

Plan de Salud del Gobierno
de Puerto Rico



MANUAL DEL BENEFICIARIO





GOBERNADOR DE PUERTO RICO

Ricardo Rosselló Nevares

1 de octubre de 2018

Estimado beneficiario(a):

Bienvenido a VITAL, tu nuevo Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, y que te da, por primera vez, el derecho a escoger tus proveedores de salud y tu asegurador.

Es importante que sepas que, a partir de ahora, no serán otros quienes seleccionen por ti. Serás tú quien decida.

1. Tendrás acceso a servicios médicos y hospitalarios en todo Puerto Rico, sin limitar tu derecho a la salud en la región en que resides. A partir del 1 de noviembre de 2018 hasta el 31 de enero de 2019, habrá un periodo de inscripción abierta por si deseas cambiar de aseguradora.
- 2, Por primera vez, TU podrás seleccionar la aseguradora y la red de proveedores que mejor te sirven incluyendo médicos, laboratorios, terapeutas y otros proveedores de salud.
3. Ahora tienes el derecho de cambiar la aseguradora y la red de proveedores que te dan servicios de salud si no te rinden los servicios que te mereces.

Hemos construido este modelo con el objetivo de que el poder de la salud esté en tus manos. Por ello, es sumamente importante que estés bien informado de tus nuevos derechos. Junto a esta carta, encontrarás la guía del beneficiario, que explica los beneficios y servicios que ahora podrás acceder a través de tu nuevo Plan de Salud VITAL.

Por favor, lee esta guía con detenimiento, pues te ayudará a conocer en detalle sus beneficios médicos, hospitalarios y de medicamentos. Mantén esta guía en un lugar seguro y de fácil acceso para que puedas encontrar la Información cuando la necesites.

La Fortaleza, San Juan, PR 00901 • PO Box 9020082, San Juan, PR00902-0082 gobernador@fortaleza.pr.gov • 787.721.7000

Si tienes problemas para leer la guía, puedes solicitar a tu aseguradora una copia gratis en letras más grandes, en Braille (sistema de escritura y lectura para personas con discapacidad visual), en otro idioma o grabado para audio (CD).

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, (TTY) 787-625-6355. Recuerda asistir a las citas de elegibilidad para que puedas mantener los beneficios del Plan de Salud VITAL.

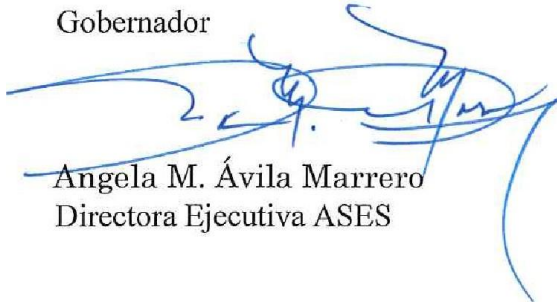
También puedes comunicarte con el Plan del Gobierno libre de cargos al 1-800-981-2737, 1-833-253-7721, (TTY) 787-474-3389,

En ASES, tanto la Directora Ejecutiva, Angela M. Avila Marrero, como todos los empleados, están comprometidos en servirte como te mereces.

¡Hoy, tu salud está en tus manos!



Ricardo Rosselló Nevares
Gobernador



Angela M. Ávila Marrero
Directora Ejecutiva ASES

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO.....	4
¿A QUIÉN PUEDO LLAMAR PARA AYUDA?	6
¿QUÉ INFORMACIÓN PUEDO ENCONTRAR EN LÍNEA?	7
SU DERECHO A LA PRIVACIDAD (HIPAA)	7
¿NECESITA AYUDA PARA ENTENDER ESTA GUIA?	7
¿NECESITA AYUDA PARA HABLAR CON SU ASEGURADORA O PARA LEER LO QUE LE ENVÍAN?	7
PARTE 1: PARA COMENZAR	8
¿CÓMO ME INSCRIBO EN VITAL?.....	8
¿QUÉ PASA SI TENGO UN RECIÉN NACIDO?	8
¿CÓMO PUEDO MANTENER MIS BENEFICIOS DE VITAL?	8
¿CÓMO PUEDO ESCOGER UNA ASEGURADORA?	8
¿PUEDO CAMBIAR MI ASEGURADORA?.....	9
¿PUEDE PARAR MI MEMBRESÍA CON MI ASEGURADORA?.....	10
¿CÓMO REPORTO LOS CAMBIOS?.....	10
SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN.....	11
PARTE 2: SU MÉDICO DE CUIDADO PRIMARIO Y OTROS DOCTORES.....	12
¿CÓMO PUEDO VER A MI PCP?.....	13
¿QUÉ PASA SI ES UNA EMERGENCIA Y NECESITO CUIDADO DESPUÉS QUE CIERRA LA OFICINA DE MI PCP?.....	14
¿PUEDO CAMBIAR MI PCP?.....	15
¿QUÉ SUCEDE DESPUÉS DE PEDIR EL CAMBIO?	16
¿QUÉ PASA CON OTROS MÉDICOS O PROVEEDORES QUE NECESITO VER? ..	16
AYUDA PARA LLEGAR A LAS VISITAS DE CUIDADO DE SALUD	18
PARTE 3: SERVICIOS QUE PAGA VITAL	19
INFORMACIÓN GENERAL	19
SERVICIOS DENTALES	20
SERVICIOS DE SALUD MENTAL, ALCOHOL Y ABUSO DE DROGAS.....	20
SERVICIOS DE FARMACIA.....	21
SERVICIOS NO CUBIERTOS	22
PARTE 4: ¿TENDRÉ QUE PAGAR PARA OBTENER SERVICIOS DE CUIDADO DE SALUD?.....	23
TABLA DE COPAGOS.....	24
PARTE 5: PROGRAMAS ESPECIALES.....	25
CUBIERTA ESPECIAL.....	25
CUBIERTA ESPECIAL PARA VIH - SIDA	27
PROGRAMA DE MANEJO DE CUIDADO	29
PROGRAMA DE ALTO COSTO- ALTAS NECESIDADES.....	29
PROGRAMA DE EDUCACIÓN Y BIENESTAR DE LA SALUD	31

PROGRAMA DE SERVICIOS TEMPRANOS Y PERIÓDICOS DE CERNIMIENTO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.....	32
PROGRAMA DE CUIDADO PRENATAL.....	33
PARTE 6: PARA SU PROTECCIÓN.....	33
SUS DERECHOS.....	33
SU DERECHO A LA PRIVACIDAD (HIPAA).....	34
SUS RESPONSABILIDADES.....	36
DIRECTRICES ANTICIPADAS.....	37
FRAUDE Y ABUSO.....	38
PARTE 7: QUEJAS Y APELACIONES.....	39
¿NECESITA PRESENTAR UNA QUEJA SOBRE SU CUIDADO?.....	39
¿QUÉ PASA SI MI QUEJA NO ES RESUELTA?.....	40
¿QUÉ ES UNA APELACIÓN?.....	40
¿QUÉ PASARÁ CUANDO MI ASEGURADORA RECIBA LA APELACIÓN?.....	40
¿QUÉ PUEDO HACER SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN?.....	41
¿PUEDO SEGUIR RECIBIENDO SERVICIOS DURANTE MI APELACIÓN O AUDIENCIA?.....	42
PARTE 8: CÓMO TRABAJA VITAL CON OTROS SEGUROS DE SALUD.....	42
CÓMO TRABAJA VITAL CON MEDICARE.....	42
CÓMO TRABAJA VITAL CON OTRO SEGURO.....	43
CÓMO TRABAJA VITAL SI USTED ES EMPLEADO PÚBLICO O RETIRADO.....	44
CÓMO TRABAJA VITAL SI USTED ES MIEMBRO DEL DEPARTAMENTO DE LA POLICÍA DE PUERTO RICO.....	44
DEFINICIONES.....	45

¿A QUIÉN PUEDO LLAMAR PARA AYUDA?

Si usted tiene una emergencia, llame al 911.

 <p>PSM 1979 PLAN DE SALUD MENONITA</p>	<p>Servicios al Beneficiario Libre de Cargos: 1-866-600-4753 TTY (audioimpedidos): 1-844-726-3345 TeleCuidado Menonita (Línea Asesoría Médica) Libre de Cargos: 1-844-736-3345 TTY (audioimpedidos) 1-844-716-3345 www.MenonitaVital.com</p>
 <p>Estado Libre Asociado de Puerto Rico Departamento de Salud</p>	<p>Centro de Llamadas del Programa Medicaid 787-641-4224 www.medicaid.pr.gov</p>
 <p>assmca Estado Libre Asociado de Puerto Rico Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción</p>	<p>ASSMCA (Línea PAS) Línea de Servicio de Salud Mental 1-800-981-0023</p>
 <p>OFICINA del PROCURADOR del PACIENTE Gobierno de Puerto Rico</p>	<p>Oficina del Procurador del Paciente Libre de Cargos 1-800-981-0031 TTY 787-710-7057</p>
 <p>ASSES ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO</p>	<p>Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASSES) VITAL Libre de Cargos 1-800-981-2737 TTY 787-474-3389 www.planvitalpr.com</p>

¿QUÉ INFORMACIÓN PUEDO ENCONTRAR EN LÍNEA?

Para el directorio de proveedores, materiales de orientación y educación, y una copia electrónica de esta guía: www.menonitavital.com/

Para información sobre VITAL: www.planvitalpr.com

Para información sobre los programas: www.medicaid.pr.gov

Para más información sobre las protecciones de los pacientes: www.opp.pr.gov/

SU DERECHO A LA PRIVACIDAD (HIPAA)

Hay leyes que protegen su privacidad. El Gobierno de Puerto Rico, su 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.

¿NECESITA AYUDA PARA ENTENDER ESTA GUIA?

Si la información provista en esta guía es confusa o si tiene alguna pregunta, llame a la Línea de Servicios al Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753 o 1-844-726-3345 TTY (audioimpedido).

¿NECESITA AYUDA PARA HABLAR CON SU ASEGURADORA O PARA LEER LO QUE LE ENVÍAN?

PSM tiene disponible esta guía y todos los materiales escritos en español e inglés. También usted pedimos 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, le podemos proveer un intérprete para ayudarle a entender mejor. El intérprete es gratis.

Llame a la Línea de **Servicio al Beneficiario de PSM**

para ayuda al:

1-866-600-4753 / 1-844-726-3345 TTY (audioimpedido)

Esta llamada es libre de costo.

PARTE 1: PARA COMENZAR

¿CÓMO ME INSCRIBO EN VITAL?

Cualquier persona que quiera ver si puede inscribirse en VITAL puede visitar su oficina local de Medicaid. Ellos verán la información de la persona y le dirán si es elegible para 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. O visite 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 VITAL. Si no lo hace, el recién nacido no puede obtener servicios bajo 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 verificarlo.

¿CÓMO PUEDO MANTENER MIS BENEFICIOS DE VITAL?

Para mantener sus beneficios de VITAL, usted tiene que ir a todas sus citas de Medicaid. Su Aseguradora le enviará una carta 90 días, 60 días y 30 días antes del día en que sus beneficios de VITAL se detengan. Estas cartas le recordarán que tiene que ir a su oficina local de Medicaid para mantener su elegibilidad en 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 que se inscriba en 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 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:

- 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) 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:

- Por teléfono al 1-833-253-7721 (libre de cargos) o al 1-866-280-2050 TTY (audioimpedidos), de lunes a viernes, 8 a.m. a 6 p.m. Durante el mes de Noviembre 2018 se atenderán llamadas Sábados de 8 a.m. a 12 p.m. y Domingos de 9 a.m. a 12 p.m.
- En las oficinas de Medicaid

Hay Consejeros de Inscripción en cada una de las Oficinas de Medicaid. Las oficinas están abiertas de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 4:00 p.m. Su Aseguradora le puede decir la oficina de Medicaid que está más cerca de usted.

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

¿PUEDO CAMBIAR MI ASEGURADORA?

Sí, usted puede pedir cambiar de Aseguradora. Una vez que haya elegido una Aseguradora o una haya sido elegida para usted, tiene 90 días para cambiar de Aseguradora. También puede cambiar su Aseguradora una vez al año durante el "período abierto de inscripción", que es del 1 de noviembre al 31 de enero.

- Si usted quiere cambiar su Aseguradora, llame al Consejero de Inscripción al 1-833-253-7721 (libre de cargos) o al 1-866-280-2050 TTY (audioimpedidos), de lunes a viernes, 8 a.m. a 6 p.m., o visite su oficina local de Medicaid.

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

- Usted no puede acceder a servicios o proveedores.
- Usted no puede obtener todos los servicios relacionados que necesita en un momento de los doctores, profesionales de la salud y facilidades de servicios que trabajan con su Aseguradora.
- Usted obtiene un cuidado de pobre calidad.
- Usted pide 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 a la Aseguradora, al Consejero de Inscripción o a ASES. ASES decidirá si puede cambiar o si tiene que esperar hasta el periodo de Inscripción Abierta. Si no le gusta la decisión que toma ASES, usted puede pedirles que reconsideren. Si la decisión aún no es de su agrado, puede pedir una audiencia.

¿PUEDE PARAR MI MEMBRESÍA CON MI ASEGURADORA?

Sí, su membresía con su Aseguradora se detendrá si usted:

- Pierde su elegibilidad para VITAL.
- Se muda fuera de Puerto Rico.
- Va a prisión.
- Da su tarjeta de identificación a otra persona para usarla.
- Se mueve a una facilidad de enfermería de cuidados a largo plazo o a una facilidad de cuidado intermedio para los discapacitados de desarrollo.

Usted no perderá su membresía con su Aseguradora si:

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

También puede que desee detener su membresía con su Aseguradora si ya no necesita sus beneficios de VITAL. Si esto sucede, déjele saber a su Oficina de Medicaid y a su Aseguradora.

¿CÓMO REPORTO LOS CAMBIOS?

VITAL y su Aseguradora están comprometidos con ayudarlo. Para apoyar sus necesidades, necesitamos su ayuda.

Por favor recuerde dejarle saber a su Oficina de Medicaid y su 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, y alguien de su familia llega a los 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 su Aseguradora le envían información importante sobre su cubierta y beneficios de VITAL por correo. Si ellos no tienen su dirección actual, podría perder sus beneficios de VITAL. Para reportar un cambio, llame a su Aseguradora o visite su oficina local de Medicaid.

SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN

Todos en VITAL tienen una tarjeta de identificación. Este es un ejemplo de cómo se ve:

Población Estatal

 		<p>Esta tarjeta no debe ser utilizada bajo ninguna circunstancia por otra persona que no sea el beneficiario identificado. <i>Under no circumstance may this card be used by a person other than the identified enrollee.</i></p> <p>Si tiene una emergencia médica, llame al 9-1-1 para ayuda. (No requiere autorización) <i>If you have a medical emergency, call 9-1-1 for help. (No authorization is required)</i></p>	<p>Servicio al Beneficiario 1-866-600-4753 (libre de cargos) 1-844-726-3345 TTY (audioimpedidos)</p> <p>TeleCuidado Menonita Línea de Consultoría Médica: 24 horas al día, 7 días a la semana 1-844-736-3345 (libre de cargos) 1-844-716-3345 TTY (audioimpedidos)</p> <p>*Podría tener \$0 copago al llamar antes de visitar una sala de emergencia. <i>You may have \$0 copayments by calling before visiting an emergency room.</i></p> <p>Para recibir ayuda con una emergencia emocional o psicológica 24 horas / 7 días: Línea PAS 1-800-981-0023</p>
<p>JUANA DEL PUEBLO 0080012345678 Efectividad: 01/11/2018 Cubierta: 230 C PCP: JUAN DEL PUEBLO PMG: #123- JUAN DEL CAMPO</p>	<p>Generalista: \$0 Especialista: \$0 Subespecialista: \$0 Hospital: \$0 ER: \$0 /No ER Hosp: \$0 /No ER No Hosp: \$0 Lab:\$0 /X-Ray: \$0 Dental Prev: \$0 /Rest: \$0</p>		
<p>BENEFICIOS FARMACIA BIN/PCN: 123456/ HCR Grupo RX: 098765 Rx Preferida: Rx No Preferida:</p> 		<p> www.MenonitaVital.com</p>	<p>Si tiene información o sospecha de posible fraude o abuso, por favor llame: <i>If you have any information or suspicion of a possible case of fraud or abuse, please call:</i> 1-844-335-2864</p> 

Población Federal (Medicaid/ CHIP)

 		<p>Esta tarjeta no debe ser utilizada bajo ninguna circunstancia por otra persona que no sea el beneficiario identificado. <i>Under no circumstance may this card be used by a person other than the identified enrollee.</i></p> <p>Si tiene una emergencia médica, llame al 9-1-1 para ayuda. (No requiere autorización) <i>If you have a medical emergency, call 9-1-1 for help. (No authorization is required)</i></p>	<p>Servicio al Beneficiario 1-866-600-4753 (libre de cargos) 1-844-726-3345 TTY (audioimpedidos)</p> <p>TeleCuidado Menonita Línea de Consultoría Médica: 24 horas al día, 7 días a la semana 1-844-736-3345 (libre de cargos) 1-844-716-3345 TTY (audioimpedidos)</p> <p>*Podría tener \$0 copago al llamar antes de visitar una sala de emergencia. <i>You may have \$0 copayments by calling before visiting an emergency room.</i></p> <p>Para recibir ayuda con una emergencia emocional o psicológica 24 horas / 7 días: Línea PAS 1-800-981-0023</p>
<p>JUANA DEL PUEBLO 0080012345678 Efectividad: 01/11/2018 Cubierta: 230 C PCP: JUAN DEL PUEBLO PMG: #123- JUAN DEL CAMPO</p>	<p>Generalista: \$0 Especialista: \$0 Subespecialista: \$0 Hospital: \$0 ER: \$0 /No ER Hosp: \$0 /No ER No Hosp: \$0 Lab:\$0 /X-Ray: \$0 Dental Prev: \$0 /Rest: \$0</p>		
<p>BENEFICIOS FARMACIA BIN/PCN: 123456/ HCR Grupo RX: 098765 Rx Preferida: Rx No Preferida:</p> 		<p> www.MenonitaVital.com</p>	<p>Si tiene información o sospecha de posible fraude o abuso, por favor llame: <i>If you have any information or suspicion of a possible case of fraud or abuse, please call:</i> 1-844-335-2864</p> 

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

- Su número de identificación (MPI)Cómo acceder a los servicios de emergencia
- Cualquier dinero que pagará por los servicios de salud
- El teléfono libre de cargos de su Aseguradora (en la parte posterior de su tarjeta)
- El número de teléfono para la Línea de Servicios libre de cargos de VITAL y la Línea de Asesoría Médica de VITAL libre de cargos y disponible 24/7 (en la parte posterior de su tarjeta).

Si usted necesita usar sus beneficios de salud antes de obtener su tarjeta de identificación, use su formulario MA-10 que le ha dado su Oficina de Medicaid. Los representantes de servicios de Plan de Salud Menonita pueden ayudarlo. Llame a la Línea de Servicio al Beneficiario de PSM para ayuda al: 1-866-600-4753 / 1-844-726-3345 TTY (audioimpedido). Esta llamada es libre de costo.

Recuerde:

- Lleve siempre su tarjeta de identificación con usted.
- Mantenga su tarjeta en un lugar seguro para que no la pierda.

- Lleve su tarjeta cuando vaya al doctor o a la sala de emergencias.
- Asegúrese de que le devuelvan su tarjeta de identificación.

Su tarjeta de identificación es sólo para usted. No deje que nadie más use su tarjeta. Si su tarjeta se pierde o se la roban, puede pedirle a su Aseguradora una tarjeta nueva. Puede visitar los Centros de Servicio de su Aseguradora o llamarlos a la Línea de Servicios al Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753 o 1-844-726-3345 TTY (audioimpedidos). La llamada es gratis.

PARTE 2: SU MÉDICO DE CUIDADO PRIMARIO Y OTROS DOCTORES

Cuando se inscriba con su Aseguradora, debe escoger un médico o "médico de cuidado primario" (en inglés "Primary Care Physician" o PCP). Esta es la persona principal que usted verá para la mayor parte de su cuidado de salud. Esto incluye chequeos, tratamiento para catarrros y gripe, problemas de salud y exámenes de salud. Su PCP puede encontrar y tratar los problemas de salud temprano. Él o ella tendrá su historial médico. Su PCP puede ver el cuadro completo de su cuidado de salud. Su PCP da 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

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

Si usted es una mujer de más de 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 para usted.

Para elegir a su PCP, llame a la Línea de Servicios al Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753 o 1-844-726-3345 TTY (audioimpedidos). Si usted no elige uno, entonces uno será elegido para usted.

Un Grupo Médico Primario es un grupo de doctores que ayudan a organizar sus servicios de cuidado de salud y trabajan con Plan de Salud Menonita 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 para conseguir un chequeo con su PCP.

Antes de ir a su primera cita:

1. Pídale a su médico anterior que le dé sus expedientes médicos. Esto no le costará nada. Traiga sus expedientes médicos a su nuevo PCP en su primera visita. Ellos le ayudarán a su nuevo PCP a conocer sobre su salud
2. Llame a su PCP para programar su cita
3. Tenga su tarjeta de identificación lista cuando llame.
4. Diga que es un miembro de VITAL y deles su número de identificación.
5. Anote la fecha y hora de su cita. Si usted es un nuevo paciente, el proveedor puede pedirle que venga 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 PSM o a su Municipio. Ellos pueden 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 mantener su cita, llame a su PCP para conseguir un nuevo horario.
3. Lleve su tarjeta de identificación con usted. Su PCP puede hacer una copia de ella.

¿QUÉ PASA SI ES UNA EMERGENCIA Y NECESITO CUIDADO DESPUÉS QUE CIERRA LA OFICINA DE MI PCP?

La mayoría de los PCP tienen horas de oficina regulares. El **Directorio de Proveedores de PSM** (www.MenonitaVital.com) le dirá cuándo están abiertas las oficinas de sus médicos. La mayoría de los Grupos Médicos Primarios también tienen clínicas que están abiertas hasta tarde. Pero, usted puede llamar a la Línea de Servicios al Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753 o 1-844-726-3345 TTY (audioimpedidos).

Usted puede obtener cuidado de salud de emergencia cada vez que lo necesite. Siempre lleve su tarjeta de identificación con usted. En caso de una emergencia, los doctores sabrán que usted tiene VITAL. Si usted llama a **TeleCuidado Menonita**, la Línea de Servicio de Asesoría Médica, antes de ir a la sala de emergencias, no tendrá que pagar cuando vaya a la sala de emergencias.

El número de la Línea de Servicio de Asesoría Médica de PSM es:

TeleCuidado Menonita (Línea de Asesoría Médica)

Libre de cargos: 1-844-736-3345/ TTY (audioimpedidos) 1-844-716-3345

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

Las emergencias pueden ser cosas como:

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

Estas usualmente no son emergencias:

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

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 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. Puede llamar a la Línea de Servicio de Asesoría Médica, TeleCuidado Menonita al 1-844-736-3345 (libre de cargos) o 1-844-716-3345 TTY (audioimpedidos) en cualquier momento. Su PCP puede ayudarle a obtener cuidado de emergencia si lo necesita.

También puede llamar al Centro de Llamadas de VITAL **1-800-981-2737/ TTY 787-474-3389** para que le aconsejen. El número de teléfono de VITAL y de TeleCuidado Menonita están en la parte posterior de su tarjeta de identificación. Puede llamar 24 horas al día, 7 días a la semana.

¿PUEDO CAMBIAR MI PCP?

Sí, usted puede cambiar su PCP al menos 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 PSM para corroborar si procede el cambio.

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

Hay muchas 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:

1. Encuentre un nuevo PCP en el Directorio de Proveedores de PSM (www.MenonitaVital.com)
2. Llame a su nuevo PCP para asegurarse de que está en la red de PSM. Asegúrese de preguntar si están tomando nuevos pacientes.
3. Si el nuevo PCP está en la red PSM y toma nuevos pacientes, llame a la línea de Servicios al Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753 o 1-844-726-3345 TTY (audioimpedidos) y diga que quiere cambiar su PCP.
4. También puede realizar el cambio visitando los Centros de Servicio de PSM.

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 90 días de inscribirse con su Aseguradora, 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 darle todos los servicios que necesita al mismo tiempo, y no obtener los servicios al mismo tiempo es arriesgado para su salud.
- Usted recibe cuidado de mala calidad.

- No puede acceder a los servicios que necesita.
- Su PCP no tiene experiencia para cuidar de sus necesidades de cuidado de salud.

Para orientación y para hacer el cambio, llame a la Línea de Servicios al Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753 o 1-844-726-3345 TTY (audioimpedidos).

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 su Aseguradora. Si esto sucede, Plan de Salud Menonita le enviará una carta dejándole saber su nuevo PCP o Grupo Médico Primario. Si desea cambiar su PCP o Grupo Médico Primario, llame a la Línea de Servicios al Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753 o 1-844-726-3345 TTY (audioimpedidos).

¿QUÉ SUCEDE DESPUÉS DE PEDIR EL CAMBIO?

Una vez que realice el cambio con PSM, tomará algún tiempo para que el cambio sea efectivo. Si usted hace el cambio en los primeros 5 días de un mes, será efectivo en el próximo mes. Por ejemplo, si usted hace el cambio el 5 de enero, será efectivo el 1 de febrero. Pero si usted hace el cambio después de los primeros 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 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 la fecha de efectividad.

¿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, como especialistas. Un especialista es un doctor que da cuidado para una determinada enfermedad o parte del cuerpo. Un tipo de especialista es un cardiólogo, que es un médico del 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, 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 PMS 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 su Aseguradora se conocen como la Red General. Cuando usted se inscribe con Plan de Salud Menonita (PMS), le enviarán por correo un Directorio de Proveedores para la Red de Proveedores Preferidos y la Red General. Estas listas también están en el sitio web de PSM en www.MenonitaVital.com. Su Grupo Médico

Primario y los Centros de Servicio de su Aseguradora también tienen una copia de las listas.

Para más información acerca de cómo funciona 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.

Hay beneficios al ver a los doctores, otros 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 primero para obtener un referido.
- Si usted recibe cualquier de los siguientes servicios dentro de la Red de Proveedores Preferidos, no necesita a su PCP para firmar:
 - Receta de medicamentos
 - Pruebas de laboratorio
 - Rayos-X

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

1. Llamar a la Línea de Servicios al Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753 o 1-844-726-3345 TTY (audioimpedidos)
2. Visitar www.menonitavital.com/
3. Llamar al Centro de Llamadas de VITAL al 1-800-981-2737/ TTY 787-474-3389
4. Ir a los Centros de Servicio de PSM
5. 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 PMS 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 su Aseguradora. Usted puede ver a cualquier doctor o proveedor en la Red General de su 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 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 dinero por estas visitas. Por favor, mire la Parte 4 de esta guía para obtener más información sobre los pagos.

Si usted recibe cualquiera de los siguientes 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 su Aseguradora se llama un proveedor Fuera de la Red. Si necesita ver a un doctor u otro proveedor que esté fuera de la red, su PCP debe obtener una autorización de su Aseguradora primero. Esta autorización se llama pre-autorización. Su Aseguradora debe dar la pre-autorización en un plazo de 72 horas de recibir la solicitud. Si usted necesita la pre-autorización más rápido debido a sus necesidades de cuidado de salud, su Aseguradora debe dar la pre-autorización en un plazo de 24 horas.

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 de forma gratuita.

Si usted siente que su Aseguradora o sus doctores no están siguiendo estas reglas, usted puede llamar a la Línea de Servicios al Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753 o 1-844-726-3345 TTY (audioimpedidos) y decirles que necesita presentar una queja. También puede llamar a la Oficina del Procurador del Paciente al 1-800-981-0031 o a ASES al 1-800-981-2737 libre de cargos o 787-474-3389 TTY.

AYUDA PARA LLEGAR A LAS VISITAS DE CUIDADO DE SALUD

Si usted no tiene una manera de llegar a sus visitas de cuidado de salud, PSM y su Municipio pueden ayudar con la transportación. Cada Municipio tiene algunas maneras de ayudarle a llegar a sus visitas. Llame a la Línea de Servicios al Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753 o 1-844-726-3345 TTY (audioimpedidos) o llame a su Municipio para pedir ayuda.

Si necesita la ayuda de un manejador de caso para ayudarlo con el transporte, y usted no tiene uno, puede llamar a la Línea de Servicios para Beneficiarios de PSM al 1-866-600-4753 o 1-844-726-3345 TTY (audioimpedidos). La llamada telefónica es gratis. La Parte 5 de esta guía tiene más información sobre el manejo de cuidado.

PARTE 3: SERVICIOS QUE PAGA VITAL

INFORMACIÓN GENERAL

VITAL ofrece servicios para mantenerle saludable. VITAL trabaja con Aseguradoras, que coordinan 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 Programa de Salud del Gobierno. No tiene que esperar.

Como un asegurado de VITAL, usted tiene una variedad de beneficios de cuidado de salud y servicios disponibles para usted. No todos en VITAL tienen los mismos beneficios. Los beneficios que se cubren para usted dependen en el grupo en el que usted esté. Su tarjeta de identificación le dirá que cubierta puede obtener.

A continuación, se enumeran los servicios que cubre VITAL. Algunos servicios pueden tener límites. Llame a la Línea de Servicios al Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753 o 1-844-726-3345 TTY (audioimpedidos) si quiere más información.

- Visitas de rutina en la oficina del doctor, chequeos, y visitas cuando esté enfermo
- Visitas de bebé sano, visitas de niños sanos, e inmunizaciones
- Pruebas y estudios, trabajo de laboratorio y radiografías
- Servicios preventivos, incluyendo mamografías, colonoscopias y visitas de adultos sanos
- Exámenes de Obstetricia y Ginecología y pruebas de Papanicolau anuales
- Servicios Tempranos y Periódicos de Cernimiento, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT), incluyendo exámenes periódicos de salud preventiva y otros servicios de diagnóstico y tratamiento necesarios para los asegurados de 21 años y menores
- Evaluaciones nutricionales y pruebas
- Prueba de visión y audición
- Cuidado prenatal y posparto
- Planificación familiar
- Certificados de Salud
- Servicios dentales
- 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 clínicas de salud de la comunidad
- Hospital: cuidado a pacientes hospitalizados y/o ambulatorios
- Hospitalización de salud mental y hospitalización parcial
- Servicios de centro de servicios ambulatorios
- Cirugía: pacientes hospitalizados y/o ambulatorios
- Servicios de ambulancia
- Servicios de rehabilitación ambulatorios

VITAL con Plan de Salud Menonita (PMS) también cubre servicios de quiropráctico.

SERVICIOS DENTALES

VITAL ofrece servicios dentales. Usted puede ver cualquier dentista que acepte VITAL. Puede encontrar información sobre los dentistas participantes en el Directorio de Proveedores del Plan de Salud Menonita (PSM). Puede buscar los dentistas disponibles visitando www.MenonitaVital.com. Su Grupo Médico Primario y los Centros de Servicio de PSM también tienen una copia de la lista.

Para preguntas sobre sus beneficios dentales, llame a la Línea de Servicios al Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753 o 1-844-726-3345 TTY (audioimpedidos).

SERVICIOS DE SALUD MENTAL, ALCOHOL Y ABUSO DE DROGAS

VITAL ofrece servicios de salud mental, alcohol y abuso de sustancias. No tiene que ver a su PCP primero para ver un doctor u otro proveedor para los servicios de salud mental, alcohol o abuso de sustancias. Usted puede pedir estos servicios siempre que sienta que los necesita.

VITAL quiere que sea fácil para usted obtener servicios de salud física y mental, alcohol y abuso de sustancias en el mismo lugar. Esto se llama cuidado integrado.

Su Grupo Médico Primario es un lugar al que puede ir para obtener 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 4 a 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 su Aseguradora a la Línea de Servicios al Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753 o 1-844-726-3345 TTY (audioimpedidos).

SERVICIOS DE FARMACIA

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 su Aseguradora. Puede encontrar una lista de las farmacias participantes en el Directorio de Proveedores de PSM en www.menonitavital.com/. O puede llamar a la línea de Servicios al Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753 o 1-844-726-3345 TTY (audioimpedidos).

Los medicamentos recetados son gratis para niños de hasta 20 años y para mujeres embarazadas beneficiarios de Medicaid y 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 (en inglés “Formulary of Medication Covered” o FMC) es la lista de medicamentos que 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, su doctor puede escribir una receta para un suministro de 90 días de algunos medicamentos. De esta manera, usted sólo tiene que pagar por el medicamento una vez en lugar de pagar tres veces (1 pago por mes).

SERVICIOS NO CUBIERTOS

Aquí hay una lista general de algunos servicios que no están cubiertos por VITAL. Puede encontrar una lista completa de servicios que no pagará VITAL, en línea en www.MenonitaVital.com. O, puede llamar a la Línea de Servicios al Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753 o 1-844-726-3345 TTY (audioimpedidos) 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, 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 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 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 la 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 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 tuboplastia, vasovasectomía, y cualquier otro procedimiento para restaurar la capacidad de procrear.
34. Rebetrón o cualquier medicamento para el tratamiento de la Hepatitis C. Para toda terapia de medicamentos para la hepatitis C debes ser referido por tu médico al Departamento de Salud.

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 chequeos, 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 VITAL tiene copagos. Su tarjeta de identificación le dirá si tiene copagos y cuáles son. Los copagos dependen del tipo de VITAL que tenga. Su tarjeta de identificación dice qué tipo de VITAL tiene.

Ninguno de sus doctores o proveedores puede negarse a darle servicios médicamente necesarios porque usted no paga sus copagos. Sin embargo, su 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 ser facturado por el resto del costo de su cuidado. Si usted es facturado 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 identificación o llame a la Línea de Servicios al Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753 o 1-844-726-3345 TTY (audioimpedidos).

SERVICIOS	COPAGOS Y COASEGUROS											
	Federal				CHIPs		Estatad				*ELA	
	100	110	120	130	220	230	300	310	320	330	400	
HOSPITAL												
Admisiones	\$0	\$4	\$5	\$8	\$0	\$0	\$15	\$15	\$15	\$20	\$50	
Área Recién Nacidos (Nursery)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	
SALA DE EMERGENCIA												
Visita a Sala de Emergencia	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$10	\$15	\$20	\$20	
Servicios no-Emergencia Provistos en un cuarto de Sala de Emergencia de Hospital (por visita)	\$0	\$4	\$5	\$8	\$0	\$0	\$20	\$20	\$25	\$30	\$20	
Servicios no-Emergencia Provistos en un cuarto de Sala de Emergencia 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	
VISITAS AMBULATORIAS A												
Médico Primario (PCP)	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$3	
Especialista	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$7	
Subespecialista	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$10	
Servicios Pre-natales	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	

**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 medicina incluida en el papel de la receta

OTROS SERVICIOS											
Laboratorios High-Tech**	\$0	50¢	\$1	\$1.50	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Laboratorios Clínicos **	\$0	50¢	\$1	\$1.50	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Rayos-X**	\$0	50¢	\$1	\$1.50	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Exámenes de Diagnóstico Especiales**	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$6	40%
Terapia Física	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$5
Terapia Respiratoria	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$5
Terapia Ocupacional	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$5
Vacunas	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Cuidado de Niño Sano	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
DENTAL											
Preventivo (Niños)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Preventivo (Adultos)	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$3	\$5	\$3
Restauración	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$6	\$10
FARMACIA***											
Preferida (Niños 0-21)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$5
Preferida (Adulto)****	\$0	\$1	\$2	\$3	N/A	N/A	\$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	N/A	N/A	\$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 medicina incluida en el papel de la receta

PARTE 5: PROGRAMAS ESPECIALES

CUBIERTA ESPECIAL

Los asegurados con necesidades especiales de cuidado de salud pueden tener una Cubierta Especial que proveerá 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 de piel como Melanoma Invasivo o células escamosas con evidencia de metástasis.
6. Cáncer en la Piel - Carcinoma in situ
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

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

Las personas con Cubierta Especial pueden elegir cualquier proveedor que trabaje con su Red de Proveedores Preferidos o con la Red General de PSM. 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.

PSM le avisará si usted está cualificado y se asegurará de que usted tiene acceso a los servicios. La Cubierta Especial de VITAL comenzará cuando el asegurado alcance los límites de la Cubierta Especial de cualquier otro plan de salud.

Los beneficios bajo la Cubierta Especial incluyen la siguiente lista. Algunos servicios pueden tener límites. Llame a la Línea de Servicios al Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753 o 1-844-726-3345 TTY (audioimpedidos) si quiere más información

- Servicios de enfermedades coronarias y cuidado intensivo
- Cirugía maxilar
- Procedimientos neuroquirúrgicos y cardiovasculares
- Diálisis peritoneal y servicios relacionados
- Servicios clínicos y pruebas de laboratorio
- Servicios de unidad de cuidado intensivo neonatal
- Quimioterapia, radiología y servicios relacionados
- Condiciones gastrointestinales, alergias y evaluación nutricional para pacientes con autismo
- Procedimientos y pruebas diagnósticas cuando sean medicamento 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 su 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 OBG
 - ✓ Post Trasplante de Órgano
 - ✓ Niños con necesidades especiales. Excepto:
 - Asma y diabetes (Parte del Programa de Manejo de Enfermedad),
 - Desórdenes psiquiátricos, y
 - Enfermedades catastróficas para las personas con discapacidad intelectual
- Escleroderma
- 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 beneficiario o negligencia.
- Enfermedad renal crónica
- Medicamentos requeridos para el tratamiento ambulatorio de la tuberculosis y la lepra

CUBIERTA ESPECIAL PARA VIH - SIDA

Si usted tiene VIH o SIDA, su PCP debe pedirle a su Aseguradora que le dé Cubierta Especial. Una vez su Aseguradora le añade a la Cubierta Especial, le enviarán por correo una carta haciéndole saber que usted puede recibir servicios bajo la Cubierta Especial. La carta le avisará cuando comienza la Cubierta Especial y cuando parará.

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

Usted debe obtener sus medicamentos recetados para el VIH/SIDA en los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Trasmisibles del Departamento de Salud. Aquí están:

Centros para la Prevención y Tratamiento de Enfermedades Trasmisibles (CPTET)

REGIÓN	TELÉFONO/ FAX	DIRECCIÓN
ARECIBO	(787) 878-7895 Fax. (787) 881-5773 Fax. (787) 878-8288 Tel. (787) 879-3168	Antiguo Hospital Distrito (Dr. Cayetano Coll y Toste) Carretera 129 hacia Lares Arecibo, PR 00614
		PO Box 140370 Arecibo, PR 00614
BAYAMÓN	(787) 787-5151 Ext. 2224, 2475 (787) 787-5154 Fax. (787) 778-1209 (787) 787-4211	Antigua Casa de Salud Hospital Regional Bayamón Dr. Ramón Ruíz Arnau, Ave. Laurel Santa Juanita Bayamón, PR 00956
CAGUAS	(787) 653-0550 Ext. 1142, 1150 Fax (787) 746-2898; 744-8645	Hospital San Juan Bautista PO Box 8548 Caguas, PR 00726-8548
CLÍNICA SATELITE HUMACAO	(787) 285-5660	CDT de Humacao, Dr. Jorge Franceshi Calle Sergio Peña Almodóvar Esq. Flor Gerena Humacao, Puerto Rico 00791
CAROLINA	(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	(787)754-8118	P. O. Box 70184 San Juan, PR 00936-8523
	(787)754-8128	Calle José Celso Barbosa Centro Médico de PR Bo. Monacillos, San Juan
	(787)754-8127	
FAJARDO	(787)801-1992 (787)801-1995	Calle San Rafael # 55 Fajardo, PR 00738
MAYAGÜEZ	(787)834-2115 (787)834- 2118	Centro Médico de Mayagüez Hospital Ramón Emeterio Betances Carretera # 2 Suite 6 Mayagüez, PR 00680

REGIÓN	TELÉFONO/ FAX	DIRECCIÓN
PONCE	(787)842-0948 (787)842-2000	Departamento de Salud Región Ponce Antiguo Hospital Distrito Ponce Dr. José Gándara Carretera Estatal 14 Bo. Machuelo, Ponce, PR 00731

PROGRAMA DE MANEJO DE CUIDADO

El Programa de Manejo de Cuidado del Plan de Salud Menonita (PSM) facilita el acceso y la coordinación de los servicios de salud para todos los beneficiarios con necesidades y condiciones especiales. Los beneficiarios con estas condiciones se eligen para ser manejados más de cerca por los manejadores de casos de PSM.

El Programa de Manejo de Cuidado de PSM lo apoyará con sus necesidades y condiciones especiales y lo ayudará a cumplir sus objetivos de salud. Estos servicios lo ayudarán a recibir los servicios de salud adecuados, en el momento correcto, en el lugar correcto.

Nuestro equipo está formado por médicos de cuidado primario (PCP), farmacéuticos, trabajadores sociales, enfermeras, nutricionistas profesionales de la salud mental y de la comunidad. Ellos están disponibles para ayudarle a crear un plan para su cuidado. Su plan de cuidado se revisará al menos una (1) vez al año, si cambian sus necesidades de salud o si usted solicita una revisión.

Si tiene preguntas y desea hablar con un representante de servicio, puede hacerlo llamando a la Línea de Servicios para Beneficiarios de PSM al 1-866-600-4753 o al 1-844-726-3345 TTY (personas con problemas de audición). La llamada telefónica es gratis. Esperamos continuar sirviéndole y ayudándole a lograr su mejor salud posible.

Para cualquier pregunta relacionada con sus condiciones de salud, llame a la Línea de Asesoría Médica de PSM-TeleCuidado Menonita al 1-844-736-3345 o 1-844-716-3345 TTY (audioimpedidos). Esta llamada telefónica es gratis. TeleCuidado Menonita está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

PROGRAMA DE ALTO COSTO-ALTAS NECESIDADES

Si usted tiene ciertas condiciones, usted puede beneficiarse del Programa de Alto Costo-Altas Necesidades de PSM para ayudarle a recibir todo el cuidado que usted necesita. Este programa es gratuito.

Si su PCP le dice que usted tiene:

- Cáncer
- Enfermedad Renal en Fase Terminal (ESRD)
- Esclerosis Múltiple
- Artritis Reumatoide
- Diabetes
- Asma
- Insuficiencia Cardíaca Grave
- Hipertensión
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD)
- Depresión
- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (ADHD)
- Desórdenes de Uso de Sustancias
- Enfermedad Mental Grave (SMI)
- Hemofilia
- Autismo

Plan de Salud Menonita le ofrece ayuda adicional para obtener cuidado. Un Manejador de Caso pudiera visitar a su hogar para hablar con usted acerca de sus necesidades y ver qué doctores, pruebas u otra ayuda es necesaria. Hablar con los manejadores de casos de PSM sobre sus necesidades le ayudará a entender las mejores maneras de ayudarle.

El programa de Alto Costo-Altas Necesidades del Plan de Salud Menonita (PSM) (Programa HCHN o HCHN por sus siglas en inglés) se enfoca en miembros con alto riesgo y / o condiciones crónicas. Los beneficiarios del Programa HCHN cuentan con la asistencia de un plan de intervención individual.

El objetivo del Programa de Alto Costo- Altas Necesidades de PSM (HCHN) es ayudar a los Beneficiarios con condiciones crónicas a que cuiden su salud, recibiendo educación y el cuidado médico que necesitan.

Las personas que brindan los servicios a los Beneficiarios son: enfermeras, nutricionistas, trabajadores sociales, especialistas en cuidado mental, bajo la dirección de un Director Médico y Farmacéuticos.

Los beneficiarios participantes reciben orientación para ayudarlos a mantenerse sanos y disminuir el uso del Beneficiario del cuidado de emergencia o urgente.

Los beneficiarios elegibles se inscriben automáticamente en el programa y reciben la ayuda que necesitan. La participación es voluntaria y el Beneficiario tiene el derecho de declinar o salirse de todo o parte del programa de HCHN.

Los beneficiarios que deciden no participar pueden volver a ingresar al programa en cualquier momento. Pueden comunicándose con el manejador del caso o llamando a la Línea de Servicios para Beneficiarios de PSM al 1-866-600-4753 o al 1-844-726-3345 TTY (personas con problemas de audición). La llamada telefónica es gratis.

PSM TIENE OTROS PROGRAMAS PARA AYUDARTE A MANTENERTE SALUDABLE.

PROGRAMA DE EDUCACIÓN Y BIENESTAR DE LA SALUD

El Plan de Salud Menonita (PSM) ofrece a los beneficiarios del Programa “VITAL”, el Programa de Educación y Bienestar de la Salud (Programa de Bienestar). El Programa de Bienestar de PSM quiere ayudarlo a mantenerse saludable y más feliz.

Todos los servicios de este programa están planificados para ayudarlo a llevar una vida saludable al prevenir y enfrentar condiciones crónicas. Cuando nuestros cuerpos se sienten bien, nuestras mentes funcionan mejor. PSM le mostrará cómo evitar factores de riesgo que pueden afectar su salud como: una dieta poco saludable, falta de actividad física, fumar, obesidad, entre otros.

El programa de Educación y Bienestar de PSM incluye:

- Promoción de la salud y programas preventivos
- Programa de educación sobre el manejo de enfermedades crónicas
- Materiales de educación y bienestar en salud

Todos los servicios toman en cuenta su salud física y mental. Algunas de las áreas de salud son:

- Revisión anual de salud
- Uso adecuado de los servicios de VITAL, incluida la disponibilidad de la Línea de Servicios para Beneficiarios de PSM y cómo utilizar el sistema de manejo de cuidado.
- Examen de salud para la mujer que incluye: mamografías, exámenes de Papanicolaou, pruebas de detección cervical y pruebas de infecciones de transmisión sexual.
- Mantenga un peso corporal saludable, a través de una buena nutrición y ejercicio
- Examen dental anual
- Examen de salud mental
- Necesidades médicas y de desarrollo de niños y adolescentes, incluidas las vacunas
- Programa de detección temprana, periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT por sus siglas en inglés)
- Educación para el diagnóstico y tratamiento de condiciones de alto riesgo como:
 - Depresión;
 - Esquizofrenia;
 - Trastornos bipolares y
 - Trastorno de Déficit de Atención y Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad;
 - Abuso de sustancias;
 - Trastornos de ansiedad.
- Manejo del estrés, ansiedad
- Talleres educativos sobre diabetes, CKD, CHF, atención prenatal y de maternidad, etc.

PROGRAMA DE SERVICIOS TEMPRANOS Y PERIÓDICOS DE CERNIMIENTO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

El Programa de Servicios Tempranos y Periódicos de Cernimiento, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT, por sus letras en inglés) del Plan de Salud Menonita (PSM) es la parte de salud infantil de Medicaid. EPSDT significa:

- Temprano (Early): identificar problemas temprano- desde el nacimiento.
- Periódico (Periodic): verificar la salud de los niños a periódicamente, según la edad.
- Cernimiento (Screening): Proporcionar pruebas físicas, mentales, de desarrollo, dentales, auditivas, visuales y de otro tipo para detectar posibles problemas
- Diagnóstico (Diagnostic): llevar a cabo pruebas de diagnóstico para realizar un seguimiento cuando se identifica un riesgo
- Tratamiento (Treatment): controlar, corregir o reducir los problemas de salud encontrados.

Este beneficio cubre los servicios de evaluación y diagnóstico para descubrir cualquier deficiencia física y mental en los beneficiarios con menos de veintiún (21) años de edad. Los servicios de atención son preventivos. PSM también identifica el cuidado médico, la prevención, el tratamiento y otras medidas para corregir o mejorar cualquier deficiencia y condiciones crónicas descubiertas.

CRECE SALUDABLE CON EL PLAN DE SALUD MENONITA (PSM)

El Plan de Salud Menonita creó el programa Crece Saludable con PSM para promover la buena salud en los niños beneficiarios de VITAL.

El programa Crece Saludable con PSM incluye:

- Evaluación nutricional
- Historial integral de salud y desarrollo, incluida la evaluación de las condiciones físicas, mentales y nutricionales
- Pruebas de laboratorio según la edad y el historial de salud, incluida la prueba de toxicidad del plomo
- Examen físico completo, que incluye gráficas de peso, altura y crecimiento
- Educación sanitaria, incluida la orientación anticipada. Evaluación del desarrollo mediante una herramienta reconocida y estandarizada de evaluación del desarrollo aprobada por ASES
- Inmunizaciones según la edad
- Evaluación del desarrollo para las condiciones socioemocionales
- Examen de visión y audición
- Evaluaciones de salud de publicaciones periódicas
- Dental
- Examen motor fino / grueso
- Examen de tuberculosis

- Depresión perinatal para madres de bebés en el área clínica más apropiada, en la visita pediátrica, mental o al Obstetra / Ginecólogo

PROGRAMA DE CUIDADO PRENATAL

El Programa de Cuidado Prenatal del Plan de Salud Menonita (PSM) brindará servicios a las beneficiarias durante su embarazo. Desde el comienzo del embarazo, este programa le ofrecerá apoyo y orientación durante esta parte importante de su vida.

El Programa de Cuidado Prenatal de PSM la ayudará a:

- Obtener los servicios y mantener la inscripción en el Registro de Embarazadas de PSM
- Evaluar posibles factores de riesgo
- Ayudar a la mujer a satisfacer sus necesidades básicas, como comer saludable y ejercicios durante el embarazo.
- Brindar servicios educativos a todas las mujeres embarazadas y sus familias
- Educar y ayudar a los beneficiarios en la planificación familiar

PARTE 6: PARA SU PROTECCIÓN

SUS DERECHOS

Usted tiene el derecho a:

- Ser tratado con respeto y de una manera digna.
- Recibir información escrita de su Aseguradora en inglés y español y traducida a cualquier otro idioma. También tiene derecho a recibir información escrita en un formato alternativo. Después, usted tiene el derecho de recibir toda la información escrita en el futuro en ese mismo formato o idioma, a menos que usted le diga lo contrario a su Aseguradora.
- Recibir información sobre su 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 su Aseguradora.
- Comunicarse con sus doctores cuando usted lo desee y en privado.
- Recibir el cuidado médicamente necesario que es correcto para usted, cuando lo necesita. Esto incluye recibir servicios de emergencia, 24 horas al día, 7 días a la semana.

- Que se le explique en una manera fácil de entender sobre su cuidado y todos los diferentes tipos de tratamiento que podrían trabajar para 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 como dicen 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 Aseguradora o su cuidado. Vea la Parte 6 de esta guía para más información. La queja puede presentarse en la oficina de su Aseguradora 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 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 su Aseguradora, proveedores o VITAL.
- Escoger un Representante Autorizado para participar en la toma de decisiones.
- Dar su consentimiento informado.
- Sólo tener que pagar las cantidades por los servicios listados en la Parte 4 de esta guía. No le pueden cobrar más que esas cantidades.
- No ser hostigado por su Aseguradora o los Proveedores de su Red en relación con las controversias contractuales entre la Aseguradora y sus Proveedores;

SU DERECHO A LA PRIVACIDAD (HIPAA)

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

HIPAA es una ley que protege su información y rige la forma en que ASES y su Aseguradora pueden usar sus registros médicos y otra información de cuidado médico. Su información de salud protegida bajo HIPAA incluye cualquier información que:

- Le identifica o puede usarse para identificarle.
- O viene de usted o ha sido creado o recibido por un proveedor de cuidado médico, un plan de salud o un centro de información de cuidado médico.
- Tiene que ver con su condición de salud física o mental, brindándole atención médica o pagando su atención médica.

La ley dice que ASES y PSM deben proteger su información y mantenerla confidencial. ASES y PSM pueden compartir o divulgar su información para su tratamiento o cuidado, para pagar sus reclamos de salud y para ejecutar el programa. Pero no podemos compartir su información con otros, a menos que nos diga que podemos hacerlo firmando un formulario de autorización o divulgación.

Si nos da su permiso por escrito, aún puede decidir en el futuro que ya no desea que usemos o divulguemos su información médica protegida de esa manera. Si cambia de opinión, debe informarnos (a PSM) por escrito. Entonces dejaremos de usar su información de salud protegida de esa manera.

PSM y ASES tienen procedimientos internos para proteger su información de salud verbal, escrita y electrónica. Si PSM comparte su información de salud privada con otros sin su consentimiento.

Si PSM usa o divulga esa información para un propósito no autorizado, pueden estar sujetos a sanciones legales y monetarias de ASES y otras agencias gubernamentales estatales y federales.

Para más información sobre cómo podemos compartir su información o qué hacer si no desea que su información de salud se comparta con ciertas personas, llame a Línea del Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753 o 1-844-726-3345 TTY (audioimpedidos).

Si cree que hemos violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja. Usted no será castigado por presentar una queja.

Puede presentar una queja a través de correspondencia (carta) escrita, por teléfono, fax, a través del Portal del Plan de Salud Menonita o en persona a las siguientes direcciones y números:

Correo	Teléfono	Fax	Portal de PSM
Atención: Vital PSM - Departamento de Cumplimiento PO Box 364668 San Juan, PR 00936	Línea Confidencial 1-644-335-2864 Servicio al Beneficiario PSM 1-866-600-4753 o 1-844-726-3345 TTY (audioimpedidos). Lunes a viernes de 7:00AM a 7:00 PM.	Atención: Vital PSM – Departamento de Cumplimiento 787-332-0930 1-844-900-4523	www.planmenonita.ethicspoint.com

Los Beneficiarios pueden también someter una querrela visitando uno de los Centros de Servicio de PSM. Para más información sobre nuestros Centros de Servicio y su ubicación favor llamar a la Línea del Beneficiario de PSM al **1-866-600-4753** o **1-844-726-3345 TTY** (audioimpedidos).

SUS RESPONSABILIDADES

Usted tiene la responsabilidad de:

- Entender la información en su guía y otros documentos que su 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 su Aseguradora con respeto y dignidad.
- Dejarle saber a su Aseguradora si tiene otra compañía de seguros que debe pagar por su cuidado médico.
- Dejarle saber a ASES si usted se entera de un caso de fraude y abuso en VITAL.

DIRECTRICES ANTICIPADAS

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 testamento vital. Puede utilizar cualquier palabra: directriz anticipada o testamento vital.

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 Legal Duradero es un papel 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 temporal.

Usted no tiene que llenar estos papeles para una Directriz Anticipada o un Poder Legal Duradero. 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 formulario. 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 la sangre o el matrimonio.

Una vez que los papeles están firmados por todos, esta es su regla sobre lo que quiere que le suceda si se pone demasiado enfermo para ser capaz de decirlo. 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 su Aseguradora o sus doctores no están cumpliendo con sus deseos, o si usted tiene alguna queja, usted tiene el derecho de llamar el Centro de Llamadas de VITAL al 1-800-981-2737/ TTY 787-474-3389 o 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 de Salud del Gobierno “VITAL”. Algunos ejemplos son:

- Una persona miente acerca de hechos para obtener o mantener la cubierta de VITAL
- Un doctor le factura o le hace pagar en efectivo por los servicios cubiertos
- Una persona usa la tarjeta de identificación 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 fraude o abuso, usted nos lo debe decir. Usted puede llamar al Plan de Salud Menonita, la Oficina del Procurador del Paciente o ASES. Nosotros mantendremos su información privada. Sin embargo, de usted solicitarlo no es requerido que nos de su información para hacer una notificación de fraude o abuso. Usted no perderá su cubierta de VITAL si usted reporta fraude o abuso.

Cualquier persona que realice una notificación de fraude o abuso no recibirá represalias ni discriminación con su cubierta de VITAL.

Si desea más información, puede visitar el sitio web de ASES en www.planvitalpr.com/. En el sitio web hay un formulario que puede utilizar para hacer su informe. El sitio web del Plan de Salud Menonita 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 identificación a nadie más.
- Conozca sus beneficios con 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 su Aseguradora.

Usted puede notificarnos cualquier situación de fraude o abuso a través de correspondencia escrita, teléfono, fax, a través del Portal del Plan de Salud Menonita o en persona a las siguientes direcciones y números:

Correo	Teléfono	Fax	Portal de PSM
Atención: Vital PSM - Departamento de Cumplimiento PO Box 364668 San Juan, PR 00936	Línea Confidencial 1-644-335-2864 Línea de Servicio al Beneficiario PSM 1-866-600-4753 o 1-844-726-3345 TTY (audioimpedidos). Lunes a viernes de 7:00AM a 7:00 PM.	Atención: Vital PSM – Departamento de Cumplimiento 787-332-0930 1-844-900-4523	www.planmenonita.ethicspoint.com

PARTE 7: QUEJAS Y APELACIONES

¿NECESITA PRESENTAR UNA QUEJA SOBRE SU CUIDADO?

Si no está satisfecho con el cuidado que está recibiendo, llame a la Línea de Servicios al Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753 o 1-844-726-3345 TTY (audioimpedidos).

Dígales que tiene que presentar una queja. También puede visitar los Centros de Servicio del Plan de Salud Menonita (PSM). 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 ASES, llamando al 1-800-981-2737 libre de cargos o al 787-474-3389 TTY.

Nadie puede hacerle nada malo si usted presenta una queja.

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

¿QUÉ PASA SI MI QUEJA NO ES RESUELTA?

Si su Aseguradora no resuelve su queja, puede pedir una audiencia. Una audiencia es donde usted puede contarle a un juez sobre el asunto.

¿QUÉ ES UNA APELACIÓN?

Si sus doctores o su Aseguradora tomaron una decisión sobre su cuidado con la cual usted no está de acuerdo, usted puede presentar una apelación. Cuando apela, está pidiendo a su Aseguradora echar otro vistazo a un error que usted cree que se hizo.

Si su 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 su Aseguradora
- Por qué tomaron esa decisión
- Cómo presentar una apelación

Si no está de acuerdo con la decisión, puede presentar una apelación. **Tiene 60 días a partir de la fecha de la carta para presentar una apelación.** Su doctor o su representante pueden presentar la apelación por usted si usted los autoriza a hacerlo.

Hay muchas maneras de presentar una apelación. Usted puede:

- Llamar a la Línea de Servicios al Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753 o 1-844-726-3345 TTY (audioimpedidos).
- Visitar cualquiera de los Centros de Servicio de PSM
- Enviar su apelación por correo a: Plan de Salud Menonita, P.O. Box 364668, San Juan, P.R. 00936.
- O visite en línea www.MenonitaVital.com

¿QUÉ PASARÁ CUANDO MI ASEGURADORA RECIBA LA APELACIÓN?

Su apelación será revisada por un equipo de expertos que no han estado involucrados con la situación de su apelación. Su Aseguradora tomará una decisión dentro de 30 días.

Si usted tiene una emergencia y su Aseguradora está de acuerdo en que usted la tiene, puede pedir una apelación expedita o rápida. Usted, su doctor, o su representante puede pedir una apelación rápida: 1) llamando a la Línea de Servicios al Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753 o 1-844-726-3345 TTY (audioimpedidos), o 2) visitando cualquiera de los Centros de Servicio de PSM, o 3) escribiendo una carta a Plan de Salud Menonita, P.O. Box 364668, San Juan, P.R. 00936.

Si su Aseguradora está de acuerdo en darle una apelación rápida, ellos decidirán su caso dentro de 72 horas. Si su Aseguradora no está de acuerdo en darle una apelación rápida,

ellos le llamarán en el plazo de 2 días para informarle que ellos decidirán su caso dentro de 30 días.

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

Una vez que su Aseguradora toma una decisión, le enviarán una carta dentro de 2 días laborables. La carta le dirá lo que decidieron y que usted tiene el derecho de pedir una audiencia 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 su Aseguradora sobre una queja o una apelación, usted puede pedir una audiencia. Una audiencia es donde puede contarle a un Examinador Oficial sobre el error que cree que hizo su Aseguradora. Usted tiene 120 días a partir de la fecha de la decisión de su Aseguradora de solicitar una Audiencia Administrativa con ASES.

Puede obtener más información sobre las audiencias o solicitar una audiencia:

Llamando al Centro de Llamadas de VITAL al: 1-800-981-2737
787-474-3389 TTY

Escribiendo a ASES a: ASES
PO Box 195661
San Juan, PR 00919-5661

Enviando un fax a ASES al: 787-474-3347

Antes de la audiencia, usted y su representante pueden pedir ver los documentos y los registros que su Aseguradora usará. Su Aseguradora debe darle acceso a esos documentos y registros de forma gratuita.

Durante la audiencia, 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 audiencia, 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 90 días. Si usted necesita una decisión rápida, el Oficial Examinador decidirá su caso dentro de 72 horas.

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

¿PUEDO SEGUIR RECIBIENDO SERVICIOS DURANTE MI APELACIÓN O AUDIENCIA?

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

- Usted presenta la apelación dentro de los 60 días de la fecha de la carta de su Aseguradora.
- Usted pide seguir recibiendo servicios para la fecha en que su cuidado se detendrá o cambiará o dentro de los 10 días de la fecha de la carta de su 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).
- Los servicios son algo que VITAL todavía cubre.

Si sigue recibiendo servicios durante su apelación o audiencia y usted pierde, usted podría tener que pagar a su Aseguradora por los servicios que recibió durante el proceso de apelación o audiencia.

Para pedir seguir recibiendo servicios durante su apelación o audiencia, llame a la Línea de Servicios al Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753 o 1-844-726-3345 TTY (audioimpedidos).

PARTE 8: CÓMO TRABAJA VITAL CON OTROS SEGUROS DE SALUD

CÓMO TRABAJA VITAL CON MEDICARE

Si usted tiene Medicare, su cubierta de VITAL funciona de una manera diferente. Medicare es un seguro de salud para personas mayores de 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 de su VITAL funciona diferente:

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

Si usted tiene Medicare Parte A:

- VITAL pagará una vez que haya alcanzado el límite de lo que Medicare paga.
- VITAL no pagará por los deducibles de su Parte A.
- Usted pagará un copago por los servicios dependiendo del tipo de VITAL que tenga. Por favor vea la tabla de copago en la página 24 para más información.

Si usted tiene Medicare Parte A and Parte B:

- VITAL pagará por sus servicios de farmacia y dentales.
- VITAL no pagará por sus deducibles de la Parte A.
- 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 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. Su VITAL es su segundo seguro (secundario). Después que sus proveedores facturen a su otro seguro, facturarán a VITAL.

Si usted tiene otro seguro de salud, debe dejárselo saber a su Aseguradora y Programa Medicaid. Llame a la Línea de Servicios al Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753 o 1-

844-726-3345 TTY (audioimpedidos). Llame al Programa de Medicaid al 1-866-600-4753 (libre de cargos) o 1-844-726-3345 TTY (audioimpedidos).

Cuando vaya a sus visitas de cuidado de salud, traiga su tarjeta de identificación de VITAL que le dio el Plan de Salud Menonita y las tarjetas de identificación de su otro seguro.

CÓMO TRABAJA VITAL SI USTED ES EMPLEADO PÚBLICO O RETIRADO

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

También puede visitar su oficina local de Medicaid para ver si usted es elegible para VITAL por otras razones. Si usted es elegible para 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 VITAL juntos. Esto se llama "Inscripción Conjunta".

Si en algún momento pierde la elegibilidad para VITAL, puede inscribirse en VITAL en el grupo ELA Puro. De esta manera, usted puede continuar recibiendo sus beneficios de 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 de VITAL **antes** de inscribirse en el otro seguro de salud. Visite su oficina local de Medicaid para cancelar sus beneficios de 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 con el que se inscribe.

CÓMO TRABAJA 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 VITAL. El Departamento de 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 VITAL.

Si un miembro del Departamento de la Policía de Puerto Rico muere, su viuda/o puede continuar recibiendo los beneficios de VITAL hasta que se case nuevamente. Los niños pueden continuar recibiendo los beneficios de VITAL hasta los 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 en caso de que el proveedor no esté de acuerdo.

Asegurado: Una persona que después de haber sido certificada como elegible bajo el Programa Medicaid ha completado el proceso de inscripción con la Aseguradora y para quien la Aseguradora ha emitido la tarjeta de identificación que identifica a la persona como un asegurado de VITAL.

Aseguradora: La compañía contrató con ASES para proveer sus servicios médicos bajo VITAL.

Autorización: Un documento escrito a través del cual una persona libre y voluntariamente autoriza a otra persona o proveedor a representarle, para propósitos médicos o de tratamiento o para iniciar una acción tal como una querrela. Puede ser usada también para terminar una autorización anterior.

Beneficios: Los servicios de cuidado de salud cubiertos por VITAL.

CHIP: Siglas en inglés para el *Programa de Seguro de Salud de los Niños (Children Health Insurance Program)*, un programa federal que provee servicios médicos a los niños de bajos ingresos de 21 años y menores, a través de Aseguradoras cualificadas para ofrecer la cubierta bajo este programa.

Condición Médica de Emergencia: Un problema médico tan serio que debe buscar cuidado de inmediato para evitar daños severos.

Consejero de Inscripción: Un individuo o entidad que realiza consejería de selección, o actividades de inscripción, o ambas.

Copago: Dinero que tiene que pagar al momento del servicio.

Cuidado Coordinado: Es el servicio provisto a los asegurados por doctores que son parte de la Red de Proveedores Preferidos en su Grupo Médico Primario. El PCP es el proveedor de servicios líder y es responsable de evaluar periódicamente su salud y coordinar todos los servicios médicos que usted necesita.

ELA Puro: Una opción disponible a los empleados públicos para que puedan mantener la cubierta médica cuando pierden la elegibilidad en el Programa Medicaid y la inscripción para otras Aseguradoras contratadas en virtud de la Ley 95 ha terminado. Esta cubierta es la misma que la cubierta de VITAL.

Especialista: Un profesional de la salud con licencia para practicar la medicina y cirugía en Puerto Rico que provee servicios médicos y complementarios especializados para los médicos primarios. Esta categoría incluye: cardiólogos, endocrinólogos, neurólogos,

cirujanos, radiólogos, psiquiatras, oftalmólogos, nefrólogos, urólogos, fisiatras, ortopedas, y otros médicos no incluidos en la definición de PCP.

Expediente Médico: Recopilación detallada de datos e información en el tratamiento y cuidado que el paciente recibe de un profesional de la salud.

Grupo Médico Primario: Profesionales de la salud agrupados para contratar con su 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 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, servicio, o facilidad disponible efectivos 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 establecidas por el Programa Medicaid de Puerto Rico, pero no cualifican para Medicaid o CHIP.

Pre-autorización: Permiso que su 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 un 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 su Aseguradora o 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 su 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 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 salud y los servicios relacionados ofrecidos por los proveedores de cuidado de salud.

¿Ayuda con su Plan de Salud del Gobierno?



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



PLAN DE SALUD
MENONITA

Servicios al Beneficiario de PSM

Libre de Cargos: 1-866-600-4753

TTY (audioimpedidos): 1-844-726-3345

www.MenonitaVital.com