

ATTACHMENT 3

GHP-Universal Enrollee Guidelines Handbook

Puerto Rico Health Insurance
Administration



ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047A

Contrato Número

BENEFICIARY MANUAL

EMR



 **ASES**
ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO

Handwritten initials in blue ink.



Dear Enrollee:

We present to you the Enrollee Handbook that explains the services and benefits you have through the Vital Health Plan. We invite you to read it to learn in detail about the medical, hospital and drug benefits you are entitled to through the Vital Plan.

If you require a copy with larger letters or braille, for visually impaired people, in another language or audio CD, you can request a free copy from your health plan.

Your plan can help you answer any questions you have about your health care, ID card, benefit coverage, and contracted health care provider network.

It is important that we have your personal information up to date and your address. If your information has changed, you should contact the Medicaid Program at the call center at 787-641-4224. Remember to attend eligibility appointments so you can maintain Vital health plan benefits.

You can also contact the Government Health Plan free of charge at 1-800-981-2737, 1-833-253-7721, (TTY) 787-474-3389 and 1-888-984-0128.

At ASES, we are committed to serving you as you deserve.

Cordially,

Edna Y. Marín Ramos, MA
Executive Director

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD,

Nº 23 - 0047A

Contrato Número

TABLE OF CONTENTS

TABLE OF CONTENTS	3
WHO CAN I CALL FOR HELP?	5
WHAT INFORMATION CAN I FIND ONLINE?	5
YOUR RIGHT TO PRIVACY (HIPAA).....	6
DO YOU NEED HELP UNDERSTANDING THIS GUIDE?	6
DO YOU NEED HELP COMMUNICATING WITH PLAN OR READING WHAT THEY SEND YOU? ...	6
PART 1: GETTING STARTED	7
HOW DO I SIGN UP FOR VITAL?	7
WHAT IF I HAVE A NEWBORN?	7
HOW DO I KEEP MY VITAL BENEFITS?	7
HOW DO I CHOOSE A PLAN?	7
CAN I CHANGE MY PLAN?	8
CAN MY MEMBERSHIP WITH MY PLAN STOP?	8
HOW DO I REPORT CHANGES?	9
YOUR PLAN VITAL MEMBERSHIP CARD	10
PART 2: YOUR PRIMARY CARE PHYSICIAN AND OTHER DOCTORS.....	11
HOW CAN I SEE MY PCP?.....	12
WHAT IF IT'S AN EMERGENCY AND I NEED CARE AFTER MY PCP'S OFFICE CLOSSES?.....	13
CAN I CHANGE MY PCP?	14
WHAT HAPPENS AFTER I ASK FOR THE CHANGE?	14
WHAT ABOUT OTHER DOCTORS OR PROVIDERS I NEED TO SEE?	15
HELP WITH GETTING TO YOUR HEALTH CARE VISITS	16
PART 3: SERVICES VITAL PAYS FOR	17
GENERAL INFORMATION.....	17
DENTAL SERVICES.....	18
MENTAL HEALTH, ALCOHOL AND DRUG ABUSE SERVICES.....	18
PHARMACY SERVICES	19
NON-COVERED SERVICES.....	19
PART 4: WILL I HAVE TO PAY TO GET HEALTH CARE SERVICES?	20
COPAY CHARTS.....	21
PART 5: SPECIAL PROGRAMS	25
SPECIAL COVERAGE	25
SPECIAL COVERAGE FOR HIV-AIDS	27
CARE MANAGEMENT	28
PART 6: FOR YOUR PROTECTION	28
YOUR RIGHTS	28
YOUR RIGHT TO PRIVACY (HIPAA).....	29
YOUR RESPONSIBILITIES.....	30

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 2.3 - 0.04.7A

Contrato Número

ADVANCE DIRECTIVES	31
FRAUD AND ABUSE	31
PART 7: COMPLAINTS AND APPEALS	31
NEED TO MAKE A COMPLAINT ABOUT YOUR CARE?	31
WHAT HAPPENS IF MY COMPLAINT ISN'T FIXED?	32
WHAT IS AN APPEAL?	32
WHAT WILL HAPPEN WHEN MY PLAN GETS THE APPEAL?	33
WHAT CAN I DO IF I DON'T AGREE WITH THE DECISION?	34
CAN I KEEP GETTING SERVICES DURING MY APPEAL OR HEARING?	34
PART 8: HOW VITAL WORKS WITH OTHER HEALTH INSURANCE	34
HOW VITAL WORKS WITH MEDICARE	34
HOW VITAL WORKS WITH OTHER INSURANCE	35
HOW VITAL WORKS IF YOU ARE A PUBLIC EMPLOYEE OR RETIREE	36
HOW VITAL WORKS IF YOU ARE A MEMBER OF PUERTO RICO POLICE DEPARTMENT	36
DEFINITIONS	37

EMR

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD ,

Nº 23 - 0047A

Contrato Número

WHOCANI CALLFORHELP?

If you are having an emergency, call 911.

If you need physical and/or mental health counseling, you can contact your plan's Medical Counseling Line at 1-800-XXX-XXXX, twenty-four (24) hours a day, seven (7) days a week; TTY/TDD users should call 1-800-XXX-XXXX.

Your plan's Customer Service Line 1-800-XXX-XXXX; TTY/TDD users should call 1-800-XXX-XXXX Monday through Friday from 7:00 a.m. to 7:00 p.m.



Medicaid Program Call Center
787-641-4224 www.medicaid.pr.gov



ASSMCA (Linea PAS) Mental Health Service Line
1-800-981-0023



Patient Advocate Office Toll-free 1-800-981-0031 TTY 787-710-7057



Puerto Rico Health Insurance Administration (ASES) VITAL 1-800-981-2737
TTY 787-474-3389 www.planvitalpr.com

WHAT INFORMATION CAN I FIND ONLINE?

For the provider directory, orientation and education materials and an electronic copy of this guide visit our web page: <http://www.planvitalpr.com>

For information on the Plan Vital access: <http://www.planvitalpr.com> For information about Medicaid programs: www.medicaid.pr.gov/

For more information on patient protections: www.opp.pr.gov/

EMR

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047A

Contrato Número

AS

YOUR RIGHT TO PRIVACY (HIPAA)

There are laws that protect your privacy. The Government of Puerto Rico, your plan, and your doctors can't tell others certain facts about you. Read more about your privacy rights in Part 6 of this guide.

Your plan has provisions governing the confidential nature of information about Vital Plan enrollees, including legal penalties imposed for misuse and improper disclosures. You may request a copy of these provisions from your health plan's Customer Service Offices.

DO YOU NEED HELP UNDERSTANDING THIS GUIDE?

If the information provided in this guide is confusing or if you have any questions, call the (MCO Name) Beneficiary Service Line at 1-800-XXX-XXXX, TTY/TDD users should call 1-800-XXX-XXXX.

DO YOU NEED HELP COMUNICATING WITH (MCO NAME) OR READING WHAT THEY SEND TO YOU?

(MCO NAME) should have this guide and all materials available written in Spanish and English. You may also ask your plan to submit this guide, or any material written in other languages or other formats such as large print, audio CD, or Braille. Materials in other languages or formats are free.

If you speak another language, your plan will provide an interpreter to help you understand. This interpreter service will be free of charge. Call your plan at 1-800-XXX-XXXX, TTY/TDD users should call 1-800-XXX-XXXX.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD .

Nº 23 - 0047A

Contrato Número

EMR

AP

PART 1: GETTING STARTED

HOW DO I SIGN UP FOR VITAL?

Anyone who wants to know if they qualify to enroll in Plan Vital can visit their local Medicaid Office. They will evaluate the information and tell you if you are eligible for the Vital Plan.

To find out where your Medicaid Office is, call the Medicaid Program Call Center at 787-641-4224. The call is free. You can also visit the www.medicaid.pr.gov website.

WHAT IF I HAVE A NEWBORN?

If you have a newborn, visit your Medicaid Office and give them a copy of the newborn's birth certificate to enroll the newborn in Plan Vital. If you do not do this, the newborn cannot get services under Plan Vital. When you have a newborn, you also might be able to access other benefits, so it is important to visit the Medicaid Office, so they can offer you additional information.

HOW DO I KEEP MY VITAL PLAN BENEFITS?

To keep your Vital Plan benefits, you must assist to all your Medicaid appointments. Your plan will send you a letter 90 days, 60 days and 30 days before the day when your Plan Vital benefits expire. These letters will remind you that you must go to your local Medicaid Office to maintain your eligibility active in Plan Vital.

If you miss your appointment, call the Medicaid Program call center at 787-641-4224 or visit your local Medicaid Office to ask for a new appointment.

HOW DO I CHOOSE A PLAN?

Once you sign up for Plan Vital, you can choose your plan. (MCO Name) will work with you and your doctors to keep you healthy.

The Enrollment Counselor does not work for any Managed Care Organization (MCO) or any providers. They are neutral. They can give you information about Vital Plan and its benefits. They can tell you about the choices available to you and help answer your questions. They can't choose for you. They can help you:

- Choose a new Manage Care Organization or MCO (insurance company) or change to a different MCO.
- If you change your plan, they can also help you change your Primary Care Physician (PCP) or Primary Medical Group (see more information in Part 2 of this guide).

EMR

AP

You can contact the Enrollment Counselor for support:

- By phone at 1-833-253-7721 Monday through Friday from 8:00 a.m. to 6:00 p.m. TTY/TDD users should call 1-888-984-0128.
- Visiting the Medicaid Offices

If you do not choose a plan, one will be chosen for you.

CAN I CHANGE MY MCO (Insurance company)?

Yes, you can request to change your current MCO. Once you have chosen an MCO (insurance company) or one has been chosen for you, you will have 90 days to request a change to get enrolled under another MCO. You can also change your MCO once a year, during the "Open Enrollment Period", that occurs from November 1st. to December 15.

If you want to change your MCO, call the Enrollment Counselor at 1-833-253-7721 Monday to Friday from 8:00 a.m. to 6:00 p.m. or visit your local Medicaid Office. TTY/TDD users should call 1-888-984-0128.

You can also ask to change from your current MCO at any time, if you have certain reasons as:

- You are not able to access services or providers
- You cannot get all related services you need at one time from the doctors, healthcare professionals and service facilities that work with your plan.
- You are receiving poor-quality of care
- You ask for a service that your MCO does not cover because of moral or religious reasons.
- Your MCO does not have doctors that are experienced in dealing with your health care needs

If you want to change (MCO Name) for one of these reasons, you may request a change of MCO to the Enrollment Counselor. ASES will decide if you can change or if you must wait until the Open Enrollment Period. If you do not like the decision ASES makes, you can ask them to reconsider. If the decision is still not to your liking, you can ask for an administrative hearing.

CAN MY MEMBERSHIP WITH (MCO NAME) STOP?

Yes, your membership with (MCO Name) will stop if you:

- Lose eligibility for Plan Vital
- Move outside of Puerto Rico
- Are sent to prison
- Let someone else to use your Plan Vital member card

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047A

Contrato Número



- Move to a long-term care nursing facility or intermediate care facility for the developmentally disabled.

You will not lose your membership with (MCO Name) if:

- You have changes in your health
- You are using more health care services

You also might want to stop your membership with (MCO Name) if you no longer need your Plan Vital (Medicaid) benefits. If this happens, let your Medicaid Office and your MCO know about it.

HOW DO I REPORT CHANGES?

Plan Vital and (MCO Name) are committed to helping you. To support your needs, we need your help. Please remember to let your Medicaid Office and your MCO know of any changes that may affect your membership or benefits. Some examples include:

- You are pregnant.
- You have a newborn
- You have changes in your family group (for example, you get married, someone in your family dies, and someone in your family reaches age 21)
- You move or your phone number changes
- You or one of your children has other health insurance
- You have a special medical condition.
- You move outside of Puerto Rico
- Your income changes (for example, you lose your job or get a new job)

To report a change, call the Medicaid Program call center at 787-641-4224 or visit your local Medicaid Office.

It is important that you make sure your contact information is up to date with your local Medicaid Office. This is important because Medicaid and your MCO send you important information about your Vital Plan coverage and benefits by mail. If they don't have your current address, you could lose your Vital Plan benefits. To report a change, call your plan at 1-800-XXX-XXXX or visit your local Medicaid Office; TTY/TDD users should call at 1-800-XXX-XXXX.

EMR

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047A


Contrato Número

AD


YOUR PLAN VITAL MEMBERSHIP CARD

Everyone in Plan Vital has a member card. This is an example of how it will look:

Logo Plan



<p>Nombre del beneficiario: < Insertar Nombre del Beneficiario > MPI: < Insertar número MPI > Fecha de efectividad: < Insertar Fecha de Efectividad > Cubierta F/C: < Insertar Código de Cubierta > Nombre del PCP: < Insertar Nombre PCP > Nombre del GMP: < Insertar Nombre GMP > Número del GMP: < Insertar GMP# ></p> <p>Beneficios de Farmacia: BIN/PCN: 010868/HCR RX GROUP: RX Preferido: < \$ > RX No Preferido: < \$ ></p> <p>No co-pagos para niños menores de 21 y mujeres embarazadas. Co-pagos en la Red Preferida : \$0.</p>	<p>Co-pagos fuera de PPN: Generalista: < \$ > Especialista: < \$ > Subespecialista: < \$ > Hospital: < \$ > ER: < \$ >/No ER Hosp: < \$ > No ER No Hosp: < \$ > Lab: < \$ >/ Rayos X: < \$ > Dental Prev: < \$ >/ Rest: < \$ ></p>
---	--



Esta tarjeta no podrá ser utilizada bajo ninguna circunstancia por otra persona que no sea el asegurado identificado. La posesión de esta tarjeta no garantiza la elegibilidad a los beneficios. This ID may under no circumstances be used by a person other than the identified enrollee. Possession of this card does not guarantee eligibility for benefits.

En el caso que usted necesite servicios de emergencia puede marcar el 911 ó ir a cualquier Sala de Emergencias a través de todo Puerto Rico sin la necesidad de referidos ni pre-autorizaciones. In case you need emergency services you can call 911 or arrive at any ER throughout Puerto Rico without any referral or pre-authorization. Usted puede evitar co-pagos consultando la Línea de Consejería Médica, disponible 24 horas los siete días de la semana, antes de visitar la Sala de Emergencias. You can avoid co-payments by consulting the Medical Advise Line, available 24 horas, seven days a week, before visiting the emergency room.


Logo Plan

Servicio al Cliente
Salud Física y Mental:

(TTY)
24/7 Línea de Consejería Médica:

(TTY):
Emergencia emocional o psicológica
24/7 línea PAS 1-800-981-0023
 para recibir ayuda.

Si usted tiene información o sospecha sobre un posible caso de fraude o abuso llame a:
If you have information or suspicion of a possible case of fraud or abuse, call:
Línea de Alerta de Fraude y Cumplimiento:
 1-866-933-9336



ADMINISTRACION DE
 SEGUROS DE SALUD .

Nº 23 - 0047A

Contrato Número

EMR

AD

Each member in your family will have his/her own ID card, even if he/she is a newborn. Your member card has important information like:

- Your ID number (MPI)
- How to access emergency services
- Any copay you will pay for health services

- Your plan's free phone number (on the back of your card)
- The phone number for the free Plan Vital Service Line and the free 24/7 Plan Vital Medical Advice Line (on the back of your card).

If you need to use your health benefits before you get your member card, use your Notice of Decision formulary given to you by your Medicaid Office.

Remember to:

- Always carry your member card with you.
- Keep your member card in a safe place so you don't lose it.
- Take your member card when you go to the doctor or to the emergency room.
- Be sure they give you your member card back.

Your Member Card is only for you. **Don't let anyone else use your card.** If your card is lost or stolen, you can ask your plan for a new card. You can visit the plan's Service Offices or call at 1-800-XXX-XXXX. TTY/TDD users should call at 1-800-XXX-XXXX. The phone call is free.

PART 2: YOUR PRIMARY CARE PHYSICIAN AND OTHER DOCTORS

When you sign up with your plan, you must choose a doctor or "Primary care Physician" (PCP). This is the main person you will see for most of your health care. This includes checkups, treatment for colds and flu, health concerns and health screenings. Your PCP can find and treat health problems early. He or she will have your medical records. Your PCP can see your whole health care picture. Your PCP keeps track of all the care you get.

There are different types of doctors who are PCPs, like:

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

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047A

Contrato Número

You must choose a PCP for each insured member in your family. Your family members can have different PCPs.

If you are a woman over age 12, you can also choose a gynecologist to be your PCP. If you are pregnant, your PCP could be your obstetrician during your pregnancy. When your pregnancy ends you will go back to your regular doctor, but your gynecologist will still take care of your gynecological needs. You may choose a pediatrician or a family physician for your newborn or one will be chosen for you.

To choose your PCP, call your plan at 1-800-XXX-XXXX; TTY/TDD users should call at 1-800-XXX-XXXX. If you do not choose a PCP, then one will be chosen for you.

A Primary Medical Group is a group of doctors that help coordinate your health care services and work with your plan to make sure you get the care you need. Your ID Card shows the name of your PCP and your Primary Medical Group number.

HOW CAN I SEE MY PCP?

If you need an appointment, call your PCP. It is free to make appointments with them. It is important that you keep your appointments with your PCP. If you cannot make it for any reason, call the PCP's office right away to let them know.

If your PCP is new to you, you should get to know him/her. Call to get an appointment as soon as you can. This is even more important if you've been getting care or treatment from a different doctor. We want to make sure that you keep getting the care you need. If you feel ok, you should call to get a checkup with your PCP.

Before you go to your first appointment:

1. Ask your previous PCP to give you your original medical records. This is free of charge. Bring your original medical records to your new PCP at your first visit. This will help your new PCP learn about your health.
2. Call your PCP to schedule your appointment.
3. Have your Member Card ready, when you call your PCP.
4. Say you are a Plan Vital member and give them your MPI number.
5. Write down your appointment date and time. If you're a new patient, the provider may ask you to come early. Write down the time they ask you to be there.
6. Make a list of questions you want to ask your doctor. List any health problems you have.
7. If you need a ride to the appointment and have no other way to get there, call your plan or your Municipality. They can help you get a ride.

On the day of your appointment:

1. Bring a list of all your drugs and your questions with you so your doctor will know how to help you.
2. Be on time for your visit. If you cannot keep your appointment, call your PCP to get a new time.
3. Take your ID card with you. Your PCP may make a copy of it.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047A

Contrato Número

EMR
AD

WHAT IF IT'S AN EMERGENCY AND I NEED CARE AFTER MY PCP'S OFFICE CLOSES?

Most PCPs have regular office hours. (MCO Name) Provider Directory will tell you when your doctors' offices are open. Most Primary Medical Groups also have clinics that have an extended schedule but, you can call your plan's Medical Counseling Line at any time.

You can get emergency health care any time you need it. Always carry your Plan Vital Member Card with you. In case of an emergency, doctors will know you have Plan Vital. If you call your plan's Medical Counseling Line before you go to the emergency room, you will not have to pay a copay.

(MCO Name) Medical Counseling Line is 1-800-XXX-XXXX; TTY/TDD users should call at 1-800-XXX-XXXX.

Emergencies are times when there could be danger or damage to your health if you don't get medical care right away.

Emergencies might be things like:

- Shortness of breath, not able to talk
 - A bad cut, broken bone, or a burn
 - Bleeding that cannot be stopped
 - Strong chest pain that does not go away
 - Strong stomach pain that doesn't stop
 - Seizures that cause someone to pass out
 - Not able to move your legs or arms
 - A person who will not wake up
 - Drug overdose
- you've never had before

These are usually not emergencies:

- Sore throat
- Cold or flu
- Lower back pain
- Earache
- Stomachache
- Small, superficial cuts
- Bruise
- Arthritis
- Headache, unless it is very bad and like

If you think you have an emergency, go to the nearest hospital Emergency Room (ER). If you can't get to the ER, call 911.

If you need emergency care, you don't have to get an authorization from anyone before you get emergency care.

If you are not sure if it's an emergency, call your PCP. You can call your plan's Medical Counseling Line at any time. Your PCP can help you get emergency care if you need it.

You can also call Plan Vital call center for advice. The phone number is on the back of your ID Card. You can call twenty-four (24) hours a day, seven (7) days a week.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD,

Nº 23 - 0047A

13 Contrato Número

EMR
JP

CAN I CHANGE MY PCP?

Yes, you can change your PCP at least once (1) a year. There are other reasons why you may need to change your PCP. For example, you may want to see one whose office is closer to you. To change your PCP, you must call your plan to corroborate whether the change may be performed.

You could also change to a new Primary Medical Group if the PCP you want to see is in a different Primary Medical Group. Most of the time, after the first 90 days of signing up with your plan, you can change your Primary Medical Group at any time for some reasons, like if:

- Your PCP can't give you the care or treatment you need because of ethical (moral) or religious reasons.
- Your PCP can't give you all the services you need at the same time, and not getting services at the same time is risky for your health.
- You get bad quality care.
- You can't access the services you need.
- Your PCP doesn't have experience to take care of your health care needs.

For orientation and to make the change, call your plan at 1-800-XXX-XXXX, TTY/TDD users should call at 1-800-XXX-XXXX.

Another reason why your PCP or Primary Medical Group could change is if your PCP or Primary Medical Group stops working with your plan. If this happens, your plan will send you a letter letting you know your new PCP or Primary Medical Group. If you want to change your PCP or Primary Medical Group, call at 1-800-XXX-XXXX, TTY/TDD users should call at 1-800-XXX-XXXX.

WHAT HAPPENS AFTER I ASK FOR THE CHANGE?

Once you make the change with your plan, it will take some time for the change to be effective. If you make the change in the first 5 days of a month, it will be effective in the next month. For example, if you make the change on January 5, it will be effective on February 1. But if you make the change after the first 5 days of the month, it will be effective the month after next. For example, if you make the change on January 6, it will be effective March 1.

You should keep seeing your old PCP until the change is effective. You cannot start seeing your new PCP until the effective date.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047A

Contrato Número

EMR
AP

WHAT ABOUT OTHER DOCTORS OR PROVIDERS I NEED TO SEE?

Besides your PCP, you may also need to see other doctors and health care providers, like specialists. A specialist is a doctor who gives care for a certain illness or part of the body. One kind of specialist is a cardiologist, who is a heart doctor. Another kind of specialist is an oncologist, who treats cancer. There are many kinds of specialists.

Besides specialists, you may also need to go to other healthcare professionals and healthcare facilities to get care, like laboratories, x-ray facilities, or hospitals. The doctors, other health care professionals and service facilities that work with your plan and your Primary Medical Group are called the Preferred Provider Network.

The other doctors, other health care professionals and service facilities that work with your plan are called the General Network. When you sign up with your plan, they will mail you a Provider Directory for the Preferred Provider Network and the General Network. These lists are also on your plan website. Your Primary Medical Group and your plan's Service Offices also have a copy of the lists. For more information about how Vital Plan works if you have Medicare, look at Part 8 of this guide.

Preferred Provider Network

The doctors, other health care professionals and services facilities who work with your Primary Medical Group are called the Preferred Provider Network.

There are benefits to seeing the doctors, other health care professionals and service facilities in the Preferred Provider Network:

- You can visit any of the doctors and service facilities in the Preferred Provider Network for free.
- If you visit the doctors, healthcare professionals and service facilities in your Preferred Provider Network, you don't need to go to your PCP first to get a referral.
- If you get any of the following services within the Preferred Provider Network, you don't need your PCP to sign off:
 - Prescription drugs
 - Laboratory tests
 - X-rays

To get more information about your Preferred Provider Network, you can:

1. Call your plan at 1-800-XXX-XXXX, TTY/TDD users should call at 1-800-XXX-XXXX.
2. Call Vital Plan call center at 1-800-981-2737, TTY/TDD users should call at 787-474-3389.
3. Go to your MCO Name Service Centers
4. Call your Primary Medical Group

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047A

Contrato Número

EMR
AP

General Network

The general network is the health care professionals and services facilities that work with your MCO Name and that support the Primary Medical Groups. If the doctor or provider you need to see isn't in your Preferred Provider Network, they might be in your plan's General Network. You can see any doctor or provider in your plan's General Network if you go to your PCP first to get a referral. If you need a referral, your PCP must give you one during your visit or within 24 hours after you ask for one.

Your PCP will coordinate your visits to doctors or providers in the General Network.

You might need to pay money for these visits. Look at Part 4 of this guide for more information about payments.

If you get any of the following by a provider in the General Network, your PCP will have to sign off:

- Prescription drugs
- Laboratory tests
- X-rays

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047A

Out-of-Network

Contrato Número

A doctor or other provider who does not work with your plan is called an Out-of-Network provider. If you need to see a doctor or other provider who is out-of-network, your PCP must get an OK from your plan first.

If you need services from an out-of-network community health clinic, you will first need a referral from your PCP. You can get care at an out-of-network community health clinic for free.

If you feel that your plan or your doctors are not following these rules, you can call your plan at 1-800-XXX-XXXX, TTY/TDD users should call at 1-800-XXX-XXXX, and tell them that you need to make a complaint. You can also call the Patient Advocate Office at 1-800-981-0031 or ASES at 1-800-981-2737.

HELP WITH GETTING TO YOUR HEALTH CARE VISITS

If you don't have a way to get to your health care visits, your plan and your Municipality can help with transportation. Each Municipality has some ways to help you get to your visits. Call your plan at 1-800-XXX-XXXX, TTY/TDD users should call at 1-800-XXX-XXXX or call your Municipality for help.

(MCO Name) and some providers also offer transportation for some members through care management. If you need the help of a care manager to help you with transportation, and you do not have one, you can call 1-800-XXX-XXXX, TTY/TDD users should call at 1-800-XXX-XXXX. Part 5 of this guide has more information on care management.

EMR JP

PART 3: SERVICES VITAL PAYS FOR

GENERAL INFORMATION

Plan Vital offers services to keep you healthy. Plan Vital works with (MCO Name), who coordinate with you and your doctors to help you access services you need.

You can start getting services as soon as your Medicaid Office says that you are eligible for Plan Vital. You don't have to wait.

As a Plan Vital beneficiary, you have a variety of health care benefits and services available to you. Not everyone in Plan Vital has the same benefits. The benefits that are covered for you depend on the group you're in. Your Plan Vital Member Card will indicate what type of coverage you qualify for.

Listed below are the basic services covered by Plan Vital. Some services may have limits. For more information call (MCO Name) at call 1-800-XXX-XXXX, TTY/TDD users should call at 1-800-XXX-XXXX.

- Routine doctor office visits, checkups, and sick visits
- Well-baby visits, well-child visits, and immunizations
- Tests and studies, laboratory work, and X-rays
- Preventive services, including vaccines, mammogram, colonoscopy, and well visits for adults
- OB/GYN exams and annual Pap tests
- Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment (EPSDT) services, including periodic preventive health screenings and other necessary diagnostic and treatment services for members ages 21 and under
- Nutritional evaluations and tests
- Vision and hearing test
- Prenatal and postpartum care
- Family planning
- Health certificates
- Dental services
- Physical therapy
- Occupational therapy
- Speech therapy
- Physician home visits
- Pharmacy
- Care management and care coordination services
- Emergency services
- Post-stabilization services
- Mental health services
- Visits to specialists
- Community health clinic services
- Hospital: inpatient and/or outpatient care
- Mental health hospitalization and partial hospitalization
- Ambulatory service center services
- Surgery: inpatient and/or outpatient
- Ambulance services
- Outpatient rehabilitation services

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047A

Contrato Número

EMR

AD

DENTAL SERVICES

Plan Vital offers dental services. You can see any dentist that accepts Plan Vital. You can find information about participating dentists in (MCO Name) 's Provider Directory. When you enroll with (MCO Name), you will be mailed the Provider Directory. You can also access the list of providers by visiting (MCO Name) (MCO webpage) web page under the Provider Directory section. Your Primary Medical Group and (MCO NAME) Customer Service Offices also have a copy of the list.

For questions about your dental benefits, call your Plan at 1-800-XXX-XXXX, TTY/TDD users should call at 1-800-XXX-XXXX.

MENTAL HEALTH, ALCOHOL AND DRUG ABUSE SERVICES

Plan Vital offers mental health, alcohol and substances abuse services. You do not have to see your PCP first to see a doctor or other provider for mental health, alcohol or substances abuse services. You can ask for these services whenever you feel like you need them.

Plan Vital wants to make it easy for you to get physical and mental health, alcohol, and substance abuse services in the same place. This is called integrated care.

Your Primary Medical Group is one place you can go to get mental health, alcohol or drug abuse services. Your Primary Medical Group must have a psychologist and/or a social worker available at least from 4 to 16 hours per week during regular business hours.

If you get mental health, alcohol or drug abuse services at another place (like a mental health clinic or a psychiatric hospital), they must have services from a PCP in the office at least part of the time to care for your physical health needs.

If you need help finding mental health, alcohol and substance abuse services and providers, call your plan's Medical Counseling Line at 1-800-XXX-XXXX, TTY/TDD users should call at 1-800-XXX-XXXX.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD ,

Nº 23 - 0047A

Contrato Número

EMR
AF

PHARMACY SERVICES

Plan Vital covers prescription drugs. If you need medicine, your provider will write you a prescription to take to a participating pharmacy. You can choose any pharmacy that works with your insurance company. You can find a list of participating pharmacies in (MCO NAME)'s Provider Directory or you can call your plan at 1-800-XXX-XXXX, TTY/TDD users should call at 1-800-XXX-XXXX.

Prescription drugs are free for children up to the age of 20 and for pregnant women that are Medicaid or CHIP beneficiaries. Other adults will need to pay for prescription drugs. For more information on payments for prescription drugs, look at Part 4 of this guide.

Your Formulary of Medications Covered (FMC) is the list of drugs Vital Plan covers. This list helps your doctor prescribe drugs for you. Brand-name and generic drugs are on the FMC. A generic version of a drug is the first choice. If a generic version of a drug available, your doctor must prescribe the generic version.

If you have a chronic condition, your doctor can write a prescription for a 90-day supply of some drugs. This way, you only must pay for the drug once instead of paying three times (1 payment per month). You can access the Vital Plan Covered Drug Formulary at the following electronic address: <https://www.asespr.org/beneficiarios/medicamentos/>

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

NON-COVERED SERVICES

№ 23 - 0047A

Here is a general list of some services that are not covered by Plan Vital. ^{Contrato Número} You can find a full list of services that Plan Vital will not pay online at (MCO NAME) website, or you can call (MCO NAME) at 1-800-XXX-XXXX, TTY/TDD users should call at 1-800-XXX-XXXX. Some non-covered services are:

1. Services for non-covered illnesses or trauma.
2. Services for automobile accidents covered by the Administration of Compensation for Automobile Accidents (ACAA).
3. Accidents on the job that are covered by the State Insurance Fund Corporation.
4. Services covered by another insurance or entity with primary responsibility (third party liability).
5. Specialized nursing services for the comfort of the Patient when they are not medically necessary.
6. Hospitalizations for services that can be rendered on an outpatient basis.
7. Hospitalization of a Patient for diagnostic services only.
8. Expenses for services or materials for the Patient's comfort such as telephone, television, admission kits, etc.
9. Services rendered by patient's relative (parents, children, siblings, grandparents, grandchildren, spouse, etc.).
10. Organ and tissue transplants, except skin, bone and corneal transplants.

EMR JP

11. Weight control Treatments (obesity or weight increase for aesthetic reasons).

Contrato Número

12. Sports medicine, music therapy and natural medicine.

13. Cosmetic surgery to correct physical appearance defects.

14. Services, diagnostic tests ordered or provided by naturopaths, and iridologists.

15. Health Certificates except for (i) venereal disease research laboratory tests, (ii) tuberculosis tests and (iii) any certification related to the eligibility for the Medicaid program.

16. Mammoplasty or plastic reconstruction of breast for aesthetic purposes only.

17. Outpatient uses of fetal monitor.

18. Services, Treatment or hospitalization as a result of induced, non-therapeutic abortions or their complications.

19. Medications delivered by a provider that does not have a pharmacy license, except for medications that are traditionally administered in a doctor's office such as an injection.

20. Epidural anesthesia services.

21. Educational tests, educational services.

22. Peritoneal dialysis or hemodialysis services (Covered under the Special Coverage).

23. New or experimental procedures not approved by ASES to be included in the Basic Coverage.

24. Custody, rest and convalescence once the disease is under control or in irreversible terminal cases (hospice care for members under 21 is part of basic coverage).

25. Services covered under the Special Coverage.

26. Services received outside the territorial limit of the Commonwealth of Puerto Rico, except for emergency services for Medicaid or CHIP beneficiaries.

27. Judicial order for evaluations for legal purposes.

28. Counseling services or referrals based on moral or religious objections of the plan are excluded.

29. Travel expenses, even when ordered by the PCP, are excluded.

30. Eyeglasses, contact lenses and hearing aids (for members over age 21).

31. Acupuncture services.

32. Procedures for sex change, including hospitalizations and complications.

33. Treatment for infertility and/or related to conception by artificial means including tuboplasty, vasovasectomy, and any other procedure to restore the ability to procreate.

34. Although Non ER Transportation and Durable Medical Equipment are **non-covered services**, insurers, considering the part of social determinants and the consequences of not providing transportation or Non-Durable Equipment to the patient, may evaluate under the exception process on a case-by-case basis and make determinations.

PART 4: WILL I HAVE TO PAY TO GET HEALTHCARE SERVICES?

Sometimes you will have to pay to get health care services. Preventive care is care that helps you stay well, like checkups, shots, pregnancy care, and childbirth. This kind of care is always free. You don't have copays for preventive care.

Contrato Número

For other care, like hospital stays or sick child visits, you may have to pay part of the cost. Copays are what you pay for each health care service you get.

Not everyone in Plan Vital has copays. Your Plan Vital membership card will indicate if you have copays and what they are. Copays depend on the type of coverage you qualified under Plan Vital. Your Plan Vital member card indicates what type of coverage you have.

None of your doctors or providers can refuse to give you medically necessary services because you don't pay your copays. However, your MCO and your providers can take steps to collect any copays you owe.

You should only have to pay your copay for your care. You should not be billed for the rest of the cost of your care. If you are billed for the rest of the cost, you can appeal. Look at Part 7 of this guide to find out what to do if you get a bill for your care.

COPAYS

Do you have to pay copays for a PCP, Specialist, ER visit, hospital stay, or other type of service? Not sure? Check the chart below, look at your Member Card or call your plan at 1-800-XXX-XXXX, TTY/TDD users should call at 1-800-XXX-XXXX.

BENEFIT PACKAGES, CO-PAYS & CO-INSURANCE - effective on January 2023											
BENEFIT PACKAGES & SERVICES FOR MENTAL HEALTH (MH), SUBSTANCE USE DISORDER (SUD), MEDICAL/SURGICAL (M/S)	Federal				CHIPs		Commonwealth				*ELA
	100	110	120	130	220	230	300	310	320	330	400
HOSPITALIZATION SERVICES	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$15	\$15	\$15	\$20	\$50
Admissions	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$15	\$15	\$15	\$20	\$50
Nursery	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Behavioral health hospitalizations	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Detoxification Services	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Inpatient behavioral Health Services in an Institution for Mental Disease (IMD)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

EMR 

BEHAVIORAL HEALTH SERVICES											Contrato Número
Evaluation, screening, and treatment of individual, couples, families, and groups	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Outpatient services with psychiatrist, psychologist, and social workers	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Hospital services for substances and alcohol abuse disorders	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Outpatient services for substance and alcohol abuse disorders	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Intensive outpatient services	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Emergency or crisis intervention services	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Long-lasting injected medicine clinics	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Escort/professional assistance and ambulance services	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Prevention and secondary-education services	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Treatment of attention deficit disorder	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Substance abuse treatment	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Opiate addiction treatment	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Partial hospitalization	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Electroconvulsive Therapy (EC)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Psychological / Neuropsychological testing	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
PREVENTIVE HEALTH SERVICES											
Well baby care	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Immunizations	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Hearing Exams	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Evaluation and nutritional screening	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Laboratory and Clinical Tests	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$6	20%

EMR 

Contrato Número

Nutritional, oral and physical health education	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Reproductive health/family planning	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Annual physical exam for diabetics	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Health certificates	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Diagnostic Test Services	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$6	40%	
OUTPATIENT REHABILITATION SERVICES												
Physical therapy	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$5	
Occupational therapy	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$5	
Speech therapy	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$5	
EMERGENCY ROOM (ER)												
Emergency Room (ER) Visit	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$10	\$15	\$20	\$20	
Non-Emergency Services Provided in a Hospital Emergency Room, (per visit)	\$0	\$4	\$5	\$8	\$0	\$0	\$20	\$20	\$25	\$30	\$20	
Non-Emergency Services Provided in a Freestanding Emergency Room, (per visit)	\$0	\$2	\$3	\$4	\$0	\$0	\$20	\$20	\$25	\$30	\$20	
Trauma	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	
MEDICAL AND SURGICAL SERVICES												
EPSDT / early and periodic screening, diag, treat<21	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Primary care physician's visits including nursing services	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$3	
Specialist treatment	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$7	
Sub-specialist treatment	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$10	
Physician home visits	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$10	
Respiratory therapy	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$5	
Anesthesia services (except of epidural)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$5	
Radiology services	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%	
Pathology services	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%	
Surgery	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%	
Outpatient surgery facility services	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%	

№ 23 - 0047A

Contrato Número

Nursing services	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Sterilization	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Prosthetics	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Ostomy equipment	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Blood transfusion and blood plasma services	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Services to patients with Level 1 or Level 2 chronic renal disease	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Skin, bone, and corneal transplants	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Veklury (remdesivir) for COVID-18	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Breast reconstruction after mastectomy	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Surgical procedures to treat morbid obesity	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Mechanical respirators and ventilators	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Durable Medical Equipment	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Emergency Transportation Services	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Maternity and Pre-natal services	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
OTHER SERVICES											
High-Tech Laboratories**	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Special Diagnostic Tests**	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$6	40%
DENTAL SERVICES											
Preventive (Child)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Preventive (Adult)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$3	\$5	\$3
Restorative	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$6	\$10
PHARMACY SERVICES											
Preferred (Children 0-21)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$5
Preferred (Adult)****	\$0	\$1	\$2	\$3	\$0	\$0	\$3	\$3	\$5	\$5	\$5
Non-Preferred (Children 0-21)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$10
Non-Preferred (Adult)****	\$0	\$3	\$4	\$6	\$0	\$0	\$8	\$8	\$10	\$10	\$10

** Copays apply to diagnostic tests only. Copays do not apply to tests required as part of a preventive

EMR JP

service.

*** Copays apply to each medicine included in the same prescription pad.

PART 5: SPECIAL PROGRAMS

SPECIAL COVERAGE

Beneficiaries with special health care needs can get Special Coverage that will provide services for the care they need. The special health care needs are:

1. Aplastic Anemia
2. Rheumatoid Arthritis
3. Autism
4. Cancer
5. Skin Cancer - Carcinoma IN SITU
6. Skin Cancer such as Invasive Melanoma or squamous cells with evidence of metastasis.
7. Chronic Renal Disease
8. Scleroderma
9. Multiple Sclerosis (MS) and Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS)
10. Cystic Fibrosis
11. Hemophilia
12. Leprosy
13. Systemic Lupus Erythematosus (SLE)
14. Children with Special Health Needs (NNES)
15. Obstetric
16. Tuberculosis (Tb)
17. HIV/AIDS
18. Adults with phenylketonuria (PKU)
19. Pulmonary Hypertension
20. Post-Transplant (Excludes cornea, bone, and skin transplant)
21. Chronic Hepatitis C (HCV)
22. Congestive Heart Failure (CHF): Class III & Class IV, NYHA
23. Primary Ciliary Diskinesia (PCD), or Immotile Ciliary Syndrome, or Kartagener Syndrome
24. IBD (Inflammatory Bowel Diseases)
25. Cleft palate and/or Cleft lips
26. Oculocutaneous Albinism, Hermansky-Pudalk (HSP) and Chédiak-Higashi (CHS) Syndromes

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047A

Contrato Número

Your PCP or your Primary Medical Group can give you more information on which people qualify for the special coverage. If you qualify for Special Coverage, they can also help you sign up for it.

People with Special Coverage can choose any provider that works with your Preferred Provider Network or your plan's General Network. People with Special Coverage can get prescription drugs,

EMR 

tests and other services through the Special Coverage without a referral or needing their PCP to sign off.

Your MCO will let you know if you are qualified and, will if you are qualified, they must make sure that you get access to the services. Plan Vital Special Coverage will begin when the beneficiary reaches the limits of the Special Coverage for any other health plan.

The benefits under Special Coverage include the list below. Some services may have limits. For information call (MCO NAME) at 1-800-XXX-XXXX, TTY/TDD users should call at 1-800-XXX-XXXX.

Coronary disease services and intensive care

- Maxillary surgery
- Neurosurgical and cardiovascular procedures
- Peritoneal dialysis and related services
- Clinical services and laboratory tests
- Neonatal intensive care unit services
- Chemotherapy, radiology, and related services
- Gastrointestinal conditions, allergies, and nutritional evaluation for autistic patients
- Procedures and diagnostic tests, when medically necessary
- Physical therapy
- General Anesthesia
- Hyperbaric chamber
- Immunosuppressive drugs and laboratory tests for patients who have received transplants
- Treatment for specific conditions after diagnosis:
 - ✓ Positive HIV Factor and Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) – Ambulatory and hospitalization services are included. You do not need a Referral or Prior-Authorization from your plan or your PCP for visits and treatment at the Immunology Regional Clinics of the Health Department
 - ✓ Tuberculosis
 - ✓ Leprosy
 - ✓ Lupus
 - ✓ Cystic fibrosis
 - ✓ Cancer
 - ✓ Hemophilia
 - ✓ Aplastic Anemia
 - ✓ Rheumatoid Arthritis
 - ✓ Autism
 - ✓ OBGyn Obstetricians
 - ✓ Post Organ Transplantation
 - ✓ Children with special needs. **Except:**
 - Asthma and diabetes (Part of the Disease Management Program),
 - Psychiatric disorders, and
 - Catastrophic diseases for persons with Intellectual disabilities

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

№ 23 - 0047A

Contrato Número

EMR

AD

- Scleroderma
- Multiple Sclerosis (MS) and Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS)
- Services for the Treatment of conditions resulting from self-inflicted damage or because of a felony committed by a beneficiary or negligence
- Chronic renal disease
- Drugs required for the ambulatory treatment of Tuberculosis and Leprosy
- Hepatitis C treatment with the drug included in the Plan Vital Drug Formulary.

SPECIAL COVERAGE FOR HIV-AIDS

If you have HIV or AIDS, your PCP must ask your plan to give you Special Coverage. Once your plan adds you to Special Coverage, they will mail you a letter letting you know that you can get services under Special Coverage. The letter will let you know when the Special Coverage starts and when it will stop.

Once you have the letter, you can get all services and treatments for your condition like prescription drugs, laboratory tests, x-rays and other services without your PCP needing to sign off.

You must get your prescription drugs for HIV/AIDS at the following Department of Health's Centers for Prevention and Treatment of Communicable Diseases:


Centers for the Prevention and Treatment of Communicable Diseases (CPTET. for its acronym in Spanish)

REGION	TELEPHONE/ FAX	ADDRESS
ARECIBO	(787) 878-7895 Fax. (787) 881-5773 Fax. (787) 878-8288 Tel. (787) 879-3168	Antiguo Hosp. Distrito (Dr Cayetano Coll y Toste) Carretera 129 hacia Lares Arecibo, PR 00614
		PO Box 140370 Arecibo, PR 00614
BAYAMON	(787) 787-5151 Ext. 2224, 2475 (787) 787-5154 Fax. (787) 778-1209 (787) 787-4211	Antigua Casa de Salud- Hosp. Regional Bayamón Dr. Ramón Ruíz Arnau Ave. Laurel Santa Juanita Bayamón, PR 00956
CAGUAS CLINICA SATELITE	(787) 653-0550 Ext. 1142, 1150 Fax (787) 746-2898 (787) 744-8645	Hospital San Juan Bautista PO Box 8548 Caguas, PR 00726-8548
CLINICA SATELITE HUMACAO	(787) 285-5660	CDT de Humacao- Dr. Jorge Franceshi Calle Sergio Peña Almodóvar, Esq. Flor Gerena Humacao, Puerto Rico 00791

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

№ 23 - 0047A

Contrato Número

EMR 

CAROLINA CLETS	(787)757-1800 Ext. 454, 459 Fax (787)765-5105	Hospital UPR Dr. Federico Trilla P. O. Box 6021 Carolina, PR 00984-6021/ Carretera 3, Km. 8.3
CLETS SAN JUAN	(787)754-8118 (787)754-8128 (787)754-8127	P. O. Box 70184 San Juan, PR 00936-8523
		Calle José Celso Barbosa, Centro Médico de PR Bo. Monacillos, San Juan
FAJARDO	(787)801-1992 (787)801-1995	Calle San Rafael # 55 Fajardo, PR 00738
MAYAGEZ	(787)834-2115 (787)834- 2118	Centro Médico de Mayagüez Hospital Ramón Emeterio Betances Carr. # 2, Suite 6 Mayagüez, PR 00680
PONCE	(787)842-0948 (787)842-2000	Departamento de Salud- Región Ponce Antiguo Hosp. Distrito Ponce- Dr. José Gándara Carretara Estatal 14, Bo. Machuelo Ponce, PR 00731
CENTRAL OFFICE	(787)765-2929 Ext. 4026, 4027 Fax (787)274-5523	P.O. Box 70184 San Juan, PR 00936
		Antiguo Hospital Psiquiatría Pabellón 1, primer piso, 4ta. Puerta - Terrenos de Centro Médico, Río Piedras

CARE MANAGEMENT

Some people with high needs and special conditions can receive Care Management. If you are eligible for Care Management, nurses, social workers, and nutritionists are available to help you create a plan for your care. Your team will review your care plan with you at least once a year, if your health needs change, or if you ask for a review.

You can ask for help through this program by calling your plan at 1-800-XXX-XXXX; TTY/TDD users should call 1-800-XXX-XXXX. Your doctor, your family, your hospital may also ask about the program.

PART 6: FOR YOUR PROTECTION

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

№ 23 - 0047A

YOUR RIGHTS

Contrato Número

You have the right to:

EMR



Contrato Número

- Be treated with respect and in a dignified way.
- Get written information from your (MCO Name) in English and Spanish and translated into any other language. You also have the right to get written information in an alternative format. Afterwards, you have the right to get all future written information in that same format or language, unless you tell (MCO Name) otherwise.
- Get information about (MCO Name), health care facilities, health care professionals, health services covered, and how to access services.
- Choose a Primary Medical Group, your PCP, and other doctors and providers within your Preferred Provider Network.
- Choose a dentist and a pharmacy among your plan's networks.
- Contact your doctors when you want to and in private
- Get medically necessary care that is right for you, when you need it. This includes getting emergency services, 24 hours a day, 7 days a week.
- Be told in an easy-to-understand way about your care and all the different kinds of treatment that could work for you, no matter what they cost or even if they aren't covered.
- Help to make decisions about your health care. You can turn down care.
- Ask for a second opinion for a diagnosis or treatment plan.
- Make an Advanced Directive. Look at Part 6 of this guide for more information.
- Get care without fear of physical restraint or seclusion used for bullying, discipline, convenience or revenge.
- Ask for and get information about your medical records as the federal and state laws say. You can see your medical records, get copies of your medical records, and ask to correct your medical records if they are wrong.
- File a complaint or an appeal about your plan or your care. Look at Part 7 of this guide for more information. The complaint can be filed in your plan's Service Office or in the Patient Advocate office.
- Get services without being treated in a different way because of race, color, birthplace, language, sex, age, religion, or disability. You have a right to file a complaint if you think you have been treated unfairly. If you complain or appeal, you have the right to keep getting care without fear of bad treatment from your plan, providers, or Vital Plan.
- Choose an Authorized Representative to be involved in making decisions.
- Provide informed consent.
- Only must pay the amounts for services listed in Part 4 of this guide. You cannot be charged more than those amounts.
- Be free from harassment by your (MCO Name) or its Network Providers with respect to contractual disputes between the plan and its providers.

YOUR RIGHT TO PRIVACY (HIPAA)

Your health information is private. The law says that ASES and your (MCO Name) must protect your information. ASES and your (MCO Name) can share your information for your care, to pay your health claims, and to run the program. But we can't share your information with others unless you tell us we

can.

If you want to know more about what information we have, how we can share it, or what to do if you don't want your health information shared with certain people, call (MCO NAME) at 1-800-XXX-XXXX; TTY/TDD users should call 1-800-XXX-XXXX.

YOUR RESPONSIBILITIES

You have the responsibility to:

- Understand the information in your guide and other papers that your (MCO Name) sends you.
- Give your doctor your health records and let them know about any changes in your health so that they can take care of you.
- Follow your doctor's instructions. If you can't follow your doctor's instructions, let them know.
- Let your doctor know if you don't understand something.
- Help to make decisions about your healthcare.
- Communicate your Advance Directive so your doctors know how you want to be treated if you are too sick to say so.
- Treat your health care provider and your plan's staff with respect and dignity.
- Let your plan know if you have another insurance company that should pay your medical care.
- Let ASES know if you find out about a case of fraud and abuse in Plan Vital.

ADVANCE DIRECTIVES

Advance Directives are your written wishes about what you want to happen, if you get too sick to be able to say. The written document that states your Advance Directives is called a living will. You can use either word: advance directive or living will on medical treatment.

Your doctor can give you information on how to make an Advance Directive. If you are in the hospital, the hospital staff can also give you information on Advance Directives. You can also call the Senior Citizens Advocate Office at 787-721-6121. They have free information about Advanced Directives.

A Power of Attorney is a paper that lets you name another person to make medical decisions for you. This person can only make decisions if you are too sick to make your own. He or she can say your wishes for you if you can't speak for yourself. Your illness can be temporary.

You do not have to fill out these papers for an Advance Directive or Power of Attorney. It is your choice. You may want to talk to a lawyer or friend before you fill out these papers.

To make all these papers legal, you need to have a lawyer watch you sign the form. Instead of a lawyer, you could also have your doctor plus two additional witnesses watch you sign the form. The two additional witnesses must be of legal age, and they can't be related to you by blood or marriage. Once the papers are signed by everyone, it is your rule about what you want to happen to you if you get too sick to be able to say. It stays like this unless you change your mind.

These papers will only be used if you get too sick to be able to say what you want to happen. If you can still think for yourself, you can decide about your health care yourself. Give a copy of the papers to your PCP and to your family members so they know what you want to happen to you if you are too sick to say.

If you feel that your plan or your doctors aren't complying with your wishes, or if you have any complaints, you have the right to call the Plan Vital call center at 1-800-981-2737 or the Puerto Rico Patient Advocate Office at 1-800-981-0031. The phone call is free.

FRAUD AND ABUSE

Unfortunately, there could be a time when you see fraud or abuse related to Vital Plan. Some examples are:

- A person lies about facts to get or keep Vital Plan coverage
- A doctor bills you or makes you pay cash for covered services
- A person uses someone else's Member card
- A doctor bills for services that you did not get
- A person sells or gives drugs to someone else

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047A

Contrato Número

If you find out about fraud or abuse, you must tell us about it. You can call your plan, the Patient's Advocate Office or ASES. You do not need to tell us your name, we will keep your information private. You will not lose your Plan Vital cover if you report Fraud or Abuse. If you want more information, you can visit the ASES website at www.planvitalpr.com/. On the website there is a formulary that you can use to make your report. Your plan's website also has more information.

You can also help prevent fraud and abuse. Here are some things you can do:

- Don't give your Plan Vital Member Card to anyone else
- Learn about your Vital Plan benefits
- Keep records of your doctor's visits, laboratory tests and drugs. Make sure you don't get repeat services
- Make sure your information is right on a formulary before you sign it
- Request and review the quarterly summary of the services you receive. You may request the summary of services directly from your plan.

PART 7: COMPLAINTS AND APPEALS

NEED TO MAKE A COMPLAINT ABOUT YOUR CARE?

If you are not happy with the care that you are getting, call your (MCO Name) at 1-800-XXX-XXXX; TTY/TDD users should call 1-800-XXX-XXXX. Tell them that you need to make a complaint. You can also visit your plan's Service Centers. You can make a complaint at any time.

EMR
AF

Your doctor, a family member, or your representative can make a complaint for you if you authorize them to do so.

You also have the right to call the Patient Advocate Office to make a complaint. Their number is 1-800-981-0031. You can also make a complaint to ASES. Their number is 1-800-981-2737. No one can do anything bad to you if you make a complaint.

(MCO NAME) has 72 hours to fix your complaint. If they cannot fix your complaint quickly, it will become a "grievance". In this case, your plan has up to 90 days to fix it, but they must decide faster if it's important to your health. Your plan must tell you how the complaint was fixed.

WHAT HAPPENS IF MY COMPLAINT ISN'T FIXED?

If your plan does not fix your complaint, you can ask for an administrative hearing, where you can tell a judge about the issue.

WHAT IS AN APPEAL?

If your doctors or your plan decide something about your care that you don't agree with, you can file an appeal. When you appeal, you're asking your plan to take another look at a mistake you think was made.

If your (MCO Name) denies, reduces, limits, suspends, or ends your health care services, they will send you a letter in the mail. The letter will have information like:

- What decision (MCO Name) plan made
- Why they made the decision
- How to file an appeal

If you don't agree with the decision, you can file an appeal. **You have 60 days from the date of the letter to file an appeal.** Your doctor or your representative can file the appeal for you if you authorize them to do so.

There are many ways to file an appeal. You can:

- Call your (MCO Name) at 1-800-XXX-XXXX; TTY/TDD users should call 1-800-XXX-XXXX.
- Visit any of your plan's Service Centers
- Mail your appeal to your (MCO Name) at:

MCO Name, Inc.
Grievances and Appeals Department
P.O. Box XXXXXX,
San Juan, P.R. 009XX.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047A

Contrato Número

EMR

AF

WHAT WILL HAPPEN WHEN MY MCO GETS THE APPEAL?

Your appeal will be reviewed by a team of experts that have not been involved with the issue of your appeal. Your (MCO Name) will decide within 30 days. If you have an emergency and your (MCO Name) agrees that you do, you can ask for an expedited or fast appeal. You, your doctor, or your representative can ask for a fast appeal by calling your (MCO Name) at 1-800-XXX-XXXX; TTY/TDD users should call 1-800-XXX-XXXX, or visiting any of your plan's Service Offices, or writing a letter to:

MCO Name, Inc.
Grievances and Appeals Department
P.O. Box XXXXXX
San Juan, P.R. 00XX

If your (MCO Name) agrees to give you a fast appeal, they will decide your case within 72 hours. If your (MCO Name) does not agree to give you a fast appeal, they will call you within 2 days to let you know they will decide your case within 30 days.

If your (MCO Name) cannot decide within 30 days, they can ask for up to 14 more days. If they ask for more time, they must let you know why. If you do not agree to give your plan more time, you can file a complaint.

Once your (MCO Name) decides, they will send you a letter within 2 business days. The letter will tell you what they decided and that you have the right to ask for a hearing if you do not agree with the decision.

WHAT CAN I DO IF I DON'T AGREE WITH THE DECISION?

If you are not happy with your MCO Name decision about a complaint or an appeal, you can ask for an administrative hearing. An administrative hearing is where you can tell an Official Examiner about the mistake you think your MCO Name made. You have 120 days from the date of your MCO Name decision to ask for an Administrative Hearing with ASES.

You can get more information or request an administrative hearing by:

Calling the Plan Vital call center at:

**1-800-981-2737
TTY 787-474-3389**

Writing ASES at:

**ASES
PO Box 195661
San Juan, PR 00919-5661**

**ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD**

Nº 23 - 0047A

Contrato Número

EMR

JP

Sending ASES a fax at:

787-474-334

Nº 23 - 0047A

Contrato Número

Before the administrative hearing, you and your representative can ask to look at the papers and records that your (MCO Name) will use. Your (MCO Name) must give you access to those papers and records for free.

During the administrative hearing, you can give facts and proof about your health and medical care. An Official Examiner will listen to everyone's side. At the administrative hearing, you can talk for yourself, or you can bring someone else to talk for you like a friend or a lawyer.

The Official Examiner will decide your case within 90 days. If you need a fast decision, the Official Examiner will decide your case within 72 hours.

If you do not agree with the Official Examiner's decision, you can file an appeal with the Court of Appeals of Puerto Rico. More information about how to file an appeal will be in the papers you get after the administrative hearing.

CAN I KEEP GETTING SERVICES DURING MY APPEAL OR HEARING?

If you are already getting services, you may be able to keep getting services during your appeal or hearing. To keep getting services, all these things must be true:

- You file the appeal within 60 days of the date on the letter from your (MCO Name).
- You ask to keep getting services by the date your care will stop or change or within 10 days of the date on the letter from your (MCO Name) (whichever date is later).
- You say in your appeal that you want to keep getting services during the appeal.
- The appeal is for the kind and amount of care you've been getting that has been stopped or changed.
- You have a doctor's order for the services (if one is needed).
- The services are something that Plan Vital still covers.

If you keep getting services during your appeal or hearing and you lose, you might have to pay your plan back for the services you got during the appeal or hearing process.

To ask to keep getting services during your appeal or administrative hearing, call your (MCO Name) at 1-800-XXX-XXXX; TTY/TDD users should call 1-800-XXX-XXXX.

PART 8: HOW VITAL WORKS WITH OTHER HEALTH INSURANCE

HOW VITAL PLAN WORKS WITH MEDICARE

If you have Medicare, your Plan Vital coverage works in a different way. Medicare is health insurance for people who are age 65 and older, and for some people of any age who Social Security says are disabled.

EMR [Signature]

People with end stage renal disease can have Medicare too.

These are the different parts of Medicare:

- Part A** is for hospital stays, skilled nursing facility care, home health care, and hospice care.
- Part B** is for your doctor's services and outpatient care.
- Part D** is for prescription drugs.

There are also other ways to have Medicare. These are called Medicare Health Plans (these plans are sometimes called Medicare Part C). These plans put all the parts A, B, and D together for you in one plan.

To learn more about Medicare, call them at 1-800-633-4227. It's a free call. If you have Medicare, your Vital Plan coverage works differently:

- Your Medicare is your first (primary) insurance. Hospitals, doctors and other health care providers will bill Medicare first.
- Your Plan Vital is your second (secondary) insurance. After your providers bill Medicare, they will also bill Plan Vital.

If you have Medicare Part A:

- Plan Vital will pay once you have reached the limit of what Medicare pays for.
- Plan Vital will not pay for your Part A deductibles.
- You will pay a copay for services depending on what type of Plan Vital you have. See the copay chart on page 19 for more information.

If you have Medicare Part A and Part B:

- Plan Vital will pay for your pharmacy and dental services.
- Plan Vital will not pay for your Part A deductibles.
- Plan Vital will pay for your Part B Deductibles and Copayments.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047A

Contrato Número

If you have Medicare Part C:

You have the option to choose a Platino Plan, which will cover services your Medicare health plan does not cover.

HOW VITAL PLAN WORKS WITH OTHER INSURANCE

If you have other health insurance, your other insurance is your first (primary) insurance. Hospitals, doctors and other health care providers will bill your other insurance first. Your Vital Plan is your second (secondary) insurance. After your providers bill your other insurance, they will bill Vital Plan.

EMR AP

If you have other health insurance, you must let your plan and Medicaid Program know. Call your plan and the Medicaid Program at 1-800-XXX-XXXX; TTY/TDD users should call 1-800-XXX-XXXX to let them know.

When you go to your health care visits, bring your Plan Vital Member card and your member cards of your other insurance.

HOW VITAL PLAN WORKS IF YOU ARE A PUBLIC EMPLOYEE OR RETIREE

If you are a public employee or a retiree from the Government of Puerto Rico, you can choose Plan Vital as your health insurance. Your employer will pay ASES, and you will pay the difference, if any.

You can also visit your local Medicaid Office to see if you are eligible for Plan Vital for other reasons. If you are eligible for Plan Vital for other reasons, you will not have to pay the difference, if any. If you and your husband (or wife) are public employees or retirees from the Government of Puerto Rico, you can apply together for Vital Plan. This is called "joint enrollment."

If at any time you lose eligibility for Plan Vital, you can sign up for Vital Plan in the ELA Puro group. That way, you can continue getting your Plan Vital benefits until you can get insurance through your job. You do not have to continue as ELA Puro. It is your choice!

If you get other health insurance from your job, you must cancel your Plan Vital benefits **before** you sign up for the other health insurance. Visit your local Medicaid office to cancel your Plan Vital benefits.

The change will be effective the first day of the next month after you cancel your benefits. If you do not cancel your benefits, you will have to pay for part of the cost of the premium for the new insurance you affiliate with.

HOW VITAL WORKS IF YOU ARE A MEMBER OF THE POLICE DEPARTMENT OF PUERTORICO

The members of the Police Department of Puerto Rico, their spouses and children may also enroll in Plan Vital. The Police Department of Puerto Rico will pay.

If you are a member of the Police Department of Puerto Rico, you must visit your local Medicaid Office to sign up for Vital Plan.

If a member of the Police Department of Puerto Rico dies, his/her widow can continue to get Plan Vital benefits until he/she remarries. Children can continue to get Plan Vital benefits up to the age of 26.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047A

36

Contrato Número

EMR

AD

DEFINITIONS

Contrato Número

Appeal: A request from the beneficiary for the review of a decision. It is a formal request made by the beneficiary, his authorized representative or provider, acting on behalf of the beneficiary with the consent of the beneficiary, to reconsider a decision in the case that the beneficiary does not agree.

Authorization: A written document through which a person freely and voluntarily authorizes another person or provider to represent, him/her for medical or treatment purposes or to initiate an action such as a grievance. It may also be used to end a previous authorization.

Benefits: The health care services covered under Plan Vital.

Beneficiary (Enrollee): A person who after being certified as eligible under the Medicaid program has completed the enrollment process with the plan and for whom the plan has issued the Member card that identifies the person as a Plan Vital Beneficiary.

CHIP: *Children Health Insurance Program*, a federal program that provides medical services to low-income children age 21 and under, through plans qualified to offer coverage under this program.

Commonwealth Population: Individuals, regardless of age, who meet State eligibility standards established by the Puerto Rico Medicaid Program but do not qualify for Medicaid or CHIP.

Complaint: An expression of dissatisfaction about any issue that is not an Adverse Benefit Determination that is resolved at the point of contact instead of having to file a Grievance.

Coordinated Care: Is the service provided to Beneficiaries by doctors who are part of the preferred network of providers in your Primary Medical Group. The PCP is the leading provider of services and is responsible to periodically evaluate your health and coordinate all medical services you need.

Copayment: Money you need to pay at the time of service.

Covered Services: Services and benefits included in Plan Vital.

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 plans contracted under Law 95 has ended. This coverage is the same as the coverage of Plan Vital.

Emergency Medical Condition: A medical problem so serious that you must seek care right away to avoid severe harm.

Emergency Services: Treatment of an emergency medical condition to keep it from getting worse.

Enrollment Counselor: An individual or entity that performs choice counseling, or enrollment activities, or both.

Contrato Número

Grievance: A formal claim made by the Beneficiary in writing, by telephone or by visiting your plan or the Health Advocate Office, regarding an expression of dissatisfaction about any matter that is not an Adverse Benefits Determination.

HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act): The law that includes regulations for establishing safe electronic health records that will protect the privacy of a person's medical information and prevent the misuse of this information.

High Cost High Needs Program: A specialized program of coordinated care for Beneficiaries with specific conditions that require additional management due to the cost or elevated needs associated with the condition.

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

Insurer (plan): The company contracted with ASES to provide your medical services under Plan Vital .

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

Medically Necessary: Services related to (i) the prevention, diagnosis, and Treatment of health impairments; (ii) the ability to achieve age-appropriate growth and development; or (iii) the ability to attain, maintain, or regain functional capacity. Additionally, Medically Necessary services must be:

- Appropriate and consistent with the diagnosis of the treating provider and not getting could adversely affect your medical condition.
- Compatible with the standards of acceptable medical practice in the community.
- Provided in a safe, appropriate, and cost-effective setting given the nature of the diagnosis and the severity of the symptoms.
- Not provided solely for your convenience or the convenience of the Provider or Hospital; and
- Not primarily custodial care (for example, foster care).

For a service to be Medically Necessary, there must be no other effective and more conservative or substantially less costly Treatment, service, or setting available.

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

Primary Care Physician (PCP): A licensed medical doctor (MD) who is a provider and who, within the scope of practice and in accordance with Puerto Rico Certification and licensure requirements, is responsible for providing all required primary care to beneficiaries. The PCP is responsible for determining services required by beneficiaries, provides continuity of care, and provides Referrals for beneficiaries when Medically Necessary. A PCP may be a general practitioner, family physician, internal medicine physician,

obstetrician/gynecologist, or pediatrician.

Patient: Person receiving Treatment for his mental and physical health.

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

Preferred Provider Network: Health professionals duly licensed to practice medicine in Puerto Rico contracted by your plan for the beneficiary to use as the first option. Beneficiaries can access these providers without referral or co-payments if they belong to their Primary Medical Group.

Primary Medical Group: Health professionals grouped to contract with your plan to provide health services under a Coordinated Care model.

Prior-Authorization: Permission your plan grants in writing to you, at the request of the PCP, Specialist or sub-specialist, to obtain a specialized service.

Referral: Written authorization a PCP gives to a beneficiary to receive services from a specialist, sub-specialist or facility outside the preferred network of the Primary Medical Group.

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.

Second Opinion: Additional consultation the beneficiary 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.

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

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047A

Contrato Número

EMR

AF

¿Ayuda con su Plan de Salud del Gobierno?



ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO



Línea libre de cargos
1-800-981-2737
TTY 787-474-3389

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047A

Contrato Número

EMR

Plan de Salud del Gobierno
de Puerto Rico



ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

№ 23 - 0047A

MANUAL DEL BENEFICIARIO

Contrato Número



EMR 

ADMINISTRACIÓN DE
SEGUROS DE SALUD
DE PUERTO RICO

ASES



Estimado beneficiario del Plan Vital:

Te presentamos El Manual del Beneficiario que explica los servicios y beneficios que tienes a través del Plan de Salud Vital. Te invitamos a leer la misma para conocer en detalle los beneficios médicos, hospitalario y de medicamentos a que tienes derecho a través del Plan Vital.

De requerir copia con letras más grandes o en sistema braille, para personas con discapacidad visual, en otro idioma o audio CD, puedes solicitar una copia gratis a tu aseguradora.

Tu aseguradora puede ayudarte a contestar cualquier pregunta que tengas acerca de tu cuidado de salud, tarjeta de identificación, cubierta de beneficios y la red de proveedores de salud contratada.

Es importante que tengamos tu información personal actualizada y tu dirección. Si tu información ha cambiado, debes comunicarte con el Programa de Medicaid al centro de llamadas del 787-641-4224. Recuerda asistir a las citas de elegibilidad para que puedas mantener los beneficios del Plan de Salud VITAL.

También puedes comunicarte con el Plan del Gobierno libre de cargos al 1-800-981-2737, 1-833-253-7721, (TTY) 787-474-3389 y 1-888-984-0128.

En ASES, estamos comprometidos en servirte como te mereces.

Cordialmente,

**Edna Y. Marín Ramos, MA
Directora Ejecutiva**

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047A

Contrato Número

EMR



EMR

Tabla de Contenido

Tabla de Contenido	3
¿A quién puedo llamar para ayuda?	5
¿Qué información puedo encontrar en línea?	5
Su Derecho a la Privacidad (HIPAA)	6
¿Necesita ayuda para entender esta guía?.....	6
¿Necesita ayuda para hablar con su aseguradora o para leer lo que le envían?	6
PARTE 1: Para Comenzar	7
¿Cómo me inscribo en el Plan Vital?.....	7
¿Qué pasa si tengo un recién nacido?	7
¿Cómo puedo mantener mis beneficios del Plan Vital?	7
¿Cómo puedo escoger una Aseguradora?.....	7
¿Puedo cambiar mi Aseguradora?	8
¿Pueden cancelar mi membresía con (Nombre Aseguradora?.....	8
¿Cómo reporto los cambios?.....	9
Su Tarjeta de Membresía de Plan Vital	10
PARTE 2: Su Médico de Cuidado Primario y otros doctores	11
¿Cómo puedo ver a mi PCP?.....	12
¿Qué pasa si es una emergencia y necesito cuidado después que cierra la oficina de mi PCP?	13
¿Puedo cambiar mi PCP?	14
¿Qué sucede después de pedir el cambio?	14
¿Qué pasa con otros médicos o proveedores que necesito ver?	15
Ayuda para llegar a las citas de cuidado de salud.....	17
Parte 3: Servicios que paga el Plan Vital.....	17
Información General	17
Servicios Dentales.....	18
Servicios de Salud Mental, Alcohol y Abuso de Drogas	18
Servicios de Farmacia	19
Servicios no Cubiertos.....	19
PARTE 4: ¿Tendré que pagar para obtener servicios de cuidado de salud?	20
Tabla de Copagos	21
PARTE 5: Programas Especiales.....	24
Cubierta Especial	24
Cubierta Especial para VIH-SIDA.....	27
Manejo de Cuidado	28
PARTE 6: Para su Protección.....	29
Sus Derechos	29
Su derecho a la Privacidad (HIPAA).....	30
Sus Responsabilidades	30

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047A

Contrato Número

EMR 

Directrices Anticipadas.....	31
Fraude y Abuso.....	31
Parte 7: Quejas y Apelaciones	32
¿Necesita presentar una queja sobre su cuidado?	32
¿Qué pasa si mi queja no es resuelta?	33
¿Qué es una Apelación?	33
¿Qué pasará cuando (Nombre Aseguradora) reciba la apelación?	34
¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con la decisión?	34
¿Puedo seguir recibiendo servicios durante mi apelación o Vista Administrativa?.....	35
Parte 8: ¿Cómo trabaja el Plan Vital con otros seguros de salud?	36
¿Cómo trabaja el Plan Vital con Medicare?	36
¿Cómo trabaja el Plan Vital con otro seguro?	37
¿Cómo trabaja el Plan Vital si usted es Empleado Público o Retirado?	37
¿Cómo trabaja el Plan Vital si usted es miembro del Departamento de la Policía de Puerto Rico?.....	38
Definiciones.....	38

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047A

Contrato Número

EMR

AP

¿A quién puedo llamar para ayuda?

Si usted tiene una emergencia, llame al 9-1-1.

Si usted necesita consejería de salud física y/o mental, puede comunicarse a la Línea de Consejería Médica de (Nombre Aseguradora) al 1-800-xxx-xxxx, veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días a la semana; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-800-XXX-XXXX.

Línea de Servicio al Cliente de (Nombre Aseguradora) 1-800-XXX-XXXX; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-800-XXX-XXXX de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.



**Centro de Llamadas del Programa
Medicaid 787-641-4224**



**ASSMCA (Línea PAS) Línea de Servicio
de Salud Mental 1-800-981-0023**



**Oficina del Procurador del Paciente
Libre de Cargos 1-800-981-0031**



**Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico
(ASSES)
Plan Vital Libre de Cargo 1-800-981-2737
TTY 787-474-3389**

¿Qué información puedo encontrar en línea?

Para el directorio de proveedores, materiales de orientación y educación, y una copia electrónica de esta guía:

Por favor, visite nuestra página electrónica en: www.planvitalpr.com

Para obtener información sobre el Plan Vital acceda: <http://www.planvitalpr.com>

Para obtener información sobre los programas Medicaid acceda:
<https://medicaid.pr.gov/>

Para más información sobre las protecciones de los pacientes acceda:
<http://www2.pr.gov/Directorios/Pages/InfoAgencia.aspx?PRIFA=231>

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

23 - 0047A

Contrato Número

EMR

AS

Su Derecho a la Privacidad (HIPAA)

Hay leyes que protegen su privacidad. El Gobierno de Puerto Rico, (Nombre Aseguradora) y sus doctores no pueden decir a otros ciertos datos sobre usted. Lea más sobre sus derechos de privacidad en la Parte 6 de esta guía. (Nombre Aseguradora) tiene disposiciones que rigen la naturaleza confidencial de la información sobre los asegurados del Plan Vital, incluyendo las sanciones legales impuestas por el uso y divulgaciones indebidas. Puede solicitar una copia de estas disposiciones en las Oficinas de Servicio de (Nombre Aseguradora).

¿Necesita ayuda para entender esta guía?

Si la información que ofrecemos en esta guía es confusa o si tiene alguna pregunta, o necesita ayuda, llame a (Nombre Aseguradora) al 1-800-XXX-XXXX; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-800-XXX-XXXX.

¿Necesita ayuda para hablar con su Aseguradora o para leer b que le envían?

(Nombre Aseguradora) debe tener disponible esta guía y todos los materiales escritos en español e inglés. También usted puede pedirle a (Nombre Aseguradora) que envíe esta guía o cualquier material escrito en otros idiomas u otros formatos como impresión grande, CD audio o Braille. Los materiales en otros idiomas o formatos son gratis.

Si usted habla otro idioma, (Nombre Aseguradora) debe proveer un intérprete para ayudarle a entender. El servicio de intérprete está disponible libre de costo.

Llame a (Nombre Aseguradora) al 1-800-XXX-XXXX; usuarios TTY/TDD 1-800-XXX-XXXX para ayuda.

If you Speak other language, (MCO Name) must provide an interpreter to help you understand. The interpreter services are available free of charges.

Call (MCO Name) at 1-800-XXX-XXXX

Call 1-800-XXX-XXXX for assistance.

**ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD**

Nº 23 - 0047A

Contrato Número

EMR

AP

Parte 1: Para Comenzar

Contrato Número

¿Cómo me inscribo en el Plan Vital?

Cualquier persona que quiera conocer si puede inscribirse en el Plan Vital puede visitar su Oficina local de Medicaid. Ellos evaluarán la información y le dirán si es elegible para el Plan Vital.

Para saber dónde está su Oficina de Medicaid, llame al Centro de Llamadas del Programa Medicaid al 787-641-4224. La llamada es gratis. También puede visitar la página electrónica www.medicaid.pr.gov.

¿Qué pasa si tengo un recién nacido?

Si usted tiene un recién nacido, visite su Oficina de Medicaid y lleve una copia del certificado de nacimiento del recién nacido para inscribirlo en el Plan Vital. Si no lo hace, el recién nacido no puede obtener servicios bajo el Plan Vital. Cuando usted tiene un recién nacido, también podría obtener otros beneficios, por lo que es importante visitar la Oficina de Medicaid para que puedan ofrecerle información adicional.

¿Cómo puedo mantener mis beneficios del Plan Vital?

Para mantener sus beneficios del Plan Vital, usted tiene que ir a todas sus citas de Medicaid. (Nombre Aseguradora) le enviará una carta noventa (90) días, sesenta (60) días y treinta (30) días antes del día en que sus beneficios del Plan Vital se cancelen. Estas cartas le recordarán que tiene que ir a su Oficina local de Medicaid para mantener su elegibilidad activa en el Plan Vital.

Si pierde su cita, llame al Centro de Llamadas del Programa Medicaid al 787-641-4224 o visite su Oficina local de Medicaid para pedir una nueva cita.

¿Cómo puedo escoger una Aseguradora?

Una vez se inscriba en el Plan Vital, usted puede elegir su Aseguradora. Su Aseguradora trabajará con usted y sus doctores para mantenerlo saludable.

Hay un **Consejero de Inscripción** disponible en las Oficinas de Medicaid y por teléfono que puede ayudarle a elegir una Aseguradora. El Consejero de Inscripción no trabaja para ninguna Aseguradora ni para ningún proveedor. Ellos son neutrales. Le pueden dar información sobre el Plan Vital y sus beneficios. Ellos pueden decirle acerca de las opciones disponibles para usted y ayudar a contestar sus preguntas. No pueden elegir por usted. Ellos pueden ayudarle a:

Nº 23 - 0047A

- Elegir una nueva Aseguradora o cambiar de Aseguradora.
- Si usted cambia su Aseguradora, ellos también pueden ayudarle a cambiar su Médico de Cuidado Primario (PCP, por sus siglas en inglés) o Grupo Médico Primario (vea más información en la Parte 2 de esta guía).

Usted puede ponerse en contacto con el Consejero de Inscripción para obtener apoyo:

- Llamando al 1-833-253-7721, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-888-984-0128.
- Visitando las Oficinas de Medicaid.

Si usted no elige una Aseguradora, una será elegida para usted.

¿Puedo cambiar mi Aseguradora?

Sí, usted puede pedir cambiar de Aseguradora. Una vez haya elegido una Aseguradora o una haya sido elegida para usted, tiene noventa (90) días para cambiar de Aseguradora. También puede cambiar su Aseguradora una vez al año, durante el "Período Abierto de Inscripción", que ocurre del 1 de noviembre al 15 de diciembre.

Si usted quiere cambiar su Aseguradora, llame al Consejero de Inscripción al 1-833-253-7721, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al, 1-888-984-0128 o visite su Oficina local de Medicaid.

También puede solicitar cambiar su Aseguradora en cualquier momento si tiene ciertas razones, tales como:

- Usted no puede acceder a servicios o proveedores.
- Usted no puede obtener al mismo tiempo todos los servicios relacionados que necesita de los doctores, profesionales de la salud y facilidades de servicios que trabajan con su Aseguradora.
- Usted obtiene un cuidado de pobre calidad.
- Usted solicita un servicio que su Aseguradora no cubre debido a razones morales o religiosas.
- Su Aseguradora no tiene doctores que tengan experiencia manejando sus necesidades de cuidado médico.

Si desea cambiar su Aseguradora por una de estas razones, puede solicitar este cambio al Consejero de Inscripción de la ASES. La ASES decidirá si puede cambiar o si tiene que esperar al Período Abierto de Inscripción. Si no le gusta la decisión que toma la ASES, usted puede pedirles que reconsideren. Si la decisión aún no es de su agrado, puede pedir una Vista Administrativa.

¿Pueden cancelar mi membresía con (Nombre Aseguradora)?

Sí, su membresía con (Nombre Aseguradora) se cancelará si usted:

- Pierde su elegibilidad para el Plan Vital.
- Se muda fuera de Puerto Rico.
- Va a prisión.

EMR JP

- Da su Tarjeta de Plan Vital a otra persona para usarla.
- Se muda a un centro de rehabilitación de cuidado prolongado o intermedio para personas mentalmente discapacitadas.

Contrato Número

Usted no perderá su membresía con (Nombre Aseguradora) si:

- Usted tiene cambios en su salud.
- Usted está utilizando más servicios de cuidado de salud.

También puede que desee cancelar su membresía con (Nombre Aseguradora) si ya no necesita los beneficios del Plan Vital (Medicaid). Si esto sucede, déjele saber a su Oficina de Medicaid y a (Nombre Aseguradora).

¿Cómo reporto los cambios?

El Plan Vital y (Nombre Aseguradora) están comprometidos en ayudarle. Para asistirle en sus necesidades, necesitamos de su ayuda.

Por favor, recuerde dejarle saber a su Oficina de Medicaid y a (Nombre Aseguradora) de cualquier cambio que pueda afectar su membresía o beneficios. Algunos ejemplos incluyen:

- Usted está embarazada.
- Usted tiene un recién nacido.
- Usted tiene cambios en su grupo familiar (por ejemplo, usted se casa, alguien de su familia muere o alguien de su familia llega a los veintiún (21) años).
- Usted se muda o su teléfono cambia.
- Usted o uno de sus hijos tiene otro seguro de salud.
- Usted tiene una condición médica especial.
- Usted se muda fuera de Puerto Rico.
- Su ingreso cambia (por ejemplo, pierde su trabajo u obtiene un nuevo trabajo).

Para reportar un cambio, llame al Centro de Llamadas del Programa Medicaid al 787-641-4224 o visite su Oficina local de Medicaid.

Es importante que se asegure de que su información de contacto esté actualizada en su Oficina local de Medicaid. Esto es importante porque Medicaid y (Nombre Aseguradora) le envían información importante sobre su cubierta y beneficios del Plan Vital por correo. Si ellos no tienen su dirección actual, podría perder los beneficios del Plan Vital. Para reportar un cambio, llame a (Nombre Aseguradora) al 1-800-XXX-XXXX; usuarios TTY/TDD 1-800-XXX-XXXX para ayuda o visite su Oficina local de Medicaid.

Su Tarjeta de Membresía de Plan Vital

Contrato Número


Todos en el Plan Vital tienen una tarjeta de membresía. Este es un ejemplo de cómo se ve:

Logo Plan

Nombre del beneficiario: < Insertar Nombre del Beneficiario >
 MPI: < Insertar número MPI >
 Fecha de efectividad: < Insertar Fecha de Efectividad >
 Cubierta F/C: < Insertar Código de Cubierta >
 Nombre del PCP: < Insertar Nombre PCP >
 Nombre del GMP: < Insertar Nombre GMP >
 Número del GMP: < Insertar GMP# >
 Beneficios de Farmacia:
 BIN/PCN: 010868/HCR
 RX GROUP:
 RX Preferido: <\$>
 RX No Preferido: <\$>

vital
Salud en tus manos
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Co-pagos fuera de PPN:
 Generalista: <\$>
 Especialista: <\$>
 Subespecialista: <\$>
 Hospital: <\$>
 ER: <\$>/No ER Hosp: <\$>
 No ER No Hosp: <\$>
 Lab: <\$>/ Rayos X: <\$>
 Dental Prev: <\$>/ Rest: <\$>



No co-pagos para niños menores de 21 y mujeres embarazadas.
Co-pagos en la Red Preferida: \$0.

Esta tarjeta no podrá ser utilizada bajo ninguna circunstancia por otra persona que no sea el asegurado identificado. La posesión de esta tarjeta no garantiza la elegibilidad a los beneficios. This ID may under no circumstances be used by a person other than the identified enrollee. Possession of this card does not guarantee eligibility for benefits.

En el caso que usted necesite servicios de emergencia puede marcar el 911 ó ir a cualquier Sala de Emergencias a través de todo Puerto Rico sin la necesidad de referidos ni pre-autorizaciones. In case you need emergency services you can call 911 or arrive at any ER throughout Puerto Rico without any referral or pre-authorization. Usted puede evitar co-pagos consultando la Línea de Consejería Médica, disponible 24 horas los siete días de la semana, antes de visitar la Sala de Emergencias. You can avoid co-payments by consulting the Medical Advise Line, available 24 horas, seven days a week, before visiting the emergency room.


Logo Plan

Servicio al Cliente
Salud Física y Mental:

(TTY)
24/7 Línea de Consejería Médica:

(TTY):
Emergencia emocional o psicológica
24/7 línea PAS 1-800-981-6023
para recibir ayuda.

Si usted tiene información o sospecha sobre un posible caso de fraude o abuso llame a:
If you have information or suspicion of a possible case of fraud or abuse, call:
Línea de Alerta de Fraude y Cumplimiento:
1-866-933-9336



Cada persona asegurada en su familia tendrá su propia tarjeta de membresía, incluso si es un recién nacido. Su tarjeta de membresía tiene información importante como:

- Su número de identificación ("MPI").
- Cómo acceder a los servicios de emergencia.
- El copago que deberá pagar por los servicios de salud.
- El teléfono libre de cargos de la Aseguradora (en la parte posterior de su tarjeta).

EMR

AD

- El número de teléfono libre de cargos para la Línea de Servicio del Plan Vital y la Línea de Asesoría Médica del Plan Vital disponible libre de cargos 24/7 (en la parte posterior de su tarjeta).

Si usted necesita usar sus beneficios de salud antes de obtener su Tarjeta de membresía de Plan Vital, use su formulario Notificación de Decisión que le ha dado su Oficina de Medicaid.

Recuerde:

- Llevar su Tarjeta de Plan Vital.
- Mantener su Tarjeta de Plan Vital en un lugar seguro para que no la pierda.
- Llevar su Tarjeta de Plan Vital cuando vaya al doctor o a la sala de emergencias.
- Asegurar que le devuelvan su Tarjeta de Plan Vital.

Su Tarjeta de membresía de Plan Vital es sólo para usted. **No deje que nadie más use su tarjeta.** Si su tarjeta se pierde o se la roban, puede pedirle a (Nombre Aseguradora) una tarjeta nueva.

Puede visitar las Oficinas de Servicio de (Nombre Aseguradora) o llamarlos al 1-800-XXX-XXXX; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-800-XXX-XXXX. La llamada es gratis.

Parte 2: Su Médico de Cuidado Primario y otros doctores

Cuando se inscriba con (Nombre Aseguradora), debe escoger un médico o "Médico de Cuidado Primario" (en inglés "Primary Care Physician" o PCP). Esta es la persona a la que usted acudirá para recibir la mayoría de los servicios de salud. Esto incluye exámenes, tratamiento para catarras y gripe, preocupaciones de salud y exámenes de rutina. Su PCP puede encontrar y tratar los problemas de salud a tiempo. Él o ella tendrá su historial médico. Su PCP puede ver el cuadro completo de su cuidado de salud. Su PCP dará seguimiento a todos los cuidados que usted recibe.

Hay diferentes tipos de doctores que son PCP, como:

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

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD,

Nº 23 - 0047A

Contrato Número

Usted debe elegir un PCP para cada asegurado en su familia. Los miembros asegurados de su familia pueden tener diferentes PCP.

Si usted es una mujer mayor de doce (12) años, también puede elegir un ginecólogo para ser su PCP. Si está embarazada, su PCP podría ser su obstetra durante su embarazo. Cuando su embarazo termine, usted regresará a su médico regular, pero su ginecólogo todavía se ocupará de sus necesidades ginecológicas. Usted puede elegir un pediatra o un médico de familia para su recién nacido o uno será elegido por usted.

EMR AP

Para elegir a su PCP, llame a (Nombre Aseguradora) al 1-800-XXX-XXXX; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-800-XXX-XXXX. Si usted no selecciona uno, entonces uno será elegido por usted.

Un Grupo Médico Primario es un grupo de doctores que ayudan a coordinar sus servicios de cuidado de salud y trabajan con (Nombre Aseguradora) para asegurarse de que usted obtenga el cuidado que necesita. Su Tarjeta de Identificación muestra el nombre de su PCP y su número de Grupo Médico Primario.

¿Cómo puedo ver a mi PCP?

Si usted necesita una cita, llame a su PCP. Es gratis hacer citas con ellos. Es importante que mantenga sus citas con su PCP. Si no puede ir a su cita por cualquier motivo, llame a la oficina del PCP de inmediato para dejarles saber.

Si su PCP es nuevo para usted, debería conocerlo. Llame para conseguir una cita tan pronto como pueda. Esto es aún más importante si usted ha estado recibiendo cuidado o tratamiento de un médico diferente. Queremos asegurarnos de que usted siga recibiendo el cuidado que necesita. Si usted se siente bien, debe llamar a su PCP para conseguir un examen de rutina.

Antes de ir a su primera cita:

1. Pídale a su médico anterior que le dé su expediente médico original. Esto es libre de costo. Traiga su expediente médico a su nuevo PCP en su primera visita. Esto ayudará a su nuevo PCP a conocer sobre su salud.
2. Llame a su PCP para coordinar una cita.
3. Tenga su Tarjeta de Plan Vital a la mano cuando llame.
4. Diga que es un beneficiario del Plan Vital y dele su número de identificación o "MPI".
5. Anote la fecha y hora de su cita. Si usted es un paciente nuevo, el proveedor puede pedirle que llegue temprano. Anote la hora que le pidan que esté allí.
6. Haga una lista de preguntas que desea hacerle a su médico. Enumere cualquier problema de salud que tenga.
7. Si necesita transportación a la cita y no tiene otra manera de llegar allí, llame a (Nombre de Aseguradora) o a su Municipio. Ellos podrían ayudarle a conseguir transportación.

En el día de su cita:

1. Traiga una lista de todos sus medicamentos y sus preguntas para que su médico sepa cómo ayudarle.
2. Sea puntual para su visita. Si usted no puede asistir a su cita, llame a su PCP para conseguir una nueva cita.
3. Lleve su Tarjeta de Plan Vital con usted. Su PCP puede sacar una copia de ella.

**ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD**

Nº 23 - 0047A

12

EMR 

Contrato Número

¿Qué pasa si es una emergencia y necesito cuidado después que cierra la oficina de mi PCP?

La mayoría de los PCP's tienen horario regular de oficina. El Directorio de Proveedores de (Nombre Aseguradora) le dirá cuándo están abiertas las oficinas de sus médicos. La mayoría de los Grupos Médicos Primarios también tienen clínicas que cuentan con horario extendido. Pero, usted puede llamar a la Línea de Consejería Médica de (Nombre Aseguradora) en cualquier momento.

Usted puede obtener cuidado de salud de emergencia cada vez que lo necesite. Siempre lleve su Tarjeta de Plan Vital con usted. En caso de una emergencia, los doctores sabrán que usted tiene el Plan Vital. Si usted llama a la Línea de Consejería Médica de (Nombre Aseguradora) antes de ir a la Sala de Emergencias, no tendrá que pagar copagos.

El número de la Línea de Consejería Médica de (Nombre Aseguradora) es 1-800-XXX-XXXX. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-XXX-XXXX.

Las emergencias son momentos en que puede haber grave peligro o daño a su salud si usted no recibe atención médica de inmediato.

Una emergencia puede ser:

- Dificultad para respirar, no poder hablar
- Una cortadura profunda, hueso roto o quemadura
- Sangrado que no se puede detener
- Dolor de pecho fuerte que no desaparece
- Dolor de estómago fuerte y consistente
- Una persona que no se despierta
- No ser capaz de mover piernas o brazos
- Convulsiones que causan que alguien se desmaye
- Sobredosis de Drogas

Usualmente estas no son emergencias:

- Dolor de garganta
- Cortaduras superficiales pequeñas
- Dolor en la espalda baja
- Dolor de oído
- Dolor de estómago
- Catarro o gripe
- Moretones
- Dolor de cabeza, a menos que sea muy fuerte y como nunca antes lo hayas tenido
- Artritis

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047A

Contrato Número

Si usted piensa que tiene una emergencia, vaya a la Sala de Emergencias del hospital más cercano. Si no puede llegar a la Sala de Emergencias, llame al 9-1-1.

Si necesita atención de emergencia, no tiene que obtener una autorización de nadie antes de recibir atención de emergencia.

Si no está seguro si es una emergencia, llame a su PCP (Nombre Aseguradora) Su PCP puede ayudarle a obtener cuidado de emergencia si lo necesita. También puede llamar a la Línea de Consejería Médica de (Nombre Aseguradora) en cualquier momento.

EMR

AD

¿Puedo cambiar mi PCP?

Sí, usted puede cambiar su PCP una vez al año. Hay otras razones por las que es posible que necesite cambiar su PCP. Por ejemplo, es posible que quiera ver a uno cuya oficina

esté más cerca de usted. Para cambiar su PCP, debe llamar a (Nombre Aseguradora) para verificar si es posible hacer el cambio.

Usted también puede cambiar a un nuevo Grupo Médico Primario si el PCP que desea ver se encuentra en un Grupo Médico Primario diferente.

La mayoría de las veces, después de los primeros noventa (90) días de inscribirse con la aseguradora bajo Plan Vital (usted puede cambiar su Grupo Médico Primario en cualquier momento por algunas razones, tales como:

- Su PCP no puede darle el cuidado o tratamiento que necesita debido a razones éticas (morales) o religiosas.
- Su PCP no puede ofrecer todos los servicios que necesita al mismo tiempo. El no recibir todos los servicios requeridos puede representar un riesgo innecesario para usted.
- Usted recibe cuidado de mala calidad.
- No puede acceder a los servicios que necesita.
- Su PCP no tiene la experiencia para cuidar de sus necesidades de cuidado de salud.

Para orientación y para hacer el cambio, llame a (Nombre Aseguradora) al 1-800-XXX-XXXX; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-800-XXX-XXXX.

Otra razón por la cual su PCP o Grupo Médico Primario podría cambiar es si su PCP o Grupo Médico Primario deja de trabajar con (Nombre Aseguradora). Si esto sucede, (Nombre Aseguradora) le enviará una carta dejándole saber su nuevo PCP o Grupo Médico Primario asignado. Si desea cambiar su PCP o Grupo Médico Primario, llame al 1-800-XXX-XXXX; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-800-XXX-XXXX.

¿Qué sucede después de pedir el cambio?

Una vez que realice el cambio con (Nombre Aseguradora), tomará algún tiempo para que el cambio sea efectivo. Si usted hace el cambio en los primeros cinco (5) días de un mes, será efectivo en el próximo mes. Por ejemplo, si usted hace el cambio el 5 de enero, este será efectivo el 1^{ro} de febrero. Pero si usted hace el cambio después de los primeros cinco (5) días del mes, será efectivo el mes después del siguiente. Por ejemplo, si usted hace el cambio el 6 de enero, será efectivo el 1^{ro} de marzo.

Usted debe seguir viendo a su PCP anterior hasta que el cambio sea efectivo. No puede empezar a ver a su nuevo PCP hasta que el nuevo cambio sea efectivo.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047A

14

EMR

AD

Contrato Número

¿Qué pasa con otros médicos o proveedores que necesito ver?

Además de su PCP, es posible que también necesite ver a otros doctores y proveedores de cuidado de salud, tales como especialistas. Un especialista es un doctor que ofrece servicios de salud para una determinada enfermedad o parte del cuerpo. Un tipo de especialista es un cardiólogo, que es un médico que trata el corazón. Otro tipo de especialista es un oncólogo, que trata el cáncer. Hay muchos tipos de especialistas.

Además de los especialistas, también es posible que usted necesite ir a otros profesionales y facilidades de cuidado de salud para obtener cuidado, tales como laboratorios, facilidades de rayos-X u hospitales. Los doctores, otros profesionales del cuidado de la salud y las facilidades de servicio que trabajan con (Nombre Aseguradora) y su Grupo Médico Primario se conocen como la Red de Proveedores Preferidos.

Los otros doctores, otros profesionales del cuidado de la salud y las facilidades de servicio que trabajan con (Nombre Aseguradora) se conocen como la Red General. Cuando usted se inscribe con (Nombre Aseguradora), le enviarán por correo un Directorio de Proveedores que contiene información de la Red de Proveedores Preferidos y la Red General. Estas listas también están en la página electrónica en www.nombreaseguradoravital.com. Su Grupo Médico Primario y las Oficinas de Servicio de también pueden proveerle una copia de las listas. Para más información acerca de cómo funciona el Plan Vital si usted tiene Medicare, por favor mire la Parte 8 de esta guía.

Red de Proveedores Preferidos

Los doctores, otros profesionales del cuidado de la salud y facilidades de servicios que trabajan con su Grupo Médico Primario se llaman la Red de Proveedores Preferidos.

Usted tiene los siguientes beneficios al visitar a los doctores, profesionales del cuidado de la salud y facilidades de servicios en la Red de Proveedores Preferidos:

- Puede visitar cualquiera de los doctores y facilidades de servicio en la Red de Proveedores Preferidos de forma gratuita.
- Si usted visita a los doctores, profesionales del cuidado de la salud y facilidades de servicio en su Red de Proveedores Preferidos, no necesita ir a su PCP para obtener un referido.
- Si usted recibe cualquiera de los siguientes servicios dentro de la Red de Proveedores Preferidos, no necesita que su PCP firme:
 - Receta de medicamentos
 - Pruebas de laboratorio
 - Rayos-X

Para obtener más información acerca de su Red de Proveedores Preferidos, usted puede: ADMINISTRACION DE

SEGUROS DE SALUD

15

Nº 23 - 0047A

EMR 

1. Llamar a (Nombre Aseguradora) al 1-800-XXX-XXXX; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-800-XXX-XXXX.
2. Llamar al Centro de Llamadas del Plan Vital al 1-800-981-2737; usuarios TTY deben llamar al 787-474-3389.
3. Visitar las Oficinas de Servicio de (Nombre Aseguradora).
4. Llamar a su Grupo Médico Primario.

Red General

La Red General la componen los profesionales del cuidado de la salud y facilidades de servicios que trabajan con (Nombre Aseguradora) y que apoyan a los Grupos Médicos Primarios.

Si el doctor o proveedor que usted necesita ver no está en su Red de Proveedores Preferidos, puede que estén en la Red General de (Nombre Aseguradora). Usted puede ver a cualquier doctor o proveedor en la Red General de (Nombre Aseguradora) siempre y cuando vaya a su PCP primero para obtener un referido. Si necesita un referido, su PCP debe darle uno durante su visita o dentro de veinticuatro (24) horas después que usted le pide uno.

Su PCP coordinará sus visitas a doctores o proveedores de la Red General.

Es posible que tenga que pagar por estas visitas. Por favor, diríjase a la Parte 4 de esta guía para obtener más información sobre los pagos.

Si usted recibe cualquiera de los siguientes servicios de un proveedor de la Red General, su PCP tendrá que firmar:

- Receta de medicamentos
- Pruebas de laboratorio
- Rayos-X

Fuera de la Red

Un doctor u otro proveedor que no trabaje con (Nombre Aseguradora) se llama un proveedor Fuera de la Red. Si necesita ver a un doctor u otro proveedor que esté Fuera de la Red, usted debe obtener un referido de su PCP.

Si usted necesita servicios de una clínica de salud de la comunidad Fuera de la Red, primero necesitará un referido de su PCP. Usted puede recibir cuidado en una clínica de salud de la comunidad Fuera de la Red.

Si usted siente que (Nombre Aseguradora) o sus doctores no están siguiendo estas reglas, usted puede llamar a (Nombre Aseguradora) al 1-800-XXX-XXXX; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-800-XXX-XXXX y decirle que necesita presentar una queja. También puede llamar a la Oficina del Procurador del Paciente al 1-800-981-0031 o a la ASES al 1-800-981-2737.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047A

Ayuda para llegar a las citas de cuidado de salud

Si usted no tiene una manera de llegar a sus citas de cuidado de salud, (Nombre Aseguradora) y su Municipio podrían ayudar con la transportación. Cada Municipio tiene algunas maneras de ayudarle a llegar a sus citas. Llame a (Nombre Aseguradora) al 1-800-XXX-XXXX; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-800-XXX-XXXX o llame a su Municipio para pedir ayuda.

(Nombre Aseguradora) y algunos proveedores también ofrecen transportación para algunos asegurados a través de manejo de cuidado. Si usted necesita la ayuda de un Manejador de Cuidado y usted no tiene uno, llame a (Nombre Aseguradora) al 1-800-XXX-XXXX; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-800-XXX-XXXX. La Parte 5 de esta guía tiene más información sobre el manejo de cuidado.

Parte 3: Servicios que paga el Plan Vital

Información General

El Plan Vital ofrece servicios para mantenerle saludable. El Plan Vital trabaja con (Nombre Aseguradora), quien coordina con usted y sus doctores para ayudarle a acceder los servicios que usted necesita.

Usted puede comenzar a recibir servicios tan pronto como su Oficina Medicaid dice que usted es elegible para el Plan Vital. No tiene que esperar.

Como un asegurado del Plan Vital, usted tiene una variedad de beneficios de cuidado de salud y servicios disponibles para usted. No todos en el Plan Vital tienen los mismos beneficios. Los beneficios que se cubren para usted dependen del grupo en el que usted esté. Su Tarjeta de Plan Vital le indicará bajo cual cubierta cualifica.

A continuación, se enumeran los servicios que cubre el Plan Vital. Algunos servicios pueden ser limitados. Llame a (Nombre Aseguradora) al 1-800-XXX-XXXX; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-800-XXX-XXXX si quiere más información.

- Visitas de rutina en la oficina del doctor, exámenes y visitas cuando esté enfermo.
- Visitas pediátricas y vacunas para el bebé y el niño.
- Pruebas, estudios, laboratorios y radiografías.
- Servicios preventivos, incluyendo vacunas, mamografías, colonoscopias y visitas de rutina para adultos saludables.
- Exámenes de Obstetricia, Ginecología y pruebas de Papanicolau anuales.
- Servicios de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT en inglés), incluyendo exámenes periódicos de salud preventiva y otros servicios de diagnóstico y tratamiento necesarios para asegurados menores de veintiuno (21).
- Pruebas y evaluaciones nutricionales
- Exámenes de visión y audición
- Cuidado prenatal y postparto
- Planificación familiar
- Certificados de Salud
- Servicios dentales

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047A

EMR
JP

- Terapia física
- Terapia ocupacional
- Terapia del habla
- Visitas del médico al hogar
- Farmacia
- Manejo de cuidado y servicios de coordinación de cuidado
- Servicios de emergencia
- Servicios de post-estabilización
- Servicios de salud mental
- Visitas a especialistas
- Servicios de Clínica de Salud Comunitaria
- Hospital: cuidado a pacientes hospitalizados y/o ambulatorios
- Hospitalización de salud mental y hospitalización parcial
- Centro de Servicios Ambulatorios
- Cirugía: hospitalizado y/o ambulatorio
- Servicios de ambulancia
- Servicios de rehabilitación ambulatorios

Contrato Número

Servicios Dentales

El Plan Vital ofrece servicios dentales. Usted puede ver cualquier dentista que acepte el Plan Vital. Puede encontrar información sobre los dentistas participantes en el Directorio de Proveedores de (Nombre Aseguradora). Cuando usted se inscribe con (Nombre Aseguradora), le enviarán por correo un Directorio de Proveedores. También puede acceder a la lista de proveedores visitando la página electrónica www.nombreaseguradoravital.com, bajo la sección de Directorio de Proveedores. Su Grupo Médico Primario y las Oficinas de Servicio de (Nombre Aseguradora) también tienen una copia de la lista.

Para preguntas sobre sus beneficios dentales, llame a (Nombre Aseguradora) al 1-800-XXX-XXXX; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-800-XXX-XXXX.

Servicios de Salud Mental, Alcohol y Abuso de Drogas

El Plan Vital ofrece servicios de salud mental, alcohol y abuso de sustancias. No tiene que ver a su PCP primero para ver a un doctor u otro proveedor para los servicios de salud mental, alcohol o abuso de sustancias. Usted puede solicitar estos servicios cada vez que sea necesario.

El Plan Vital quiere que acceda con facilidad a los servicios de salud física y salud mental, alcohol y abuso de sustancias en el mismo lugar. Esto se llama cuidado integrado.

Su Grupo Médico Primario es un lugar donde puede tener servicios de salud mental, alcohol o abuso de drogas. Su Grupo Médico Primario debe tener un psicólogo y/o un trabajador social disponible al menos de cuatro (4) a dieciséis (16) horas por semana, durante las horas de trabajo regulares. Si usted recibe servicios de salud mental, alcohol o abuso de drogas en otro lugar (como una clínica de salud mental o un hospital psiquiátrico), ellos deben tener servicios de un PCP en la oficina al menos una parte del tiempo para cuidar sus necesidades de salud física.

Si necesita ayuda para encontrar servicios de salud mental, alcohol y abuso de sustancias, llame a la Línea de Consejería Médica de (Nombre Aseguradora) al 1-800-XXX-XXXX; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-800-XXX-XXXX.

Servicios de Farmacia

Contrato Número

El Plan Vital cubre medicamentos recetados. Si usted necesita medicamentos, su proveedor le escribirá una receta para llevarla a una farmacia participante. Usted puede elegir cualquier farmacia que trabaje con (Nombre Aseguradora). Puede encontrar una lista de las farmacias participantes en el Directorio de Proveedores de (Nombre Aseguradora) o puede llamar a (Nombre Aseguradora) al 1-800-XXX-XXXX; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-800-XXX-XXXX.

Los medicamentos recetados son gratis para niños hasta los veinte (20) años y para mujeres embarazadas beneficiarias de Medicaid o CHIP. Otros adultos deberán pagar los medicamentos recetados. Para más información sobre los pagos por medicamentos recetados, vea la Parte 4 de esta guía. Su Formulario de Medicamentos Cubiertos, FMC, es la lista de medicamentos que el Plan Vital cubre. Esta lista ayuda a su doctor a recetarle medicamentos a usted. Los medicamentos de marca y genéricos están en el FMC. Una versión genérica de un medicamento es la primera opción. Si una versión genérica de un medicamento está disponible, su doctor tiene que recetarle la versión genérica.

Si usted tiene una condición crónica de salud, su doctor puede escribir una receta para un suministro de noventa (90) días de algunos medicamentos. De esta manera, usted sólo tiene que pagar por el medicamento una vez en lugar de pagar tres (3) veces (1 pago por mes).

Puede acceder el Formulario de Medicamentos en Cubierta de Plan Vital en la siguiente dirección electrónica: <https://www.asespr.org/beneficiarios/medicamentos/>

Servicios no Cubiertos

Aquí hay una lista general de algunos servicios que no están cubiertos por el Plan Vital. Puede encontrar una lista completa de servicios que no pagará el Plan Vital, en línea en www.nombreaseguradoravital.com, o puede llamar a (Nombre Aseguradora) al 1-800-XXX-XXXX; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-800-XXX-XXXX para una lista completa.

Algunos servicios no cubiertos son:

1. Servicios para enfermedades o traumas no cubiertos.
2. Servicios por accidentes de automóvil cubiertos por la Administración de Compensación de Accidentes de Automóvil (ACAA).
3. Accidentes en el trabajo que están cubiertos por la Corporación del Fondo del Seguro del Estado.
4. Servicios cubiertos por otro seguro o entidad con responsabilidad primaria (responsabilidad de terceros).
5. Servicios especializados de enfermería para la comodidad del paciente cuando no son médicamente necesarios.
6. Hospitalizaciones por servicios que se pueden ofrecer de forma ambulatoria.
7. Hospitalización de un paciente por servicios diagnósticos solamente.
8. Gastos por servicios o materiales para la comodidad del paciente, tales como teléfono,

Contrato Número

- televisión, kits de admisión, etc.
9. Servicios dados a familiares del paciente (padres, hijos, hermanos, abuelos, nietos, cónyuge, etc.).
 10. Trasplantes de órganos y tejidos, excepto los trasplantes de piel, huesos y córneas.
 11. Tratamientos de control de peso (obesidad o aumento de peso por razones estéticas).
 12. Medicina deportiva, musicoterapia y medicina natural.
 13. Cirugía cosmética para corregir defectos de apariencia física.
 14. Servicios, pruebas diagnósticas ordenadas o provistas por naturistas e iridólogos.
 15. Certificados de salud excepto para (i) pruebas de laboratorio de investigación de enfermedades venéreas, (ii) pruebas de tuberculosis y (iii) cualquier certificación relacionada con la elegibilidad para el Programa Medicaid.
 16. Mamoplastía o reconstrucción plástica del seno para propósitos estéticos solamente.
 17. Uso ambulatorio del monitor fetal.
 18. Servicios, tratamiento u hospitalización como resultado de abortos inducidos, no-terapéuticos o de sus complicaciones.
 19. Medicamentos administrados por un proveedor que no tiene licencia de farmacia, con la excepción de medicamentos que se administran tradicionalmente en un consultorio médico, como una inyección.
 20. Servicios de anestesia epidural.
 21. Pruebas educativas, servicios educativos.
 22. Diálisis peritoneal o servicios de hemodiálisis (Cubiertos bajo la Cubierta Especial).
 23. Procedimientos nuevos o experimentales no aprobados por la ASES para ser incluidos en la Cubierta Básica.
 24. Custodia, descanso y convalecencia una vez que la enfermedad está bajo control o en casos terminales irreversibles (el cuidado de hospicio para miembros menores de veintiún (21) años es parte de la Cubierta Básica).
 25. Servicios cubiertos bajo la Cubierta Especial.
 26. Servicios recibidos fuera del límite territorial del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, excepto por servicios de emergencia para beneficiarios de Medicaid o CHIP.
 27. Orden judicial para evaluaciones con fines jurídicos.
 28. Se excluyen los servicios de consejería o referidos basados en objeciones morales o religiosas de (Nombre Aseguradora).
 29. Los gastos de viajes, incluso cuando sean ordenados por el PCP, están excluidos.
 30. Espejuelos, lentes de contacto y audífonos (para asegurados mayores de veintiún (21) años).
 31. Servicios de acupuntura.
 32. Procedimientos para cambios de sexo, incluyendo hospitalizaciones y complicaciones.
 33. Tratamiento para la infertilidad y/o relacionado con la concepción por medios artificiales, incluyendo tuboplastía, vasovasectomía, y cualquier otro procedimiento para restaurar la capacidad de procrear.
 34. Aunque la Transportación fuera de sala de emergencias y Equipo Médico Duradero son servicios **no cubiertos**, las aseguradoras, considerado la parte de determinantes sociales y las consecuencias de no prestar transportación o Equipo no Duradero al paciente, podrán evaluar bajo proceso de excepción caso a caso y hacer determinación.

Parte 4: ¿Tendré que pagar para obtener servicios de cuidado de salud?

A veces usted tendrá que pagar para recibir servicios de cuidado de salud. El cuidado preventivo es el cuidado que le ayuda a mantenerse bien, como exámenes, vacunas, cuidado del embarazo y parto. Este tipo de atención es siempre gratis. Usted no tiene copagos para el cuidado preventivo.

Para otros cuidados como hospitalizaciones o visitas cuando los niños están enfermos, es posible que tenga que pagar parte del costo. Los copagos son lo que usted paga por cada servicio de cuidado de salud que usted recibe.

No todo el mundo en el Plan Vital tiene copagos. Su Tarjeta de Plan Vital le dirá si tiene copagos y cuáles son. Los copagos dependen del tipo de cubierta del Plan Vital que tenga. Su Tarjeta de Plan Vital dice qué tipo de cubierta del Plan Vital tiene.

Ninguno de sus doctores o proveedores puede negarse a darle servicios médicamente necesarios porque usted no paga sus copagos. Sin embargo, (Nombre Aseguradora) y sus proveedores pueden tomar medidas para cobrar cualquier copago que usted deba.

Usted sólo debe pagar su copago por su cuidado. Usted no debe recibir factura por el resto del costo de su cuidado. Si usted recibe factura por el resto del costo, usted puede apelar. Vea la Parte 7 de esta guía para ver qué hacer si recibe una factura por su cuidado.

Tabla de Copagos

¿Tiene usted que pagar copagos por un PCP, un especialista, la visita a Sala de Emergencia, hospitalización, u otro tipo de servicio? ¿No está seguro? Vea la siguiente tabla, vea su Tarjeta de Membresía o llame a (Nombre Aseguradora) al 1-800-XXX-XXXX; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-800-XXX-XXXX.

PAQUETE DE BENEFICIOS, COPAGOS Y COASEGUROS - efectivo en enero 2023											
PAQUETE DE BENEFICIOS Y SERVICIOS PARA SALUD MENTAL, DESORDEN DE USO DE SUBSTANCIAS, MÉDICO/QUIRÚRGICO	FEDERAL				CHIPs		ESTATAL				*ELA
	100	110	120	130	220	230	300	310	320	330	400
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$15	\$15	\$15	\$20	\$50
Admisiones	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$15	\$15	\$15	\$20	\$50
Guardería (<i>Nursery</i>)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

Contrato Número

Hospitalizaciones de Salud Conductual	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Servicios de Desintoxicación	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Servicios de salud conductual para pacientes hospitalizados institución para enfermedades mentales (IMD)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL											
Evaluación, detección y tratamiento de individuos, parejas, familias y grupos	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Servicios Ambulatorios con psiquiatra, psicólogo y trabajadores sociales	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Servicios Hospitalarios para trastornos por abuso de sustancias y alcohol	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Servicios Ambulatorios para trastornos por abuso de sustancias y alcohol	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Servicios Ambulatorios Intensivos	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Servicios de intervención de emergencia o crisis	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Clínicas de medicina inyectada de larga duración	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Servicios de escolta/asistencia profesional y ambulancia	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Servicios de prevención y educación secundaria	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Tratamiento del trastorno por déficit de atención	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Tratamiento abuso sustancias	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Tratamiento adicción opioides	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Hospitalización Parcial	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Terapia Electroconvulsiva (EC)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Pruebas Psicológicas / Neurosicológicas	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
SERVICIOS DE SALUD PREVENTIVA											
Cuidado del Bebé	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Vacunación	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Exámenes de Audición	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Evaluación y chequeo nutricional	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Pruebas clínicas y laboratorio	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$6	20%

EMR 

Contrato Número

Educación nutricional, oral y de salud física	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Salud reproductiva /planificación familiar	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Examen físico anual para diabéticos	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Certificados de Salud	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Servicios de Pruebas Diagnósticas	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$6	40%	
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN AMBULATORIA												
Terapia Física	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$5	
Terapia Ocupacional	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$5	
Terapia del Habla	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$5	
SALA DE EMERGENCIAS (ER)												
Visita Sala Emergencias (ER)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$10	\$15	\$20	\$20	
Servicios que No son de emergencia proporcionados en la sala de emergencias de un hospital, (por visita)	\$0	\$4	\$5	\$8	\$0	\$0	\$20	\$20	\$25	\$30	\$20	
Servicios que No son de emergencia proporcionados en una sala de emergencias independiente, (por visita)	\$0	\$2	\$3	\$4	\$0	\$0	\$20	\$20	\$25	\$30	\$20	
Trauma	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
SERVICIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS												
EPSDT	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Visitas de médicos de atención primaria, incluidos los servicios de enfermería	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$3	
Tratamiento Especializado	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$7	
Tratamiento subespecialista	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$10	
Visitas de Médico al Hogar	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$10	
Terapia Respiratoria	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$5	
Servicios de Anestesia (excepto epidural)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$5	
Servicios de Radiología	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%	
Servicios de Patología	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%	
Cirugía	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%	
Cirugía Ambulatoria en facilidades de servicio	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%	
Servicios de Enfermería	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%	
Esterilización	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%	
Prótesis	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%	
Equipo de Ostomía	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%	
Servicios de transfusión de sangre y plasma sanguíneo	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%	

EMR

AD

Contrato Número

Servicios pacientes enfermedad renal crónica nivel 1 o nivel 2	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Trasplantes de piel, hueso y córnea	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Veklury (remdesivir) ParaCOVID-19	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Reconstrucción de Senos después de Mastectomía	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Procedimientos quirúrgicos para tratar la obesidad mórbida	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Respiradores y ventiladores mecánicos	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Equipo Médico Duradero	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Servicios de Transporte de Emergencia	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Servicios Prenatales y de maternidad	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Otros Servicios											
Laboratorios High-Tech **	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Exámenes de Diagnóstico Especiales**	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$6	40%
Servicios Dentales											
Preventivos (Niños)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Preventivos (Adultos)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$3	\$5	\$3
Restaurativos	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$6	\$10
Servicios de Farmacia											
Preferida (Niños 0-21)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$5
Preferida (Adulto)****	\$0	\$1	\$2	\$3	\$0	\$0	\$3	\$3	\$5	\$5	\$5
No-Preferida (Niños 0-21)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$10
No-Preferida (Adulto)****	\$0	\$3	\$4	\$6	\$0	\$0	\$8	\$8	\$10	\$10	\$10

** Los copagos aplican a las pruebas de diagnóstico solamente. Los copagos no aplican a las pruebas requeridas como parte de un servicio preventivo.

*** Los copagos aplican a cada medicamento incluido en el papel de la receta.

Parte 5: Programas Especiales

Cubierta Especial

Los beneficiarios con necesidades especiales de cuidado de salud pueden tener una Cubierta Especial que proveerá los servicios para el cuidado que necesitan. Las

necesidades especiales de cuidado de salud son:

1. Anemia Aplásica
2. Artritis Reumatoide
3. Autismo
4. Cáncer
5. Cáncer en la Piel-Carcinoma in situ
6. Cáncer de piel como Melanoma Invasivo o células escamosas con evidencia de metástasis.
7. Enfermedad Renal Crónica
8. Escleroderma
9. Esclerosis Múltiple (MS) y Esclerosis lateral amiotrófica (ALS)
10. Fibrosis Quística
11. Hemofilia
12. Lepra
13. Lupus Eritematoso Sistémico (SLE)
14. Niños con Necesidades Especiales de Salud
15. Obstetricia
16. Tuberculosis (Tb)
17. VIH/SIDA
18. Adultos con Fenilcetonuria (PKU)
19. Hipertensión Pulmonar
20. Post-trasplante (Excluye: córnea, hueso, y piel)
21. Hepatitis Crónica C (HCV)
22. Fallo congestivo cardiaco (CHF) Clase III y Clase IV, NYHA.
23. Discinesia Ciliar Primaria (PCD), Síndrome de cilios inmóviles, Síndrome Kartagener
24. Enfermedad Intestinal Inflamatoria (EII)
25. Labio fisurado / Paladar hendido
26. Albinismo oculocutáneo, Síndromes Hermansky- Pudalk (HSP) y Chédiak-Higashi (CHS)

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047A

Contrato Número

Su PCP o su Grupo Médico Primario le puede ofrecer más información sobre cuales personas cualifican para la Cubierta Especial. Si usted cualifica para la Cubierta Especial, ellos también pueden ayudarle a registrarse.

Las personas con Cubierta Especial pueden elegir cualquier proveedor que trabaje con su Red de Proveedores Preferidos o con la Red General de (Nombre Aseguradora). Las personas con Cubierta Especial pueden obtener medicamentos recetados, pruebas y otros servicios a través de la Cubierta Especial sin necesitar un referido o que su PCP firme.

(Nombre Aseguradora) le avisará si usted está cualificado y se asegurará de que usted tenga acceso a los servicios. La Cubierta Especial del Plan Vital comenzará cuando el asegurado alcance los límites de la Cubierta Especial de cualquier otro plan de salud. Algunos servicios pueden tener límites. Llame a (Nombre Aseguradora) al 1-800-XXX-XXXX; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-800-XXX-XXXX si quiere más información. **Los beneficios bajo la Cubierta Especial incluyen la siguiente lista.**

- Servicios de enfermedades coronarias y cuidado intensivo
- Cirugía maxilar

EMR

AD

- Procedimientos neuroquirúrgicos y cardiovasculares
- Diálisis peritoneal y servicios relacionados
- Servicios clínicos y pruebas de laboratorio
- Servicios de unidad de cuidado intensivoneonatal
- Quimioterapia, radiología y servicios relacionados
- Condiciones gastrointestinales, alergias y evaluación nutricional para pacientes con autismo
- Procedimientos y pruebas diagnósticas cuando sean medicamente necesarios
- Terapia física
- Anestesia general
- Cámara hiperbárica
- Medicamentos inmunosupresivos y pruebas de laboratorio para pacientes que han recibido trasplantes
- Tratamiento para condiciones específicas después del diagnóstico:
 - ✓ Factor positivo de VIH y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)- Se incluyen servicios ambulatorios y de hospitalización. Usted no necesita un Referido o Pre-autorización de (Nombre Aseguradora) o su PCP para visitas y tratamiento en las Clínicas Regionales de Inmunología del Departamento de Salud;
 - ✓ Tuberculosis;
 - ✓ Lepra;
 - ✓ Lupus;
 - ✓ Fibrosis quística;
 - ✓ Cáncer;
 - ✓ Hemofilia;
 - ✓ Anemia Aplásica;
 - ✓ Artritis Reumatoide;
 - ✓ Autismo;
 - ✓ Obstetras OBGyn;
 - ✓ Post Trasplante de Órgano; y
 - ✓ Niños con necesidades especiales. **Excepto:**
 - Asma y diabetes (Parte del Programa de Manejo de Condiciones),
 - Desórdenes siquiátricos, y
 - Enfermedades catastróficas para las personas con discapacidad intelectual
- Escleroderma

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047A

Contrato Número

EMR
AP

- Esclerosis Múltiple (MS) y Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS)
- Servicios para el tratamiento de condiciones resultantes de daños autoinfligidos o como resultado de un delito grave cometido por un asegurado o negligencia.
- Enfermedad renal crónica
- Medicamentos requeridos para el tratamiento ambulatorio de la tuberculosis y la lepra.
- Acceso al tratamiento de Hepatitis C con el medicamento incluido en el formulario de Medicamentos de Plan Vital.

Cubierta Especial para VIH-SIDA

Si usted tiene VIH o SIDA, su PCP debe solicitarle a (Nombre Aseguradora) que le apruebe una Cubierta Especial. Una vez (Nombre Aseguradora) le añade a la Cubierta Especial, le enviarán por correo una carta notificando que usted puede recibir servicios bajo la Cubierta Especial. La carta le avisará cuando comienza la Cubierta Especial y cuándo termina.

Una vez que usted tenga la carta, puede recibir todos los servicios y tratamientos para su condición, tales como medicamentos recetados, pruebas de laboratorio, rayos-X y otros servicios sin necesidad de que su PCP tenga que firmar.

Usted puede recibir sus medicamentos recetados para el VIH/SIDA en los siguientes Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles del Departamento de Salud:

Centros para la Prevención y el Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTET)

REGION	TELEFONO/ FAX	DIRECCION
ARECIBO	(787) 878-7895 Fax. (787) 881-5773 Fax. (787) 878-8288 Tel. (787) 879-3168	Antiguo Hosp. Distrito (Dr Cayetano Coll y Toste) Carretera 129 hacia Lares Arecibo, PR 00614
		PO Box 140370 Arecibo, PR 00614
BAYAMON	(787) 787-5151 Ext. 2224, 2475 (787) 787-5154 Fax. (787) 778-1209 (787) 787-4211	Antigua Casa de Salud- Hosp. Regional Bayamón Dr. Ramón Ruíz Arnau Ave. Laurel Santa Juanita Bayamón, PR 00956
CAGUAS CLINICA SATELITE	(787) 653-0550 Ext. 1142, 1150 Fax (787) 746-2898 (787) 744-8645	Hospital San Juan Bautista PO Box 8548 Caguas, PR 00726-8548

		Contrato Número
CLINICA SATELITE HUMACAO	(787) 285-5660	CDT de Humacao- Dr. Jorge Franceschi Calle Sergio Peña Almodóvar, Esq. Flor Gerena Humacao, Puerto Rico 00791
CAROLINA CLETS	(787)757-1800 Ext. 454, 459 Fax (787)765-5105	Hospital UPR Dr. Federico Trilla P. O. Box 6021 Carolina, PR 00984-6021/ Carretera 3, Km. 8.3
CLETS SAN JUAN	(787)754-8118 (787)754-8128 (787)754-8127	P. O. Box 70184 San Juan, PR 00936-8523
		Calle José Celso Barbosa, Centro Médico de PR Bo. Monacillos, San Juan
FAJARDO	(787)801-1992 (787)801-1995	Calle San Rafael # 55 Fajardo, PR 00738
MAYAGEZ	(787)834-2115 (787)834- 2118	Centro Médico de Mayagüez Hospital Ramón Emeterio Betances Carr. # 2, Suite 6 Mayagüez, PR 00680
PONCE	(787)842-0948 (787)842-2000	Departamento de Salud- Región Ponce Antiguo Hosp. Distrito Ponce- Dr. José Gándara Carretara Estatal 14, Bo. Machuelo Ponce, PR 00731
CENTRAL OFFICE	(787)765-2929 Ext. 4026, 4027 Fax (787)274-5523	P.O. Box 70184 San Juan, PR 00936
		Antiguo Hospital Psiquiatría Pabellón 1, primer piso, 4ta. Puerta - Terrenos de Centro Médico, Río Piedras

Manejo de Cuidado

Algunas personas con altas necesidades y condiciones especiales pueden recibir Manejo de Cuidado. Si usted es elegible para el Programa de Manejo de Cuidado, enfermeras, trabajadores sociales y nutricionistas están disponibles para ayudarle a crear un plan para su cuidado. Su equipo revisará su plan de cuidado con usted por lo menos una vez al año, si sus necesidades de salud cambian, o si usted pide una revisión.

Usted puede pedir ayuda a través de este programa llamando a (Nombre Aseguradora) al 1-800-XXX-XXXX; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-800-XXX-XXXX. Su doctor, su familia, su hospital también pueden preguntar acerca del programa.

Para más información llame a (Nombre Aseguradora) al 1-800-XXX-XXXX; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-800-XXX-XXXX.
(Nombre Aseguradora)

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047A

Parte 6: Para su Protección

Contrato Número

Sus Derechos

Usted tiene el derecho a:

- Ser tratado con respeto y de una manera digna.
- Recibir información escrita de (Nombre Aseguradora) en inglés y español. Usted tiene derecho a recibir información en cualquier otro idioma u otros formatos alternos. Luego de informar a (Nombre Aseguradora), usted tiene derecho a recibir toda la información escrita en ese mismo formato u idioma, a menos que usted indique lo contrario a (Nombre Aseguradora).
- Recibir información sobre (Nombre Aseguradora) facilidades de cuidado de salud, profesionales del cuidado de la salud, servicios de salud cubiertos, y cómo acceder a los servicios.
- Elegir su Grupo Médico Primario, su PCP, y otros doctores y proveedores dentro de su Red de Proveedores Preferidos.
- Escoger un dentista y farmacia dentro de la Red de Proveedores de (Nombre Aseguradora).
- Comunicarse con sus doctores cuando usted lo desee y en privado.
- Obtener el cuidado médico correcto para usted, cuando lo necesite. Esto incluye recibir servicios de emergencia, veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días a la semana.
- Que se le explique en una manera fácil de entender sobre su condición de salud y todos los diferentes tipos de tratamientos que podrían beneficiarle a usted, no importa lo que cuesten o incluso si no están cubiertos.
- Ayuda para tomar decisiones sobre su cuidado de salud. Usted puede rechazar el cuidado.
- Pedir una segunda opinión para un diagnóstico o plan de tratamiento.
- Hacer una Directriz Anticipada. Vea la Parte 6 de esta guía para más información.
- Recibir cuidado sin temor de restricción física o aislamiento utilizado para intimidación, disciplina, conveniencia o venganza.
- Solicitar y recibir información sobre sus expedientes médicos según lo establecen las leyes federales y estatales. Puede ver sus expedientes médicos, recibir copias de sus expedientes médicos y pedir que corrijan sus registros médicos si están incorrectos.
- Presentar una queja o apelación sobre su cuidado médico o de los servicios de (Nombre Aseguradora). Vea la Parte 7 de esta guía para más información. La queja puede presentarse en la Oficina de Servicio de o en la Oficina del Procurador del Paciente.
- Recibir los servicios sin ser tratado de una manera diferente debido a su raza, color, lugar de nacimiento, idioma, sexo, edad, religión, o incapacidad. Usted tiene el derecho

EMR JF

de presentar una queja si cree que ha sido tratado injustamente. Si usted se queja o apela, usted tiene el derecho de seguir recibiendo cuidado sin temor a malos tratos de (Nombre Aseguradora), sus proveedores o el Plan Vital.

- Escoger un Representante Autorizado para participar en la toma de decisiones.
- Dar su consentimiento informado.
- Pagar solamente las cantidades por los servicios descritos en la Parte 4 de esta guía. No le pueden cobrar más de esas cantidades.
- No ser hostigado por (Nombre Aseguradora) o los profesionales de la salud que pertenecen a la Red de Proveedores en relación con las controversias contractuales.

Su derecho a la Privacidad (HIPAA)

Su información de salud es privada. La ley dice que la ASES y (Nombre Aseguradora) deben proteger su información. La ASES y (Nombre Aseguradora) pueden compartir su información para tratamiento, para pagar sus reclamaciones de salud, y para administrar el programa. Pero no podemos compartir su información con otros a menos que usted nos autorice.

Si quiere saber más sobre qué información tenemos, cómo podemos compartirla, o qué hacer si no quiere que su información sea compartida con ciertas personas, llame a (Nombre Aseguradora) al 1-800-XXX-XXXX; usuarios TYY/TDD deben llamar al 1-800-XXX-XXXX.

Sus Responsabilidades

Usted tiene la responsabilidad de:

- Entender la información en su guía y otros documentos que (Nombre Aseguradora) le envía.
- Dar a sus doctores sus expedientes de salud y dejarles saber acerca de cualquier cambio en su salud para que puedan cuidar de usted.
- Seguir las instrucciones de su doctor. Si no puede seguir las instrucciones de su doctor, déjele saber.
- Dejarle saber a su doctor si usted no entiende algo.
- Ayudar a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud.
- Comunicar su Directriz Anticipada para que sus doctores sepan cómo usted quiere ser tratado si usted está demasiado enfermo para decirlo.
- Tratar a su proveedor de cuidado de salud y el personal de (Nombre Aseguradora) con respeto y dignidad.
- Dejarle saber a (Nombre Aseguradora) si tiene otra aseguradora que puede pagar por su cuidado médico.
- Dejarle saber a la ASES si usted se entera de un caso de Fraude y Abuso en Plan Vital.

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD ,

Nº 23 - 0047A

30

EMR AP

Contrato Número

Directrices Anticipadas

Contrato Número

Las Directrices Anticipadas son sus deseos escritos sobre lo que quiere que suceda, si usted está demasiado enfermo para poder decirlo. El documento escrito que declara sus Directrices Anticipadas se llama Declaración Previa de Voluntad sobre Tratamiento Médico. Puede utilizar cualquier palabra: Directriz Anticipada o Declaración Previa de Voluntad sobre Tratamiento Médico.

Su doctor le puede dar información sobre cómo hacer una Directriz Anticipada. Si usted está en el hospital, el personal del hospital también puede darle información sobre las Directrices Anticipadas. Usted también puede llamar a la Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada al 787-721-6121. Ellos tienen información gratuita sobre Directrices Anticipadas.

Un Poder es un documento que le permite a usted nombrar a otra persona para que tome decisiones médicas por usted. Esta persona sólo puede tomar decisiones si usted está demasiado enfermo para tomar sus propias decisiones. Él o ella puede decir sus deseos por usted si usted no puede hablar por sí mismo. Su enfermedad puede ser temporera.

Usted no tiene que llenar estos papeles para una Directriz Anticipada o un Poder. Es su elección. Es posible que desee hablar con un abogado o un amigo antes de llenar estos papeles. Para que todos estos papeles sean legales, es necesario que un abogado le vea firmar el documento. En lugar de un abogado, usted también podría tener a su doctor y dos testigos adicionales que le vean firmar el formulario. Los dos testigos adicionales tienen que ser mayores de edad y no pueden estar relacionados con usted por sangre o matrimonio.

Una vez que los papeles están firmados por todos, esta es su regla sobre lo que quiere que suceda si se pone demasiado enfermo para ser capaz de decirlo. La Directriz se queda así a menos que cambie de opinión.

Estos papeles sólo se usarán si usted se enferma demasiado para poder decir lo que usted quiere que suceda. Mientras usted todavía pueda pensar por sí mismo, usted puede decidir sobre su cuidado médico por sí mismo.

Dele una copia de los papeles a su PCP y a sus familiares para que sepan lo que quiere que le suceda si está demasiado enfermo para decirlo.

Si usted siente que (Nombre Aseguradora) o sus doctores no están cumpliendo con sus deseos, o si usted tiene alguna queja, usted tiene el derecho de llamar al Centro de Llamadas del Plan Vital al 1-800-981-2737 o a la Oficina del Procurador del Paciente de Puerto Rico al 1-800-981-0031. La llamada es gratis.

Fraude y Abuso

Desafortunadamente, puede haber un momento en que usted vea Fraude o Abuso relacionado con el Plan Vital. Algunos ejemplos son:

- Una persona miente acerca de hechos para obtener o mantener la cubierta del Plan Vital.
- Un doctor le factura o le hace pagar en efectivo por los servicios cubiertos.
- Una persona usa la Tarjeta de Plan Vital de otra persona.
- Un doctor factura por servicios que usted no recibió.
- Una persona vende o da medicamentos a otra persona.

Si usted se entera de un posible caso de Fraude o Abuso, usted nos lo debe decir. Usted puede llamar a (Nombre Aseguradora), a la Oficina del Procurador del Paciente o a la ASES. No es necesario que nos diga su nombre, nosotros mantendremos su información privada. Usted no perderá su cubierta del Plan Vital si usted reporta Fraude o Abuso.

Si desea más información, puede visitar la página electrónica de la ASES en www.planvitalpr.com. En la página electrónica hay un formulario que puede utilizar para hacer su informe. En la página electrónica de (Nombre Aseguradora) también tiene más información.

También puede ayudar a prevenir el Fraude y el Abuso. Aquí hay algunas cosas que usted puede hacer:

- No le dé su Tarjeta de Plan Vital a nadie más.
- Conozca sus beneficios del Plan Vital.
- Mantenga los registros de sus visitas al doctor, pruebas de laboratorio y medicamentos. Asegúrese de no recibir servicios repetidos.
- Asegúrese de que su información es correcta en un formulario antes de firmarlo.
- Solicite y revise el resumen trimestral de los servicios que recibe. Usted puede solicitar el resumen de los servicios directamente a (Nombre Aseguradora).

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD ,

Nº 23 - 0047A

Contrato Número

Parte 7: Quejas y Apelaciones

¿Necesita presentar una queja sobre su cuidado?

Si no está satisfecho con el cuidado que está recibiendo, llame a (Nombre Aseguradora) al 1-800-XXX-XXXX; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-800-XXX-XXXX. Dígalos que tiene que presentar una queja. También puede visitar las Oficinas de Servicio de (Nombre Aseguradora). Usted puede presentar una queja en cualquier momento.

Su doctor, un familiar o su representante pueden presentar una queja por usted si usted los autoriza a hacerlo.

Usted también tiene el derecho de llamar a la Oficina del Procurador del Paciente para presentar una queja. Su número es 1-800-981-0031. También puede presentar una queja a

la ASES. Su número es 1-800-981-2737.

Contrato Número

Nadie puede hacerle daño si usted presenta una queja.

(Nombre Aseguradora) tiene setenta y dos (72) horas para resolver su queja. Si no pueden resolver su queja rápidamente, se convertirá en una "querrela". En este caso, (Nombre Aseguradora) tiene hasta noventa (90) días para resolverla, pero tiene que decidir más rápido si es importante para su salud. (Nombre Aseguradora) debe decirle como se resolvió la queja.

¿Qué pasa si mi queja no es resuelta?

Si (Nombre Aseguradora) no resuelve su queja, puede pedir una Vista Administrativa en la que puede contarle a un juez sobre el asunto.

¿Qué es una Apelación?

Si sus doctores o (Nombre Aseguradora) tomaron una decisión sobre su cuidado con la cual usted no está de acuerdo, usted puede presentar una apelación. Cuando usted apela, está pidiendo a (Nombre Aseguradora) que vuelva a analizar el error que usted cree que cometió.

Si (Nombre Aseguradora) niega, reduce, limita, suspende o termina sus servicios de cuidado de salud, ellos le enviarán una carta por correo. La carta tendrá información como:

- Qué decisión tomó
- Por qué tomaron esa decisión
- Cómo presentar una apelación

Si no está de acuerdo con la decisión, puede presentar una apelación. **Tiene sesenta (60) días a partir de la fecha de la carta para presentar una apelación.**

Su doctor o su representante autorizado pueden presentar la apelación por usted si usted los autoriza a hacerlo.

Hay muchas maneras de presentar una apelación. Usted puede:

- Llamar a (Nombre Aseguradora) al 1-800-XXX-XXXX; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-800-XXX-XXXX.
- Visitar cualquiera de las Oficinas de Servicio de (Aseguradora).
- Enviar su apelación por correo a:

Nombre Aseguradora, Inc.
Departamento de Querellas y Apelaciones-
PO Box XXXXX
San Juan, PR 00XXX

Contrato Número

¿Qué pasará cuando (Nombre Aseguradora) reciba la apelación?

Su apelación será revisada por un equipo de expertos que no han estado involucrados con la situación de su apelación. (Nombre Aseguradora) tomará una decisión dentro de treinta (30) días. Si usted tiene una emergencia y (Nombre Aseguradora) está de acuerdo en que usted la tiene, puede pedir una apelación expedita o rápida. Usted, su doctor, o su representante pueden pedir una apelación rápida llamando a (Nombre Aseguradora) al 1-800-XXX-XXXX; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-800-XXX-XXXX, visitando cualquiera de las Oficinas de Servicio de (Nombre Aseguradora), o escribiendo una carta a:

Nombre Aseguradora, Inc.
Departamento de Querellas y Apelaciones-
PO Box XXXX
San Juan, PR 00XXX

Si (Nombre Aseguradora) está de acuerdo en darle una apelación rápida, ellos decidirán su caso dentro de setenta y dos (72) horas. Si (Nombre Aseguradora) no está de acuerdo en darle una apelación rápida, ellos le llamarán en el plazo de dos (2) días laborables, para informarle que ellos decidirán su caso dentro de treinta (30) días calendario.

Si (Nombre Aseguradora) no puede tomar una decisión en un plazo de treinta (30) días calendario, pueden pedir hasta catorce (14) días más. Si piden más tiempo, tienen que hacerle saber por qué. Si usted no está de acuerdo en darle más tiempo a (Nombre Aseguradora), puede presentar una queja.

Una vez que (Nombre Aseguradora) toma una decisión, le enviarán una carta dentro de dos (2) días laborables. La carta le dirá lo que decidieron y que usted tiene el derecho de pedir una Vista Administrativa si usted no está de acuerdo con la decisión.

¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con la decisión?

Si no está satisfecho con la decisión de (Nombre Aseguradora) sobre una queja o una apelación, usted puede pedir una Vista Administrativa. En una Vista Administrativa puede contarle a un Examinador Oficial sobre un error que cree que (Nombre Aseguradora) cometió. Usted tiene ciento veinte (120) días a partir de la fecha de la decisión de (Nombre Aseguradora) para solicitar una Vista Administrativa con la ASES.

Para obtener más información o solicitar una Vista Administrativa:

Contrato Número

Llame al Centro de Llamadas del
Plan Vital:

1-800-981-2737
TTY 787-474-3389

Escriba a la ASES a:

ASES
PO Box 195661
San Juan, PR 00919-5661

Envíe un fax a la ASES al:

787-474-3346

Antes de la Vista Administrativa, usted y su representante pueden pedir ver los documentos y los registros que (Nombre Aseguradora) usará y debe darle acceso a esos documentos y registros de forma gratuita.

Durante la Vista Administrativa, usted puede dar datos y pruebas acerca de su salud y cuidado médico. Un Oficial Examinador escuchará el punto de vista de todos. En la Vista Administrativa, usted puede hablar por sí mismo o puede traer a alguien más para que hable por usted como un amigo o un abogado.

El Oficial Examinador decidirá su caso dentro de noventa (90) días. Si usted necesita una decisión rápida, el Oficial Examinador decidirá su caso dentro de setenta y dos (72) horas.

Si no está de acuerdo con la decisión del Oficial Examinador, puede presentar una apelación ante la Corte de Apelaciones de Puerto Rico. Más información sobre cómo presentar una apelación estará en los papeles que reciba después de la Vista Administrativa.

¿Puedo seguir recibiendo servicios durante mi apelación o Vista Administrativa?

Si ya está recibiendo servicios, es posible que pueda seguir recibiendo servicios durante su apelación o Vista Administrativa. Para seguir recibiendo servicios, todas estas cosas deben ser ciertas:

- Usted presenta la apelación dentro de los sesenta (60) días calendarios de la fecha de la carta de (Nombre Aseguradora).
- Usted pide seguir recibiendo servicios para la fecha en que su cuidado se detendrá o cambiará o dentro de los diez (10) días calendario de la fecha de la carta de (Nombre Aseguradora) (cualquiera que sea la fecha más tarde).
- Usted dice en su apelación que desea seguir recibiendo servicios durante la apelación.
- La apelación es para el tipo y la cantidad de cuidado que ha estado recibiendo que ha sido detenida o cambiada.
- Usted tiene una orden del médico para los servicios (si una es necesaria).

Contrato Número

- Los servicios son cubiertos por el Plan Vital.

Si continúa recibiendo servicios durante su apelación o Vista Administrativa y usted pierde, usted podría tener que pagar a (Nombre Aseguradora) por los servicios que recibió durante el proceso de apelación o Vista Administrativa.

Para continuar recibiendo servicios durante su apelación o Vista Administrativa, llame a (Nombre Aseguradora) al 1-800-XXX-XXXX; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-800-XXX-XXXX.

Parte 8: ¿Cómo trabaja el Plan Vital con otros seguros de Salud

¿Cómo trabaja el Plan Vital con Medicare?

Si usted tiene Medicare, su cubierta del Plan Vital funciona de una manera diferente. Medicare es un seguro de salud para personas mayores de sesenta y cinco (65) años, y para algunas personas de cualquier edad que el Seguro Social dice que están incapacitadas. Las personas con enfermedad renal en fase terminal también pueden tener Medicare.

Estas son las diferentes partes de Medicare:

- La **Parte A** es para hospitalización, cuidado en facilidades de enfermería diestra, cuidado de salud en el hogar y cuidado de hospicio.
- La **Parte B** es para los servicios de su doctor y cuidado ambulatorio.
- La **Parte D** es para medicamentos recetados.

También hay otras maneras de tener Medicare. Estos se llaman Planes de Salud de Medicare (estos planes a veces se llaman Medicare Parte C). Estos planes ponen todas las partes A, B, y D juntas para usted en un plan.

Para conocer más sobre Medicare, llámelos al 1-800-633-4227. Es una llamada gratis. Si usted tiene Medicare, la cubierta del Plan Vital funciona diferente:

- Su Medicare es su primer seguro (primario). Los hospitales, doctores y otros proveedores de cuidado de salud facturarán primero a Medicare.
- El Plan Vital es su segundo seguro (secundario). Después de que sus proveedores facturen a Medicare, también facturarán al Plan Vital.

Si usted tiene Medicare Parte A:

- El Plan Vital pagará una vez haya alcanzado el límite de lo que Medicare ~~Cuenta de Número~~ pagará.
- El Plan Vital no pagará por los deducibles de su Parte A.
- Usted pagará un copago por los servicios dependiendo del tipo de cubierta del Plan Vital que tenga. Por favor vea la tabla de copago en la página veintidós (22) para más información.

Si usted tiene Medicare Parte A y Parte B:

- El Plan Vital pagará por sus servicios de farmacia y dentales.
- El Plan Vital no pagará por sus deducibles de la Parte A.
- El Plan Vital pagará por sus deducibles y copagos de la Parte B.

Si usted tiene Medicare Parte C:

- Usted tiene la opción de elegir un Plan Platino, que cubrirá los servicios que su plan de salud de Medicare no cubre.

¿Cómo trabaja el Plan Vital con otro seguro?

Si tiene otro seguro de salud, su otro seguro es su primer seguro (primario). Los hospitales, doctores y otros proveedores de servicios de salud facturarán a su otro seguro primero. El Plan Vital es su seguro secundario. Después que sus proveedores facturen a su otro seguro, facturarán al Plan Vital.

Si usted tiene otro seguro de salud, debe dejárselo saber a (Nombre Aseguradora) y al Programa Medicaid. Llame al Programa Medicaid y a (Nombre Aseguradora) al 1-800-XXX-XXXX; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-800-XXX-XXXX para dejarles saber.

Cuando vaya a sus visitas de cuidado de salud, lleve su Tarjeta de Identificación del Plan Vital y la Tarjeta de Identificación de su otro seguro.

¿Cómo trabaja el Plan Vital si usted es Empleado Público o Retirado?

Si usted es un empleado público o un retirado del Gobierno de Puerto Rico, puede elegir el Plan Vital como su seguro de salud. Su patrono le pagará a la ASES y usted pagará la diferencia, si la hubiere.

También puede visitar su Oficina local de Medicaid para ver si usted es elegible para el Plan Vital por otras razones. Si usted es elegible para el Plan Vital por otras razones, usted no tendrá que pagar la diferencia, si la hubiere. Si usted y su esposo (o esposa) son empleados públicos o retirados del Gobierno de Puerto Rico, pueden solicitar el Plan Vital juntos. Esto se llama "Inscripción Conjunta".

Contrato Número

Si en algún momento pierde la elegibilidad para el Plan Vital, puede inscribirse en el Plan Vital en el grupo ELA Puro. De esta manera, usted puede continuar recibiendo sus beneficios del Plan Vital hasta que pueda obtener un seguro a través de su trabajo. No tiene que continuar como ELA Puro. ¡Es su elección!

Si usted obtiene otro seguro de salud de su trabajo, usted tiene que cancelar sus beneficios del Plan Vital **antes** de inscribirse en el otro seguro de salud. Visite su Oficina Local de Medicaid para cancelar sus beneficios del Plan Vital. El cambio será efectivo el primer día del mes siguiente después de que usted cancele sus beneficios. Si no cancela sus beneficios, tendrá que pagar por parte del costo de la prima para el nuevo seguro al que se inscribe.

¿Cómo trabaja el Plan Vital si usted es miembro del Departamento de la Policía de Puerto Rico?

Los miembros del Departamento de la Policía de Puerto Rico, sus cónyuges e hijos también pueden inscribirse en el Plan Vital. El Departamento de la Policía de Puerto Rico pagará.

Si usted es miembro del Departamento de la Policía de Puerto Rico, debe visitar su Oficina local de Medicaid para inscribirse en el Plan Vital.

Si un miembro del Departamento de la Policía de Puerto Rico muere, su viuda(o) puede continuar recibiendo los beneficios del Plan Vital hasta que se case nuevamente. Los niños pueden continuar recibiendo los beneficios del Plan Vital hasta los veintiséis (26) años.

Definiciones

Apelación: Una solicitud del asegurado para la revisión de una decisión. Es una solicitud formal hecha por el asegurado, su representante autorizado o proveedor, actuando en nombre del asegurado con el consentimiento del asegurado, para reconsiderar una decisión.

Grupo Médico Primario: Profesionales de la salud agrupados contratados por una Aseguradora para proveer servicios de salud bajo un modelo de Cuidado Coordinado.

HIPAA (*Health Insurance Portability and Accountability Act*): Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud. La ley que incluye regulaciones para establecer unos registros electrónicos de salud, seguros que protegerán la privacidad de la información médica de una persona y evitarán el uso indebido de esta información.

Hospital: Una facilidad que provee servicios médico-quirúrgicos a sus pacientes.

Medicaid: Programa que provee seguro de salud para personas con bajos o ningún ingreso y

Contrato Número

recursos limitados, de acuerdo a regulaciones federales.

Medicamento necesarios: Servicios relacionados con (i) la prevención, diagnóstico y tratamiento de las deficiencias de salud; (ii) la capacidad de lograr el crecimiento y el desarrollo apropiados para la edad; o (iii) la capacidad de lograr, mantener o recuperar la capacidad funcional. Además, los servicios médicamente necesarios deben ser:

- Apropriados y consistentes con el diagnóstico del proveedor a cargo del tratamiento y de no recibirlos podría afectar adversamente su condición médica;
- Compatible con los estándares aceptados de la práctica de la medicina en la comunidad;
- Provistos en un entorno seguro, apropiado y costo-efectivo, dada la naturaleza del diagnóstico y la severidad de los síntomas;
- No se proporcionan únicamente para su conveniencia o la conveniencia del proveedor u hospital; y
- No son principalmente para cuidado de custodia (por ejemplo, cuidado tutelar).

Para que un servicio sea médicamente necesario, no debe haber otro tratamiento o servicio efectivo, o facilidad disponible y más conservador o substancialmente menos costoso.

Médico de Cuidado Primario (*Primary Care Physician* o PCP): Un médico licenciado (MD) que es un proveedor y que dentro del ámbito de la práctica y de acuerdo con los requisitos de certificación y licencia de Puerto Rico, es responsable de proveer todos los cuidados primarios requeridos a los asegurados. El PCP es responsable de determinar los servicios requeridos por los asegurados, provee continuidad del cuidado, y provee referidos para los asegurados cuando es médicamente necesario. Un PCP puede ser un médico generalista, un médico de familia, un médico de medicina interna, un obstetra/ginecólogo o un pediatra.

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

Población “Commonwealth”: Individuos, independientemente de la edad, que cumplen con los estándares estatales de elegibilidad establecidos por el Programa Medicaid de Puerto Rico, pero no cualifican para Medicaid oCHIP.

Pre-autorización: Permiso que la Aseguradora le otorga a usted por escrito, a petición del PCP, especialista o subespecialista, para obtener un servicio especializado.

Programa de Alto Costo-Altas Necesidades: Un programa especializado de cuidado coordinado para asegurados con condiciones especiales que requieren manejo adicional debido al alto costo o altas necesidades asociadas con la condición.

Queja: Una expresión de insatisfacción sobre cualquier tema que no sea una Determinación Adversa de Beneficios que se resuelve en el punto de contacto.

Querrela: Una reclamación formal hecha por el asegurado por escrito, por teléfono o visitando

a su Aseguradora o a la Oficina del Procurador de la Salud, solicitando una solución cuando un servicio ha sido denegado o permitido en una base limitada. Un servicio; reducción; suspensión o terminación de un servicio previamente autorizado; denegación total o parcial de pago por un servicio; no haber recibido servicios en una manera puntual; cuando su Aseguradora no ha actuado en una situación de acuerdo con los términos establecidos; la negativa de su Aseguradora para que el asegurado ejerza su derecho a recibir servicios Fuera de la Red.

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

Red de Proveedores Preferidos: Profesionales de la salud debidamente licenciados para practicar la medicina en Puerto Rico contratados por la Aseguradora para que el asegurado los use como primera opción. Los asegurados pueden acceder a estos proveedores sin referido o copagos si pertenecen a su Grupo Médico Primario.

Referido: Autorización escrita que un PCP da a un asegurado para recibir servicios de un especialista, subespecialista o facilidad Fuera de la Red Preferida del Grupo Médico Primario.

Segunda opinión: Consulta adicional que el asegurado hace a otro médico con la misma especialidad médica para recibir o confirmar que el procedimiento médico originalmente recomendado es el tratamiento indicado para su condición.

Servicios cubiertos: Servicios y beneficios incluidos en el Plan Vital.

Servicios de emergencia: El tratamiento de una condición médica de emergencia para evitar que empeore.

Tratamiento: Proveer, coordinar o manejar el cuidado de la

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047A

Contrato Número

EMR

AD

¿Ayuda con su Plan de Salud del Gobierno?



ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO



Línea libre de cargos
1-800-981-2737
TTY 787-474-3389

ADMINISTRACION DE
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0047A

Contrato Número

EMR

AP