Preferida de su Grupo Médico Primario incluyendo además todos los Grupo Médicos que pertenecen a la Región. También recibirá el Directorio de la Red General de Mi Salud Médicos y Proveedores de Triple S. Estos Directorios además estarán disponibles en los Grupos Médicos Primarios y en los Centros de Servicios de Triple S. En éstos obtendrá la siguiente información sobre los médicos:

- Especialidad Médica
- Nombre
- Dirección
- Números de teléfonos
- Horario y días de Oficina



Puede contactar Triple S para recibir información de los proveedores disponibles en su Región a través de los teléfonos que aparecen en la parte posterior de su tarjeta, llamando a Tele MI Salud, visitando Triple S o utilizando la dirección virtual en Internet (*web site*) de su Triple S. También puede comunicarse con su Grupo Médico Primario quienes le podrán proveer información de los proveedores que pertenecen a su Grupo Médico Primario.

Además, comunicándose con Triple S puede solicitar información adicional de sus proveedores como por ejemplo: dónde estudió, estudios que realizó, certificaciones de las especialidades que posea, así como toda información que se requiere para practicar la medicina.

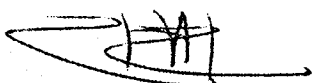
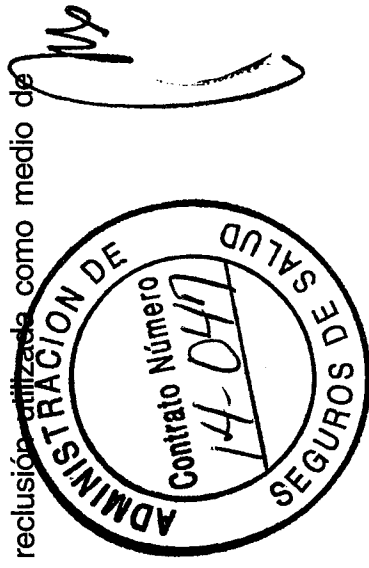
ESTOS SON SUS DERECHOS

- Tiene el derecho a exigir que se le mantenga informado y recibir información sobre:
 - su plan de salud,
 - facilidades de salud,
 - profesionales de la salud,
 - servicios de salud cubiertos,
 - acceso a los servicios contratados.
- A ser tratado con respeto y con la debida consideración a su dignidad y privacidad.

- Seleccionar libremente su Grupo Médico Primario, su Médico Primario, laboratorio, Rayos-X, hospital, especialista y sub-especialista, disponibles dentro de la Red Preferida de su Grupo Médico Primario.
- Comunicarse con su médico o especialista libremente y en estricta confidencialidad.
- Recibir servicios de emergencias libremente las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana.
- Recibir información sobre alternativas y opciones de tratamiento disponibles; y que le sean presentadas de manera apropiada a su condición y capacidad para entender.
- Participar en decisiones relacionadas con su cuidado de la salud, incluyendo el derecho a rehusarse a recibir tratamiento.
- Solicitar segundas opiniones cuando interese que se le confirme un diagnóstico o plan de tratamiento.
- Manifestar con directrices anticipadas ya sea verbalmente o por escrito su deseo en cuanto a los servicios y tratamiento que quiera le provean o no le provean en caso de quedar incapacitado para poder tomar dichas decisiones.
- Estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión ~~utilizada~~ como medio de limitación, disciplina, conveniencia o represalia.
- Recibir copias de sus expedientes médicos.
- Recibir servicios de la más alta calidad.
- A la continuidad de servicios de salud.
- Al acceso adecuado a los servicios de salud.
- Radicar querrelas y apelaciones, cuando entienda que se han violado sus derechos por negación, limitación o cobro indebido de servicios.
- No permitir ser discriminado por ninguna razón.
- Escoger libremente la farmacia y dentista de su predilección contratado por el Triple S.

ESTAS SON SUS RESPONSABILIDADES

- Informarse sobre la Cubierta de MI Salud, sus límites y exclusiones.
- Ofrecer a su médico toda información relacionada con su salud.
- Informar a su médico cualquier cambio en su salud.

- Seguir el tratamiento médico según recomendado por su Médico Primario, especialista o sub-especialista.
- Informarle a su médico cuando no entienda alguna instrucción o no comprenda claramente lo que le están informando.
- Informarle a su médico cuando exista alguna razón por la cual no pueda cumplir con el tratamiento recomendado.
- Reconocer cuando tenga que realizar cambios en su estilo de vida en beneficio de su salud.
- Participar de toda decisión relacionada con el cuidado de su salud.
- Comunicar ya sea verbalmente o de forma escrita cualquiera directriz anticipada que quiera se cumpla en cuanto a su decisión de tratamiento médico para la prolongación de su vida.
- Mantener un comportamiento adecuado que no afecte o no permita que otros pacientes puedan recibir la atención médica necesaria.
- Mantener un comportamiento adecuado que no afecte o no permita que otros asegurados puedan recibir los servicios en los Centros de Servicios de Triple S.
- Proveer toda la información relacionada a otros planes médicos que tenga.
- Informar a ASES de cualquier fraude o actuación impropia relacionada con servicios, proveedores y facilidades de salud.



EMERGENCIAS y URGENCIAS

¿Cómo sé que es una emergencia?

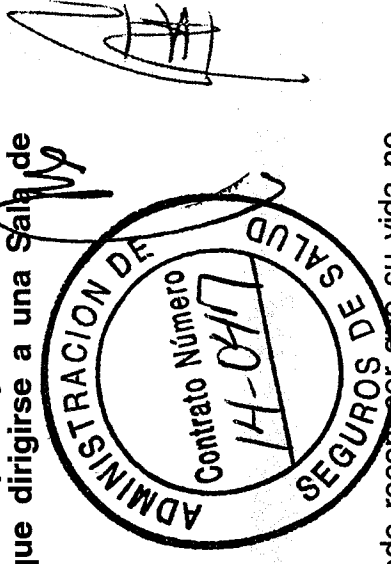
“Se refiere a una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente severidad, incluyendo dolor severo, donde una persona lega razonablemente prudente, que tenga un conocimiento promedio de salud y medicina, pueda esperar que en la ausencia de acción médica inmediata colocaría la salud de la persona en serio peligro, o resultaría en una seria disfunción de cualquier miembro u órgano del cuerpo o con respecto a una mujer embarazada que esté sufriendo contracciones, que no haya suficiente tiempo para transferirla a otras instalaciones antes del parto, o que transferirla representaría una amenaza a la salud de la mujer o de la criatura por nacer.”

¿Cómo puedo recibir servicios de emergencia?



Llegando a cualquier Sala de Emergencias a través de todo Puerto Rico. No necesita referidos ni pre-autorizaciones para recibir servicios de emergencia.

También puede llamar a la línea de Tele MI Salud al número libre de costos que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de MI Salud. Al utilizar la línea Tele MI Salud para Información y Consejería Médica, se le estará proveyendo un código para que no tenga que pagar copagos si tuviera que dirigirse a una Sala de Emergencias.



¿Entonces, qué es una urgencia?

Toda condición que aún cuando le hace sentir mal, puede reconocerse que su vida no está en peligro ni podría recibir algún daño severo en su cuerpo u órganos. Puede ser examinado por un médico no necesariamente a través de una sala de emergencias. En estos casos su Médico Primario debe verle dentro de un período de veinticuatro (24) horas.

¿Cómo puedo recibir servicios de urgencia?

Visite o llame a su Médico Primario. Si tiene una urgencia o pregunta sobre su salud puede comunicarse a la línea libre de costos de Tele MI Salud para Información y Consejería Médica disponible las veinticuatro (24) horas al día los siete (7) días de la semana, que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de MI Salud.

¿Cómo puedo recibir servicios fuera de las horas laborables de mi Médico Primario o del Grupo Médico Primario y la Red Preferida de Proveedores?

Debe consultar el Directorio de Proveedores que le entregó Triple S para que vea los horarios de sus médicos. Además, el Directorio le indica el número de teléfono de Tele MI Salud para que pueda recibir información y consejería en cuanto a su situación de salud, cómo recibir servicios de horario extendido.

Siempre, y si así usted lo entiende necesario puede dirigirse a una Sala de Emergencias y nadie lo puede detener de ese derecho. Al utilizar la línea MI Salud para información y consejería médica, se le estará proveyendo un código para que no tenga que pagar co-

pagos si tuviera que dirigirse a una Sala de Emergencia. El código siempre se lo tienen que dar independientemente de su condición.

Recuerde que finalmente usted decide si visita o no la Sala de Emergencias.

¿QUÉ ES UNA DIRECTRIZ ANTICIPADA?

La Directriz Anticipada es la expresión de preferencias de tratamiento médico para el momento que pierda la capacidad de aprobar el tratamiento. El documento escrito donde se escriben las Directrices Anticipadas se le conoce como testamento vital o "living will"

El deseo que usted expresa lo puede hacer ante un abogado, quien lo recogerá en un documento legal; o delante de su médico con dos testigos mayores de edad y capacitados no relacionados a usted.

Su Médico también puede proveerle información en cuanto a cómo puede ejercer su derecho a la Directriz Anticipada. En caso de estar hospitalizado, el personal de la Oficina de Admisiones del Hospital puede proveerle la información necesaria y los formularios que debe llenar para que se cumpla con su Directriz Anticipada. Además, puede contactar la Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada a través del 787-721-6121, quienes ofrecen folletos informativos en español.

QUERELLAS Y APELACIONES

¿Qué es una querrela?

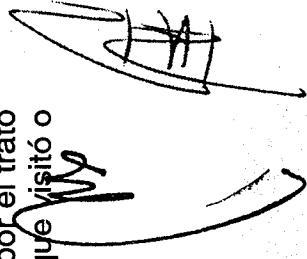
Reclamo formal que hace el asegurado de forma escrita, por teléfono o visitando cualquier Centro de Servicio de Triple S, Oficina del Procurador de la Salud (OPS) o la Administración de Seguros de Salud (ASES), solicitando se intervenga cuando no esté de acuerdo con algunas de las siguientes determinaciones:

- Se le ha denegado o autorizado de forma limitada un servicio.
- Le han reducido, suspendido, o terminado un servicio previamente autorizado.
- Se le ha denegado el pago total o parcial de un servicio.
- No recibió servicios de forma oportuna.
- Triple S no ha tomado acción sobre alguna situación según los términos establecidos.
- Negación de Triple S para que pueda recibir servicios fuera de la Redes Preferidas de su Grupo Médico o fuera de la propia Red General de Mi Salud



con Triple S si el servicio cubierto no está disponible en las Redes contratadas, o existe escasez de tales servicios.

Además, también puede presentar una queja o querrela cuando se sienta insatisfecho con la calidad de los servicios que le ofrecieron en el cuidado de su salud o por el trato rudo recibido por parte de un proveedor o empleado de la facilidad de salud que visitó o el que se haya violado sus derechos como asegurado.



¿Cómo puedo radicar una querrela?

Puede llamar, escribir o visitar los Centros de Servicios de Triple S para que tomen su querrela. También su médico o cualquier familiar o persona que usted autorice puede radicar la querrela en su favor. Personal de Triple S deberá brindarle ayuda para que pueda radicar su querrela.

Tiene hasta trescientos sesenta y cinco (365) días para radicar su querrela, desde el momento en que ocurrió la situación. Una vez Triple S reciba su querrela le informará por escrito en un término no mayor de veinte (20) días la confirmación de que su querrela ha sido recibida.

¿Qué es una notificación de acción?

Luego de que reciba la confirmación del recibo de su querrela, Triple S le hará llegar otra comunicación donde le harán saber la decisión que han tomado con relación a su querrela. Esta comunicación es la “notificación de acción” y debe llegar a su dirección en un término no mayor de treinta (30) días. El tiempo límite para que Triple S tome una determinación no podrá exceder de noventa (90) días, a partir de la fecha en que recibió la querrela.

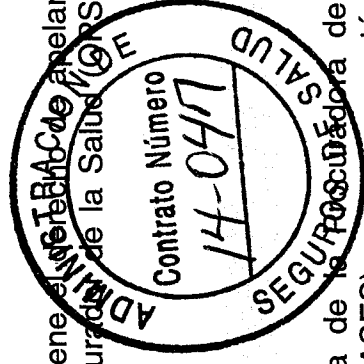
De necesitar tiempo adicional se podrán conceder hasta catorce (14) días adicionales luego de los noventa (90) días, siempre y cuando dicha extensión sea en beneficio del asegurado, o cuando se necesite alguna documentación adicional para poder llegar a una determinación. El asegurado también puede solicitar la extensión de catorce (14) días si necesita someter alguna evidencia adicional que ayude en su caso y no la tuviera disponible.

La solicitud de extensión de tiempo adicional deberá ser sometida ante la consideración de ASES para su aprobación.



¿Qué hago si no estoy de acuerdo con la notificación de acción?

Si no está de acuerdo con la determinación de Triple S tiene el derecho de apelar la determinación ante la propia Triple S, la Oficina del Procurador de la Salud (OPS) o ante ASES.



¿Qué es una apelación?

Es la solicitud formal que radica ante Triple S, Oficina de la Procuradora de la Salud (OPS) o la Administración de Seguros de Salud (ASES) cuando no está de acuerdo con la determinación (notificación de acción) o denegación sobre un servicio, procedimiento, estudio, cobro o medicamento. Luego de haber recibido la Notificación de Acción de Triple S, si no está de acuerdo con la determinación, tendrá un período de veinte (20) hasta noventa (90) días para radicar su apelación ante la propia Aseguradora, la Oficina del Procurador de la Salud (OPS), la Administración de Seguros de Salud (ASES), o ambas.

¿Quién atenderá su apelación?

Su apelación será atendida por un grupo de profesionales expertos en su condición de salud que no tomaron parte en la determinación ni en la notificación de acción que recibió al inicio de su querrela. De esta manera se asegura el que sea un proceso totalmente justo, transparente y confiable.

¿Cuánto tiempo tardarán en responder a mi apelación?

De ser una apelación donde su condición de salud no lo afecte aún más o su vida no corra peligro, deberá recibir respuesta a su apelación en un período no mayor de cuarenta y cinco (45) días. Ahora bien, si su estado de salud requiere respuesta prontamente la misma deberá ser contestada en un período no mayor de (tres) 3 días.

Triple S puede solicitar a ASES extender hasta catorce (14) días adicionales el envío de la determinación, siempre que la extensión sea para su beneficio o cuando así usted lo solicite en caso de necesitar mayor tiempo para buscar evidencia o datos que puedan resultar en su beneficio.

Si la decisión final entiende no le favorece, puede entonces apelar ante ASES, la Oficina del Procurador de la Salud (OPS), o ambas. De mantenerse la determinación no resultando a su favor, puede solicitar una Audiencia Administrativa ante ASES, en el término de veinte (20) a noventa (90) días de haber recibido la notificación de decisión adversa. En esta audiencia se reunirán todas las partes para intentar llegar a un

acuerdo final. Si aún así las partes se mantienen en la determinación inicial no a su favor, puede apelar la decisión ante el Tribunal de Justicia de Primera Instancia de Puerto Rico.

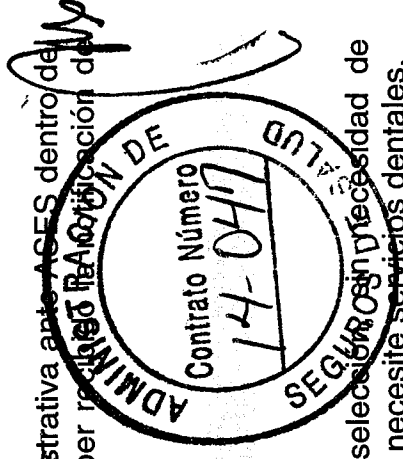
TIEMPO PARA RESOLVER SOLICITUDES, QUERELLAS Y APELACIONES

- Para poder recibir servicios fuera de la red preferida su Médico Primario debe otorgarle el o los referidos en un período no mayor de cinco (5) días.
- Autorizaciones para servicios cubiertos deben otorgarse en un período no mayor de setenta y dos (72) horas.
- Autorizaciones expeditas para servicios cubiertos deben otorgarse en un período no mayor de veinticuatro (24) horas.
- Disposiciones sobre querellas estándares deben ser notificadas a las partes afectadas en un período que no exceda de noventa (90) días.
- El asegurado puede apelar dentro del período de veinte (20) a noventa (90) días de haber recibido la notificación de acción.
- Las notificaciones de acción sobre apelaciones estándares deben notificarse a las partes afectadas en un período no mayor de cuarenta (45) días. Se puede solicitar extensión de catorce (14) días, siempre que sea para el beneficio del asegurado.
- Las resoluciones sobre apelaciones expeditas dependerán siempre de la condición de salud del paciente y no podrán exceder de tres (3) días. Se puede solicitar extensión de catorce (14) días, siempre que sea para el beneficio del asegurado.
- El asegurado puede solicitar una Audiencia Administrativa ante ACES dentro del período de veinte (20) a noventa (90) días de haber recibido la notificación de acción sobre su apelación.

[Handwritten signature]

SERVICIOS DENTALES

Los servicios dentales se mantienen bajo la libre selección y necesidad de referidos, puede visitar al dentista libremente cuando necesite servicios dentales. Puede visitar su dentista como siempre lo ha hecho, siempre que sean dentistas participantes de MI Salud contratados por Triple S.



La información de los dentistas participantes estará incluida en el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. Los Proveedores contratados que le hará llegar Triple S por correo.

Los dentistas no son parte de las Redes Preferidas.

SERVICIOS DE SALUD MENTAL

¿Cómo puedo recibir servicios de salud mental y contra la dependencia a drogas?

Los servicios de Salud Mental y Contra la Adicción de Drogas y Alcohol son contratados por ASES directamente. Para recibir estos servicios no necesita un referido de su Médico Primario, puede dirigirse directamente a recibir los mismos cuando así lo entienda necesario.

MI Salud ofrece servicios integrados de Salud Mental y Salud Física. En MI Salud puede recibir servicios de Salud Mental en la misma facilidad donde visita a su Médico Primario.

Esto significa que cuando su Médico Primario detecte que necesita servicios de Salud Mental no tiene que enviarle a otra oficina a recibir los servicios. El psicólogo o trabajador social estará presente físicamente como mínimo dos (2) días a la semana en el horario regular de su Grupo Médico Primario.

Dependiendo de la severidad de la condición, pudiera ser necesario que reciba los servicios directamente en las facilidades de Salud Mental con las que cuenta APS Healthcare a través de la Isla.

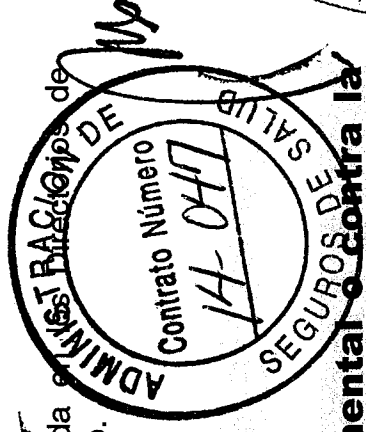
Entre los materiales que recibirá se le entregará información sobre APS Healthcare donde le brindarán información más detallada sobre los servicios que ofrecen y cómo podrá obtenerlos, cuando los necesite. Además, el Directorio de Proveedores le indica la dirección y teléfonos de los proveedores que ofrecen los servicios de Salud Mental en su Región.

Para mayor información en cuanto a los servicios y beneficios puede referirse a la Sección de Cubierta de Salud Mental que se ofrece en esta Guía.

También puede comunicarse con la línea Tele MI Salud si no sabe hacia dónde dirigirse. Tele-MI Salud le brindará toda la orientación que necesite al respecto o puede comunicarse con los teléfonos de la Línea de Crisis de Salud Mental que aparecen en la parte de atrás de su tarjeta.

SERVICIOS PREVENTIVOS

Su Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, le ofrece una variedad de servicios bajo servicios preventivos.



¿Qué son servicios preventivos?

Se ofrecen servicios que se ofrecen para el cuidado de su salud que le permitirán mantener su salud en un estado óptimo. Si padece de alguna condición los servicios preventivos le ayudarán a conocer mejor su condición para que pueda mantenerla bajo control evitando que su situación pueda empeorar y su salud se deteriore. Estos servicios le ayudarán a conocer sus padecimientos y qué tiene que hacer para mantenerse saludable. Refiérase a la Cubierta de Servicios Preventivos que se le ofrece en esta Guía para que conozca todos los servicios cubiertos bajo MI Salud.

Para mantener su salud en óptimas condiciones debe:

- Mantener una buena alimentación.
- Hacer ejercicios, como caminar por lo menos treinta (30) minutos de cuatro (4) a cinco (5) días en semana.
- Evitar el sobrepeso.
- Estar calmado y en paz.
- Tomar algunos minutos diariamente para relajarse. Esto le ayudará a combatir el estrés.
- Descansar lo suficiente.
- No fumar.
- No hacer uso de drogas ni consumo de alcohol.
- Visitar o consultar a su médico siempre que se sienta enfermo.

Triple S le proveerá los Servicios Preventivos según los requiere MI Salud y algunos servicios adicionales que se estarán informando por Triple S en folletos adicionales a esta Guía Uniforme del Asegurado.

HIV-SIDA

Si usted es diagnosticado con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), su médico primario debe solicitar se incluya en el Registro de Cubierta Especial. Una vez Triple S le incluye en el Registro de Cubierta Especial, le harán llegar por correo una comunicación autorizándole a recibir

servicios bajo la Cubierta Especial. Esta comunicación incluirá información en cuanto a la fecha de efectividad y expiración de dicha cubierta.

Dicha comunicación le permitirá acceder todos los servicios y tratamientos relacionados con su condición sin necesidad de referidos del Médico Primario ni contrafirmas en medicamentos u órdenes de servicio como laboratorios, rayos-x, etc.

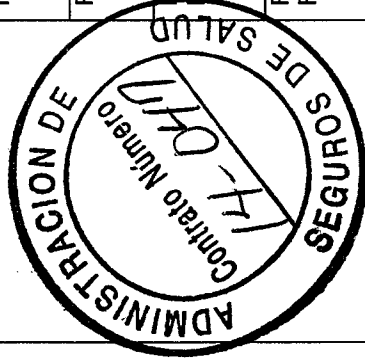
Existen ciertos medicamentos para atender su condición de HIV/SIDA que serán provistos por el Departamento de Salud y pueden ser adquiridos a través de los siguientes Centros de Inmunología y Farmacias:

Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades
Transmisibles (CPTET)
Actualizado agosto 2010

REGION	COORDINADOR	TELEFONO/FAX	DIRECCION
ARECIBO	Dra. Evelyn Reyes García Médico Internista	(787) 878-7895 (787) 881-5773 (787) 879-3388	Antiguo Hosp. Distrito Carr. 129 hacia Lares Box 897 Arecibo, PR 00618
Farmacias Contratadas:	Farmacia García (en Hatillo) Lcdo. Daniel Mahiques	(787) 898-3975 (787) 820-9048 fax	121 Calle Vidal Feliz Hatillo, PR
	Farmacia Camuy Health Services, Inc.	787-898-2660 787-262-4822	53 Avenida Muñoz Rivera Camuy
	Farmacia CDT Quebradillas	787-895-2670 787-895-1540	Calle Muñoz Rivera Quebradillas
	Farmacia Centro de Salud de Lares, Inc.	787-897-3610 787-897-2725	Carretera 111 KM 1 HM 9 Lares
	Farmacia Ciales Primary Health Care Services, Inc.	787-871-0601 787-871-3960	Carretera 149 KM 12.3 Ciales
	Farmacia San Miguel	787-898-5764 787-262-3984	127 Avenida Dr. Susoni Hatillo
	Farmacia García	787-898-3975 787-820-9048	121 Calle Vidal Feliz Hatillo
CPTET BAYAMON	Dra. Aileen Romero (Administración) Médicos: Dr. Francisco R. Bellaflores (Internista) Dra. Verónica Pérez (médicos de familia)	(787) 787-5151 Ext. 2224 /2435 (787) 787-5154 (d) (787) 787-4211 (787) 778-1209 fax	Hosp. Regional Bayamón Dr. Ramón Ruiz Arnau Ave. Laurel Santa Juanita Bayamón, PR 00956
Farmacias Contratadas:	Farmacia Caridad 4	787-269-3140 787-269-0022	Carretera 862 KM 1.9 Bayamon
	Farmacia Centro de Salud Integral en Comerío	787-875-3375 787-875-4230	18 Calle Georgetti Comerio



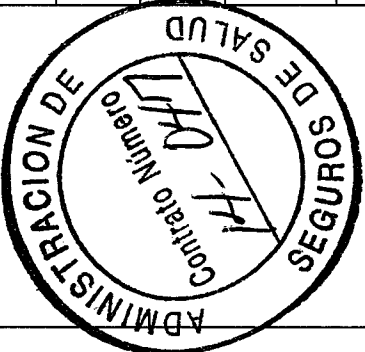
REGION	COORDINADOR	TELEFONO/FAX	DIRECCION
CPTET CAGUAS	Farmacia Centro de Salud Integral en Corozal	787-859-2560 787-859-5390	Calle Nueva Final Corozal
	Farmacia Centro de Salud Integral en Naranjito	787-869-1290 787-869-1800	Barrio Achiot Sector Desvío Naranjito
	Farmacia Plaza 3	787-785-0000 787-785-2387	57 Calle Barbosa Bayamon
	Dra. Gloria Morales	Ext. 11142, 11150 (787) 744-8645 (787) 746-2898 fax	Hosp. San Juan Bautista Apartado 5729 Caguas, PR
	Farmacia Arleen Lcdo. Roberto Peirats	(787) 746-5952 (787) 744-3397	Urbanización Villa del Rey Caguas, PR
	Farmacia Central	787-852-0520 787-850-5500	11 Calle Noya y Hernández Humacao
	Farmacia COSSMA	787-852-2551 787-937-0062	50 Calle Ulises Martínez Norte Humacao
	Farmacia COSSMA	787-937-0058 787-037-0064	186 Calle Muñoz Rivera San Lorenzo
	Farmacia COSSMA	787-739-8182 787-714-1444	Carretera 172 Avenida El Jíbaro, Cidra
	Farmacia Gurabo Community Health Center	787-737-2311 787-737-1242	Carretera 941 Salida Barrio Jaguas, Gurabo
Clínica Satélite Humacao	Farmacia Hospital Ryder Memorial	787-852-0768 787-850-1444 (787) 640-0980	Avenida Font Martelo Humacao
	Farmacia Central Lcdo. Julio Garriga	(787) 852-0520 (787) 850-5500	Centro Comercial Humacao Ave. Font Martelo 100 Humacao, PR
	Farmacia Centro de Salud Integral en Orocovis	787-867-6010 787-867-6008 fax	#11 Calle Nolla y Hernández Humacao, PR
	Farmacia Sonia	787-837-2666 787-837-4602 fax	Carretera 155 Salida Desvío Orocovis
	Farmacia Centro de Salud Integral en Barranquitas	787-857-5923 787-857-1730 fax	61 Calle Comercio Juana Díaz
	Farmacia Centro de Salud Familiar de Patillas	787-839-4320 787-271-0004 fax	Calle Barceló Salida A Comerio Barranquitas
	Farmacia Centro de Salud Familiar Dr. Julio Palmie	787-839-4150 787-839-3989 fax	99 Calle Guillermo Riefkhol Patillas
	Dr. Milton Garland Médico Internista	(787) 757-1800 Ext. 454, 459 (787) 257-3615 (d) (787) 257-3615 fax	Calle Morse Esquina Valentina Arroyo
	Farmacia Hospital Universitario Dr. Federico Trill	787-757-1800 787-750-4214	Hosp. Universitario de Carolina P.O. Box 8969 Carolina, PR 00984-3869 Carretera 3 KM 8.3 Carolina



REGION	COORDINADOR	TELEFONO/FAX	DIRECCION
FAJARDO	Dr. Arturo Hernández Médico Generalista Dr. Jorge Ruiz Médico Infectólogo	(787) 801-1992 (787) 801-1995 (787) 801-6767 (787) 863-5487 fax	Calle Rafael #55 Fajardo, PR
Farmacias Contratadas:	Farmacia Denirka Lcdo. Gil Nieves Farmacia Concilio de Salud Integral Farmacia Denirka	(787) 863-7788 (787) 863-1422 787-876-2042 787-876-2005 787-863-7788 787-863-1422	305 Ave. General Valero Fajardo, PR 00738 Carretera 187 INT 188 Loíza 305 Avenida General Valero Fajardo
CPTET MAYAGUEZ	Dr. Ramón Ramírez Ronda Médico Infectólogo	(787) 884-2110 (787) 884-2115 (787) 884-2118 Ext. 4634 (787) 881-4495 fax	Centro Médico Mayagüez Hosp. Ramón Emeterio Betances, Suite 6, Ave. Hostos # 40 Mayagüez, PR 00680
Farmacias Contratadas:	Farmacia Migrant Health Center Western Farmacia Centro de Prevención y Tratamiento de ETS Farmacia Migrant Health Center Farmacia Rincón Health Center	787-896-1665 787-896-1690 787-834-2115 787-834-6488 787-805-2920 787-805-4707 787-823-5555 787-823-2990	Carretera 119 KM 35.2 San Sebastián PR-2 KM 157.0 Antigua Casa Salud Mayaguez Carretera 1 KM 7.1 Mayaguez 28 Calle Muñoz Rivera Rincón
CPTET PONCE	Sra. Ineabelle Alameda Clínica ETS Dra. Gladys Sepúlveda Coordinadora CIR Médico Infectólogo	787) 848-2000 (787) 848-5574 (d) (787) 844-2080 Ext. 1516 (787) 842-1948 fax (787) 259-4731 (787) 259-4046 (787) 842-8626 (787) 259-8998 fax	Antiguo Hosp. Distrito- Ponce Dr. José Gándara, ahora Hosp. San Lucas II Carr. Estatal, Bo. Machuelo 14 Ponce, PR 00731

Handwritten signature/initials



REGION	COORDINADOR	TELEFONO/FAX	DIRECCION
Farmacias Contratadas:	Farmacia El Apotecario	787-844-2135 787-284-2135 fax	Urbanización La Rambla Ponce
	Farmacia El Tuque	787-844-2805 787-841-5551 fax	553 Ernesto Ramos Antonini Ponce
	Farmacia Sección de Prevención de ETS	787-843-2188 787-840-7427 fax	Antiguo Hospital Regional San Lucas 2, Ponce
	Farmacia Hospital General Castañer	787-829-5010 787-829-2913 fax	Carretera 135 KM 64.2 Castañer, Adjuntas
	Farmacia MedCentro Consejo de Salud de Puerto Rico	787-843-9370 787-843-9395 fax	1034 Avenida Hostos Ponce
	Farmacia Migrant Health Center	787-821-4511 787-821-4511 fax	23 Calle Montalva Guánica
NIVEL CENTRAL	Dr. Hermes Garcia Director División Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles	(787) 274-5504 (787) 274-5505 (787) 274-5501 (787) 274-5502 (787) 274-5508 fax	Antiguo Hosp. Psiquiatría Pabellón 1, Primer Piso Centro Médico Río Piedras, P.O. Box 70184 San Juan, PR 00936

IMPORTANTE:

La Cubierta Especial se autoriza por un período de tiempo específico al vencer dicho período su médico deberá justificar cualquiera extensión que sea medicamente necesaria y tendrá que solicitar nuevamente su registro en la Cubierta Especial.

HEPATITIS-C

Si usted fuera diagnosticado con Hepatitis C, una vez realizados los laboratorios o pruebas que certifiquen que usted ha sido contagiado con dicha enfermedad, todos los servicios y tratamientos serán provistos a través del Departamento de Salud. Su médico primario debe indicarle al Programa de Manejo de Condiciones de Triple S sobre su diagnóstico para que Triple S le oriente y coordine su ingreso al Programa de Hepatitis C del Departamento de Salud.

Esta es su Cubierta de Beneficios

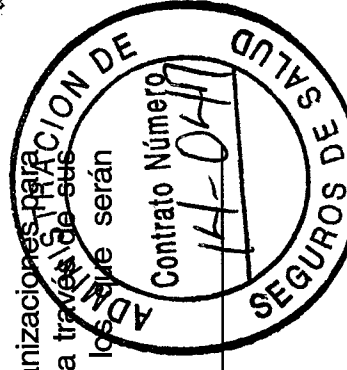
MI Salud le ofrece una amplia cubierta de servicios con un mínimo de exclusiones. No se le reducirán, limitarán o excluirán servicios por tener una condición de salud antes de acogerse a MI Salud (condición pre-existente). Ni tampoco tendrá que

cumplir con un período de espera para recibir cualquiera de los servicios cubiertos. Los servicios estarán cubiertos a partir del momento en que el Programa Medicaid le otorga la elegibilidad.

A continuación le ofrecemos todos los servicios cubiertos:

Servicios Preventivos

- Vacunas – Provistas por el Departamento de Salud. MI Salud cubrirá la administración de las vacunas siguiendo los períodos establecidos en el itinerario provisto por el Departamento de Salud.
- Cuidado Saludable de Niños (*Healthy Child Care*) durante los primeros dos (2) años de vida.
- Cuidado Saludable del Niño - Una (1) evaluación anual comprensiva realizada por un profesional de la salud certificado. Esta evaluación anual, complementa los servicios para niños y adultos jóvenes provisto para los períodos establecidos en el itinerario de la "Academia Americana de Pediatría" y el Título XIX (EPSDT).
- Examen de los Ojos.
- Examen de audición, incluyendo exámenes de audición para los recién nacidos antes de salir de la guardería del hospital.
- Evaluación y pruebas nutricionales.
- Laboratorios y todos los exámenes y pruebas diagnósticas de acuerdo a la edad, sexo y el estado de salud del asegurado.
- Próstata y cernimiento del cáncer ginecológico de acuerdo con la práctica médica aceptada, incluyendo Papanicolaou, mamografías y pruebas de PSA cuando sea médicamente necesario y de acuerdo a la edad del asegurado.
- La política pública de Puerto Rico establece la edad de cuarenta (40) años como punto de partida para las mamografías y detección de cáncer de mama.
- Sigmoidoscopia y colonoscopia para detectar cáncer de colon en adultos de cincuenta (50) años o más, clasificados en grupos de riesgo según las prácticas médicas aceptadas.
- Educación sobre salud física, nutricional y oral.
- Consejería de Salud Reproductiva (Planificación Familiar). Las Organizaciones para el Cuidado de la Salud, Triple S y los Grupos Médicos Primarios a través de sus proveedores asegurarán el acceso a métodos anticonceptivos, los cuales serán provistos según su disponibilidad por el Departamento de Salud.



- Jeringuillas para la administración de medicamentos en el hogar.
- Certificados de salud que estén cubiertos bajo el Plan de Salud del Gobierno MI Salud. (Cualquiera otros certificados de salud están excluidos)
- ✓ Certificados de Salud que incluyan pruebas de enfermedades de transmisión sexual (VDRL) y pruebas de tuberculosis (TB). El certificado debe tener el sello del Departamento de Salud y será provisto por una Organización para el Cuidado de la Salud acreditada, con un co-pago no mayor de cinco (\$5.00) dólares.
- ✓ Cualquier certificación para los asegurados de MI Salud relacionada con la elegibilidad para el Programa Medicaid (e.i. Historial de Medicación) será provista al asegurado sin costo alguno.
- ✓ Cualquier co-pago aplicable a procedimientos necesarios y pruebas de laboratorio relacionados con la emisión de un Certificado de Salud serán responsabilidad del asegurado.
- Examen físico anual y el seguimiento de los pacientes diabéticos de acuerdo con la guía de tratamiento para pacientes diabéticos y protocolos del Departamento de Salud.

Servicios Dentales

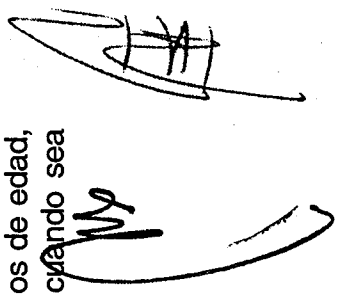
Puede visitar al dentista que escojas y que acepte MI Salud. Servicios dentales cubiertos serán identificados utilizando los códigos publicados de la Asociación Dental Americana (ADA) para los procedimientos establecidos por ASES. Los siguientes son servicios dentales cubiertos bajo MI Salud:

- Servicios Preventivos para niños.
- Servicios Preventivos para adultos.
- Servicios Restaurativos
- Un examen oral comprensivo.
- Un examen periódico cada seis (6) meses.
- Un problema definido- examen oral limitado.
- Una serie completa de radiografías intraorales incluyendo mordida, cada tres (3) años.
- Una radiografía inicial intraoral/periapical.
- Hasta un máximo de cinco (5) radiografías intraoral/periapical adicionales por año.



- Una película sencilla de radiografía de mordida.
- Una película doble de radiografía de mordida por año.
- Una radiografía panorámica cada tres (3) años.
- Una limpieza cada seis (6) meses en adultos.
- Una limpieza cada seis (6) meses en niños.
- Una aplicación tópica de fluoruro cada seis meses (6) para los asegurados menores de diecinueve (19) años.
- Sellantes de fisuras por vida para asegurados hasta los catorce (14) años de edad, inclusive. Incluye molares deciduales hasta la edad de ocho (8) años cuando sea clínicamente necesario debido a las tendencias en caries.
- Restauraciones de resina.
- Restauraciones en amalgama.
- Terapia Pediátrica de Pulpotomía.
- Coronas de acero inoxidable para uso en la dentición primaria seguida de una Pulpotomía Pediátrica.
- Tratamiento de Canal (*Root Canals*).
- Tratamiento paliativo.
- Cirugía oral.

MP




Servicios de Pruebas Diagnósticas

- Laboratorios de alta tecnología.
- Laboratorios clínicos incluyendo pero sin limitarse a cualquier orden de laboratorio para propósitos de diagnosticar la enfermedad, aunque el diagnóstico sea una condición o enfermedad excluida.
- Rayos-X
- Pruebas diagnósticas especializadas.
- Radioterapia

- Electrocardiogramas
- Patología
- Gases arteriales y pruebas de función pulmonar.
- Electroencefalogramas

Servicios Ambulatorios de Rehabilitación

- Terapia física; un mínimo de quince (15) tratamientos de terapia física por asegurado por condición al año cuando esté indicado por un Ortopeda o Fisiatra.
- Terapia ocupacional, sin limitaciones.
- Terapia del habla, sin limitaciones.

Servicios Médicos y Quirúrgicos

- Visitas a proveedores de cuidado primario, incluyendo médicos primarios y servicios de enfermería.
- Tratamientos por especialista y sub-especialista sin referidos dentro de la Red Preferida de su Grupo Médico Primario
- Tratamientos por especialista y sub-especialista fuera de la Red Preferida de su Grupo Médico Primario mediante referido de su Médico Primario seleccionado.
- Visitas del médico al hogar cuando sea médicamente necesario.
- Terapia respiratoria, sin limitaciones.
- Servicios de anestesia, excepto anestesia epidural.
- Servicios de radiología.
- Servicios de patología.
- Cirugía.
- Uso de facilidades de cirugía ambulatoria.
- Servicios de diagnóstico para los casos que presentan síntomas de trastornos de aprendizaje.
- Servicios de enfermera práctica.



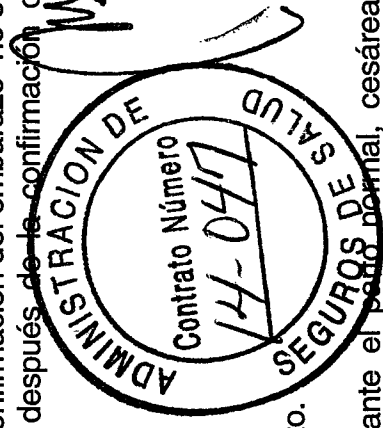
- Esterilización voluntaria de hombres y mujeres de edad apropiada informados previamente sobre las consecuencias del procedimiento médico. El médico deberá tener por escrito el consentimiento del paciente.
- Prótesis: Incluye el suministro de todas las extremidades del cuerpo incluyendo próstéticos oculares terapéuticos, bandeja de instrumento segmentada y fusión espinal en escoliosis y cirugía vertebral.
- Equipo de ostomía para pacientes ostomizados a nivel ambulatorio.
- Sangre, Plasma y sus derivados, sin limitaciones.
- Servicios a pacientes con enfermedad renal crónica en los dos primeros niveles (niveles tres (3) a cinco (5) están incluidos en la Cubierta Especial).
- Cirugía de reconstrucción del seno luego del procedimiento quirúrgico de mastectomía por condición de cáncer.
- Tratamiento hasta llegar a la cirugía en casos de obesidad mórbida.

Servicios de Ambulancia

- Transportación marítima, aérea y terrestre estará cubierta dentro de los límites territoriales de Puerto Rico en casos de emergencia. Estos servicios no requieren pre-autorización o pre-certificación.

Servicios de Maternidad y Pre-Natales

- Las mujeres tendrán derecho a elegir libremente un ginecólogo obstetra entre los proveedores del Grupo Médico Primario o los de la Red General de Mi Salud con Triple S, o cualquiera ginecólogo/obstetra, sujeto a la coordinación final con dicho proveedor. Las diferentes intervenciones hasta la confirmación del embarazo no son parte de esta cubierta. Cualquier procedimiento después de la confirmación del embarazo estará a riesgo de Triple S.
- Pruebas de embarazo.
- Servicios pre-natales.
- Servicios médicos, durante el embarazo y post parto.
- Servicios del médico y enfermera obstétrica durante el parto normal, cesárea y cualquier otra complicación que pueda ocurrir.
- Hospitalización por maternidad o por condiciones secundarias del embarazo, cuando sea médicamente recomendado.



- Hospitalización de al menos cuarenta y ocho (48) horas para la madre y el recién nacido en caso de un parto vaginal y de noventa y seis (96) horas en partos por cesárea.
- Anestesia, excepto epidural.
- Uso de incubadora, sin limitaciones.
- Servicios de monitor fetal solamente durante hospitalización.
- Cuidado de rutina en el hospital (*nursery room*) para el recién nacido.
- Circuncisión y servicios de dilatación para el bebé recién nacido.
- Transporte del recién nacido a facilidades terciarias.
- Asistencia del Pediatra durante parto por cesárea o de alto riesgo.

Servicios en Salas de Emergencias

- Visitas, atención médica, servicios necesarios y de rutina de la Sala de Emergencias.
- Servicios para trauma.
- No se requiere pre-autorización o pre-certificación para recibir estos servicios.
- Uso de sala de emergencia y cirugía.
- Atención médica.
- Servicios necesarios y de rutina en sala de emergencia.
- Terapia respiratoria, sin limitaciones.
- Tratamiento por especialista y sub-especialista cuando sea requerido por el médico de sala de emergencias.
- Anestesia, excluyendo la epidural.
- Material quirúrgico.
- Pruebas de laboratorio clínico.
- Rayos-X.



- Drogas, medicinas y soluciones intravenosas a ser utilizadas en la sala de emergencias.
- Sangre, plasma y sus derivados, sin limitaciones.
- Servicios de emergencia fuera de Puerto Rico estarán cubiertos solamente para la población federal de acuerdo a las tarifas de proveedores no participantes en Puerto Rico.

Servicios de Hospitalización

- Cama en cuarto semi-privado disponible 24 horas al día, todos los días del año.
- Cuarto de aislamiento por razones médicas.
- Guardería (*Nursery*)
- Comidas, incluyendo servicios especializados de nutrición.
- Servicio regular de enfermería.
- Uso de salas especializadas, como: salas de operaciones, quirúrgica, recuperación, tratamiento y maternidad, sin limitaciones.
- Drogas, medicinas y agentes de contraste, sin limitaciones.
- Materiales como vendajes, gasas, yeso o cualquier otro material terapéutico o curativo.
- Servicios de cuidado terapéutico y de mantenimiento, incluyendo el uso del equipo necesario para ofrecer el servicio.
- Pruebas diagnósticas especializadas, como electrocardiogramas, electroencefalogramas, gases arteriales y otras pruebas especializadas disponibles en el hospital y necesarias durante la hospitalización del asegurado.
- Suplido de oxígeno, anestésicos y otros gases incluyendo su administración.
- Terapia respiratoria, sin limitaciones.
- Servicios de rehabilitación mientras el paciente está hospitalizado, incluyendo terapia física, ocupacional y del habla.
- Uso de facilidades de cirugía ambulatoria.
- Sangre, plasma y sus derivados, sin limitaciones.

MP





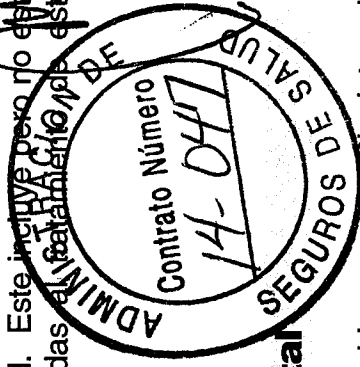
Servicios de Salud Mental

- Evaluación, examen (cermimiento) y tratamiento a individuos, parejas, familias y grupos.
- Servicios ambulatorios con Siquiatras, Psicólogos y Trabajadores Sociales.
- Servicios de hospital y ambulatorios para uso y abuso de sustancias controladas y alcohol.
- Servicios intensivos ambulatorios.
- Emergencia y servicios de intervención en crisis veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días a la semana.
- Servicios de desintoxicación para asegurados intoxicados con sustancias ilegales, intentos suicidas, o envenenamiento accidental.
- Administración y tratamiento del medicamento Buprenorfina (requiere pre-autorización).
- Clínicas de medicamentos inyectables de larga duración.
- Escolta, asistencia profesional y servicios de ambulancia cuando sean necesarios.
- Servicios de prevención y de educación secundaria.
- Cubierta de farmacia y acceso a medicina en un período no mayor de veinticuatro (24) horas.
- Laboratorios médicamente necesarios.
- Tratamiento para pacientes diagnosticados con Desorden de Déficit de Atención (ADD, por sus siglas en inglés) con o sin hiperactividad. Este incluye pero no está limitado a, visitas a Neurólogos y pruebas relacionadas al diagnóstico de este diagnóstico.
- Consulta y coordinación con otras Agencias.

Servicios de Hospitalización para Salud Mental

- Servicios de hospitalización parcial para casos referidos por el Siquiatra de diagnóstico y tratamiento de la fase primaria de acuerdo a las disposiciones de paridad en la Ley 408 del 2 de octubre de 2000.

ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD
Contrato Número
14-0417



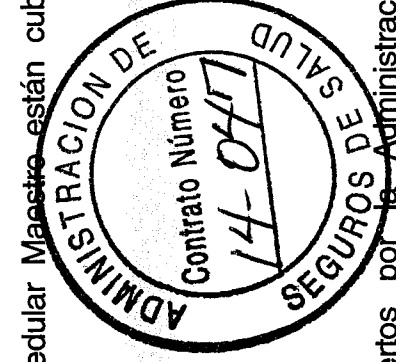
- Hospitalización para casos que presentan una patología mental que no sea el abuso de sustancias cuando son referidos por el Siquiatra de diagnóstico y tratamiento de la fase primaria de acuerdo a las disposiciones de paridad en la Ley 408 del 2 de octubre de 2000.

Servicios de Farmacia

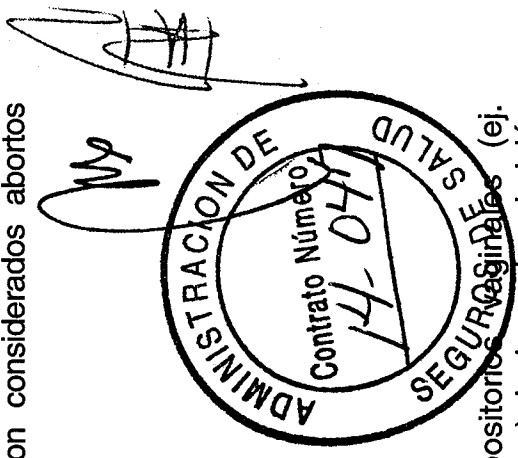
- Co-pagos por medicamentos recetados que no estén contemplados dentro del formulario de medicamentos.
- Medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL).
- Los medicamentos incluidos en el Formulario Medular Maestro están cubiertos mediante los procesos de excepción.

Servicios Excluidos de la Cubierta Básica

- Servicios a pacientes no elegibles a MI Salud.
- Servicios para enfermedades no cubiertas o trauma.
- Servicios por accidentes en automóviles cubiertos por la Administración y Compensación por Accidentes Automovilísticos (ACAA).
- Accidentes del trabajo cubiertos por la Corporación Fondo del Seguro del Estado (CFSE).
- Servicios cubiertos por cualquier otro seguro o entidad con responsabilidad primaria ("third party liability").
- Servicios de enfermería especializados para la comodidad del paciente cuando no son médicamente necesarios.
- Hospitalizaciones para servicios que pueden ser prestados de forma ambulatoria.
- Hospitalización de paciente únicamente para propósitos de diagnóstico.
- Gastos por servicios o materiales para comodidad personal, tales como: teléfono, televisión, paquetes de admisión, etc.
- Servicios prestados por familiares cercanos al paciente (padres, hijos, hermanos, abuelos, nietos, esposos, etc.).
- Trasplante de órganos y tejidos.
- Tratamiento para controlar el peso (obesidad o aumento de peso) por razones estéticas.



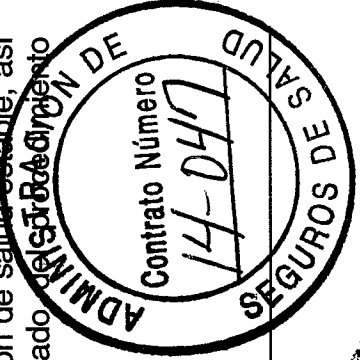
- Medicina deportiva, música-terapia y medicina natural.
- Tuboplastia, vaso vasectomía y cualquier otro procedimiento para restaurar la habilidad de procrear.
- Cirugía cosmética o cirugía para corregir defectos de apariencia física.
- Servicios, pruebas diagnósticas o tratamientos ordenados o brindados por naturopatas, naturistas, quiroprácticos, iridólogos u osteópatas.
- Mamoplastías o reconstrucción plástica de los senos para propósitos solamente estéticos.
- Uso ambulatorio de monitor fetal.
- Servicios, tratamientos u hospitalizaciones como resultado de un aborto provocado, no-terapéutico o sus complicaciones. Los siguientes son considerados abortos provocados (código y descripción):
 - ✓ **59840** – Aborto inducido – dilatación y curetaje.
 - ✓ **59841** – Aborto inducido – dilatación y expulsión.
 - ✓ **59850** – Aborto inducido – inyección intraamniótica.
 - ✓ **59851** – Aborto inducido – inyección intraamniótica.
 - ✓ **59852** – Aborto inducido – inyección intraamniótica.
 - ✓ **59855** – Aborto inducido, por uno o más supositorios vaginales (ej. prostaglandin) con o sin dilatación cervical (ej. laminar), incluyendo admisión en hospital y visitas, expulsión del feto y de secundinas.
 - ✓ **59856** – Aborto inducido, por uno o más supositorios vaginales (ej. prostaglandin) con dilatación y curetaje o evacuación.
 - ✓ **59857** – Aborto inducido, por uno o más supositorios vaginales (ej. prostaglandin) con histerectomía (evaluación médica fallida).
- Rebetrón o cualquier otro medicamento recetado para el tratamiento de Hepatitis C treatment, ambos tratamiento y medicamentos están excluidos de las Cubiertas de Salud Mental y Física. Tanto el medicamento como el tratamiento serán provistos por el Programa de Hepatitis C del Departamento de Salud. Para más información refiérase a la Sección Hepatitis-C, mencionada anteriormente en esta Guía.
- Servicio de anestesia epidural.



- Estudio de polisomnografía (estudio del sueño).
- Servicios que no son ni razonables ni necesarios de acuerdo a las normas aceptadas en la práctica de la medicina. Normas o servicios brindados en exceso a lo normalmente requerido para diagnósticos, prevención, enfermedad, tratamiento, lesión o disfunción del sistema de órganos o condición del embarazo.
- Servicios de salud mental que no son ni razonables ni necesarios de acuerdo con las normas aceptadas para la práctica de la Siquiatría médica o los servicios prestados en exceso a lo normalmente requerido para el diagnóstico, la prevención, el tratamiento de una enfermedad de salud mental.
- Tratamiento del dolor crónico si se determina que el dolor es de origen psicológico o sicosomático.
- Tratamiento para dejar de fumar.
- Pruebas educacionales, servicios educacionales.
- Diálisis peritoneal o servicios de hemodiálisis. (Cubiertos bajo la Cubierta Especial.)
- Procedimientos nuevos o experimentales no aprobados por ASES para ser incluidos en la Cubierta Básica.
- Servicios de custodia, descanso o convalecencia una vez que la enfermedad es controlada o en casos terminales irreversibles.
- Gastos por pagos emitidos por el asegurado a un proveedor participante sin un límite contractual con el proveedor para hacerlo.
- Servicios ordenados o prestados por proveedores no-participantes, con excepción a casos de emergencia real y verificada o previa autorización de Triple S.
- Cirugías neurológicas y cardiovasculares y servicios relacionados. (Servicios cubiertos en Cubierta Especial).
- Servicios recibidos fuera de los límites territoriales del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- Gastos incurridos en tratamientos de condiciones, como resultado de procedimientos o beneficios no cubiertos bajo MI Salud. Recetas de mantenimiento y laboratorios requeridos para la continuidad de una condición de salud estable, así como cualquier emergencia que pudiera alterar el resultado de un procedimiento preferido está cubierto.
- Órdenes judiciales de evaluaciones para propósitos legales.

MP

[Handwritten signature]



- Pruebas y evaluaciones psicológicas/sicológicas y siquiátricas para obtener un empleo, seguro, o procedimiento administrativo / judicial relacionado.
- Gastos de viajes, aún cuando sean ordenados por el Médico Primario ^{MP} están excluidos.
- Espejuelos, lentes de contacto y audífonos.
- Servicios de acupuntura.
- Renta o compra de equipo médico durable (DME por sus siglas en inglés), silla de ruedas o cualquier otro método de transportación para el impedido, ya sea manual o eléctrica, y cualquier gasto por la reparación o alteración de dicho equipo, excepto cuando la vida del paciente dependa de este servicio. Determinación relacionada con esta excepción es responsabilidad de Triple S.
- Procedimiento para cambio de sexo incluyendo las hospitalizaciones y complicaciones.
- Servicios de tratamiento para infertilidad y relacionados con la concepción por medios artificiales.

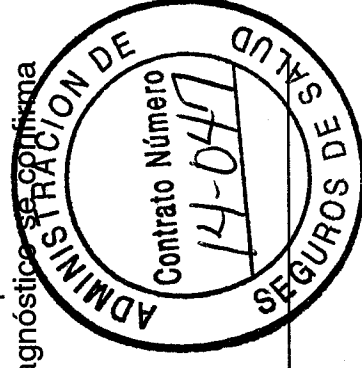
Servicios de la Cubierta Especial

Los asegurados tienen el derecho de escoger libremente los proveedores de estos servicios, entre aquellos de la Red Preferida del Grupo Médico Primario o la Red General de Mi Salud con Triple S. Intervenciones diagnósticas diferenciales, hasta la verificación del diagnóstico final, no son parte de la Cubierta Especial. Cualquier procedimiento posterior a la verificación del diagnóstico final estará a riesgo de ASES.

Los medicamentos, laboratorios, pruebas diagnósticas, y otros procedimientos relacionados especificados en esta Cubierta que son necesarios para el tratamiento ambulatorio o cuidado de convalecencia son parte de esta Cubierta y no requieren autorización previa del Médico Primario o de Triple S. Triple S debe identificar los pacientes incluidos en esta Cubierta para facilitar el acceso a los servicios contratados. La Cubierta Especial de MI Salud se activará cuando cualquier otra Cubierta Especial de cualquier otro plan que el asegurado pueda tener alcance el límite para los servicios cubiertos bajo la Cubierta de MI Salud.

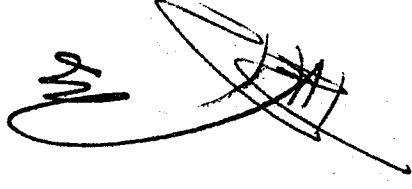
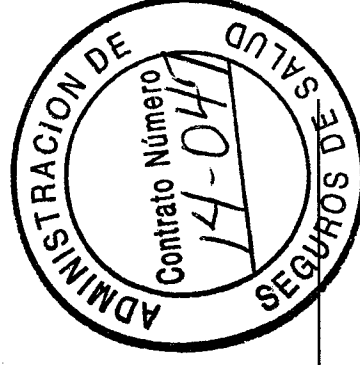
El propósito de esta Cubierta es facilitar el manejo efectivo de asegurados con condiciones especiales de salud que requieren atención médica especializada. La efectividad de esta Cubierta se iniciará en la fecha cuando el diagnóstico se confirma por los resultados de las pruebas o procedimientos realizados.

Los beneficios bajo esta Cubierta son:



- Servicios de enfermedad coronaria y cuidados intensivos, sin limitaciones.
- Cirugía maxilar.
- Procedimientos neuroquirúrgicos y cardiovasculares, incluyendo marcapasos, válvulas y cualquier otro instrumento o dispositivo artificial. (Pre-autorización requerida).
- Diálisis peritoneal, hemodiálisis y servicios relacionados (Pre-autorización requerida).
- Laboratorios clínicos y patológicos, que requieran ser enviados fuera de Puerto Rico para procesamiento (Pre-autorización requerida).
- Servicios en unidad de cuidados intensivos neonatal, sin limitaciones.
- Tratamiento de radioisótopos, quimioterapia, radioterapia y tratamientos de cobalto.
- Condiciones gastrointestinales, alergias y evaluación nutricional en pacientes autistas.
- Los siguientes procedimientos y pruebas de diagnóstico, cuando sean médicamente necesarias (Pre-autorización requerida):

- ✓ Tomografía Computarizada
- ✓ Prueba de Resonancia Magnética
- ✓ Cateterismos Cardíacos
- ✓ Prueba Holter
- ✓ Prueba Doppler
- ✓ Prueba de Esfuerzo
- ✓ Litotricia
- ✓ Electromiografía
- ✓ Prueba de Tomografía (SPECT)
- ✓ Prueba de Pletismografía Ocular (OPG)
- ✓ Pletismografía de Impedancia (IPG)

✓ Otros procedimientos neurológicos, cerebrovasculares y cardiovasculares, invasivos y no invasivos.

✓ Pruebas de Medicina Nuclear

✓ Endoscopias Diagnósticas

✓ Estudios Genéticos

• Terapia Física - hasta quince (15) tratamientos adicionales por asegurado por condición al año cuando sean ordenadas por un Ortopeda o Fisiatra luego de la pre-autorización requerida a Triple S.

• Anestesia general.

✓ Anestesia general para el tratamiento dental de niños con necesidades especiales.

• Cámara hiperbárica.

• Medicamentos inmunosupresores y laboratorios requeridos para el tratamiento de mantenimiento de pacientes post-operados de cualquier trasplante que aseguren la estabilidad de la salud del asegurado y las emergencias que pudieran ocurrir después de producirse dicha cirugía.

• Tratamiento para las siguientes condiciones después que los resultados de laboratorio estén confirmados y el diagnóstico establecido:

✓ Factor HIV Positivo y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) – Servicios ambulatorios y hospitalización están incluidos. No referido o pre-autorización de Triple S ni del Médico Primario es requerido para las visitas y tratamiento del asegurado en las Clínicas Regionales de Inmunología del Departamento de Salud.

✓ Tuberculosis

✓ Lepra

✓ Lupus

✓ Fibrosis Quística

✓ Cáncer

✓ Hemofilia

✓ Anemia Aplástica



- ✓ Artritis Reumatoide
- ✓ Autismo
- ✓ Obstetricia
- ✓ Post Trasplante de órganos

✓ Niños con necesidades especiales, incluyendo las condiciones prescritas en el Manual de Diagnósticos de Niños con Necesidades Especiales del Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar para la Protección y Promoción de la Salud, División de Habilitación ("el manual"), que es parte de este documento, excepto:

- Asma y diabetes, que están incluidas en el "Programa de Manejo de Enfermedades".
- Desórdenes mentales; y
- Retardación mental, las manifestaciones de comportamiento van a ser manejadas por los proveedores de salud mental dentro de la cubierta básica, con la excepción de una enfermedad catastrófica. Triple S deberá solicitar la autorización de ASES para cualquier condición especial no incluidas en el manual para la cual el Médico Primario o el Grupo Médico Primario solicitan la activación de la Cubierta Especial.

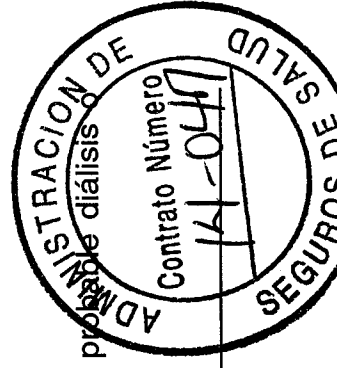
- Escleroderma
- Esclerosis Múltiple y Esclerosis Amiotrófica Lateral (ALS)
- Servicios para el tratamiento de condiciones resultantes de daños auto-infligidos o como resultado de un delito cometido por un asegurado o negligencia.
- Enfermedad renal crónica en niveles tres (3), cuatro (4) y cinco (5). (Niveles uno (1) y dos (2) están incluidos en la Cubierta Básica.)

La siguiente es una descripción de los estadios de la enfermedad renal crónica:

Nivel tres (3) - FG (filtración glomerular - ml / min. por 1.73 m² por unidad de área corporal) entre treinta (30) y cincuenta y nueve (59), una disminución moderada de la función del riñón

Nivel cuatro (4) - TFG entre quince (15) y veintinueve (29), una disminución grave de la función del riñón.

Nivel cinco (5) - TFG por debajo de quince (15), fallo renal con probable trasplante de riñón.



- Medicamento requerido para el tratamiento ambulatorio de Tuberculosis y Lepra, bajo la Cubierta Especial están incluidos. Medicamento requerido para el tratamiento ambulatorio u hospitalización para asegurados diagnosticados con SIDA o asegurados positivos a VIH están bajo la Cubierta Especial, con la excepción de los inhibidores de proteasa los que serán provistos por las Clínicas para la Prevención y Tratamiento de Enfermedades Sexualmente Transmisibles (CPTEST).

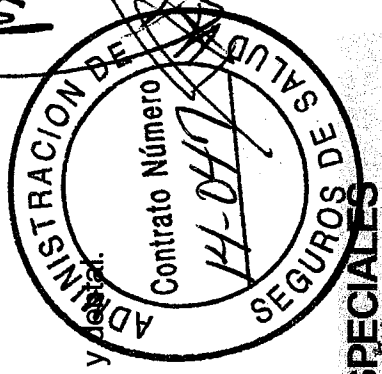
Servicios Excluidos de la Cubierta Especial

La Cubierta Especial excluye a todas aquellas exclusiones y limitaciones bajo la Cubierta Básica que no estén expresamente incluidas en la Cubierta Especial.

Servicios de la Cubierta Medicare

Para los beneficiarios de las Partes A y A/B de Medicare, los siguientes factores se tomarán en cuenta para determinar la Cubierta a ofrecer:

- Asegurados elegibles Parte A:
 - ✓ Se ofrece cubierta regular de MI Salud, excluyendo los beneficios de la Parte A hasta que alcancen su límite. En otras palabras, una vez se alcance el límite de beneficios de la Cubierta Medicare Parte A, MI Salud será activada.
 - ✓ Deducibles de la Parte A no están incluidos.
 - ✓ El pago de deducibles para la cubierta regular será de acuerdo a la tabla de capacidad de pago provista a todos los asegurados de MI Salud.
- Asegurados elegibles Partes A/B:
 - ✓ Se ofrece cubierta regular de MI Salud para farmacia y dental.
 - ✓ Deducibles de Parte A no están incluidos.
 - ✓ Deducibles y co-pagos de Parte B estarán incluidos.



MANEJO DE ENFERMEDADES Y CONDICIONES ESPECIALES

Manejo de Enfermedades Crónicas

Triple S Salud tiene programas que lo ayudarán a controlar mejor sus enfermedades crónicas. Para las condiciones de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Fallo Cardíaco Congestivo (CHF), Obesidad, Fallo Renal y Asma Bronquial. Para beneficiarse de estos programas puede llamar al teléfono 1-866-788-6770. Triple S tiene personal de

enfermería y nutricionistas disponibles para ayudarlo a controlar su condición, en coordinación con su médico primario.

Manejo de Casos

Triple S Salud tiene disponible el programa de Manejo de Casos el cual está diseñado para ayudarlo en la coordinación de servicios médicos necesarios para condiciones de alto costo o catastróficas. Este programa tiene disponible personal de enfermería, trabajadoras sociales y nutricionistas para ayudarlo. Su médico, el personal de hospital, sus familiares o usted pueden buscar ayuda de este programa llamando al (787)277-6544.

Registro de Condiciones Especiales

Su médico primario, personal designado de su Grupo Médico Primario o manejadora de casos de su Grupo Médico Primario le puede orientar sobre las condiciones que cualifican para la cubierta especial. Cualquiera de ellos puede ayudarlo a que lo incluyan en la misma, enviando la información necesaria sobre su condición médica a Triple S Salud al fax (787)774-4835.



ESTOS SON SUS CO-PAGOS Y CO-ASEGUROS

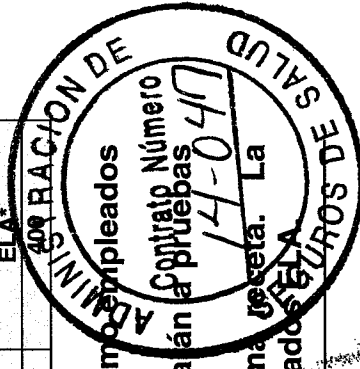
CO-PAGOS Y CO-ASEGUROS
1 de julio de 2013

Servicios	Federal		CHIPS		Población Estatal				ELA*
	100	110	230		300	310	320	330	
HOSPITAL	HOSPITAL		HOSPITAL		HOSPITAL				HOSPITAL
Admisiones	\$0	\$3	\$0		\$3	\$5	\$6	\$20	\$50
Nursery	\$0	\$0	\$0		\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
SALAS DE EMERGENCIAS	SALAS DE EMERGENCIAS		SALAS DE EMERGENCIAS		SALAS DE EMERGENCIAS				SALAS DE EMERGENCIAS
Visita Sala de Emergencias	\$0	\$0	\$0		\$1	\$5	\$10	\$15	\$20
Visita a sala de emergencia que no es emergencia.	\$3.80	\$3.80	\$0		\$15	\$15	\$15	\$15	\$20
Trauma	\$0	\$0	\$0		\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
VISITAS AMBULATORIAS A	VISITAS AMBULATORIAS A		VISITAS AMBULATORIAS A		VISITAS AMBULATORIAS A				VISITAS AMBULATORIAS A
Médico Primario	\$0	\$1	\$0		\$0	\$1	\$2	\$2	\$3
Especialista	\$0	\$1	\$0		\$1	\$1	\$3	\$4	\$7
Sub-especialista	\$0	\$1	\$0		\$1	\$1	\$3	\$5	\$10
Servicios Pre-Natales	\$0	\$0	\$0		\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
OTROS SERVICIOS	OTROS SERVICIOS		OTROS SERVICIOS		OTROS SERVICIOS				OTROS SERVICIOS
Laboratorios de Alta Tecnología**	\$0	50¢	\$0		\$1	\$1	\$2	\$3	20%
Laboratorios Clínicos**	\$0	50¢	\$0		\$1	\$1	\$2	\$3	20%
Rayos-X**	\$0	50¢	\$0		\$1	\$1	\$2	\$3	20%
Pruebas Diagnósticas Especializadas**	\$0	\$1	\$0		\$1	\$2	\$2	\$6	40%
Terapia Física	\$0	\$1	\$0		\$1	\$2	\$2	\$3	\$5
Terapia Respiratoria	\$0	\$1	\$0		\$1	\$2	\$2	\$3	\$5
Terapia Ocupacional	\$0	\$1	\$0		\$1	\$2	\$2	\$3	\$5
Vacunas	\$0	\$0	\$0		\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Cuidado Saludable del Niño	\$0	\$0	\$0		\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
DENTAL	DENTAL		DENTAL		DENTAL				DENTAL
Preventivo (Niños)	\$0	\$0	\$0		\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Preventivo (Adultos)	\$0	\$1	\$0		\$0	\$1	\$2	\$3	\$3
Restaurativo	\$0	\$1	\$0		\$0	\$1	\$5	\$6	\$10
FARMACIA***	FARMACIA***		FARMACIA***		FARMACIA***				FARMACIA***
Genérico (Niños 0-21 años)	\$0	\$0	\$0		\$0	\$0	\$0	\$0	\$5
Genérico (Adultos)	\$1	\$1	N/A		\$1	\$2	\$3	\$5	\$5
Marca (Niños 0 -21 años)	\$0	\$0	\$0		\$0	\$0	\$0	\$0	\$10
Marca (Adultos)	\$3	\$3	N/A		\$3	\$4	\$5	\$7	\$10
Servicios	Federal		CHIPS		Población Estatal				ELA*
	100	110	230		300	310	320	330	

*El código 400 en la columna ELA aplica a la población suscrita como empleados públicos del Gobierno de Puerto Rico.

** Aplica solamente a pruebas de diagnóstico. Copagos no aplican a pruebas preventivas que sean requeridas como parte de un tratamiento preventivo.

***Copagos aplicarán a cada medicamento incluido en una misma excepción en Farmacia (niños 0-21), no aplica al código 400 empleados ELA.



******Copago en niños de 0-21 años no aplica para la población Medicada población estatal médico indigente elegible y para los niños en el grupo de edad de 0-21 suscritos bajo el Programa CHIP. Copagos podrán aplicar a los niños sobre 21 años en adelante, al igual que a los adultos.**

Según lo establece el 42 CFR 447.53(b) las siguientes excepciones serán aplicables para la población federal bajo el código 110:

(b) Exclusiones en copagos. El plan no podrá imponer deducibles, co-aseguros, copagos o cargos similares a la población categóricamente y medicamente necesitada por lo siguiente:

(1) Niños. Servicios provistos a individuos menores de 21 años de edad (y, a opción del Estado, individuos menores de 21, 20 o 19 años de edad, o cualquier categoría razonable de individuos de 21 años de edad o mayores pero menores de 21) están excluidos de gastos.

(2) Las mujeres embarazadas. Servicios prestados a las mujeres embarazadas si dichos servicios están relacionados con el embarazo, o cualquier otra condición médica que puede complicar el embarazo son excluidos de las obligaciones de gastos. Estos servicios incluyen el cuidado prenatal de rutina, el parto, los cuidados de rutina después del parto, servicios de planificación familiar, las complicaciones del embarazo o el parto pueden afectar al embarazo, como hipertensión, diabetes, infección del tracto urinario, y servicios prestados durante el período post-parto para condiciones o complicaciones relacionadas con el embarazo. El período postparto es el período posparto inmediato, que comienza en el último día de embarazo hasta el final del mes en que el plazo de 60 días después de la finalización del fin del embarazo. Además, los Estados podrán excluir de la participación en los costos todos los servicios prestados a las mujeres embarazadas si así lo desean.

(3) individuos institucionalizados. Servicios prestados a cualquier persona que esté ingresada en un hospital, centro de cuidado a largo plazo, u otra institución médica si es requerido que el individuo (de conformidad con § 435.725, § 435.733, § 435.832 o § 436.832), como condición para recibir servicios en la institución, para pasar todos, pero una cantidad mínima de sus ingresos requeridos para las necesidades personales, de costos de atención médica están excluidos de los costos compartidos.

(4) Servicios de Emergencias. Servicios según definidos en la sección 1932(b)(2) de la Ley y §438.114(a).

(5) Planificación Familiar. Servicios de planificación familiar y suministros proporcionados a las personas en edad de procrear son excluidos de la participación en los gastos.

(6) Los indios americanos. Los artículos y servicios prestados a un indio americano directamente por un proveedor indio americano para el cuidado de la salud a través de un referido bajo el contrato de servicios de salud.

Programa para el Manejo de Farmacia

Programa de 90 días despacho para pacientes con condiciones crónicas. Los pacientes podrán prescribir suplidos de 90 días para ciertos medicamentos. Este programa permite que el beneficiario pague un (1) copago por un suplado de medicamentos de 90 días, en lugar de estar pagando tres (3) copagos (1 copago por mes).



MAPA REGIONES DE SALUD



Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico
 Aseguradoras y PBMs por Región
 1ro. de Noviembre de 2011



Handwritten signature and scribbles



- Región Oeste Triple-S CAREMARK MC-21
- Región Norte Triple-S CAREMARK MC-21
- Región Metro Norte Triple-S CAREMARK
- Región Suroeste Humana MC-21
- Región Suroeste Humana MC-21
- Región Sureste Humana MC-21
- Región Este Humana MC-21
- Municipio de San Juan Triple-S CAREMARK
- Región Noreste Triple-S MC-21

Salud Mental - Todas las Regiones
APS



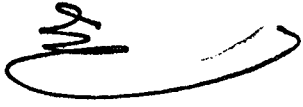
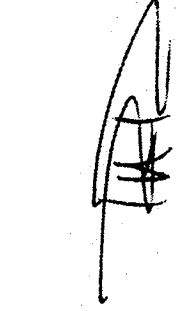


Table of Contents

TELÉFONOS.....6

LANGUAGE.....7

DEFINITIONS.....7

HIPAA.....11

IMPORTANT INFORMATION ON YOUR HEALTH PLAN11

 Mi Salud..... 12

 Who are eligible to enjoy the services and benefits of Mi Salud? 12

 COORDINATION OF BENEFITS12

AUTO-ENROLLMENT14

 Auto-Assignment..... 14

THIS YOUR ID CARD OF THE HEALTH PLAN OF THE GOVERNMENT OF PUERTO RICO.....14

FRAUD AND ABUSE.....15

 What is fraud? 15

 What is abuse? 16

 What can I do to avoid fraud and abuse?..... 16

 How can I report situations on fraud and/or abuse? 17

PRIMARY MEDICAL GROUP AND PRIMARY CARE PHYSICIAN17

 Can I change my Primary Medical Group or the Primary Care Physician? 17

 Choosing the Primary Care Group and the Primary Care Physician18

RECERTIFICATION OF ELIGIBILITY19

PUBLIC EMPLOYEE20

 What can I do if my eligibility to the Plan is cancelled? 20

 How can I enroll in another of the plans contracted for government employees?21

 Can the members of the Police Department of Puerto Rico enroll in Mi Salud? 21

WHAT IS COORDINATED CARE?.....22

YOUR PRIMARY MEDICAL GROUP AND YOUR PRIMARY CARE PHYSICIAN.....22

 What is a Primary Medical Group? 22

 What is a Preferred Providers Network? 22

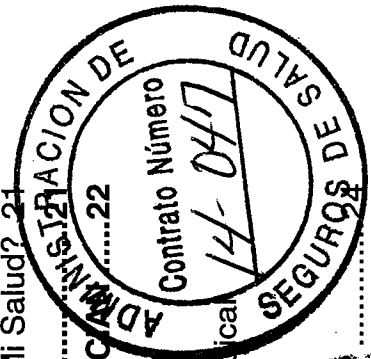
 Are all my specialists within the Preferred Network of my Primary Medical Group? 23

 What is Triple S General Network? 24

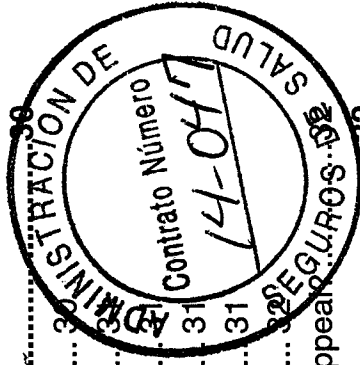
 Will I need the Countersignature on the Prescriptions of Medications?

KNOW THE RESPONSIBILITY OF YOUR PRIMARY CARE PHYSICIAN25

HOW TO OBTAIN INFORMATION ABOUT PARTICIPATING PHYSICIANS25



THESE ARE YOUR RIGHTS	26
THESE ARE YOUR RESPONSIBILITIES	27
EMERGENCIES AND URGENCIES	28
How do I know when it is an emergency?	28
When can I receive emergency services?	28
And then, what is an urgency?	29
How can I receive urgency services?	29
How can I receive services outside business hours from my Primary Care Physician, the Primary Medical Group or the Preferred Network of Providers? ..	29
WHAT IS AN ADVANCE DIRECTIVE?	29
GRIEVANCES AND APPEALS	30
What is a grievance?	30
How can you file a complaint?	31
What is a Notice of Action?	31
What can I do if I do not agree if the Notice of Action?	31
What is an appeal?	32
Who will hear your appeal?	32
How much time will they take to make a determination on my appeal?	32
TIME TO SOLVE REQUESTS, COMPLAINTS AND APPEALS	33
DENTAL SERVICES	33
MENTAL HEALTH SERVICES	33
How can I receive mental health services or services against drug dependence?	33
PREVENTIVE SERVICES	34
What are preventive services?	34
HIV-AIDS	35
HEPATITIS-C	39
This is your Benefits Coverage	39
Preventive Services	39
Dental Services	41
Diagnostic Testing Services	42
Ambulatory Rehabilitation Services	42
Medical and Surgical Services	43
Ambulance Services	43
Maternity and Prenatal Services	44
Emergency Room Services	44
Hospitalization Services	45
Mental Health Services	45
Mental Health Hospitalization Services	46
Pharmacy Services	46
Services Excluded from the Basic Coverage	46
Special Coverage Services	48



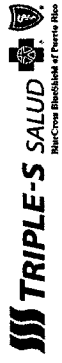
Handwritten signature and scribble.

Services excluded from the Special Coverage..... 52
 Medicare Coverage Services 52
DISEASE MANAGEMENT AND SPECIAL CONDITION REGISTRY52
 Chronic Disease Management..... 52
 Case Management..... 53
 Special Condition Registry..... 53
THESE ARE YOUR COPAYMENTS AND COINSURANCES.....54
HEALTH REGION MAPS.....56

Handwritten signature and initials, possibly 'MS' or 'MSD', written in black ink.



TELÉFONOS



TELE MI SALUD

Metro Area 787-775-1352
Toll-free 1-800-981-1352
TTY 1-855-295-4040



MENTAL HEALTH

Toll-free 1-888-695-5416
TTY 787-641-0785



Health Advocate Office

Toll-free 1-800-981-0031
Metro Area 787-977-1100



ADMINISTRACION DE SEGUROS
DE SALUD DE PUERTO RICO

Puerto Rico Health Insurance Administration

Toll-free 1-800-981-2737





LANGUAGE

This Guide is provided in Spanish and English for your benefit. If any member of your family is enrolled in Mi Salud and the person has problems to read or has a disability such as blindness and needs special services to be able to receive the information provided in this Guide, the person may request help to Triple S. Triple S must have different formats for the information to make them available to the enrollees.

If the information provided in this guide is confusing or if you need to clarify any questions, you may contact Triple S for assistance. Information is a vital component of the commitment of Mi Salud with you, our enrollees. You may contact Triple S at the telephone numbers found on the back of your Mi Salud ID card.

DEFINITIONS

Abuse: An action carried out by a provider or health professional, a private or public institution or any other person that intentionally causes and injury or submits the person to unreasonable confinement, intimidation or punishment that may result in physical or mental harm to a patient.

Access to services: The guarantee that the enrollee will be able to receive all the medically necessary services included in the Mi Salud coverage without any impediment.

Administrative Referral: Written authorization issued by Triple S for the enrollee to receive the required service, if medically necessary

Advance Directives: Written or verbal instructions, such as wills or powers-of attorney related to decisions about services and health care expressed by the person in advance in case an event occurs and he may be unable to make such decisions.

Ancillary Services: All those supplementary services provided to the patient to assist in the diagnosis and treatment of illness or injury. Examples of these services include laboratory, radiology, therapies, etc.

Authorization: A written document through which a person freely and voluntarily authorizes another person or provider to represent, him, apply, use and disclose your health information for medical or treatment purposes or to initiate an action such as a grievance. It may also be used to annul a previous authorization.

CHIP: *Children Health Insurance Program*, a federal program that provides medical Service coverage to low-income children under age 18 through health plans qualified to offer coverage under this program.

Coinsurance: A percentage of the cost of a health service which the enrollee must pay after receiving the service.

Complaint: informal claim on the quality of care, customer service or treatment received by suppliers, personnel of Triple S, Primary Care Group or ASES. It does not include disputes involving medical services, coverage or payment for services.

Confidentiality of information: The right of an individual to have his personal or health information kept private, which will not be disclosed to any person or entity without the person's consent.

Consultation: An opinion health professional requests to another health professional on a matter related to the health condition of a patient

Coordinated Care: Is the service provided to enrollees by doctors who are part of the preferred network of providers Primary Medical Group. The Primary Care physician is the leading provider of services for he is responsible to periodically evaluate their health and coordinate all medical services they need.

Coordination of benefits: The order in which health services are paid when the person has more than one medical plan. One of the plans is considered the primary plan and the other the secondary plan or secondary payer.

Copayment: An established fixed amount that is the enrollee's contribution to the expense for a medical Service he receives.

Covered Services: Those services and benefits included in Mi Salud coverage

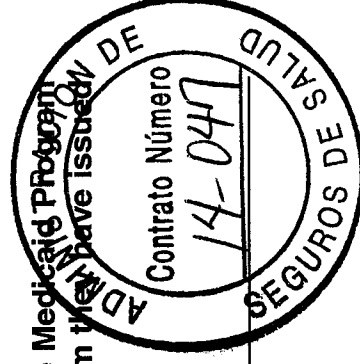
Deductible: A fixed amount pre-determined by ASES, which the enrollee must pay when he receives, health services.

Disclosure: The transfer, access or release of information to a person or entity outside the entity holding the information.

ELA Puro: An option available to public employees so they can maintain medical coverage when they lose eligibility in the Medicaid Program and the enrollment for other health plans contracted under Law 95 has ended. This coverage is the same as the coverage of Mi Salud.

Elective surgery: A medically necessary surgical procedure carried out at a time convenient for the patient and the surgeon because it is performed to correct a condition that is not life-threatening,

Enrollee: A person who after being certified as eligible under the Medicaid Program has completed the enrollment process with Triple S and for whom they have issued the ID card that identifies the person as a Mi Salud enrollee.



Estatal Population: Cover of medical healthcare services to enrollee to have indigence medical level above codes 300, 310, 320, 330, 330 y 400.

Fair cause: It refers to situations that allow enrollees to change his PCP or Primary Care Group. These are: 1) The enrollee moved outside the Region, 2) For reasons of moral or religious nature, the supplier does not perform the services the insured needs, 3) The insured need services that can be provided at the same time and not all services are available; failure to receive all the services as ordered may expose the insured to unnecessary risk, 4) Other acceptable reasons include, but are not limited to, poor quality of care, lack of access to services covered or lack of providers with experience to provide the health care the enrollee needs. ASES will determine if the reason constitutes a fair cause.

Federal Population: Cover of medical healthcare services to enrollee to have indigence medical level above codes 100 and 110.

Grievance: formal claim made by the insured in writing, by telephone or by visiting Triple S, the Health Advocate Office or ASES, requesting a solution be granted when a service has been denied or allowed on a limited basis a service; reduction , suspension or termination of a previously authorized service; total or partial denial of payment for a service; not having received services in a timely manner; when Triple S has not acted on a situation according to the established terms, refusal of Triple S let the insured exercise his right to receive services outside the network

Guardian: Person with authority to take care of a minor or adult, who for some reason has no civil capacity to handle his situation.

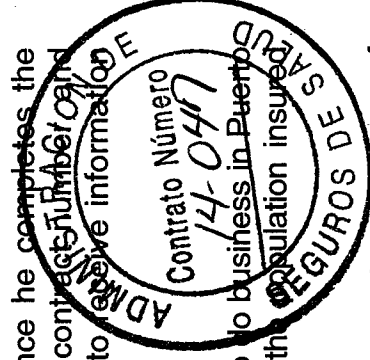
HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability ACT): The law that includes regulations for establishing safe electronic health registers that will protect the privacy of a person's medical information and prevent the misuse of this information. It is also called the Health Insurance Portability and Accountability Act and the Kassebaum Kenney Act.

Hospital: A facility that provides medical-surgical services to hospitalized patients.

Identification Card: A card Triple S delivers to the enrollee once he completes the subscription process, which identifies the enrollee by name and contract number and includes information on coverages, copayments and telephones to receive information on customer service and health advice.

Insurer: An entity duly authorized by the Insurance Commissioner to do business in Puerto Rico with a contract with PRHIA to offer services and benefits to the population insured under Mi Salud.

Medical emergency: a medical condition that manifests itself by acute symptoms of sufficient severity (including severe pain) that a prudent layperson who has average knowledge of medicine and health would reasonably expect the absence of immediate medical attention to result in placing a person's health in serious jeopardy, serious



impairment of bodily functions or serious dysfunction of any bodily organ or part. In case of a pregnant woman that has contractions it may be that there is not enough time to transfer her to any facility before delivery or, that transferring her to a facility, may seriously jeopardize her health or the health of the unborn child.

Medical record: Detailed collection of data and information on the treatment and care the patient receives from a health professional.

Medicare Beneficiary: Persons aged 65 or more, who are disabled or have renal disease, who have Medicare Parts A coverage for hospital services or Parts A and B for hospital, ambulatory and medical services.

Medicaid: Program that provides health insurance for people with low or no income and limited resources, according to federal regulations

Primary Care Physician: A health professional licensed to practice medicine and surgery in Puerto Rico that provides specialized and complementary medical services to the services provided by primary care physicians. Physicians in this category include: cardiologists, endocrinologists, neurologists, surgeons, radiologists, psychiatrists, ophthalmologists, nephrologists, urologists, physiatrists, orthopedists, and other physicians not included in the definition of PCP.

Patient: Person receiving treatment for his mental and physical health

Preauthorization: Permission Triple S grants in writing to the insured, at the request of the PCP, specialist or sub-specialist, to obtain a specialized service.

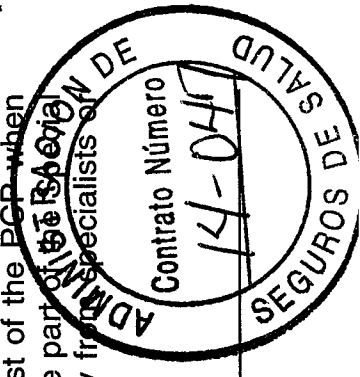
Prescription: original written order issued by a duly licensed health professional, ordering the dispensing of a product, drug or formula

Preferred Provider Network: Health Professionals duly licensed to practice medicine in Puerto Rico contracted by Triple S for the enrollee to use as the first option. Enrollees can access these providers without referral or co-payments if they belong to the insured's Primary Care Group.

Primary Care Group: Health Professionals grouped to contract with Triple S to provide health services under a coordinated care model.

Referral: Written authorization a PCP issues to an enrollee to receive services from a specialist, sub-specialist or facility outside the preferred network of the Primary Care Group. **Semi-private room:** Hospital room with two beds.

Special Coverage Registry: A form Triple S fills out at the request of the PCP when the insured is diagnosed with one or more of the conditions that are part of the Special Coverage, for the patient to receive treatment and services directly from Specialists or sub-specialists without the need of a referral.



Specialist: A health professional licensed to practice medicine and surgery in Puerto Rico that provides specialized medical and complementary services to the primary physicians. This category includes: cardiologists, endocrinologists, neurologists, surgeons, radiologists, psychiatrists, ophthalmologists, nephrologists, urologists, physiatrists, orthopedists, and other physicians not included in the definition of PCP.

Service Coverage: All the services offered to Mi Salud enrollees under the Basic, Special, Mental, Dental and Pharmacy Coverages.

Second Medical Opinion: additional consultation the enrollee makes to another physician with the same medical specialty to receive or confirm that the initially recommended medical procedure is the treatment indicated for his condition.

Subscription Application: Form to be completed by the participant eligible to become an enrollee of Mi Salud and be able to receive medically necessary services.

Treatment: To provide, coordinate or manage health care and related services offered by health care providers.

Urgency: A medical condition that poses no risk of imminent death that can be treated in the doctor's office or in the facilities with extended hours and not in emergency rooms. An urgency can become an emergency if not properly dealt with at the right time.

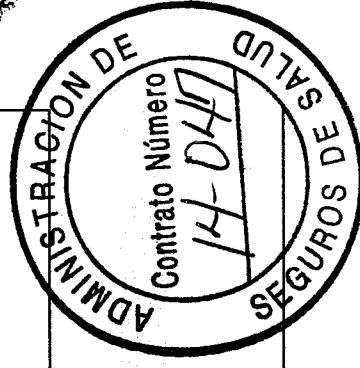
HIPAA

The Health Insurance Administration (ASES) and the Insurance Companies are committed to maintain the confidentiality of your information. We may use and share information related to your treatment, payment for medical services and everything related to health care within the strictest standards of confidentiality. With your written authorization we may provide your information to others for any purpose

If you are interested in more information about the privacy practices or have questions or concerns, contact Triple S of the Region to which you belong.

IMPORTANT:

As a member of Mi Salud Plan, you authorize the Federal Government, ASES, and the Health Advocate Office, the Insurers or their representatives, to see your medical records to assess the quality, convenience, cost and promptness of services rendered to you.



IMPORTANT INFORMATION ON YOUR HEALTH PLAN

Mi Salud

Now, the new Mi Salud Health Plan of Government of Puerto Rico offers more services and benefits. It also offers a Preferred Provider Network within the Primary Medical Group of your choice, which you can visit freely without the need for referrals or paying copayments.

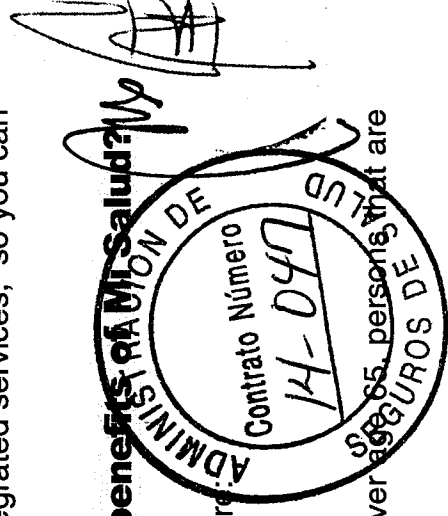
Under Mi Salud you will not require the countersignature of the Primary Care Physician on the prescriptions ordered by specialists or sub-specialists within the Preferred Provider Network of your Primary Care Group. You can freely choose dentists and pharmacies of your choice, among those contracted by Mi Salud.

In addition, you can receive mental health services within the same facility of Primary Care Group. Mi Salud offers physical and mental health integrated services, so you can receive these services in one place.

Who are eligible to enjoy the services and benefits of Mi Salud?

The persons eligible under Law 72 of September 7, 1993, are:

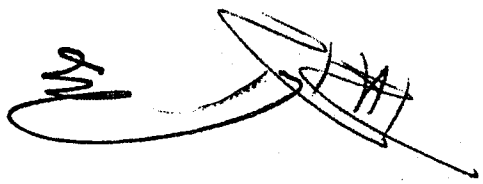
- American citizens.
- Persons with low or no income
- Population of Federal Medicaid Program: persons over age 65, persons that are blind or disabled and pregnant women
- Children under the CHIP Program.
- Government employees, retirees and their dependents whose payroll is processed by the Treasury Department.
- Members of the Police Department of Puerto Rico, their widows, widowers and children that survive them.
- Veterans.
- Children under State custody through the Family and Children Administration (ADFAN, for its acronym in Spanish)
- Survivors of domestic violence through the Women's Advocate Office.



The Medicaid program will determine whether you are eligible for Mi Salud Plan of the Government of Puerto Rico. Once you are certified eligible for Medicaid, they will give you form MA-10 entitled "Notice of Action Taken on Application and/or Re-Assessment" which indicates that you have been certified eligible. The date to determine how long the person is insured is indicated in the section entitled "Certification Date" of the MA-10. They will also give the welcome letter to Mi Salud Plan, from Triple S in your region.

You will receive your card by mail within 5 to 7 days after being certified eligible for Medicaid. If you do not receive the card that period and you need medical services, you can show the welcome letter and the MA-10 form to the contracted service provider with a contract with Mi Salud Plan to show that your name is on the MA-10, that it is signed and you are authorized to receiving services. The welcome letter allows you to access medical services during a period of 30 days. After the 30-day period the letter will not be

valid to receive medical services. You may only receive services if you show your Mi Salud Plan card.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'MS', written over a horizontal line.

COORDINACION DE BENEFICIOS

As establish on Law #72 September 7, 1993, The Puerto Rico Government Healthcare Plan, became the secondary payer on behalf other health care plans that members are enrolled. If you are currently enrolled in other health care plans, is your responsibility to attend and provide the two plan Id Cards for each of the healthcare plans. True this process, you agree to complete the coordinated care services and will be your responsibility for the payment of the deductible of the Government health care plan.





AUTO-ENROLLMENT

As of July 1, 2011, every new beneficiary, who is eligible to Mi Salud Plan of the Government of Puerto Rico, will be automatically enrolled and insured. This means you no longer have to visit Triple S to select your Primary Care Group or your primary physician.

Auto-Assignment

Triple S will send you the cards and information regarding your Primary Medical Group and the Primary Physician the Insured assigned so you can access medical services immediately. You must receive your ID card by mail with 5 to 7 days from the date you were certified as eligible. If you do not receive your card within this period, you must contact ASES Customer Service at 1-800-091-2737, where they will inform you if your case is already registered in the system and the location of Triple S Service Office and their telephone number, so you can go there to get your card. If you do not agree with Medical Group or the Primary Care Physician, you have the right to request a change within 90 days from the date you received your plan ID card.

THIS YOUR ID CARD OF THE HEALTH PLAN OF THE GOVERNMENT OF PUERTO RICO

 TRIPLE-S SALUD Administración de Salud de Puerto Rico			
BENEFICIARIO MI SALUD ZUA8000000000000000		CC - 111F MPI 0080000000000000 PCP- Nombre del Médico Primario	
Effective Date	11/01/2011	Generalist	\$0
Issue Date	10/14/2011	Specialist	\$0
GMP	03309	Sub Specialist	\$0
Contract	Individual	Hospital	\$0
Relation	Mainholder	Emergency	\$2 / \$0
BN / PCN	010869 / HCR	Laboratory	\$0
BS Code	973	X- Rays	\$0
Coverages	AD8 DC8 FA8	PH- Group	212121
	HB8 MS8	M- Group	MF12121
		Los copagos dentro de la red preferida son \$0	

[Handwritten signature]

On the front of the card, you will find the following information:

- Your name and both last names;
- Your contract number;
- The group to which you belong;
- Your coverages;
- Your copayments and coinsurances.

Be sure that:

- You take your ID card with you when you visit your physicians, request laboratory or X-rays services or need health services.
- They give you your ID card back after you receive medical services.
- Each insured person in your family even if he is a baby, has his own ID card.
- You keep your card in a safe place to avoid losing and having to wait for a new card.

On the back of your ID card you will find the toll-free numbers for Tele-Mi Salud, Customer Service and the Mental Health Crisis helpline.

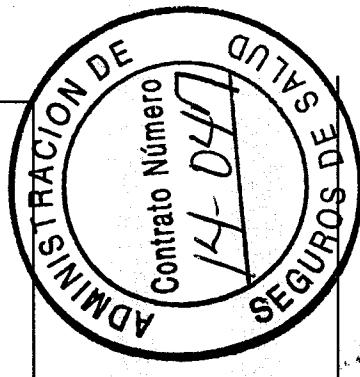
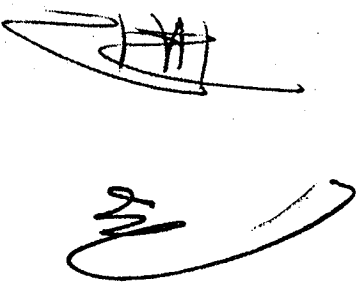
If you lose your card, you may request a duplicate by visiting the Insurance Company Service Centers or by calling Customer Service at the number that appears on the back of your card.

IMPORTANT:

No hospital can refuse emergency services for not having Mi Salud card. Under EMTALA you have the right to receive adequate emergency services, including evaluation and treatment of an emergency condition or delivery in Hospital Emergency Rooms.

FRAUD AND ABUSE

What is fraud?



Fraud affects adversely insured beneficiaries, health plans and professionals and entities that render health services. Fraud refers to any intentional and deliberate act to deprive another of property or money through deception or any other unfair action. It is done with the purpose of deceiving or making false misrepresentation with the purpose of obtaining a personal benefit or to benefit another person.

You have the responsibility of reporting any situation you understand may involve fraud against the Medicaid Program. Some examples of fraud are:

- Billing for medical services or procedures not actually performed.
- Billing for supplies or medications not dispensed.
- Lending an ID card to someone who is not entitled to it (misrepresentation) to obtain clinical services or medications
- Billing for a more costly payment that the one actually performed to obtain a higher payment.
- Submitting false documents to obtain reimbursements.
- Billing for the same service more than once.
- Providing false information in a health enrollment form.
- Billing for the dispensing of full prescription when the prescription was actually filled partially.
- Receiving services rendered by a provider that has been excluded from the Medicaid Program.
- Receiving reimbursement for services that are not medically necessary or that do not comply with the health care professional standards.

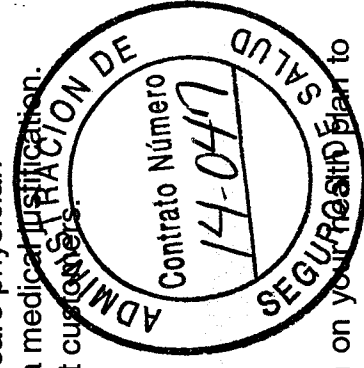
It is important that any illegal or fraudulent action be reported immediately to Triple S Complaint Unit, the Health Advocate Office or to ASES.

What is abuse?

It is the excessive and improper use of a product, Service or benefit, which results in unnecessary or excessive costs for the health care system.

Some examples are:

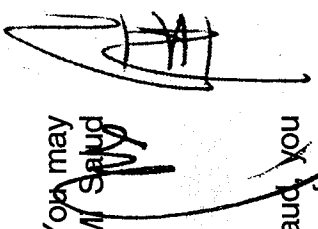
- Overuse of services that are not medically necessary, such as the constantly using the emergency room instead of going to the primary care physician
- Excess in the orders for diagnostic tests that do not have a medical justification.
- Waiving health plan copayments or coinsurances to attract customers.



What can I do to avoid fraud and abuse?

- Protect your ID card information: never provide information on your health plan to strangers or to callers by phone.

- Learn the terms of your coverage and keep a copy of the medical studies to avoid duplicating services. If you visit a doctor, keep a copy of your laboratory results and other tests performed and have on hand a list of the medications you are taking. In this way you will not have to repeat tests that will consume time and money.
- Verify the information before signing any insurance enrollment form or health service form
- Request and review the quarterly summary of the services you receive. You may request the summary of services directly to Triple S that provides you Mi Salud Services.



How can I report situations on fraud and/or abuse?

If you have information or suspicion that you have been a victim of health plan fraud, you may contact Triple S through Tele Mi Salud at the numbers that appear on the back of your ID card. You may also contact the Health Advocate Office at 787-977-0909 or, ASES at 1-800-981-2737 or by visiting Triple S, OPS or ASES Offices or Customer Service Centers.

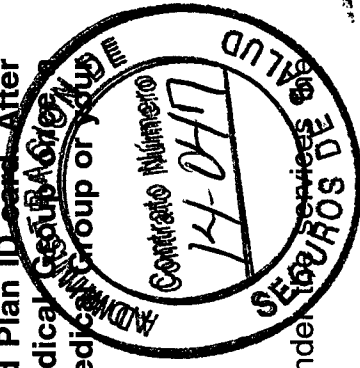
Your call or written communication will be handled confidentially and your Mi Salud Coverage will not be affected by this referral. If the investigation carried out shows that fraud was committed, the case will be referred to the corresponding authorities.

PRIMARY MEDICAL GROUP AND PRIMARY CARE PHYSICIAN

Can I change my Primary Medical Group or the Primary Care Physician?

Yes, you may change your Primary Medical Group or your Primary Care Physician either by visiting Triple S Service Centers or by calling Tele-Mi Salud at the number that appears on the back of your Mi Salud Plan ID card.

Changes to the Primary Medical Group – must be made during the first 5 days of the month, so the change becomes effective the next month, after the sixth days it would be effective after the next month. **you will only be able to change within the first 90 days following the date in which you received your Mi Salud Plan ID card. After this 90-day period, you may only change your Primary Medical Group or your Primary Care Physician at any time.**



The following events are considered a fair cause for a change:

1. The beneficiary moved out of the Region;
2. For moral or religious reasons, the provider does not render beneficiary needs;

3. The beneficiary needs services that must be rendered at the same time and the services are available. Not receiving all the services as ordered may put the beneficiary at risk unnecessarily.

Other acceptable reasons include, but are not limited to:

- a. bad quality of services,
- b. lack of access to covered services,
- c. lack of providers with experience to take care of the beneficiary's health care needs.

ASES will determine if the reason is a fair cause.

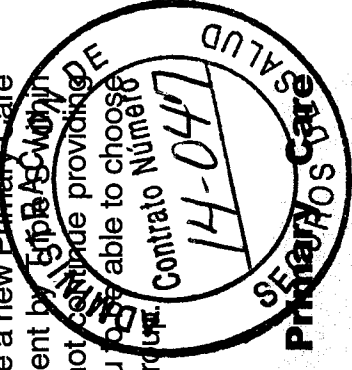
Changing the Primary Care Physician and the Primary Medical Group, (referred previous paragraph) must be made during the first 5 days of the month, so the change becomes effective the next month (e.g. If you make the change on January 5, the change will be effective on February 1). Nevertheless, if you change after the first 5 days of the month, the change will be effective on the subsequent month. (e.g. If you make the change on January 6, it will be effective on March 1).

To change the Primary Care Physician within the same Primary Medical Group, you only have to choose the new Primary Care Physician within same Primary Medical Group you have now and the change will be effective on the following month.

IMPORTANT:

The Medicaid Program is the only office authorized to make changes on your personal information and your residential address. You must notify the Medicaid Program of any changes such as changes in address, family group, marital status, your income, corrections to names, and dates of birth, among others.

Triple S must keep you informed when a Primary Care Physician, Specialist or Sub-specialist is no longer their medical service provider, so you can choose a new Primary Care Physician, Specialist or Sub-specialist. You must receive the notice sent by Triple S within 15 days from the date Triple S was informed that the provider will not continue providing services. Triple S must provide you in the notice the instructions for you to be able to choose a new physician among those with a contract in the Primary Medical Group.



Choosing the Primary Care Group and the Primary Care Physician

Remember that you have the freedom to choose the Primary Medical Group and the Primary Care Physician you want if you do not agree with auto-assignment made by Triple S. **The Primary Medical Group and the Primary Care Physician you choose must render services with the region to which you belong.**

You must choose a Primary Care Physician for each insured beneficiary in your family. The primary care physicians you use for you and your dependents that are included in the contract may be different, but they must belong to the same Primary Medical Group.

If you are a woman, you may choose a gynecologist/obstetrician in addition to any other Primary Care Physician. If you are pregnant, your Primary Care physician will be your gynecologist/obstetrician during your pregnancy. When your pregnancy ends you will go back to receive care from the primary care physician you chose: a Generalist, Internist, and gynecologist/obstetrician during your pregnancy. When your pregnancy ends you will go back to receive care from the primary care physician you chose: a Generalist, Internist, Family Practitioner, or Pediatrician for your baby. Your gynecologist will still be your other primary care physician to meet your gynecological situations.

IMPORTANT:

Remember, you must register your baby in the Medicaid Program before he is 90 days of age. You must bring with you the birth certificate.

RECERTIFICATION OF ELIGIBILITY

Once the Medicaid Program (PAM, for its acronym in Spanish) of the Health Department certifies you as eligible, you must attend all the appointments to all reevaluation appointments, so you don't lose your eligibility. If you lose eligibility you will lose the benefits of Mi Salud, because you will not have the benefits of your health plan. Triple S will send you a letter at 90 days, 60 days and 30 days before your eligibility ends as a reminder that you must visit the Medicaid Office in your hometown recertify your eligibility.

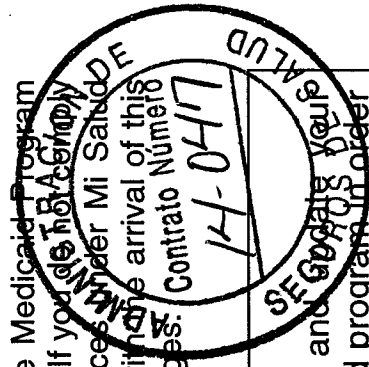
If you miss your recertification appointment, you must immediately to the Medicare Program Call Center at the toll-free number 1-885-400-4224 or visit your Medicaid Office located in your hometown to request a new appointment.

You must notify the Medicaid Program of any changes in address, income level, to add or disembroil dependents, make corrections to you address or name, inform changes in marital status (married, divorced widower, etc.)

If you are pregnant, when you have your baby, you must visit the Medicaid Program Office and submit the birth certificate to enroll the baby in Mi Salud. If you do not comply with this requirement, the baby will lose the right to receive services under Mi Salud de Health Plan of the Government of Puerto Rico. It is possible that with the arrival of this new baby you can obtain more benefits if your level of poverty changes. Contrato Número

IMPORTANT:

Remember, it is your responsibility to keep appointments and update your information and mailing address in the Office of the Medicaid program in order to receive communications related to your recertification. If you do not receive the notification from the Insurer, it is your responsibility to request the reevaluation appointment.



PUBLIC EMPLOYEE

If you are a public employee or a retiree from the Government of Puerto Rico and your payroll is processed by the Treasury Department, you may enroll in Mi Salud during the open enrollment period to choose public employees health insurance plans. If you choose Mi Salud, the employer contribution will go to ASES and you will pay the difference, if any.

You can also visit the Medicaid Program for them to evaluate your case and, if found eligible and medically indigent, you will not have to pay the difference, if any, between the premium and the employer contribution as it will be paid with government funds.

Medical indigence is granted for a period of 12 months. Triple S will send you a letter 90 days prior to the end of your eligibility period, reminding you that your eligibility is about to end and that you must visit your Medicaid Program Office located in your town of residence and request the reevaluation of your case

In case of public employees that are married, they may enroll in Mi Salud combining both employer contributions (known as joint enrollment) for your eligibility. Your employer will the contributions ASES, while you remain active and eligible under the Medicaid Program.

If after the evaluation, it results that you are no longer eligible to Mi Salud as medically indigent, you can enroll in Mi Salud as ELA Puro until the new health plan open enrollment period for public employees or you may enroll in any other health insurance plans contracted for public employees. It is your choice!

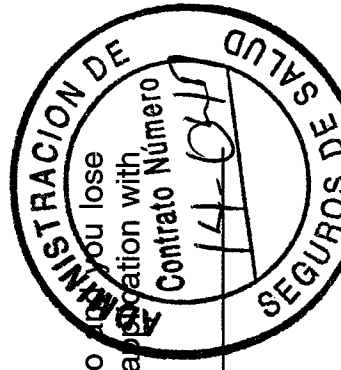
IMPORTANT:

Remember to attend on time to your eligibility reevaluations, so you do not lose your Mi Salud benefits.

What can I do if my eligibility to the Plan is cancelled?

If the Medicaid Program determined that you are no longer eligible to Mi Salud, and you are an employee or retiree of the Government of Puerto Rico, you have the right to enroll in Mi Salud Plan under ELA Puro with the 30 days following the date in which you lost your eligibility. In this way, you will not lose your medical coverage until the new government employee open enrollment period and you can choose any of the health plans contracted, including enrolling in Mi Salud.

If you are not an employee or retiree of the Government of Puerto Rico and you lose your eligibility, you may enroll in a Pago Directo Plan by submitting an application.



Triple S. You must complete the formalities within 30 days from the date your eligibility to Mi Salud was cancelled.

How can I enroll in another of the plans contracted for government employees?

If you decide to join another plan from among the plans contracted for government employees according to Law 95, which is not Mi Salud, before you enroll in the new plan you will have to go to the Medicaid Program Office in your hometown to cancel your eligibility. The cancellation of your Mi Salud coverage will be effective on the first day of the month following the date in which you requested your cancellation under the Medicaid Program.

If you do not cancel your eligibility to the Medicaid Program, ASES will continue receiving you employer contribution and you will have to pay the total premium of the Private Plan you chose.

IMPORTANT:

Remember that for you to be able to enroll in another plan, you must have lost your eligibility and may only enroll in another plan during the open health insurance enrollment period for the employees of the Government of Puerto Rico established by ASES.

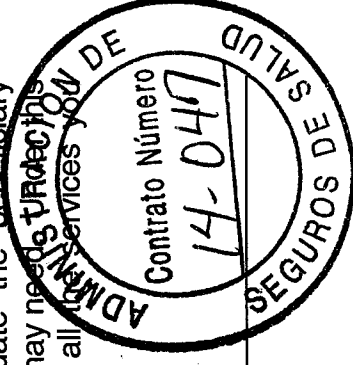
Can the members of the Police Department of Puerto Rico enroll in Mi Salud?

The members of the Police Department of Puerto Rico, their spouses and children may also enroll in Mi Salud Plan of the Government of Puerto Rico and the Police Department of Puerto Rico will transfer to ASES their employer contribution.

You must visit the Medicaid Program Office located in your town of residence to be certified under the Medicaid Program. This benefit will remain valid even if the member of the Police Department dies under any circumstance and as long as the widow does not re-marry and the children are under age 26 and are not married.

WHAT IS COORDINATED CARE?

Mi Salud uses a coordinated care model in which you health is under the care of a Primary Care Physician, who will be responsible to evaluate the beneficiary periodically and coordinate all the health services the person may need. This model your Primary Care Physician will keep an updated record of all the services you receive.



YOUR PRIMARY MEDICAL GROUP AND YOUR PRIMARY CARE PHYSICIAN

What is a Primary Medical Group?

Primary Medical Group (PCG)- is composed of several physicians who have joined to provide the services you need to keep you healthy. What was known as IPA, now it is known as PMG. Within this Group, there are physicians with different specialization which have been classified as Primary Care Physicians, among which there are:

- General Practitioners
- Family Physicians
- Pediatricians
- Gynecologists/Obstetricians
- Internists

Besides these five categories of Primary Care Physicians, under the new model of Mi Salud you will also have specialists, sub-specialists, laboratories, X-rays facilities and hospitals, among others, to form what we call the Preferred Providers Network of the Primary Medical Group. You have the freedom to visit the physicians and providers that are part of the Preferred Network without the need of a referral or copayment.

IMPORTANT:

Physical Exam - You must make an appointment with your Primary Care Physician for him to make your annual physical exam.

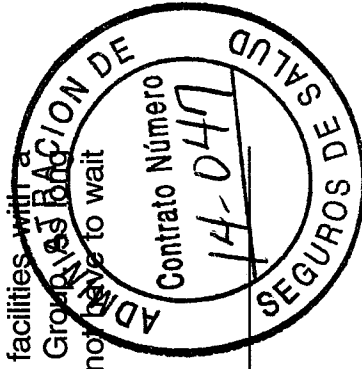
Routine Medical Appointments- services that are not urgent, but that present symptoms, must be coordinated within a term that does not exceed 14 days. Regarding routine mental services, the term should not exceed 15 days.

Appointment for urgent situations – as long there is not a risk of death or damage to the body or body organs, they must be obtained within a period of 24 hours..

These conditions must be treated at the medical office or offices with extended business hours, not at emergency rooms.

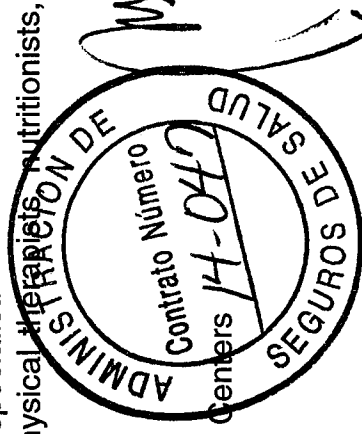
What is a Preferred Providers Network?

They are a Group of specialists, sub-specialists and health service facilities with a contract with Triple S to provide services under your Primary Medical Group. As long as you visit your Primary Medical Group Preferred Network, you will not have to wait for a referral or pay copayments.



The information below tells about some physicians and providers, without limiting to these specializations, that **may belong** to the Primary Medical Group of your choice:

- Specialists and sub-specialists (Cardiologists, Orthopedians, Rheumatologists, Endocrinologists, Urologists, Gastroenterologist, Oncologists and Psychiatrists, among others, without it being understood that it is limited to only these specialist.
- Ancillary medical services providers: Physical Therapists, Nutritionists, speech pathologists, among others:
- Clinical laboratories
- Specialized diagnostic tests
- Imaging Centers
- Cardiovascular Surgery and Catheterism Centers
- Hospitals
- Urgency Rooms
- Emergency Rooms



Another benefit you will now have under Mi Salud is that you will no longer need the countersignature of your Primary Care Physician on the prescriptions ordered by any other physician that is not your primary care physician, **as long as the physician ordering the prescription is part of the Preferred Network of your Primary Medical Group.**

For laboratory and X-rays services you will need an order from the prescribing physician, but the authorization of your Primary Care Physician, as long as you **receive the services at a laboratory or X-rays belong of Preferred Network to your Primary Medical Group.**

The preferred networks will guarantee Access, quality and availability of the health services to be rendered to beneficiaries.

Are all my specialists within the Preferred Network of my Primary Medical Group?

In case that the specialist or sub-specialist that you need is not part of the Preferred Network of your Primary Medical Group, your Primary Care Physician must give you a referral so you can visit a the specialists or sub-specialists outside the Preferred Network of your Primary Medical Group and you will have to pay corresponding copayments. Your Primary Care Physician will be the one to coordinate the visits to physician and providers of medical services outside the Preferred Network of Providers of your Primary Medical Group.

You may visit specialists or sub-specialists from Triple S's General Network of Providers as long as your Primary Care Physician gives you the corresponding referral and coordinates the visit, which will be subject to the applicable copayments.

If you wish to visit a specialist or sub-specialist that does not belong to the Preferred Network of your Primary Medical Group, when there is a physician with the same specialty in the Preferred Network of the Primary Medical Group , you will also need a referral from

your Primary Care Physician and you will be responsible of paying the corresponding copayment.

Referrals to visit a specialist must be provided within 5 days and, authorizations or preauthorizations for services must be provided within 72 hours. Non-compliance with these terms will be a reason to submit a complaint. Nevertheless, if you are in the Special Coverage Registry you will not need referrals from your Primary Care Physician, as long as the treatment you are going to receive corresponds to the diagnostic of the Special Coverage.

IMPORTANT:

Your Primary Care Physician is the only authorized to give you the referrals you need for your health condition. None of the Administrator, the Medical Director or the Board of the Primary Medical Group, cannot issue or authorize the referral. If your Primary Care Physician does not provide you the referral, you can request an administrative referral from Triple S by submitting a complaint. Triple S evaluates the grievance before to proceed with the final determination.

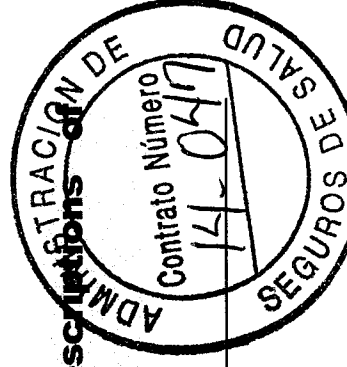
Triple S will mail to you the Directory of the Providers of the Primary Medical Group and General Directory.

What is Triple S General Network?

They are the specialists, sub-specialists and health services facilities Triple S has contracted to provide support to the Primary Medical Groups. This General Network of Triple S will be available to provide those services the beneficiary cannot obtain through the Preferred Network of his Primary Medical Group, as long as his Primary Care Physician gives him a referral.

To be able to receive services from Triple S General Network, you must obtain a referral from your Primary Care Physician and pay the corresponding copayments. Prescription drugs or other service orders issued by Triple S General Network will need the countersignature or authorization of your Primary Care Physician. That is, you will always have to go back to your Primary Care Physician for him to authorize the service ordered (laboratory, x-rays) and to countersign the prescription of the medications for the pharmacy to be able to dispense them.

Will I need the Countersignature on the Prescriptions of Medications?



No participating pharmacy of Mi Salud can request the countersignature of the Primary Care Physician on prescriptions ordered by specialists or sub-specialists that belong to the Preferred Network of the Primary Medical Group.

If the prescription of medications is from a specialist or sub-specialist that belong to Triple S General Network or the Preferred Network of another Primary Medical Group that is not the Primary Medical Group you chose, you will need the countersignature of Primary Care Physician for the prescription to be dispensed.

Remember, you must visit the specialists and sub-specialists within the Preferred Network of your Primary Medical Group, so you will not need the countersignature of your Primary Care Physician.

IMPORTANT:

Remember to use the specialists and sub-specialists within the Preferred Network of your Primary Medical Group, so you do not need the countersignature of your Primary Care Physician on your prescriptions.

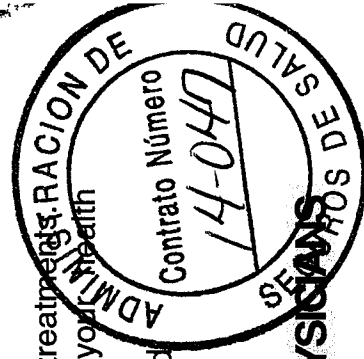
KNOW THE RESPONSIBILITY OF YOUR PRIMARY CARE PHYSICIAN

Your Primary Care Physicians is responsible of:

- Perform medical assessments relevant to your health.
 - To provide, coordinate and manage all health services and treatments that you and your family need.
 - Provide preventive health services to keep you healthy.
 - Provide care when you feel or are sick.
 - Tell you when he believes it is necessary that you visit a specialist or sub-specialist
 - Provide referrals when necessary, if you should visit a specialist or sub-specialist outside of the Preferred Network of Primary Medical Group or when you want a second opinion.
 - Coordinate visits to specialists or sub-specialists outside the Preferred Network of the Primary Medical Group
 - Provide the prescriptions for your medications or the orders for your treatments
 - Keep your medical record updated with all the information on your health conditions, medications, treatments, etc.
 - Consult with other health professionals about your diagnosis and treatment.
- Call or visit your primary care physician every time you need medical services.

HOW TO OBTAIN INFORMATION ABOUT PARTICIPATING PHYSICIANS

Triple S will mail you the Directory of Participating Physicians and Providers that are part of the Preferred Network of your Primary Medical Group, which also includes the



Medical Groups that belong to the Region. You will also receive the Directory of Triple S's General Network Physicians and Providers. These Directories will also be available in the Primary Medical Groups and at Triple S's Service Centers. The directories provide the following information about the physicians:

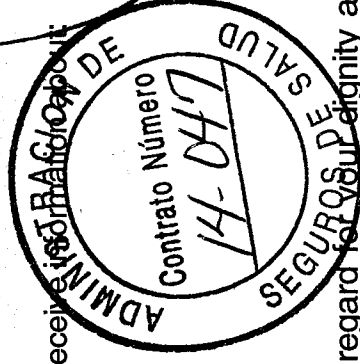
- Medical Specialty
- Name
- Address
- Telephone numbers
- Office days and business hours

You can contact Triple S to receive information on the providers available in your Region at the telephones that appear on the back of your ID card, calling Tele Mi Salud, going to Triple S's office or through Triple S's website. You may also contact your Primary Medical Group, which will provide information on the providers that belong to your Primary Medical Group.

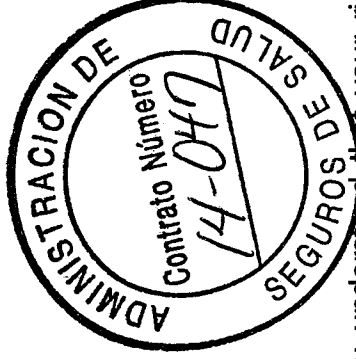
Besides, when you contact Triple S, you can request additional information on your providers such as, where the physician studies, what did he studied, certifications of specialties the physician has, as well as all the information required to practice medicine.

THESE ARE YOUR RIGHTS

- You have the right to demand to be kept informed and receive information about:
 - your health plan
 - health care facilities
 - health care professionals
 - health services covered,
 - access to contracted services.
- The right to be treated with respect and with due regard for your dignity and privacy.
- Select freely your Primary Medical Group, your primary care physician, laboratory, X-rays, hospital, specialist and sub-specialists available within the Preferred Network of Primary Medical Group
- Contact your primary care physician or specialist, freely and under the strict confidentiality.
- Be free to receive emergency services 24 hours a day, 7 days a week.



- Receive information about treatment alternatives and options available and, that these alternatives and options be presented to you in a manner appropriate to your condition and ability to understand.
- Participate in decisions regarding your health care, including the right to refuse treatment.
- Request a second opinion if you are interested in confirming a diagnosis or treatment plan.
- Express with advance directives, either verbally or in writing, your wish as to what treatment and services you want to be provided or do not want to be provided if you become unable to make such decisions.
- Be free from any form of restraint or seclusion used as a means of limitation, discipline, convenience or retaliation.
- Receive copies of your medical records.
- Receive highest quality services.
- Continuity of health care
- Access to adequate health services
- Filing complaints and appeals, when you understand that your rights have been violated by denial of, limitation of or, improper collection for services.
- Do not allow to be discriminated against for any reason
- Have the freedom to choose the pharmacy or dentist of your preference among those contracted by Triple S.



THESE ARE YOUR RESPONSIBILITIES

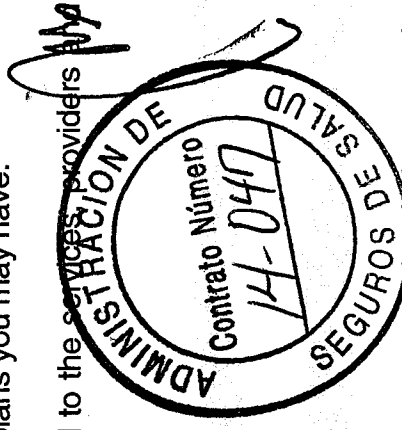
- Inform yourself about Mi Salud Coverage, its limits and exclusions.
- Give your physician all your health-related information.
- Inform your doctor of any changes in your health.
- Follow the medical treatment as recommended by your primary care physician, specialist or sub-specialist.
- Inform your physician when you do not understand an instruction or does not clearly understand what you are being inform.

- Inform your physician when there is a reason why you cannot comply with the recommended treatment.
- Recognize when you need to make changes to your lifestyle to benefit your health.
- Participate in any decision regarding your health.
- Communicating either verbally or in writing any advance directive you want to be fulfilled regarding your decision on medical treatment for the extension of your life.
- Maintain appropriate behavior, so your behavior does not affect or does not allow other patients to receive necessary medical care.
- Maintain an appropriate behavior, so your behavior does not affect the operation of Triple S Service Centers or prevent other beneficiaries from receiving the services provided at the Service Centers.
- Provide all the information on other health insurance plans you may have.
- Inform ASES of any fraud or improper action related to the services providers at health facilities.

EMERGENCIES AND URGENCIES

How do I know when it is an emergency?

“It is a medical condition that manifests itself by acute symptoms of sufficient severity (including severe pain) that a prudent layperson who has average knowledge of medicine and health would reasonably expect the absence of immediate medical attention to result in placing a person’s health in serious jeopardy, serious impairment of bodily functions or serious dysfunction of any bodily organ or part. In case of a pregnant woman that has contractions it may be that there is not enough time to transfer her to any facility before delivery or, that transferring her to a facility, may seriously jeopardize her health or the health of the unborn child.



When can I receive emergency services?

You just have to arrive at any emergency room throughout Puerto Rico. You do not need referrals or pre-authorization for emergency services.

You can also call the Tele Mi Salud at the toll-free number listed on the back of your Mi Salud ID card my. When you contact Tele Mi Salud for information and medical advice, you will be provided a code, so you do not have to pay copayments if you had to go to an ER.



And then, what is an urgency?

A medical condition that poses no risk of imminent death that can be treated in the doctor's office or in the facilities with extended hours and not in emergency rooms. Urgency can become an emergency if not properly dealt with at the right time.

How can I receive urgency services?

Visit or call your Primary Care Physician. If you have a urgency or a question about your health, you may call toll-free to the Tele Mi Salud hotline for medical information and advice. The telephone to this hotline, which is available 24 hours a day, 7 days a week, appears on the back of your Mi Salud ID card.

How can I receive services outside business hours from my Primary Care Physician, the Primary Medical Group or the Preferred Network of Providers?

You must consult the Directory of Providers Triple S provided you, to learn about the business hours of your physicians. In addition, the Directory gives you the number for Tele Mi Salud, so you can receive information and advice regarding your health condition as well as how to obtain services on extended hours.

If you understand that it is necessary to go to an emergency room, nobody can stop that right. When you use Tele Mi Salud for information and medical advice, they will provide you a code, so you do not have to pay copayments if you need to go to an emergency room. They will have to give you the code, regardless of your condition.

WHAT IS AN ADVANCE DIRECTIVE?

An Advance Directive is a written legal document which allows you to instruct your attending physician on your treatment preferences in case there is a moment that you lose your capacity to approve the treatment. The written document that states the Advance D is known as a living will.

The instructions regarding your treatment may be stated before a lawyer, who will prepare a legal document with your instructions or before your attending physician with two witnesses, of legal age and legal capacity, who are not relatives.

Your physician can provide you information on how you can exercise your right to advance directives. In case you are confined in a hospital, the staff from the Hospital Administration Office can provide you the necessary information and the forms you must fill out to validate your Advance Directives. You may also contact the Senior Citizens Advocate Office at 787-721-6121, who provides information booklets on this topic.



GRIEVANCES AND APPEALS

What is a grievance?

It is a formal complaint a beneficiary makes in writing, by telephone or by visiting any of Triple S's Service Centers, the Health Advocate Office (OPS, for its acronym in Spanish) or the Puerto Rico Health Insurance Administration (ASES, for its acronym in Spanish), requesting their intervention when you do not agree with any of the following determinations:

- They have denied or partially approved a service.
- They have reduced, suspended or terminated a Service previously authorized.
- They have denied the total or partial payment of a Service.
- You did not receive timely services.
- Triple S has not taken any action on any situation according to the terms established.
- Insurer's refusal to your receiving services outside the Preferred Network of your Primary Medical Group or outside Triple S General Network, if the covered Service is not available in the contracted networks or if there is a shortage of such services.

In addition, you may also file a complaint or a grievance if you feel dissatisfied with the quality of health services offered or the harsh treatment received from a provider or employee of the health facility you visited or if you feel that your rights as beneficiary have been violated.

How can you file a complaint?

You can call write or visit Triple S Service Centers for them to take your complaint. Your physician, a relative or a person authorized by you, can file the complaint on your behalf. Triple S staff can provide help for you to file your claim.

You have up to 365 days from the date of the event to file your complaint. Once Triple S receives your complaint, they will acknowledge receipt of your complaint within 20 days from the date they received it.

What is a Notice of Action?

After you receive the acknowledgement of receipt of your complaint, Triple S will send you another communication in which it will inform you the decision made on your complaint. This communication is known the Action Notice and you must receive it within a 30-day term. The time limit for Triple S to make its determination will not exceed 90 days from the date it received the complaint.

If they need additional time they could be granted up to 14 additional days after the 90 days as long as said extension is for the benefit of the beneficiary or when they need additional documents to be able to make the determination. The beneficiary may also request the 14-day extension if he needs to submit any additional evidence to support his case and does not have it available.

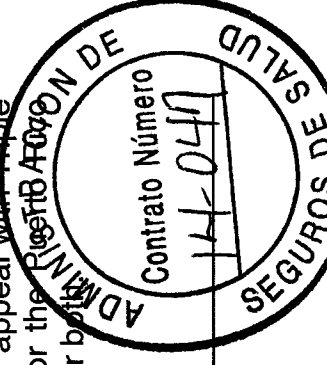
The request for an additional time extension must be submitted to ASES for your approval.

What can I do if I do not agree if the Notice of Action?

If you do not agree with Triple S's determination, you have the right to appeal the determination before Triple S, the Health Advocate Office (OPS, for its acronym in Spanish) or before ASES.

What is an appeal?

An appeal is a formal request that you file with Triple S, the Health Advocate Office or the Puerto Rico Health Insurance Administration (ASES, for its acronym in Spanish) when you do not agree with the determination (Notice of Action) or with the denial of a service, procedure, study, collection or payment. Once you receive the Notice of Action from Triple S, you have a period between 20 and 90 days to file your appeal with Triple S, the Health Advocate Office (OPS, for its acronym in Spanish) or the Health Insurance Administration (ASES, for its acronym in Spanish) or before ASES.



Who will hear your appeal?

Your appeal will be evaluated by a team of experts in your health condition that did not take part in the determination or in the notice of action that you received when you filed your complaint for the first time. In this way it is assured that it is fair, transparent and dependable.



How much time will they take to make a determination on my appeal?

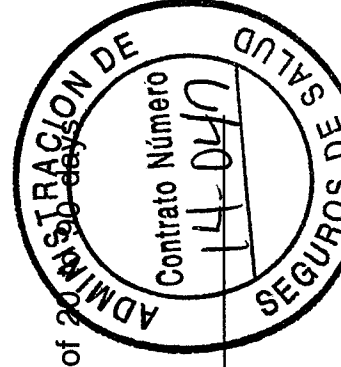
If it were an appeal in which your health condition does not affect you even more or your life is not at risk, you must receive the determination on your appeal within a period that does not exceed 45 days. However, is your health condition requires an expedite determination; you will receive an answer within a period of 3 days or less.

Triple S can request ASES a 14-day extension to send its determination, as long as this extension benefit the beneficiary or when you request it because you need more time to find evidence or data that may benefit your case.

If you understand that the final determination does not favor you, you may then appeal the determination before ASES or the Health Advocate Office, or both. If the unfavorable determination is sustained, you may request an Administrative Hearing before ASES or the Health Advocate Office between 20 to 90 days from the date you received the adverse decision. At this hearing all the parties will meet to try to reach a final agreement. If at the hearing the parties sustain the initial unfavorable decision, you may appeal the decision before a Court of First Instance of Puerto Rico.

TIME TO SOLVE REQUESTS, COMPLAINTS AND APPEALS

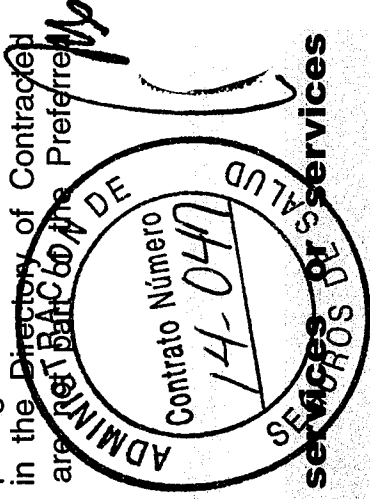
- To be able to receive services outside the preferred network, your Primary Care Physician must give you a referral or the referrals in a period that does not exceed 5 days.
- Authorizations for covered services must be granted within a period that does not exceed 72 hours.
- Expedite authorizations for covered services must be given within 24 hours.
- Determinations on standard complaints must be notified to the affecter parties within a term that does not exceed 90 days.
- The beneficiary can appeal the determination within a period of 20 days after receiving the notice of action.



- The notices of action on standard appeals must be set to the affected parties within a period that does not exceed 45 days. Triple S may request a 14-day extension, as long as it is for the benefit of the beneficiary.
- Decisions on expedited appeals will always depend on the patient's health condition and may not exceed 3 days. They may request a 14-day extension as long as it is for the benefit of the beneficiary.
- The beneficiary may request an Administrative Hearing before ASES between 20 to 90 days from the date you received notification of action on your appeal

DENTAL SERVICES

Dental services are free choice services and do not need referrals, that is, you can visit the dentist whenever you need dental services. You can visit your dentist as you have always done, as long as they are participating dentists of Mi Salud. The information on participating dentists is included in the Directory of Contracted Providers which Triple S will mail to you. Dentists are also listed in the Preferred Provider Networks.



MENTAL HEALTH SERVICES

How can I receive mental health services or services against drug dependence?

Mental Health services and services against substance abuse are directly contracted by ASES. To receive these services you do not need a referral from your Primary Care Physician, you may request these services by yourself when you understand it is necessary.

Mi Salud offers integrated Mental Health and Physical Health services. Under Mi Salud you can receive Mental Health services at the same facility where you visit your Primary Care Physician.

This means that when your Primary Care Physician detects that you need Mental Health Services, he does not have to send you to another office to receive the services. The psychologist and social worker will be there physically at least two days a week during the regular business hours of your Primary Medical Group.

Depending on the severity of the condition, it may be necessary that you receive the services at the Mental Health facilities APS Healthcare has throughout the Island.

When you fill out your enrollment form at Triple S's Service Centers, among the materials you will receive there will be information about APS Healthcare that will provide you detailed information on the services they offer and how to obtain them when you need them. In

addition, the Directory of Providers will indicate the address and telephone numbers of the providers that render Mental Health Services in your Region. For additional information regarding the services and benefits, you may refer to the Mental Health Coverage Section this Guide offers.

You may also contact Tele Mi Salud helpline if you do not know where to go. Tele Mi Salud will provide you all the information you need to this regard or you may contact the Mental Health Crisis Hotline at the numbers that appear on the back of your card.

PREVENTIVE SERVICES

Your Government of Puerto Rico Health Plan offers you a variety of services under preventive services.

What are preventive services?

Are health care services offered to will help you keep your health in optimal condition. If you have any condition, preventive services will help you have better knowledge of your condition, so you can keep it under control and prevent that it gets worse deteriorating your health. These services not only will help you understand your condition, but also will tell you what to do to keep you healthy. Refer to the Preventive Service Coverage found in this Guide, so you find out all the services covered under Mi Salud.

To keep your health in optimal conditions you must:

- Maintain health nutrition.
- Exercise, such as walking, at least 30 minutes 4 to 5 days a week
- Avoid being overweight.
- Be calm and in peace.
- Take a few minutes daily to relax. This will help you reduce stress.
- Get enough rest.
- Do not smoke.
- Do not use drugs or alcohol.
- Visit or consult your doctor whenever you feel sick.

Triple S will provide you the Preventive Services, as required by Mi Salud and some additional services about which Triple S will provide information in booklets to be added to this Enrollee Manual.



HIV-AIDS

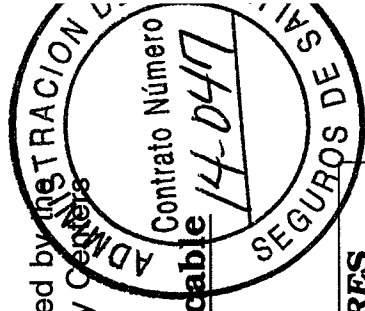
If you are diagnosed with the Acquired Immunodeficiency Syndrome or the Human Immunodeficiency Virus (HIV), your Primary Care Physician must request that you be included in the Special Coverage Registry. Once the Insures includes you in the Special Coverage Registry, they will mail you a letter authorizing you to receive services under the Special Coverage. This letter will include information on the effective date and the expiration of this coverage.

This letter will allow you to Access all the services and treatments for your condition without referrals, countersignatures on your prescriptions or Service orders for laboratory, X-rays services, among others, from your Primary Care Physician.

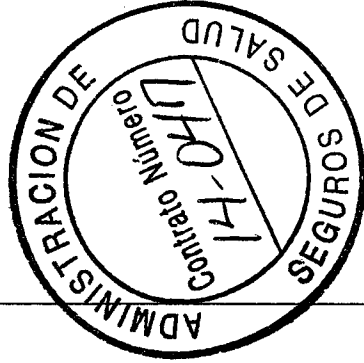
There are certain medications for your HIV/AIDS condition that will be provided by the Health Department, which may be acquired through the following Immunology Centers and Pharmacies:

Centers for the Prevention and Treatment of Communicable Diseases (CPTET, for its acronym in Spanish) **Updated as of August 2010**

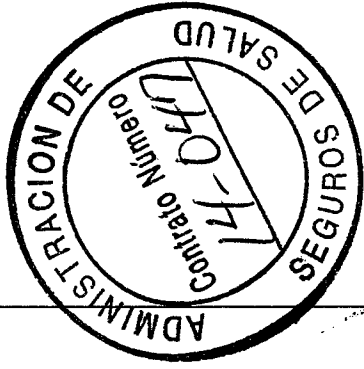
REGION	Coordinator	TELEPHONE/FAX	ADDRESS
ARECIBO	Dr. Evelyn Reyes García INTERNIST	(787) 878-7895 (787) 881-5773 (787) 879-3388	Antiguo Hosp. Distrito Carr. 129 hacia Lares Box 897 Arecibo, PR 00618
Contracted Pharmacies:	Farmacia Garcia (en Hatillo) Lcdo. Daniel Mahiques	(787) 898-3975 (787) 820-9048 fax	121 Calle Vidal Feliz Hatillo, PR
	Farmacia Camuy Health Services, Inc.	787-898-2660 787-262-4822	53 Avenida Muñoz Rivera Camuy
	Farmacia CDT Quebradillas	787-895-2670 787-895-1540	Calle Muñoz Rivera Quebradillas
	Farmacia Centro de Salud de Lares, Inc.	787-897-3610 787-897-2725	Carretera 111 KM 1 HM 9 Lares
	Farmacia Ciales Primary Health Care Services, Inc.	787-871-0601 787-871-3960	Carretera 149 KM 12.3 Ciales
	Farmacia San Miguel	787-898-5764 787-262-3984	127 Avenida Dr. Susoni Hatillo



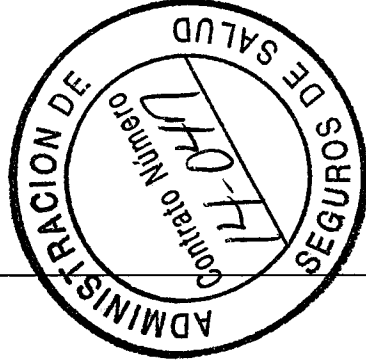
REGION	Coordinator	TELEPHONE/FAX	ADDRESS
	Farmacia García	787-898-3975 787-820-9048	121 Calle Vidal Feliz Hatillo
CPTET BAYAMON	Dr. Aileen Romero (Administrator) Physicians: Dr. Francisco R. Bellaflores (Internist) Dr. Verónica Pérez (Family Physician)	(787) 787-5151 Ext. 2224 / 2435 (787) 787-5154 (d) (787) 787-4211 (787) 778-1209 fax	Hosp. Regional Bayamón Dr. Ramón Ruiz Arnau Ave. Laurel Santa Juanita Bayamón, PR 00956
Contracted Pharmacies:	Farmacia Caridad 4	787-269-3140 787-269-0022	Carretera 862 KM 1.9 Bayamon
	Farmacia Centro de Salud Integral en Comerio	787-875-3375 787-875-4230	18 Calle Georgetti Comerio
	Farmacia Centro de Salud Integral en Corozal	787-859-2560 787-859-5390	Calle Nueva Final Corozal
	Farmacia Centro de Salud Integral en Naranjito	787-869-1290 787-869-1800	Barrio Achiote Sector Desvío Naranjito
	Farmacia Plaza 3	787-785-0000 787-785-2387	57 Calle Barbosa Bayamon
CPTET CAGUAS	Dr. Gloria Morales	Ext. 11142, 11150 (787) 744-8645 (787) 746-2898 fax	Hosp. San Juan Bautista Apartado 5729 Caguas, PR
Contracted Pharmacies	Farmacia Arleen Lcdo. Roberto Peirats	(787) 746-5952 (787) 744-3397	Urbanización Villa del Rey Caguas, PR
	Farmacia Central	787-852-0520 787-850-5500	11 Calle Noya y Hernández Humacao
	Farmacia COSSMA	787-852-2551 787-937-0062	50 Calle Ulises Martínez Norte Humacao
	Farmacia COSSMA	787- 937-0058 787-037-0064	186 Calle Muñoz Rivera San Lorenzo
	Farmacia COSSMA	787-739-8182 787-714-1444	Carretera 172 Avenida El Jíbaro, Cidra
	Farmacia Gurabo	787-737-2311	Carretera 941 Salida



REGION	Coordinator	TELEPHONE/FAX	ADDRESS
	Community Health Center	787-737-1242	Barrio Jaguas, Gurabo
	Farmacia Hospital Ryder Memorial	787-852-0768 787-850-1444	Avenida Font Martelo Humacao
Satellite Clinic Humacao		(787) 640-0980	Centro Comercial Humacao Ave. Font Martelo 100 Humacao, PR
Contracted Pharmacies:	Farmacia Central Lcdo. Julio Garriga	(787) 852-0520 (787) 850-5500	#11 Calle Nolla y Hernández Humacao, PR
	Farmacia Centro de Salud Integral en Orocovis	787-867-6010 787-867-6008 fax	Carretera 155 Salida Desvío Orocovis
	Farmacia Sonia	787-837-2666 787-837-4602 fax	61 Calle Comercio Juana Díaz
	Farmacia Centro de Salud Integral en Barranquitas	787-857-5923 787-857-1730 fax	Calle Barceló Salida A Comerio Barranquitas
	Farmacia Centro de Salud Familiar de Patillas	787-839-4320 787-271-0004 fax	99 Calle Guillermo Riefkhol Patillas
CPTET CAROLINA	Farmacia Centro de Salud Familiar Dr. Julio Palmie	787-839-4150 787-839-3989 fax	Calle Morse Esquina Valentina Arroyo
	Dr. Milton Garland Médico Internista	(787) 757-1800 Ext. 454, 459 (787) 257-3615 (d) (787) 257-3615 fax	Hosp. Universitario de Carolina P.O. Box 8969 Carolina, PR 00984-3869
Contracted Pharmacies:	Farmacia Hospital Universitario Dr. Federico Trill	787-757-1800 787-750-4214	Carretera 3 KM 8.3 Carolina
FAJARDO	Dr. Arturo Hernández Médico Generalista Dr. Jorge Ruiz Médico Infectólogo	(787) 801-1992 (787) 801-1995 (787) 801-6767 (787) 863-5487 fax	Calle Rafael #55 Fajardo, PR
	Farmacia Denirka Lcdo. Gil Nieves	(787) 863-7788 (787) 863-1422	305 Ave. General Valero Fajardo, PR 00738
Contracted Pharmacies:	Farmacia Concilio de Salud Integral	787-876-2042 787-876-2005	Carretera 187 INT 188 Loíza



REGION	Coordinator	TELEPHONE/FAX	ADDRESS
	Farmacia Denirka	787-863-7788 787-863-1422	305 Avenida General Valero Fajardo
CPTET MAYAGUEZ	Dr. Ramón Ramírez Ronda Médico Infectólogo	(787) 884-2110 (787) 884-2115 (787) 884-2118 Ext. 4634 (787) 881-4495 fax	Centro Médico Mayagüez Hosp. Ramón Emeterio Betances, Suite 6, Ave. Hostos # 40 Mayagüez, PR 00680
Contracted Pharmacies:	Farmacia Migrant Health Center Western	787-896-1665 787-896-1690	Carretera 119 KM 35.2 San Sebastián
	Farmacia Centro de Prevención y Tratamiento de ETS	787-834-2115 787-834-6488	PR-2 KM 157.0 Antigua Casa Salud Mayaguez
	Farmacia Migrant Health Center	787-805-2920 787-805-4707	Carretera 1 KM 7.1 Mayaguez
	Farmacia Rincón Health Center	787-823-5555 787-823-2990	28 Calle Muñoz Rivera Rincón
CPTET PONCE	Sra. Ineabelle Alameda Clínica ETS Dr. Gladys Sepúlveda Coordinadora CIR Médico Infectólogo	787) 848-2000 (787) 848-5574 (d) (787) 844-2080 Ext. 1516 (787) 842-1948 fax (787) 259-4731 (787) 259-4046 (787) 842-8626 (787) 259-8998 fax	Antiguo Hosp. Distrito-Ponce Dr. José Gándara, ahora Hosp. San Lucas II Carr. Estatal, Bo. Machuelo 14 Ponce, PR 00731
Contracted Pharmacies:	Farmacia El Apotecario	787-844-2135 787-284-2135 fax	Urbanización La Rambla Ponce
	Farmacia El Tuque	787-844-2805 787-841-5551 fax	553 Ernesto Ramos Antonini Ponce
	Farmacia Sección de Prevención de ETS	787-843-2188 787-840-7427 fax	Antiguo Hospital Regional San Lucas 2, Ponce
	Farmacia Hospital General Castañer	787-829-5010 787-829-2913 fax	Carretera 135 KM 64.2 Castañer, Adjuntas
	Farmacia MedCentro Consejo de Salud de Puerto Rico	787-843-9370 787-843-9395 fax	1034 Avenida Hostos Ponce
	Farmacia Migrant Health	787-821-4511	23 Calle Montalva



REGION	Coordinador	TELEPHONE/FAX	ADDRESS
	Center	787-821-4511 fax	Guánica
NIVEL CENTRAL	Dr. Hermes Garcia Division Director Prevention and Treatment of Communicable Diseases	(787) 274-5504 (787) 274-5505 (787) 274-5501 (787) 274-5502 (787) 274-5508 fax	Antiguo Hosp. Psiquiatria Pabellón 1, Primer Piso Centro Médico Río Piedras, P.O. Box 70184 San Juan, PR 00936
CLETS (Medical Center, Río Piedras)	Dr. Hermes Garcia Internist	(787) 754-8118 (c) (787) 754-8128 (d) (787) 754-8127 (787) 754-8199 fax	P.O. Box 71423 Correo General San Juan, PR 00936-8523

IMPORTANT:

The Special Coverage is authorized for a specific time period. When this period expires, your physician must justify any extension that is medically necessary for your condition and will have to request your registration in the Special Coverage again.



HEPATITIS-C

If you were diagnosed with Hepatitis C, once laboratory tests are performed confirming that you have been infected with this disease, all the services and treatments will be provided through the Health Department. Your Primary Care Physician must inform your diagnostic to Triple S Disease Management Program, for Triple S to provide you information and coordinate your enrollment in the Hepatitis C Program of the Health Department.

This is your Benefits Coverage

Mi Salud offers a broad service coverage with a minimum of exclusion. Your services will not be reduced, limited or will be excluded because you had a preexisting conditions before enrolling in Mi Salud. You will either have to comply with a waiting period to receive any of the covered services. Services will be covered from the moment Medicaid grants your eligibility.

The information that follows details all the services covered:

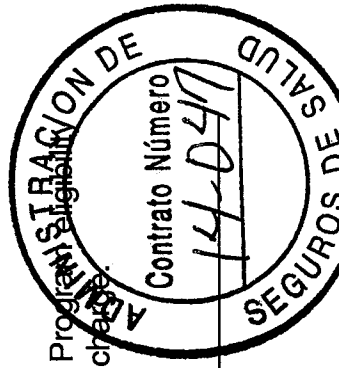
Preventive Services

- Vaccines – Provided by the Health Department. Mi Salud will cover the administration of the vaccines following the dates established in the schedule provided by the Health Department.

- Healthy Child Care - during the child's first 2 years of life.
- Healthy Child Care - One comprehensive annual assessment performed by a certified health professional. This annual assessment supplements the services for children and young adults is provided during the period established in the schedule of the American Academy of Pediatrics and Title XIX (EPSDT)
- Vision Test.
- Hearing exam, including the newborn hearing screening before they are released from the hospital nursery.
- Nutritional evaluations and tests.
- Laboratory tests and all the diagnostic and screening tests according to the beneficiary's age, sex and health condition.
- Prostate and gynecologic cancer screening according to the accepted medical practices, including Papanicolaou, mammography and PSA tests when medically necessary and according to the age of the beneficiary.
- Puerto Rico public policy sets the age of 40 years as a starting point for mammograms and breast cancer screening.
- Sigmoidoscopy and colonoscopy to detect colon cancer in adults aged 50 or more, classified by risk Group, according to the accepted medical practices.
- Education on physical, nutritional and oral health.
- Reproductive Health Counseling (Family Planning). Health Care Organizations, Insurers and Primary Medical Groups, through their providers, will ensure access to contraceptives, which will be provided, as available, by the Health Department.
- Syringes for the administration of medications at home.
- Health certificates covered under the Government Health Plan Mi Salud (Any other health certificates are excluded)
- Health Certificates that include tests for sexually transmitted diseases (VDRL) and tuberculin tests. The certificate must have the seal of the Health Department with a copayment that will not exceed \$5.00.
- Any certification for Mi Salud beneficiaries related to the Medicaid Program (e.g. Medications History) will be provided to the beneficiary free of charge.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



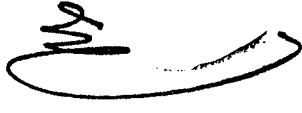
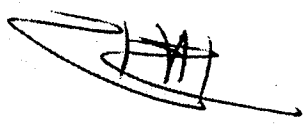
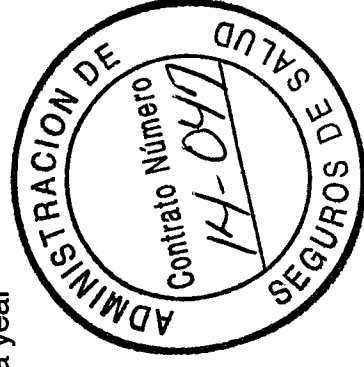
- Any copayment that applies to necessary procedures and laboratory tests for the issuance of a Health Certificate will the responsibility of the beneficiary..
- Annual physical exam and follow-up to diabetic patients according to treatment guidelines for the treatment of diabetic patients and the protocols of the Health Department.

Dental Services

You may visit the dentist of your choice that accepts Mi Salud. Covered dental services will be identified using the codes published by the American Dental Association (ADA) for the procedures established by ASES. The services that follow are covered under Mi Salud:

- Preventive services for children
- Preventive services for adults
- Restorative services
- A comprehensive oral exam
- A periodic oral evaluation every 6 months
- Limited oral evaluation- problem focused
- Intraoral X-rays complete series, including bitewings, every 3 years.
- One intraoral/periapical first film.
- Up to a maximum of 5 additional intraoral/periapical X-rays a year
- Bitewing single film a year
- One Bitewings double film a year
- One set of panoramic film every 3 years.
- Prophylaxis – adult, every 6 months
- Prophylaxis – children, every 6 months
- Topical fluoride application for children under age 19, every 6 months.
- Topical application of sealant, per tooth, on posterior teeth for beneficiaries up to 14 years old. Includes deciduous molars up to 8 years of age when it is medically

ms

necessary because of a tendency to cavities. This service is limited to one lifetime treatment.

- Resin composite restorations
- Amalgam restoration
- Pediatric therapeutic pulpotomy
- Stainless steel crowns for primary teeth followed by a pediatric therapeutic pulpotomy.
- Root canals
- Palliative treatment
- Oral surgery

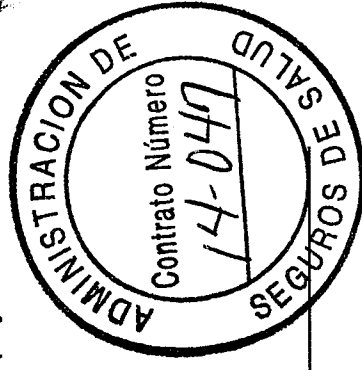
Handwritten signature

Diagnostic Testing Services

- High tech laboratories
- Clinical laboratories including, but not limiting to, any laboratory order with the purpose of diagnosing the disease, even if the diagnosis is an excluded condition or disease.
- X-rays
- Radiotherapy
- Electrocardiograms
- Pathology
- Arterial blood gases
- Electroencephalograms

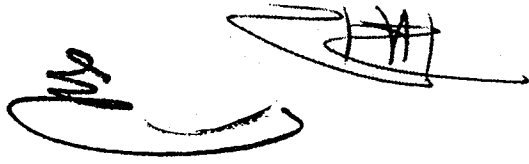
Ambulatory Rehabilitation Services

- Physical therapy – a minimum of 15 physical therapy treatments a year per condition, per beneficiary, when prescribed by an orthopedist or a physiatrist.
- Occupational therapy – unlimited
- Speech therapy – unlimited



Medical and Surgical Services

- Visits to primary care providers, including primary care physicians and nursing services.
- Treatments by specialists and sub-specialists, without referral, if they belong to the Preferred Network of your Primary Medical Group
- Treatments by specialists and sub-specialists outside the Preferred Network of the Primary Medical Group with a referral of the Primary Care Physician you chose.
- Physician home visits when it is medically necessary.
- Respiratory therapy, without limits
- Anesthesia services, except epidural anesthesia
- Radiological services
- Pathology services
- Surgery
- Use of ambulatory surgery facilities
- Diagnostic services for cases of learning disabilities
- Practical nurse services
- Voluntary sterilization for men and women of appropriate age after being previously informed on the consequences of the medical procedure. The physician must have the written consent of the patient.
- Prosthesis: includes the supply of all body extremities including therapeutic ocular prosthesis, segmented instrument tray and spinal fusion in scoliosis and vertebral surgery.
- Ostomy equipment for patients ostomized ambulatorily.
- Blood, plasma and their derivatives
- Services to patients with chronic kidney disease in the first two levels (levels 3 to 5 are included in the Special Coverage).
- Breast reconstruction surgery after a mastectomy because of cancer.
- Treatments and surgery in cases of morbid obesity



Ambulance Services

- Sea, air and land transportation will be covered within Puerto Rican territory limits in cases of emergency. These services do not require preauthorization or precertification.



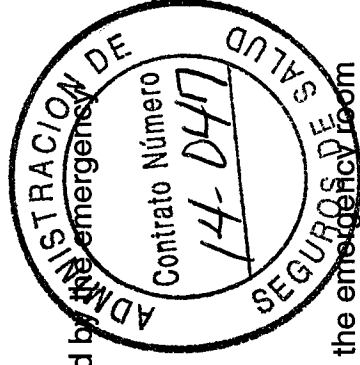
Maternity and Prenatal Services

- Women have the freedom to choose a gynecologist/obstetrician among the providers of the Primary Medical Group or from Triple S General Network or any gynecologist/obstetrician, subject to the final coordination with the provider. The different interventions until the confirmation of the pregnancy are not part of this coverage. Any procedure after the pregnancy is confirmed will be Triple S's risk.
- Pregnancy tests
- Pre-natal services'
- Services of the physician and an obstetric nurse during a normal delivery, c-section and in any other complication that may arise.
- Maternity hospitalization or for pregnancy secondary conditions , when medically recommended.
- Hospitalization of at least 48 hours for the mother and the newborn in case of a vaginal delivery and of 96 hours in case of c-section.
- Anesthesia, except epidural anesthesia
- Use of incubator, unlimited
- Nursery room care for the newborn
- Circumcision and dilatation services for the newborn
- Transportation of the newborn to tertiary facilities
- Assistance of a Pediatrician during a c-section or high risk delivery..

Emergency Room Services

- Visits, medical attention, routine emergency room necessary services.
- Services for trauma
- You do not need a preauthorization or a precertification to receive these services.
- Use of emergency room and surgery
- Necessary and routine emergency room services
- Respiratory services, without limitations
- Treatment by a specialist or a sub-specialist when requested by the emergency room physician.
- Anesthesia, excluding epidural anesthesia
- Surgical supplies
- Clinical laboratory tests
- X-rays
- Drugs, medications and intravenous solutions to be used in the emergency room
- Blood, plasma and their derivatives, without limitations

Emergency services outside Puerto Rico will be covered only for the federal population according to non-participating providers' fees in Puerto Rico.

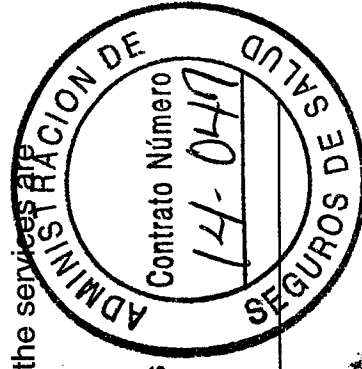


Hospitalization Services

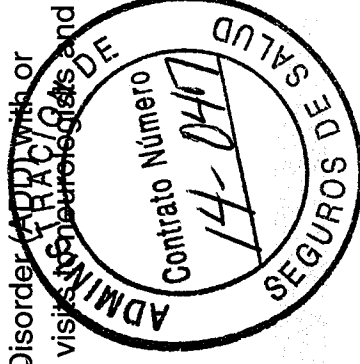
- Semi-private room, available 24 hours a day, year round
- Isolation room for medical reasons
- Nursery
- Meals, including specialized nutrition services
- Regular nursing services
- Use of specialized rooms such as surgery room, recovery room, treatment and delivery room, without limitations
- Drugs, medications and contrast agents, without limitations
- Materials such as bandages, gauze, plaster bandages or any other therapeutic dressing materials
- Therapeutic and maintenance care services, including the use of the necessary equipment to render the service
- Specialized diagnostic tests such as electrocardiograms, electroencephalograms, arterial blood gases, and other specialized test available at the hospital and necessary during the beneficiary's hospitalization.
- Supply of oxygen, anesthesia and other gases, including their administration
- Respiratory therapy, without limitations.
- Rehabilitation services while the patient is confined in the hospital, including physical, occupational and speech therapy.
- Blood, plasma and their derivatives, without limitations

Mental Health Services

- Evaluation, screening and treatment to individuals, couples, families and groups
- Ambulatory services rendered by psychiatrists, psychologists and social workers
- Hospital and ambulatory services for substance abuse and alcoholism
- Intensive ambulatory services
- Emergency and crisis intervention services available 24 hours a day, 7 days a week
- Detoxification services for beneficiaries that use illegal drugs, have had suicidal attempts or accidental poisoning
- Administration of and treatment with Buprenorphine (requires preauthorization)
- Clinics for injectable extended-release medications
- Escort, professional assistance and ambulance services when the services are necessary
- Prevention services and secondary education
- Pharmacy coverage and access to medications within 24 hours
- Laboratory tests that are medically necessary



- Treatment for patients diagnosed with Attention Deficit Disorder (ADD) with or without hyperactivity. This includes, but is not limited to, visits to psychiatrists and tests related to the treatment of this diagnosis.
- Consultations and coordination with other Agencies.



Mental Health Hospitalization Services

- Partial hospitalization services for cases referred by a psychiatrist for primary phase diagnostic and treatment, according to the parity provisions of Law 408 of October 2, 2000.
- Hospitalization that presents a mental pathology that is not drug abuse when referred by a psychiatrist for primary phase diagnosis and treatment, according to the parity provisions of Law 408 of October 2, 2000

Pharmacy Services

- Copayments for prescribed medications if not included in the medications list.
- Medications included in the Preferred Medications List (PDL)
- Medications included in the Master Formulary are covered through the exception processes.

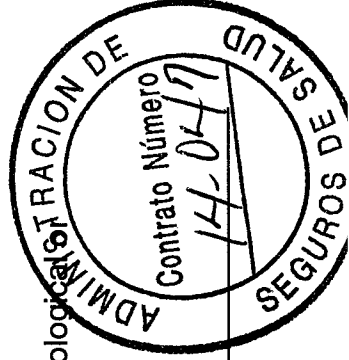
Services Excluded from the Basic Coverage

- Services to patients not eligible to Mi Salud
- Services for non-covered illnesses or trauma
- Services for automobile accidents covered by the Administration of Compensation for Automobile Accidents (ACAA, for its acronym in Spanish)
- Accidents on the job that are covered by the State Insurance Fund Corporation
- Services covered by another insurance or entity with primary responsibility (third party liability)
- Specialized nursing services for the comfort of the patient when they are not medically necessary
- Hospitalizations for services that can be rendered on an outpatient basis
- Hospitalization of a patient for diagnostic services only
- Expenses for services or materials for the patient's comfort such as telephone, television, admission kits, etc.
- Services rendered a patient's relative (parents, children, siblings, grandparents, grandchildren, spouse, etc.)
- Organ and tissue transplants
- Weight control treatments (obesity or weight increase for aesthetic reasons)

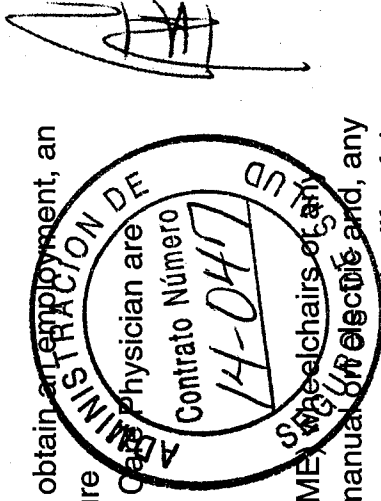
- Sports medicine, music therapy and naturopathy
- Tuboplasty, vasovasectomy and any other procedure to restore the ability to procreate
- Cosmetic surgery to correct physical appearance defects
- Services, diagnostic tests ordered or provided by naturopaths, chiropractors, iridologists and osteopaths
- Mammoplasty or plastic reconstruction of breast for aesthetic purposes only
- Ambulatory use of fetal monitor
- Services, treatment or hospitalization as a result of induced, non-therapeutic abortions or their complications. The following are considered induced abortions (code and description)
 - ✓ 59840 – Induced abortion – dilation and curettage
 - ✓ 59841 – Induced abortion – dilation and expulsion
 - ✓ 59850 – Induced abortion – intra-amniotic injection
 - ✓ 59851 – Induced abortion – intra-amniotic injection
 - ✓ 59852 - Induced abortion – intra-amniotic injection
 - ✓ 59855 - Induced abortion – by one or more vaginal suppositories (e.g. prostaglandin) with or without cervical dilation (e.g. laminate) including admission and visits, expulsion of the fetus and afterbirth
 - ✓ 59856 - Induced abortion – by one or more vaginal suppositories (e.g. prostaglandin) with dilation and curettage or evacuation
 - ✓ 59857 - Induced abortion – by one or more vaginal suppositories (e.g. prostaglandin) with hysterectomy (failed medical evaluation)
- Rebetron or any other prescribed medication for Hepatitis C treatment, both treatment and medications are excluded from the Mental Health and Physical Coverages. The medications as well as the treatment will be provided by the Hepatitis Program of the Health Department. For additional information refer to the Hepatitis Section previously mentioned in this Handbook.
- Epidural anesthesia services
- Polisomnography studies
- Services that are not reasonable or necessary according to the regulations accepted in the practice of medicine. Services rendered in excess to those normally required for diagnostics, prevention, diseases, treatment, injury or organ system dysfunction or pregnancy condition.
- Mental health services that are not reasonable or necessary according to the accepted regulations for the practice of medical Psychiatry or the services rendered in excess to those usually required for the diagnostic, prevention and treatment of a mental illness.
- Treatment for chronic if it is determined that the pain is of psychological or psychosomatic.
- Treatment to stop smoking
- Educational tests, educational services

Ms

A



- Peritoneal dialysis or hemodialysis services (Covered under the Special Coverage)
- New or experimental procedures not approved by ASES to be included in the Basic Coverage.
- Custody, rest and convalescence one the disease is under control or in irreversible terminal cases
- Expenses for payments issued by the beneficiary to a participating provider, without a contractual limit to do it
- Neurological and cardiovascular surgeries and related services (Services covered under the Special Coverage)
- Services received outside the territorial limit of the Commonwealth of Puerto Rico
- Expenses incurred as a result of procedures or benefits not covered by MI Salud.
- Maintenance prescriptions and laboratories required for the continuity of a stable healthy condition, as well as any emergency that may alter the result of the preferred procedure will be covered.
- Judicial order for evaluations for legal purposes
- Psychological/Psychometric tests and evaluations to obtain an employment, an insurance or a related administrative/judicial procedure
- Travel expenses, even when ordered by the Primary Care Physician are excluded.
- Eyeglasses, contact lenses and hearing aids
- Acupuncture services
- Rental or purchase of durable medical equipment (DME) such as wheelchairs or any other means of transportation for the disabled, be it manual or electric and, any expense for the repair or alteration of said equipment, except when the life of the patients depends on this service. The determination regarding this exception is Triple S's responsibility.
- Procedures for sex changes, including hospitalizations and complications.
- Services for the treatment of infertility and services related to conception by artificial means.



Special Coverage Services under risks of ASES

Beneficiaries have the freedom to choose the providers for these services among the providers in the Preferred Network of the Primary Medical Group or Triple S's General Network, Differential diagnostic interventions up to the verification of the final diagnosis are not part of the Special Coverage. Any procedure performed after the diagnosis has been confirmed will be Triple S's risk

Medications, laboratory test, diagnostic test and other related procedures specified in this coverage as necessary for ambulatory treatment or convalescence are part of this coverage and do not require the preauthorization of the Primary Care Physician or of

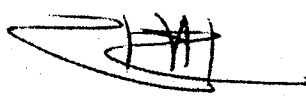
Triple S. Triple S must identify the patients included under this coverage to facilitate access to the contracted services. MI Salud Special Coverage will be activated when the beneficiary reaches the limit of any other Special Coverage he may have under any other plan.

The purpose of this coverage is to facilitate the effective management of beneficiaries with special health condition that require specialized medical attention. This Coverage will become effective when the diagnosis is confirmed through the results of tests or procedures performed..

The benefits under this coverage are::

- Coronary disease services and intensive care, without limitations
- Maxillary surgery.
- Neurosurgical and cardiovascular procedures, including pacemakers, valves and any other instrument or artificial device (Requires preauthorization)
- Peritoneal dialysis, hemodialysis and related services (Requires preauthorization).
- Clinical and pathological laboratory test that must be sent outside Puerto Rico for their processing (Requires preauthorization)
- Neonatal intensive care unit services, without limitations
- Treatment with radioisotopes, chemotherapy, radiotherapy and cobalt.
- Gastrointestinal conditions, allergies and nutritional evaluation for autistic patients.
- The following procedures and diagnostic tests, when medically necessary (Require preauthorization):

- ✓ Computerized Tomography
- ✓ Magnetic resonance tests
- ✓ Cardiac Catheterisms
- ✓ Holter Test
- ✓ Doppler Test
- ✓ Stress Test
- ✓ Lithotripsy

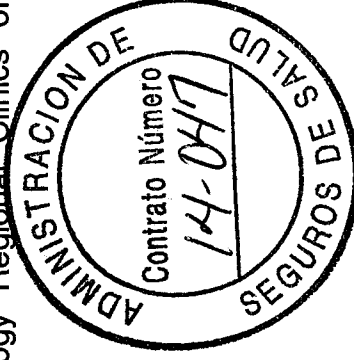


- ✓ Electromyography
- ✓ Tomography test (SPECT)
- ✓ Ocular Pletismography test (OPG)
- ✓ Impedance Pletismography (IPG)
- ✓ Other neurological cerebral-vascular and cardiovascular tests, invasive or non-invasive
- ✓ Nuclear Medicine tests
- ✓ Diagnostic Endoscopies
- ✓ Genetic Studies
- Physical therapy – up to 15 additional treatments per condition per beneficiary a year, when ordered by an Orthopedist or Psychiatrist (Require preauthorization from Triple S)
- General Anesthesia.
- ✓ General anesthesia for dental treatment to children with special needs.
- Hyperbaric chamber.
- Immunosuppressive drugs and laboratory tests required for the maintenance treatment of patients who have been operated to receive any transplant, which assure the stability of the beneficiary's health and the emergencies that may arise after this surgery.



- Treatment for the following conditions after being confirmed by the results of laboratory tests and the diagnosis has been established:

- ✓ Positive HIV Factor and Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) – Ambulatory and hospitalization services are included. You do not need a referral or preauthorization from Triple S or the Primary Care Physician for the visits and treatment at the Immunology Regional Clinics of the Health Department .
- ✓ Tuberculosis
- ✓ Leprosy
- ✓ Lupus



- ✓ Cystic fibrosis
- ✓ Cancer
- ✓ Hemophilia
- ✓ Aplásics Anemia
- ✓ Reumatoid Arthritis
- ✓ Autism
- ✓ OBG Obstetricians
- ✓ Post Organs Transplantation



ms

[Handwritten signature]

✓ Children with special needs, including the conditions described in the Manual of Diagnosis for Children with Special Needs of the Health Department, Office of Health Protection and Promotion, Habilitation Division (the manual) which is part of this part of this document, except:

- Asthma and diabetes, which are included in the Disease Management Program
- Mental disorders, and
- Mental retardation, behavior manifestations will be managed by the mental health providers under the basic coverage, with the exception of a catastrophic disease. Triple S must request ASES authorization for any special condition not included in the manual for which the Primary Care Group or the Primary Medical Group request the activation of the Special Coverage.

- Scleroderma
- Multiple Sclerosis y Amiotrófic Sclerosis Lateral (ALS)
- Services for the treatment of conditions resulting from self-inflicted damage or as a result of a felony committed by a beneficiary or negligence.
- Chronic renal disease in levels 3, 4 and 5. (Levels 1 and 2 are included in the Basic Coverage).

The following is a description of the stages of chronic renal disease:

Level 3 - FG (glomerular filtration - ml / min. bu 1.73 m² per unit of body area) between 30 and 59, a moderate decrease in kidney function

Level 4 - TFG between 15 and 29, a serious decrease in kidney function

Level 5 - TFG under 15, renal failure with probability of dialysis or kidney transplantation.

- The medications required for the ambulatory treatment of Tuberculosis and Leprosy re included under the Special Coverage. Medications required for the ambulatory treatment or hospitalization for beneficiaries diagnosed with AIDS or that are VIH positive are covered under the Special Coverage, except protease inhibitors, which will be provided by the Clinics for the Prevention and Treatment of Sexually Transmitted Diseases (CPTST, for its acronym in Spanish).

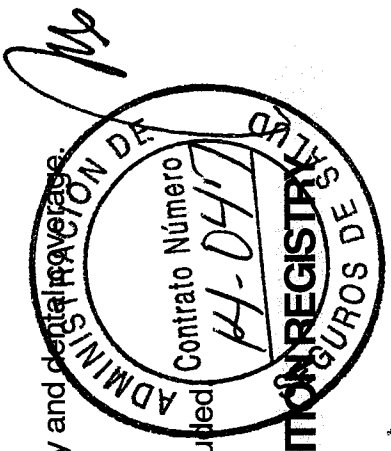
Services excluded from the Special Coverage

Exclusions and limitations under the Basic Coverage are not covered under the Special unless expressly included in the Special Coverage.

Medicare Coverage Services

For Medicare Parts A and B beneficiaries, the following factors will be considered to determine the Coverage to be offered:

- Beneficiaries eligible to Part A:
 - ✓ They will be offered the regular MI Salud coverage, excluding the benefits covered by Part A until they reach their limit. In other words, once you reach the benefit limit of Medicare Part A coverage, Mi Salud will be activated.
 - ✓ Part A deductibles are not included.
 - ✓ The payment of deductibles for the regular coverage will be according to the payment capacity table provided to all Mi Salud beneficiaries.
- Beneficiaries eligible to Parts A/B:
 - ✓ They are offered the regular Mi Salud pharmacy and dental coverage.
 - ✓ Part A deductibles are not included.
 - ✓ Part B Deductibles and copayments will be included.



DISEASE MANAGEMENT AND SPECIAL CONDITIONS

Chronic Disease Management

Triple S Salud has programs that will help you control your chronic diseases, such as Diabetes Mellitus, Hypertension, and Congestive Heart Failure (CHF). Obesity, Kidney Failure and Bronchial Asthma. To benefit from these programs you may call at 1-866-788-

6770. Triple S has a nursing and nutritionist staff available to manage your condition in coordination with the primary care physician.

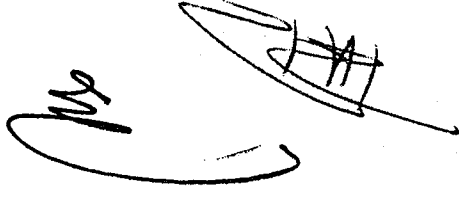
Case Management

Triple S Salud has a Case Management Program, which is designed to help you with the coordination of medically necessary services for high cost conditions or catastrophic diseases. This program has a staff of nurses, social workers and nutritionists to assist you. You physician, the hospital staff, your family or you may seek help through this program by calling at (787)277-6544.

Special Condition Registry

Your primary care physician, the personnel designated by the Primary Medical Group or the case coordinator of the Primary Medical Group can instruct you on the conditions that qualify for the special coverage. Any of them can help you to be included in the Special Coverage by sending all the necessary information on your medical condition to Triple-S Salud to the fax number (787) 774-4835.

ms



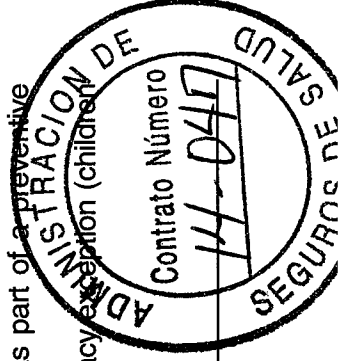
THESE ARE YOUR COPAYMENTS AND COINSURANCES

CO-PAYS & CO-INSURANCE - Effective on July 1st, 2013												
Services	Federal			CHIPS			Población Estatal			ELA*		
	100	110	230	300	310	320	330	300	310	320	330	400
HOSPITAL	HOSPITAL			HOSPITAL			HOSPITAL			HOSPITAL		
Admissions	\$0	\$3	\$0	\$3	\$5	\$6	\$20	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Nursery	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
EMERGENCY ROOM (ER)	EMERGENCY ROOM (ER)			EMERGENCY ROOM (ER)			EMERGENCY ROOM (ER)			EMERGENCY ROOM (ER)		
Emergency Room (ER) Visit	\$0	\$0	\$0	\$1	\$5	\$10	\$15	\$1	\$5	\$10	\$15	\$20
Non-emergency visit to a hospital emergency room.	\$3.80	\$3.80	\$0	\$15	\$15	\$15	\$15	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Trauma	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
AMBULATORY VISITS TO	AMBULATORY VISITS TO			AMBULATORY VISITS TO			AMBULATORY VISITS TO			AMBULATORY VISITS TO		
Primary Care Physician (PCP)	\$0	\$1	\$0	\$0	\$1	\$2	\$2	\$0	\$1	\$2	\$2	\$3
Specialist	\$0	\$1	\$0	\$1	\$1	\$3	\$4	\$1	\$1	\$3	\$4	\$7
Sub-Specialist	\$0	\$1	\$0	\$1	\$1	\$3	\$5	\$1	\$1	\$3	\$5	\$10
Pre-natal services	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
OTHER SERVICES	OTHER SERVICES			OTHER SERVICES			OTHER SERVICES			OTHER SERVICES		
High-Tech Laboratories**	\$0	50¢	\$0	\$1	\$1	\$2	\$3	\$1	\$1	\$2	\$3	20%
Clinical Laboratories**	\$0	50¢	\$0	\$1	\$1	\$2	\$3	\$1	\$1	\$2	\$3	20%
X-Rays**	\$0	50¢	\$0	\$1	\$1	\$2	\$3	\$1	\$1	\$2	\$3	20%
Special diagnostic Tests**	\$0	\$1	\$0	\$1	\$2	\$2	\$6	\$1	\$2	\$2	\$6	40%
Therapy - Physical	\$0	\$1	\$0	\$1	\$2	\$2	\$3	\$1	\$2	\$2	\$3	\$5
Therapy - Respiratory	\$0	\$1	\$0	\$1	\$2	\$2	\$3	\$1	\$2	\$2	\$3	\$5
Therapy - Occupational	\$0	\$1	\$0	\$1	\$2	\$2	\$3	\$1	\$2	\$2	\$3	\$5
Vaccines	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Healthy Child Care	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
DENTAL	DENTAL			DENTAL			DENTAL			DENTAL		
Preventive (Child)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Preventive (Adult)	\$0	\$1	\$0	\$0	\$1	\$2	\$3	\$0	\$1	\$2	\$3	\$3
Restorative	\$0	\$1	\$0	\$0	\$1	\$5	\$6	\$0	\$1	\$5	\$6	\$10
PHARMACY***	PHARMACY***			PHARMACY***			PHARMACY***			PHARMACY***		
Generic (Children 0-21)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$5
Generic (Adult)****	\$1	\$1	N/A	\$1	\$2	\$3	\$5	\$1	\$2	\$3	\$5	\$5
Brand (Children 0-21)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$10
Brand (Adult)****	\$3	\$3	N/A	\$3	\$4	\$5	\$7	\$3	\$4	\$5	\$7	\$10
Services	Federal			CHIPS			Población Estatal			ELA*		
	100	110	230	300	310	320	330	300	310	320	330	400

*Code 400 in ELA column refers to the population that subscribes as public employees of the Puerto Rico Government.

** Apply to diagnostic tests only. Copays do not applied to tests required as part of a preventive service.

***Copays apply to each drug included in the same prescription pad. Pharmacy exception (children 0-21) does not apply to 400 ELA employees.



****Co-pays for children 0-21 years of age are not applicable for Medicaid, Commonwealth medically indigent eligible, and for children 0-18 enrolled in the CHIP Program in group ages 0-21.

Co-pays may apply to children ages over twenty one (21) as well as to adults.

As established in 42 CFR 447.53(b) the following exceptions will be applicable for federal population under code 110:

(b) Exclusions from cost sharing. The plan may not provide for impositions of a deductible, coinsurance, copayment, or similar charge upon categorically or medically needy individuals for the following:

(1) Children. Services furnished to individuals under 21 years of age (and, at the option of the State, individuals under 21, 20, or 19 years of age, or any reasonable category of individuals 21 years of age or over but under 21) are excluded from cost sharing.

(2) Pregnant women. Services furnished to pregnant women if such services related to the pregnancy, or to any other medical condition which may complicate the pregnancy are excluded from cost sharing obligations. These services include routine prenatal care, labor and delivery, routine post-partum care, family planning services, complications of pregnancy or delivery likely to affect the pregnancy, such as hypertension, diabetes, urinary tract infection, and services furnished during the postpartum period for conditions or complications related to the pregnancy. The postpartum period is the immediate postpartum period which begins on the last day of pregnancy and extends through the end of the month in which the 60-day period following termination of pregnancy ends. States may further exclude from cost sharing all services furnished to pregnant women if they desire.

(3) Institutionalized individuals. Services furnished to any individual who is an inpatient in a hospital, long-term care facility, or other medical institution if the individual is required (pursuant to §435.725, §435.733, §435.832, or §436.832), as a condition of receiving services in the institution, to spend all but a minimal amount of his income required for personal needs, for medical care costs are excluded from cost sharing.

(4) Emergency services. Services as defined at section 1932(b)(2) of the Act and §438.114(a).

(5) Family planning. Family planning services and supplies furnished to individuals of child-bearing age are excluded from cost sharing.

(6) American Indians. Items and services furnished to an American Indian directly by an American Indian health care provider or through referral under contract health services.

Pharmacy Management Program

Program of 90 days dispensing for patients with chronic conditions: Providers can prescribe a 90-day supply for certain medications. This program allows the beneficiary to pay one (1) co-payment for a 90-day supply of medications instead of paying three (3) co-payments (co-payment per month).



