

Plan de Salud del Gobierno
de Puerto Rico



MANUAL DEL BENEFICIARIO



**PLAN DE SALUD
MENONITA**





GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Seguros de Salud

30 de septiembre de 2020

Estimado beneficiario del Plan Vital:

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

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

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

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

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

En ASES, estamos comprometidos en servirte como te mereces.

Cordialmente,

Jorge E. Galva, JD, MHA
Director Ejecutivo



• PO Box 195661, San Juan, PR 00919-5661 • Tel: 787.474.3300 • www.asespr.org

Autorizado por la Comisión Estatal de Elecciones CEE-SA-19-166

Tabla de Contenido

Tabla de Contenido.....	3
¿A quién puedo llamar para ayuda?	5
¿Qué información puedo encontrar en línea?	6
Su Derecho a la Privacidad (HIPAA)	6
¿Necesita ayuda para entender esta guía?	6
¿Necesita ayuda para hablar con su Aseguradora o para leer lo que le envían?....	6
Parte 1: Para Comenzar.....	8
¿Cómo me inscribo en el Plan Vital?.....	8
¿Qué pasa si tengo un recién nacido?.....	8
¿Cómo puedo mantener mis beneficios del Plan Vital?	8
¿Cómo puedo escoger una Aseguradora?.....	8
¿Puedo cambiar mi Aseguradora?	9
¿Pueden cancelar mi membresía con Su plan?	9
¿Cómo reporto los cambios?	10
Su Tarjeta de Identificación.....	11
Parte 2: Su Médico de Cuidado Primario y otros doctores.....	11
¿Cómo puedo ver a mi PCP?	12
¿Qué pasa si es una emergencia y necesito cuidado después que cierra la oficina de mi PCP?	13
¿Puedo cambiar mi PCP?	14
¿Qué sucede después de pedir el cambio?	15
¿Qué pasa con otros médicos o proveedores que necesito ver?	15
Ayuda para llegar a las citas de cuidado de salud	17
Parte 3: Servicios que paga el Plan Vital	17
Información General	17
Servicios Dentales	18
Servicios de Salud Mental, Alcohol y Abuso de Drogas.....	19
Servicios de Farmacia	19
Servicios no Cubiertos.....	20
Parte 4: ¿Tendré que pagar para obtener servicios de cuidado de salud?.....	21
Tabla de Copagos	23
Parte 5: Programas Especiales	24
Cubierta Especial	24
Cubierta Especial para VIH-SIDA.....	25
Manejo de Cuidado	26
Programa de Alto Costo-Altas Necesidades	26
Parte 6: Para su Protección.....	27
Sus Derechos.....	27
Su derecho a la Privacidad (HIPAA).....	28
Sus Responsabilidades.....	28

Directrices Anticipadas	29
Fraude y Abuso	30
Parte 7: Quejas y Apelaciones	31
¿Necesita presentar una queja sobre su cuidado?.....	31
¿Qué pasa si mi queja no es resuelta?	31
¿Qué es una Apelación?	31
¿Qué pasará cuando su Aseguradora reciba la apelación?.....	32
¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con la decisión?	33
¿Puedo seguir recibiendo servicios durante mi apelación o Vista Administrativa?	33
Parte 8: ¿Cómo trabaja el Plan Vital con otros seguros de salud?	34
¿Cómo trabaja el Plan Vital con Medicare?.....	34
¿Cómo trabaja el Plan Vital con otro seguro?	35
¿Cómo trabaja el Plan Vital si usted es Empleado Público o Retirado?	35
¿Cómo trabaja el Plan Vital si usted es miembro del Departamento de la Policía de Puerto Rico?	36
Definiciones	37

¿A quién puedo llamar para ayuda?

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

Si usted necesita consejería de salud física y/o mental, puede comunicarse a la Línea de Consejería Médica de su plan al 1-844-736-3345, veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días a la semana; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-844-716-3345.

Línea de Servicio al Cliente de Su plan 1-866-600-4753; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-844-726-3345 de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

	<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>Centro de Llamadas del Programa Medicaid 787-641-4224</p>
 <p>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 Libre de Cargos 1-800-981-0031</p>
	<p>Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) Plan Vital Libre de Cargo 1-800-981-2737 787-474-3389 TTY</p>

¿Qué información puedo encontrar en línea?

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

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

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

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

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

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.

Su plan tiene disposiciones que rigen la naturaleza confidencial de la información sobre los asegurados del Plan Vital, incluyendo las sanciones legales impuestas por el uso y divulgaciones indebidas. Puede solicitar una copia de estas disposiciones en los Centros de Servicio de PSM.

¿Necesita ayuda para entender esta guía?

Si la información que ofrecemos en esta guía es confusa o si tiene alguna pregunta, o necesita ayuda, llame a 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 leerlo que le envían?

PSM tiene disponible esta guía y todos los materiales escritos en español e inglés. También usted puede pedirnos que le enviemos 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, Su plan debe proveer un intérprete para ayudarle a entender. El servicio de intérprete está disponible libre de costo.

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

If you speak other language, PSM will provide an interpreter to help you understand. The interpreter services are available free of charges.

Call PSM at 1-866-600-4753/1-844-726-3345 TTY

Parte 1: Para Comenzar

¿Cómo me inscribo en el Plan Vital?

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

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

¿Qué pasa si tengo un recién nacido?

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

¿Cómo puedo mantener mis beneficios del Plan Vital?

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

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

¿Cómo puedo escoger una Aseguradora?

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

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

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

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

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

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 una Aseguradora, una será elegida para usted.

¿Puedo cambiar mi Aseguradora?

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

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

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

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

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

¿Pueden cancelar mi membresía con mi plan?

Sí, su membresía con su plan se cancelará si usted:

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

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

Usted no perderá su membresía con su plan si:

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

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

¿Cómo reporto los cambios?

El Plan Vital y PSM están comprometidos en ayudarle. Para asistirle en sus necesidades, necesitamos de su ayuda.

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

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

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

Es importante que se asegure de que su información de contacto esté actualizada en su Oficina local de Medicaid. Esto es importante porque Medicaid y PSM le envían información importante sobre su cubierta y beneficios del Plan Vital por correo. Si ellos no tienen su dirección actual, podría perder los beneficios del Plan Vital. Para reportar un cambio, llame a PSM al 1-866-600-4753; usuarios TTY/TDD 1-844-726-3345 para ayuda o visite su Oficina local de Medicaid.

Su Tarjeta de Identificación

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

Población Estatal

PSM PLAN DE SALUD MENONITA

vital
Salud en tus manos
GOBIERNO DE PUERTO RICO

JUANA DEL PUEBLO
0080012345678
Efectividad: 01/11/2018
Cubierta: 230 C
PCP: JUAN DEL PUEBLO
PMG: #123- JUAN DEL CAMPO

COPAGOS RED NO PREFERIDA
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

BENEFICIOS FARMACIA
BIN/PCN: 123456/ HCR
Grupo RX:098765
Rx Preferida:
Rx No Preferida:

ASES
Asesoría Médica

PSM PLAN DE SALUD MENONITA
www.MenonitaVital.com

Servicio al Beneficiario
1-866-600-4753 (libre de cargos)
1-844-726-3345 TTY (audioimpedidos)

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)
*Podría tener \$0 copago al llamar antes de visitar una sala de emergencia.
You may have \$0 copayments by calling before visiting an emergency room.
Para recibir ayuda con una emergencia emocional o psicológica 24 horas / 7 días: Línea PAS 1-800-981-0023

Esta tarjeta no debe ser utilizada bajo ninguna circunstancia por otra persona que no sea el beneficiario identificado.
Under no circumstance may this card be used by a person other than the identified enrollee.

Si tiene una emergencia médica, llame al 9-1-1 para ayuda.
(No requiere autorización)
If you have a medical emergency, call 9-1-1 for help.
(No authorization is required)

Si tiene información o sospecha de posible fraude o abuso, por favor llame:
If you have any information or suspicion of a possible case of fraud or abuse, please call:
1-844-335-2864

ASES
Asesoría Médica
1-800-981-2737
TTY: 212-264-3369

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.
- El copago que deberá pagar por los servicios de salud.
- El teléfono libre de cargos de su Aseguradora (en la parte posterior de su tarjeta).
- El número de teléfono libre de cargos para la Línea de Servicio del Plan Vital y la Línea de Asesoría Médica del Plan Vital disponible libre de cargos 24/7 (en la parte posterior de su tarjeta).

Si usted necesita usar sus beneficios de salud antes de obtener su Tarjeta de Identificación, use su formulario MA-10 que le ha dado su Oficina de Medicaid.

Recuerde:

- Llevar su Tarjeta de Identificación.
- Mantener su Tarjeta de Identificación en un lugar seguro para que no la pierda.
- Llevar su Tarjeta de Identificación cuando vaya al doctor o a la sala de emergencias.
- Asegurar 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 PSM o llamarlos al 1-866-600-4753; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-844-726-3345. 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 a la que usted acudirá para recibir la mayoría de los servicios de salud. Esto incluye exámenes,

tratamiento para catarrros y gripe, preocupaciones de salud y exámenes de rutina. Su PCP puede encontrar y tratar los problemas de salud a tiempo. Él o ella tendrá su historial médico. Su PCP puede ver el cuadro completo de su cuidado de salud. Su PCP dará seguimiento a todos los cuidados que usted recibe.

Hay diferentes tipos de doctores que son PCP, como:

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

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

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

Para elegir a su PCP, llame a la Línea de Servicios al Beneficiario al 1-866-600-4753; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-844-726-3345. Si usted no selecciona uno, entonces uno será elegido por usted.

Un Grupo Médico Primario es un grupo de doctores que ayudan a coordinar sus servicios de cuidado de salud y trabajan con 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 a su PCP para conseguir un examen de rutina.

Antes de ir a su primera cita:

1. Pídale a su médico anterior que le dé sus expedientes médicos. Esto es libre de costo. Traiga sus expedientes médicos a su nuevo PCP en su primera visita. Esto ayudará a su PCP a conocer sobre su salud.
2. Llame a su PCP para coordinar una cita.
3. Tenga su Tarjeta de Identificación lista cuando llame.
4. Diga que es un beneficiario del Plan Vital y dele su número de identificación.

5. Anote la fecha y hora de su cita. Si usted es un paciente nuevo, el proveedor puede pedirle que llegue temprano. Anote la hora que le pidan que esté allí.
6. Haga una lista de preguntas que desea hacerle a su médico. Enumere cualquier problema de salud que tenga.
7. Si necesita transportación a la cita y no tiene otra manera de llegar allí, llame a su plan 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 asistir a su cita, llame a su PCP para conseguir una nueva cita.
3. Lleve su Tarjeta de Identificación con usted. Su PCP puede sacar 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 horario regular de oficina. 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 cuentan con horario extendido. Pero, usted puede llamar a la Línea de Consejería Médica de PSM en cualquier momento.

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 el Plan Vital. Si usted llama a la **TeleCuidado Menonita** antes de ir a la Sala de Emergencias, no tendrá que pagar copagos.

El número de la Línea de Consejería Médica de PSM es 1-844-736-3345. Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-844-716-3345.

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

Una emergencia puede ser:

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

Usualmente estas no son emergencias:

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

- Sobredosis de drogas
- 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 al 9-1-1.

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

Si no está seguro si es una emergencia, llame a su PCP. Puede llamar a **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 del Plan Vital para que le aconsejen. Su número de teléfono está en la parte posterior de su Tarjeta de Identificación. Puede llamar veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días a la semana.

¿Puedo cambiar mi PCP?

Sí, usted puede cambiar su PCP una vez al año. Hay otras razones por las que es posible que necesite cambiar su PCP. Por ejemplo, es posible que quiera ver a uno cuya oficina esté más cerca de usted. Para cambiar su PCP, debe llamar a PSM para verificar si es posible hacer el cambio.

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

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

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

Para orientación y para hacer el cambio, llame a la Línea de Servicio al Beneficiario al 1-866-6004753; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-844-726-3345.

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, Su plan 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 su Aseguradora, tomará algún tiempo para que el cambio sea efectivo. Si usted hace el cambio en los primeros cinco (5) días de un mes, será efectivo en el próximo mes. Por ejemplo, si usted hace el cambio el 5 de enero, será efectivo el 1 de febrero. Pero si usted hace el cambio después de los primeros cinco (5) días del mes, será efectivo el mes después del siguiente. Por ejemplo, si usted hace el cambio el 6 de enero, será efectivo el 1 de marzo.

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

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

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

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

Los otros doctores, otros profesionales del cuidado de la salud y las facilidades de servicio que trabajan con su Aseguradora se conocen como la Red General. Cuando usted se inscribe con su Aseguradora, le enviarán por correo un Directorio de Proveedores que contiene información de la Red de Proveedores Preferidos y la Red General. Estas listas también están en el sitio web de PSM en www.MenonitaVital.com. Su Grupo Médico Primario y los Centros de Servicio de PSM también pueden proveerle una copia de las listas.

Para más información acerca de cómo funciona el Plan Vital si usted tiene Medicare, por favor mire la Parte 8 de esta guía.

Red de Proveedores Preferidos

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

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

- Puede visitar cualquiera de los doctores y facilidades de servicio en la Red de Proveedores Preferidos de forma gratuita.
- Si usted visita a los doctores, profesionales del cuidado de la salud y facilidades

de servicio en su Red de Proveedores Preferidos, no necesita ir a su PCP para obtener un referido.

- Si usted recibe cualquiera de los siguientes servicios dentro de la Red de Proveedores Preferidos, no necesita que su PCP firme:
 - Receta de medicamentos
 - Pruebas de laboratorio
 - Rayos-X

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

1. Llamar a la Línea de Servicios al Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753 o usuarios TTY deben llamar al 1-844-726-3345 o ir a www.MenonitaVital.com
2. Llamar al Centro de Llamadas del Plan Vital al 1-800-981-2737; usuarios TTY deben llamar al 787-474-3389.
3. Visitar las Oficinas de Servicio de PSM.
4. Llamar a su Grupo Médico Primario.

Red General

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

Si el doctor o proveedor que usted necesita ver no está en su Red de Proveedores Preferidos, puede que estén en la Red General de 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 veinticuatro (24) horas después que usted le pide uno.

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

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

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

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

Fuera de la Red

Un doctor u otro proveedor que no trabaje con 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, usted debe obtener un referido de su PCP.

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

salud de la comunidad Fuera de la Red.

Si usted siente que 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; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-844-726-3345 y decirle que necesita presentar una queja. También puede llamar a la Oficina del Procurador del Paciente al 1-800-981-0031 o a la ASES al 1-800-981-2737.

Ayuda para llegar a las citas de cuidado de salud

Si usted no tiene una manera de llegar a sus citas de cuidado de salud, PSM y su Municipio pueden ayudar con la transportación. Cada Municipio tiene algunas maneras de ayudarle a llegar a sus citas. Llame a la Línea de Servicio al Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-844-726-3345 o llame a su Municipio para pedir ayuda.

Su Aseguradora y algunos proveedores también ofrecen transportación para algunos asegurados a través de manejo de cuidado. Si usted necesita la ayuda de un Manejador de Cuidado y usted no tiene uno, llame a la Línea de Servicio al Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-844-726-3345. La Parte 5 de esta guía tiene más información sobre el manejo de cuidado.

Parte 3: Servicios que paga el Plan Vital

Información General

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

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

Como un asegurado del Plan Vital, usted tiene una variedad de beneficios de cuidado de salud y servicios disponibles para usted. No todos en el Plan Vital tienen los mismos beneficios. Los beneficios que se cubren para usted dependen 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 el Plan Vital. Algunos servicios pueden ser limitados. Llame a la Línea de Servicio al Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-844-726-3345 si quiere más información.

- Visitas de rutina en la oficina del doctor, exámenes y visitas cuando esté enfermo.
- Visitas pediátricas y vacunas para el bebé y el niño.
- Pruebas, estudios, laboratorios y radiografías.
- Servicios preventivos, incluyendo mamografías, colonoscopias y visitas de rutina para adultos saludables.
- Exámenes de Obstetricia, Ginecología y pruebas de Papanicolau anuales.

- Servicios de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT en inglés), incluyendo exámenes periódicos de salud preventiva y otros servicios de diagnóstico y tratamiento necesarios para los asegurados menores de veintiuno (21).
- Pruebas y evaluaciones nutricionales
- Exámenes de visión y audición
- Cuidado prenatal y postparto
- Planificación familiar
- Certificados de Salud
- Servicios dentales
- Terapia física
- Terapia ocupacional
- Terapia del habla
- Visitas del médico al hogar
- Farmacia
- Manejo de cuidado y servicios de coordinación de cuidado
- Servicios de emergencia
- Servicios de post-estabilización
- Servicios de salud mental
- Visitas a especialistas
- Servicios de Clínica de Salud Comunitaria
- Hospital: cuidado a pacientes hospitalizados y/o ambulatorios
- Hospitalización de salud mental y hospitalización parcial
- Centro de Servicios Ambulatorios
- Cirugía: pacientes hospitalizados y/o ambulatorios
- Servicios de ambulancia
- Servicios de rehabilitación ambulatorios

Servicios Dentales

El Plan Vital ofrece servicios dentales. Usted puede ver cualquier dentista que acepte el Plan Vital. Puede encontrar información sobre los dentistas participantes en el Directorio de Proveedores del Plan de Salud Menonita (PSM). Puede acceder a la lista de proveedores visitando la página electrónica www.MenonitaVital.com, bajo la sección de Directorio de Proveedores. 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; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-844-726-4753.

Servicios de Salud Mental, Alcohol y Abuso de Drogas

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

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

Su Grupo Médico Primario es un lugar donde puede tener servicios de salud mental, alcohol o abuso de drogas. Su Grupo Médico Primario debe tener un psicólogo y/o un trabajador social disponible al menos de cuatro (4) a dieciséis (16) horas por semana, durante las horas de trabajo regulares.

Si usted recibe servicios de salud mental, alcohol o abuso de drogas en otro lugar (como una clínica de salud mental o un hospital psiquiátrico), ellos deben tener servicios de un PCP en la oficina al menos una parte del tiempo para cuidar sus necesidades de salud física.

Si necesita ayuda para encontrar servicios de salud mental, alcohol y abuso de sustancias, llame a la Línea de Servicios al Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-844-726-4753.

Servicios de Farmacia

El Plan Vital cubre medicamentos recetados. Si usted necesita medicamentos, su proveedor le escribirá una receta para llevarla a una farmacia participante. Usted puede elegir cualquier farmacia que trabaje con su plan. 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; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-844-726-4753.

Los medicamentos recetados son gratis para niños hasta los veinte (20) años y para mujeres embarazadas beneficiarias de Medicaid o CHIP. Otros adultos deberán pagar los medicamentos recetados. Para más información sobre los pagos por medicamentos recetados, vea la Parte 4 de esta guía.

Su Formulario de Medicamentos Cubiertos, FMC, es la lista de medicamentos que el Plan Vital cubre. Esta lista ayuda a su doctor a recetarle medicamentos a usted. Los medicamentos de marca y genéricos están en el FMC. Una versión genérica de un medicamento es la primera opción. Si una versión genérica de un medicamento está disponible, su doctor tiene que recetarle la versión genérica.

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

(1 pago por mes).

Los medicamentos Hormonales cubiertos por el Plan Vital serán cubiertos a los beneficiarios sin importar el género. Los medicamentos Hormonales, se cubrirán a participantes mayores de 18 años. Usted puede recibir sus tratamientos hormonales recetados a través de su Medico Primario.

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

Servicios No Cubiertos

Aquí hay una lista general de algunos servicios que no están cubiertos por el Plan Vital. Puede encontrar una lista completa de servicios que no pagará el Plan Vital, en línea en www.MenonitaVital.com , o puede llamar a la Línea de Servicios al Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-844-726-4753 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 la ASES para ser incluidos en la Cubierta Básica.
24. Custodia, descanso y convalecencia una vez que la enfermedad está bajo control o en casos terminales irreversibles (el cuidado de hospicio para miembros menores de veintiún (21) años es parte de la Cubierta Básica).
25. Servicios cubiertos bajo la Cubierta Especial.
26. Servicios recibidos fuera del límite territorial del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, excepto por servicios de emergencia para beneficiarios de Medicaid o CHIP.
27. Orden judicial para evaluaciones con fines jurídicos.
28. Se excluyen los servicios de consejería o referidos basados en objeciones morales o religiosas de su plan.
29. Los gastos de viajes, incluso cuando sean ordenados por el PCP, están excluidos.
30. Espejuelos, lentes de contacto y audífonos (para asegurados mayores de veintiún (21) años).
31. Servicios de acupuntura.
32. Procedimientos para cambios de sexo, incluyendo hospitalizaciones y complicaciones.
33. Tratamiento para la infertilidad y/o relacionado con la concepción por medios artificiales, incluyendo tuboplastía, vasovasectomía, y cualquier otro procedimiento para restaurar la capacidad de procrear.

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

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

Para otros cuidados como hospitalizaciones o visitas cuando los niños están enfermos,

es posible que tenga que pagar parte del costo. Los copagos son lo que usted paga por cada servicio de cuidado de salud que usted recibe.

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

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

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

Tabla de Copagos

¿Tiene usted que pagar copagos por un PCP, un especialista, la visita a Sala de Emergencia, hospitalización, u otro tipo de servicio? ¿No está seguro? Vea la siguiente tabla, vea su Tarjeta de Identificación o llame a la Línea de Servicios al Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-844-726-4753.

COPAGOS Y COASEGUROS-Effectivo el 1 de julio de 2016											
SERVICIOS	Federal				CHIPs		Estatal				*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
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
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 medicamento incluido en el papel de la receta.

Parte 5: Programas Especiales

Cubierta Especial

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

1. Anemia Aplásica
2. Artritis Reumatoide
3. Autismo
4. Cáncer
5. Cáncer 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
20. Hepatitis C

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

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

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

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; usuarios TTY deben llamar al 1-844-726-4753 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 intensivoneonatal
 - Quimioterapia, radiología y servicios relacionados
 - Condiciones gastrointestinales, alergias y evaluación nutricional para pacientes con autismo
 - Procedimientos y pruebas diagnósticas cuando sean medicamentonecesarios
 - 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 plan 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; y
 - ✓ Niños con necesidades especiales. Excepto:
 - Asma y diabetes (Parte del Programa de Manejo de Condiciones),
 - 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 asegurado o negligencia.
- Enfermedad renal crónica
- Medicamentos requeridos para el tratamiento ambulatorio de la tuberculosis y la lepra.
- Efectivo el 26 de marzo de 2020 los beneficiarios de Plan Vital tendrán acceso al tratamiento de Hepatitis C con el medicamento incluido en el formulario de Medicamentos de Plan Vital.

Cubierta Especial para VIH-SIDA

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

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

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

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

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

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

Manejo de Cuidado

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

Usted puede pedir ayuda a través de este programa llamando a la Línea de Servicios al Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-844-726-4753. Su doctor, su familia, su hospital también pueden preguntar acerca del programa. Para cualquier pregunta relacionada con sus condiciones de salud, llame a la Línea de Consejería 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 gratis.

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

PSM le ofrecerá ayuda adicional para obtener servicios de salud. PSM puede querer enviar a alguien 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 nos ayudará a entender las mejores maneras de asistirle.

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 plan en inglés y español. Usted tiene derecho a recibir información en cualquier otro idioma u otros formatos alternos. Luego de informar a su plan, usted tiene derecho a recibir toda la información escrita en ese mismo formato u idioma, a menos que usted indique lo contrario a su plan.
- Recibir información sobre su plan, facilidades de cuidado de salud, profesionales del cuidado de la salud, servicios de salud cubiertos, y cómo acceder a los servicios.
- Elegir su Grupo Médico Primario, su PCP, y otros doctores y proveedores dentro de su Red de Proveedores Preferidos.
- Escoger un dentista y farmacia dentro de la Red de Proveedores de su plan.
- Comunicarse con sus doctores cuando usted lo desee y en privado.
- Obtener el cuidado médico correcto para usted, cuando lo necesite. Esto incluye recibir servicios de emergencia, veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días a la semana.
- Que se le explique en una manera fácil de entender sobre su condición de salud y todos los diferentes tipos de tratamientos que podrían beneficiarle a usted, no importa lo que cuesten o incluso si no están cubiertos.

- Ayuda para tomar decisiones sobre su cuidado de salud. Usted puede rechazar el cuidado.
- Pedir una segunda opinión para un diagnóstico o plan de tratamiento.
- Hacer una Directriz Anticipada. Vea la Parte 6 de esta guía para más información.
- Recibir cuidado sin temor de restricción física o aislamiento utilizado para intimidación, disciplina, conveniencia o venganza.
- Solicitar y recibir información sobre sus expedientes médicos según lo establecen las leyes federales y estatales. Puede ver sus expedientes médicos, recibir copias de sus expedientes médicos y pedir que corrijan sus registros médicos si están incorrectos.
- Presentar una queja o apelación sobre su cuidado médico o de los servicios de su plan. Vea la Parte 7 de esta guía para más información. La queja puede presentarse en la Oficina de Servicio de su plan 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 plan, sus proveedores o el Plan Vital.
- Escoger un Representante Autorizado para participar en la toma de decisiones.
- Dar su consentimiento informado.
- Pagar solamente las cantidades por los servicios descritos en la Parte 4 de esta guía. No le pueden cobrar más de esas cantidades.
- No ser hostigado por su plan o los profesionales de la salud que pertenecen a la Red de Proveedores en relación con las controversias contractuales.

Su derecho a la Privacidad (HIPAA)

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

Si quiere saber más sobre qué información tenemos, cómo podemos compartirla, o qué hacer si no quiere que su información sea compartida con ciertas personas, llame a la Línea de Servicios al Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-844-726-4753.

Sus Responsabilidades

Usted tiene la responsabilidad de:

- Entender la información en su guía y otros documentos que su plan 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 plan con respeto y dignidad.
- Dejarle saber a su plan si tiene otra aseguradora que puede pagar por su cuidado médico.
- Dejarle saber a la ASES si usted se entera de un caso de Fraude y Abuso en el Plan 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 Declaración Previa de Voluntad sobre Tratamiento Médico. Puede utilizar cualquier palabra: Directriz Anticipada o Declaración Previa de Voluntad sobre Tratamiento Médico.

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

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

Usted no tiene que llenar estos papeles para una Directriz Anticipada o un Poder. Es su elección. Es posible que desee hablar con un abogado o un amigo antes de llenar estos papeles.

Para que todos estos papeles sean legales, es necesario que un abogado le vea firmar el documento. En lugar de un abogado, usted también podría tener a su doctor y dos testigos adicionales que le vean firmar el formulario. Los dos testigos adicionales tienen que ser mayores de edad y no pueden estar relacionados con usted por sangre o matrimonio.

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

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

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

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

Fraude y Abuso

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

- Una persona miente acerca de hechos para obtener o mantener la cubierta del Plan Vital.
- Un doctor le factura o le hace pagar en efectivo por los servicios cubiertos.
- Una persona usa la Tarjeta de 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 un posible caso de Fraude o Abuso, usted nos lo debe decir. Usted puede llamar al Plan de Salud Menonita, a la Oficina del Procurador del Paciente o a la ASES. No es necesario que nos diga su nombre, 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. Cualquier persona que realice una notificación de fraude o abuso no recibirá represalias ni discriminación con su cubierta de VITAL. Usted no perderá su cubierta del Plan Vital si usted reporta Fraude o Abuso.

Si desea más información, puede visitar la página electrónica de la ASES en www.planvitalpr.com/. En el sitio web hay un formulario que puede utilizar para hacer su informe. El sitio web del Plan de Salud Menonita www.MenonitaVital.com 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 del Plan Vital.
- Mantenga los registros de sus visitas al doctor, pruebas de laboratorio y medicamentos. Asegúrese de no recibir servicios repetidos.
- Asegúrese de que su información es correcta en un formulario antes de firmarlo.
- Solicite y revise el resumen trimestral de los servicios que recibe. Usted puede solicitar el resumen de los servicios directamente a su plan.

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; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-844-726-4753. Dígales que tiene que presentar una queja. También puede visitar los Centros de Servicio del 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 la ASES. Su número es 1-800-981-2737.

Nadie puede hacerle daño si usted presenta una queja.

Su Aseguradora tiene setenta y dos (72) horas para resolver su queja. Si no pueden resolver su queja rápidamente, se convertirá en una "querrela". En este caso, su Aseguradora tiene hasta noventa (90) días para resolverla, pero tiene que decidir más rápido si es importante para su salud. Su plan 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 Vista Administrativa en la que 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 usted apela, está pidiendo a su Aseguradora que vuelva a analizar el error que usted cree que cometió.

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
- Por qué tomaron esa decisión
- Cómo presentar una apelación

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

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

Hay muchas maneras de presentar una apelación. Usted puede:

- Llamar a la Línea de Servicios al Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-844-726-4753.
- Visitar cualquiera de los Centros de Servicio de PSM.
- Enviar su apelación por correo a:

Plan de Salud Menonita
PO Box 364128
San Juan, PR 00936

¿Qué pasará cuando su 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 treinta (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 pueden pedir una apelación rápida llamando a la Línea de Servicios al Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-844-726-4753, visitando cualquiera de los Centros de Servicio de PSM, o escribiendo una carta a:

Plan de Salud Menonita
PO Box 364128
San Juan, PR 00936

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

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

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

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

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

Para obtener más información o solicitar una Vista Administrativa:

Llame al Centro de Llamadas del Plan Vital:	1-800-981-2737
Escriba a la ASES a:	TTY 787-474-3389
	ASES
	PO Box 195661
	San Juan, PR 00919-5661
Envíe un fax a la ASES al:	787-474-3347

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

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

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

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

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

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

- Usted presenta la apelación dentro de los sesenta (60) días calendarios de la fecha de la carta de su Aseguradora.
- Usted pide seguir recibiendo servicios para la fecha en que su cuidado se detendrá o cambiará o dentro de los diez (10) días calendario de la fecha de la carta de su plan (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 cubiertos por el Plan Vital.

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

Para continuar recibiendo servicios durante su apelación o Vista Administrativa, llame a la Línea de Servicio al Beneficiario de PSM al 1-855-600-4753 o 1-844-726-3345 TTY.

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

¿Cómo trabaja el Plan Vital con Medicare?

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

Estas son las diferentes partes de Medicare:

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

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

Para conocer más sobre Medicare, llámelos al 1-800-633-4227. Es una llamada gratis.

Si usted tiene Medicare, la cubierta del Plan Vital funciona diferente:

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

Si usted tiene Medicare Parte A:

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

Si usted tiene Medicare Parte A y Parte B:

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

Si usted tiene Medicare Parte C:

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

¿Cómo trabaja el Plan Vital con otro seguro?

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

Si usted tiene otro seguro de salud, debe dejárselo saber a su plan y al Programa Medicaid. Llame al Programa Medicaid y a la Línea de Servicios al Beneficiario de PSM al 1-866-600-4753; usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-844-726-4753 para dejarles saber.

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

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

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

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

Si en algún momento pierde la elegibilidad para el Plan Vital, puede inscribirse en el Plan Vital en el grupo ELA Puro. De esta manera, usted puede continuar recibiendo sus

beneficios del Plan Vital hasta que pueda obtener un seguro a través de su trabajo. No tiene que continuar como ELA Puro. ¡Es su elección!

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

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

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

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

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

Definiciones

Apelación: Una solicitud del asegurado para la revisión de una decisión. Es una solicitud formal hecha por el asegurado, su representante autorizado o proveedor, actuando en nombre del asegurado con el consentimiento del asegurado, para reconsiderar una decisión 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 su plan y para quien su plan ha emitido la Tarjeta de Identificación que identifica a la persona como un asegurado del Plan Vital.

Aseguradora: La compañía contratada por la ASES para proveer sus servicios médicos bajo el Plan 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 el Plan 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 menores de veintiún (21) años, 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 el periodo de inscripción para otras Aseguradoras contratadas en virtud de la Ley 95 ha terminado. Está cubierta es la misma que la cubierta del Plan 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 contratados por 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 o servicio efectivo, o facilidad disponible y más conservador o substancialmente menos costoso.

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

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

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

Pre-autorización: Permiso que 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 una Determinación Adversa de Beneficios que se resuelve en el punto de contacto.

Querrela: Una reclamación formal hecha por el asegurado por escrito, por teléfono o visitando a su Aseguradora o a la Oficina del Procurador de la Salud, solicitando una solución cuando un servicio ha sido denegado o permitido en una base limitada. Un servicio; reducción; suspensión o terminación de un servicio previamente autorizado; denegación total o parcial de pago por un servicio; no haber recibido servicios en una manera puntual; cuando su plan no ha actuado en una situación de acuerdo con los términos establecidos; la negativa de su plan 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 el Plan Vital.

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

Tratamiento: Proveer, coordinar o manejar el cuidado de la 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