



MANUAL DEL BENEFICIARIO



¿Ayuda con su Plan de Salud del Gobierno?



ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO

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



Estimado(a) Beneficiario(a):

Reciba un cordial saludo de parte de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES).

Bienvenido(a) al Plan de Salud Vital del Gobierno de Puerto Rico (Plan Vital). Estamos agradecidos por la oportunidad brindada para manejar sus necesidades de cuidado de salud integral.

Es importante que conozca que con el Plan Vital usted puede seleccionar la aseguradora y red de proveedores incluyendo médicos, laboratorios, terapeutas y otros proveedores de salud. Además, tendrá acceso a servicios médicos y hospitalarios en todo Puerto Rico.

Este manual lo mantendrá informado, sobre la cubierta de beneficios y servicios que ofrece el Plan Vital, incluyendo servicios médicos, hospitalarios, dentales, de salud mental, farmacia. También le orientamos sobre sus derechos y responsabilidades como beneficiario, el sistema de querrelas y apelaciones; entre otros temas de interés. Le exhortamos a que lea este manual con detenimiento. Mantenga este manual en un lugar seguro y de fácil acceso para que pueda encontrar la información cuando la necesite.

Si tiene problemas para leer el manual, puede solicitar a su 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).

Su aseguradora puede ayudarle a contestar cualquier pregunta que tenga acerca de su cuidado de salud, tarjeta de identificación, cubierta de beneficios y la red de proveedores de salud contratada.

Es importante que tengamos su información personal actualizada y su dirección. Si su información ha cambiado, debe comunicarse con el Programa de Medicaid al centro de llamadas del 787-641-4224, (TTY) 787-625-6355 (Servicio audio-impedido). Recuerde asistir a las citas de elegibilidad para que pueda mantener los beneficios del Plan de Salud Vital.

También puede comunicarse con el Centro de Llamadas del Plan de Salud Vital del Gobierno de Puerto Rico libre de cargos al 1-800-981-2737, 1-833-253-7721, (TTY) 787-474-3389 (Servicio audio-impedido).

¡Hoy, su salud está en sus manos!

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO.....	2
¿A QUIEN PUEDO LLAMAR PARA AYUDA?	4
¿QUE INFORMACION PUEDO ENCONTRAR EN LINEA?	4
SU DERECHO A LA PRIVACIDAD (HIPAA)	5
¿NECESITA AYUDA PARA ENTENDER ESTA GUIA?	5
¿NECESITA AYUDA PARA HABLAR CON SU ASEGURADORA O PARA LEER LO QUE LE ENVIAN?	5
PARTE 1: PARA COMENZAR	6
¿COMO ME INSCRIBO EN PLAN VITAL?	6
¿QUE PASA SI TENGO UN RECIEN NACIDO?	6
¿COMO PUEDO MANTENER MIS BENEFICIOS DE PLAN VITAL?.....	6
¿COMO PUEDO ESCOGER UNA ASEGURADORA?	6
¿PUEDO CAMBIAR MI ASEGURADORA?	7
¿PUEDE PARAR MI MEMBRESIA CON MI ASEGURADORA?	8
¿COMO REPORTO LOS CAMBIOS?	8
SU TARJETA DE IDENTIFICACION	9
PARTE 2: SU MEDICO DE CUIDADO PRIMARIO Y OTROS DOCTORES.....	11
¿COMO PUEDO VER A MI PCP?.....	11
¿QUE PASA SI ES UNA EMERGENCIA Y NECESITO CUIDADO DESPUES QUE CIERRA LA OFICINA DE MI PCP?.....	12
¿PUEDO CAMBIAR MI PCP?.....	14
¿QUE SUCEDE DESPUES DE PEDIR EL CAMBIO?	14
¿QUE PASA CON OTROS MEDICOS O PROVEEDORES QUE NECESITO VER? ..	15
AYUDA PARA LLEGAR A LAS VISITAS DE CUIDADO DE SALUD	17
PARTE 3: SERVICIOS QUE PAGA PLAN VITAL	18
INFORMACION GENERAL	18
SERVICIOS DENTALES	20
SERVICIOS DE SALUD MENTAL, ALCOHOL Y ABUSO DE DROGAS	20
SERVICIOS DE FARMACIA.....	20
SERVICIOS NO CUBIERTOS	21
PARTE 4: ¿TENDRE QUE PAGAR PARA OBTENER SERVICIOS DE CUIDADO DE SALUD?.....	23
TABLA DE COPAGOS.....	24
PARTE 5: PROGRAMAS ESPECIALES.....	26
CUBIERTA ESPECIAL.....	26
CUBIERTA ESPECIAL PARA VIH - SIDA	28
MANEJO DE CUIDADO.....	30
30	
PROGRAMA DE ALTO COSTO ALTAS NECESIDADES.....	30

PARTE 6: PARA SU PROTECCION	35
SUS DERECHOS.....	35
SU DERECHO A LA PRIVACIDAD (HIPAA)	36
SUS RESPONSABILIDADES	36
DIRECTRICES ANTICIPADAS	37
FRAUDE Y ABUSO	38
PARTE 7: QUEJAS Y APELACIONES	39
¿NECESITA PRESENTAR UNA QUEJA SOBRE SU CUIDADO?	39
¿QUE PASA SI MI QUEJA NO ES RESUELTA?	40
¿QUE ES UNA APELACION?	40
¿QUE PASARA CUANDO MI ASEGURADORA RECIBA LA APELACION?	41
¿QUE PUEDO HACER SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISION?.....	41
¿PUEDO SEGUIR RECIBIENDO SERVICIOS DURANTE MI APELACION O AUDIENCIA?	42
PARTE 8: COMO TRABAJA PLAN VITAL CON OTROS SEGUROS DE SALUD	43
COMO TRABAJA PLAN VITAL CON MEDICARE	43
COMO TRABAJA PLAN VITAL CON OTRO SEGURO	44
COMO TRABAJA PLAN VITAL SI USTED ES EMPLEADO PUBLICO O RETIRADO	44
COMO TRABAJA PLAN VITAL SI USTED ES MIEMBRO DEL DEPARTAMENTO DE LA POLICIA DE PUERTO RICO	45
DEFINICIONES.....	46

¿A QUIEN PUEDO LLAMAR PARA AYUDA?

Si usted tiene una emergencia, llame al 911.



Línea de Servicios al Beneficiario 1-844-336-3331 (libre de cargos) o 787-999-4411 (para audioimpedidos).



Centro de Llamadas del Programa Medicaid

787-641-4224



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



Oficina del Procurador del Paciente
Libre de Cargos 1-800-981-0031
TTY 787-710-7057



Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico
(ASES)
Plan Vital Libre de Cargo 1-800-981-2737

¿QUE INFORMACION PUEDO ENCONTRAR EN LINEA?

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

www.multihealth-vital.com

Para información sobre Plan Vital: <http://planvitalpr.com>

Para información sobre los programas Medicaid: <http://www.medicaid.pr.gov>

Para más información sobre las protecciones de los pacientes: <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.

¿NECESITA AYUDA PARA ENTENDER ESTA GUIA?

Si la información provista en esta guía es confusa o si tiene alguna pregunta, llame a su Aseguradora para ayuda al **1-844-336-3331(libre de cargos)** o **787-999-4411 (para audioimpedidos)**.

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

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

Si usted habla otro idioma, su Aseguradora debe proveer un intérprete para ayudarle a entender. El intérprete es gratis.

Llame a su Aseguradora al **1-844-336-3331(libre de cargos)** o **787-999-4411 (para audioimpedidos)** para ayuda.

PARTE 1: PARA COMENZAR

¿COMO ME INSCRIBO EN PLAN VITAL?

Cualquier persona que quiera ver si puede inscribirse en **Plan Vital** puede visitar su oficina local de Medicaid. Ellos verán la información de la persona y le dirán si es elegible para **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. O visite www.medicaid.pr.gov

¿QUE PASA SI TENGO UN RECIEN NACIDO?

Si usted tiene un recién nacido, visite su Oficina de Medicaid y deles una copia del certificado de nacimiento del recién nacido para inscribirlo en **Plan Vital**. Si no lo hace, el recién nacido no puede obtener servicios bajo **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 verificarlo.

¿COMO PUEDO MANTENER MIS BENEFICIOS DE PLAN VITAL?

Para mantener sus beneficios de **Plan 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 **Plan Vital** se detengan. Estas cartas le recordarán que tiene que ir a su oficina local de Medicaid para mantener su elegibilidad en **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.

¿COMO PUEDO ESCOGER UNA ASEGURADORA?

Una vez que se inscriba en **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 **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 Aseguradoras

- 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 1-800-981-2737, de lunes a viernes, 8 a.m. a 6 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 Aseguradoras. 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 1-800-981-2737 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 la 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 **Plan 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 **Plan Vital**. Si esto sucede, déjele saber a su Oficina de Medicaid y a su Aseguradora.

¿COMO REPORTO LOS CAMBIOS?

Plan Vital y su Aseguradora están comprometidos con ayudarle. 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 **Plan Vital** por correo.

Si ellos no tienen su dirección actual, podría perder sus beneficios de **Plan Vital**. Para reportar un cambio, llame a su Aseguradora o visite su oficina local de Medicaid.

SU TARJETA DE IDENTIFICACION

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

[Frontal]

 	
Nombre Beneficiario Del Pueblo MPI 0080000000000 Fecha Efectividad 01/01/19 Cubierta 120F PCP Dr. Juan Rivera PMG Grupo Medico ABC Número PMG 1234	Copagos fuera del PPN Generalista \$1.50 Especialista \$1.50 Sub-especialista \$1.50 Hospital \$5.00 ER / No ER Hosp / No ER No Hosp \$0 / \$3 / \$5 Laboratorios / Rayos-X \$1 / \$1 Dental Prev \$1.50 Rest \$1.50
BIN/PCN 010868 / HCR Grupo Rx GMMM Medicamentos Preferidos \$2.00 Medicamentos No Preferidos \$4.00	Copagos no aplican a niños menores de 21 años y mujeres embarazadas. Copagos dentro de la red preferida: \$0 

[Posterior]

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)

Al llamar a la línea de consultoría médica puede evitar el copago de Sala de Emergencia. *By calling the medical consultation line the emergency room copay may be waived.*



www.multihealth-vital.com

Servicio al Beneficiario

1-844-336-3331 (libre de cargos)
 787-999-4411 TTY (audioimpedidos)
 Lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Haciendo Contacto

Línea de Consultoría Médica
 24 horas al día, 7 días a la semana
 1-844-337-3332 (libre de cargos)
 787-522-3633 TTY (audioimpedidos)

Emergencia emocional o psicológica
 24/7 línea PAS 1-800-981-0023 para recibir ayuda. *Emotional or psychological emergency 24/7 PAS line 1-800-981-0023 to receive help.*

Si usted tiene información o sospecha de un posible caso de fraude o abuso, llámenos al: 1-844-256-3953. *If you have any information or suspects a possible case of fraud or abuse call us at: 1-844-256-3953.*



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 **Plan Vital** y la Línea de Asesoría Médica de **Plan 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.

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 al 1-844-336-3331 (libre de cargos) o al 787-999-4411 (para audioimpedidos). La llamada es gratis.

PARTE 2: SU MEDICO 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 PCPs, 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 PCPs 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 su Aseguradora al 1-844-336-3331 (libre de cargos) o al 787-999-4411 (para 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 su Aseguradora para asegurarse de que usted obtenga el cuidado que necesita. Su tarjeta de identificación muestra el nombre de su PCP y su número de Grupo Médico Primario.

¿COMO 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.

Turnos Preferenciales: La política de exigir a los Proveedores de la Red que den prioridad a los beneficiarios de los municipios de Vieques y Culebra, para que un Proveedor pueda verlos dentro de un tiempo razonable después de llegar a la oficina del Proveedor. Este tratamiento de prioridad es necesario debido a las ubicaciones remotas de estos municipios, y al mayor tiempo de viaje requerido para que sus residentes busquen atención médica.

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 **Plan 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 su Aseguradora 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.

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

La mayoría de los PCP's tienen horas de oficina regulares. El Directorio de Proveedores de su Aseguradora 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 servicio de su Aseguradora 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 **Plan Vital**. Si usted llama a la Línea de Servicio de Asesoría Médica de su Aseguradora 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 su Aseguradora es 1-844-337-3332 (libre de cargos) o 787-522-3633 (para audioimpedidos)

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 911.

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 su Línea de Servicio de Asesoría Médica de la Aseguradora en cualquier momento. Su PCP puede ayudarle a obtener cuidado de emergencia si lo necesita.

También puede llamar al Centro de Llamadas de **Plan Vital** para que le aconsejen. Su número de teléfono está 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. 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 su Aseguradora.
2. Llame a su nuevo PCP para asegurarse de que está en la red de su Aseguradora. Asegúrese de preguntar si están tomando nuevos pacientes.
3. Si el nuevo PCP está en la red de su Aseguradora y toma nuevos pacientes, llame a su Aseguradora al 1-844-336-3331 (libre de cargos) o al 787-999-4411 (para audioimpedidos) y dígales que quiere cambiar su PCP. También puede realizar el cambio visitando el Centro de Servicio de su Aseguradora.

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 su Aseguradora al 1-844-336-3331 (libre de cargos) o al 787-999-4411 (para 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, su Aseguradora le enviará una carta dejándole saber su nuevo PCP o Grupo Médico Primario. Si desea cambiar su PCP o Grupo Médico Primario, llame a su Aseguradora al 1-844-336-3331 (libre de cargos) o al 787-999-4411 (para audioimpedidos).

¿QUE SUCEDE DESPUES 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 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.

¿QUE PASA CON OTROS MEDICOS 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 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 para la Red de Proveedores Preferidos y la Red General. Estas listas también están en el sitio web de su Aseguradora en www.multihealth-vital.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 **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.

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 su Aseguradora al 1-844-336-3331 (libre de cargos) o al 787-999-4411 (para audioimpedidos)..
2. Llamar al Centro de Llamadas de **Plan Vital** al 1-800-981-2737.
3. Ir a los Centros de Servicio de su Aseguradora.
4. Llamar a su Grupo Médico Primario.

Red General

La Red General la componen los profesionales del cuidado de la salud y facilidades de servicios que trabajan con 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 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 su Aseguradora al 1-844-336-3331 (libre de cargos) o al 787-999-4411 (para 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.

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, su Aseguradora y su Municipio pueden ayudar con la transportación. Cada Municipio tiene algunas maneras de ayudarle a llegar a sus visitas. Llame a su Aseguradora al 1-844-336-3331 (libre de cargos) o al 787-999-4411 (para audioimpedidos) o llame a su Municipio para pedir ayuda.

Su Aseguradora y algunos proveedores también ofrecen transportación para algunos miembros a través de manejo de cuidado. Si usted necesita la ayuda de un gerente de cuidado y usted no tiene uno, llame a su Aseguradora al 1-844-336-3331 (libre de cargos) o al 787-999-4411 (para audioimpedidos). La Parte 5 de esta guía tiene más información sobre el manejo de cuidado.

PARTE 3: SERVICIOS QUE PAGA PLAN VITAL

INFORMACION GENERAL

Plan Vital ofrece servicios para mantenerle saludable. **Plan 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 **Plan Vital**, usted tiene una variedad de beneficios de cuidado de salud y servicios disponibles para usted. No todos en **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 **Plan Vital**. Algunos servicios pueden tener límites. Llame a su Aseguradora al 1-844-336-3331 (libre de cargos) o al 787-999-4411 (para 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
- Jeringas para la administración de medicamentos en el hogar
- Certificado de salud cubierto por **Plan Vital**, cualquier otro certificado está excluido
- Certificado de salud que incluye el diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual (VDRL) y tuberculosis. El Departamento de Salud de Puerto Rico cobra una tarifa nominal de hasta \$ 5.00 por la emisión del certificado. Esto no es un copago por recibir servicios.
- Cualquier certificado de salud relacionado con la elegibilidad del programa Medicaid y CHIP (por ejemplo, historial de recetas) se le proporcionará al beneficiario de forma gratuita.
- Cualquier certificado de salud requerido por programas tales como Head Start, WIC y Child Care se proporcionará al beneficiario de forma gratuita.
- Cualquier copago aplicable para los procedimientos o laboratorios para la emisión de un Certificado de Salud será de exclusiva responsabilidad del beneficiario.
- Examen físico anual y seguimiento a pacientes diabéticos según la guía de tratamiento para dichos pacientes y los protocolos del Departamento de Salud
- Su Aseguradora cubrirá los servicios de post-estabilización obtenidos de cualquier proveedor, independientemente de si el proveedor pertenece a la red general o PPN, que se administran para mantener la condición estabilizada del afiliado durante una (1) hora mientras espera respuesta en una solicitud de autorización previa. . El médico que atiende la sala de emergencias u otro proveedor tratante será responsable de determinar si el afiliado está suficientemente estabilizado para la transferencia o el alta. Esa determinación será vinculante para la Aseguradora con respecto a su responsabilidad de cobertura y pago.

- Para la lista de hospitales y proveedores de red, consulte su copia del Directorio de proveedores o visite nuestra página web en www.multihealth-vital.com

SERVICIOS DENTALES

Plan Vital ofrece servicios dentales. Usted puede ver cualquier dentista que acepte **Plan Vital**. Puede encontrar información sobre los dentistas participantes en el Directorio de Proveedores de su Aseguradora. Cuando usted se inscribe con su Aseguradora, le enviarán por correo un Directorio de Proveedores. La lista también está en el sitio web de su Aseguradora en www.multihealth-vital.com Su Grupo Médico Primario y los Centros de Servicio de su Aseguradora también tienen una copia de la lista.

Para preguntas sobre sus beneficios dentales, llame a su Aseguradora al 1-844-336-3331 (libre de cargos) o al 787-999-4411 (para audioimpedidos).

SERVICIOS DE SALUD MENTAL, ALCOHOL Y ABUSO DE DROGAS

Plan 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.

Plan 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 al 1-844-336-3331 (libre de cargos) o al 787-999-4411 (para audioimpedidos).

SERVICIOS DE FARMACIA

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 Aseguradora. Puede encontrar una lista de las farmacias participantes en el Directorio de Proveedores de su Aseguradora. O puede llamar a su Aseguradora al 1-844-336-3331 (libre de cargos) o al 787-999-4411 (para audioimpedidos).

Los medicamentos recetados son gratis para niños de hasta 20 años y para mujeres embarazadas de la población Federal y Chip. Otros adultos y beneficiarios de la población Estatal 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 “Covered Drugs Formulary” o CDF) es la lista de medicamentos que **Plan Vital** cubre. Esta lista ayuda a su doctor a recetarle medicamentos a usted. Los medicamentos de marca y genéricos están en el CDF. 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 **Plan Vital**. Puede encontrar una lista completa de servicios que no pagará **Plan Vital**, en línea en www.multihealth-vital.com O, puede llamar su Aseguradora al 1-844-336-3331 (libre de cargos) o al 787-999-4411 (para 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: ¿TENDRE 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 **Plan Vital** tiene copagos. Su tarjeta de identificación le dirá si tiene copagos y cuáles son. Los copagos dependen del tipo de **Plan Vital** que tenga. Su tarjeta de identificación dice qué tipo de **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 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 su Aseguradora al 1-844-336-3331 (libre de cargos) o al 787-999-4411 (para audioimpedidos).

COPAGOS Y COASEGUROS – efectivos 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	\$15	\$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	\$5	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 califican para la Cubierta Especial. Si usted califica 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 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.

Su Aseguradora le avisará si usted está calificado y se asegurará de que usted tiene acceso a los servicios. La Cubierta Especial de **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 su Aseguradora al 1-866-336-3331 (libre de cargos) o 787-999-4411 (TTY) si quiere más información.

- Servicios de enfermedades coronarias y cuidado intensivo
- Cirugía maxilar
- Procedimientos neuro quirúrgicos 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 medicamente necesarios
- Terapia física
- Anestesia general
- Cámara hiperbárica
- Medicamentos inmuno supresores 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; y

- ✓ Niños con necesidades especiales. Excepto:
 - Asma y diabetes (Parte del Programa de Manejo de Enfermedad),
 - Desórdenes siquiátricos, 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 auto infligidos 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 Cubierto Especial. Una vez su Aseguradora le añade a la Cubierto Especial, le enviarán por correo una carta haciéndole saber que usted puede recibir servicios bajo la Cubierto Especial. La carta le avisará cuando comienza la Cubierto 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 Transmisibles del Departamento de Salud. Aquí están:

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

REGION	TELEFONO/FAX	DIRECCION
ARECIBO	(787) 878-7895 Fax. (787) 881-5773 Fax. (787) 878-8288 Tel. (787) 879-3168	Antiguo Hosp. Distrito (Dr Cayetano Coll y Toste) Carretera 129 hacia Lares Arecibo, PR 00614 _____ PO Box 140370 Arecibo, PR 00614

BAYAMON	(787) 787-5151 Ext. 2224, 2475 (787) 787-5154 Fax. (787) 778-1209 (787) 787-4211	Antigua Casa de Salud Hosp. Regional Bayamón Dr. Ramón Ruíz Arnau, Ave. Laurel Santa Juanita Bayamón, PR 00956
CAGUAS	(787) 653-0550 Ext. 1142, 1150 Fax (787) 746-2898; 744-8645	Hosp. San Juan Bautista PO Box 8548 Caguas, PR 00726-8548
CLINICA SATELITE HUMACAO	(787) 285-5660	CDT de Humacao, Dr. Jorge Franceshi Calle Sergio Peña Almodóvar Esq. Flor Gerena Humacao, Puerto Rico 00791
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 (787)754-8128 (787)754-8127	P. O. Box 70184 San Juan, PR 00936-8523 Calle José Celso Barbosa Centro Médico de PR Bo. Monacillos, San Juan
FAJARDO	(787)801-1992 (787)801-1995	Calle San Rafael # 55 Fajardo, PR 00738
MAYAGUEZ	(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
CENTRAL OFFICE	(787)765-2929 Ext. 4026, 4027 Fax (787)274-5523	P.O. 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 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 su Aseguradora al 1-844-336-3331 (libre de cargos) o al 787-999-4411 (para audioimpedidos). Su doctor, su familia, su hospital también pueden preguntar por usted.

Para más información llame a su Aseguradora al 1-844-336-3331 (libre de cargos) o al 787-999-4411 (para audioimpedidos). .

PROGRAMA DE NECESIDADES DE ALTO COSTO

Si usted tiene ciertas condiciones, usted puede beneficiarse del programa de Necesidades de Alto Costo de su Aseguradora 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

Su Aseguradora le ofrecerá ayuda adicional para obtener cuidado. Su Aseguradora 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 la Aseguradora sobre sus necesidades les ayudará a entender las mejores maneras de ayudarle.

PROGRAMA DE NECESIDADES DE ALTO COSTO (HCHN por sus siglas en inglés)

Si tiene ciertas afecciones, puede beneficiarse del programa High Costs High Needs de su Aseguradora para ayudarlo a obtener toda la atención que necesita. Este programa es gratis.

Si su PCP le dice que tiene:

- Cáncer
- Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)
- Esclerosis múltiple
- Artritis Reumatoide
- Diabetes
- Asma
- Insuficiencia cardíaca severa
- Hipertensión
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
- Depresión
- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)
- Trastornos por uso de sustancias
- Enfermedad mental grave (SMI)
- Hemofilia
- Autismo

Su aseguradora le ofrecerá ayuda adicional para recibir atención. Es posible que su aseguradora quiera enviar a alguien a su casa para que le hable sobre sus necesidades y sepa cuáles son los médicos, las pruebas u otra ayuda que se necesita. Hablar con la aseguradora acerca de sus necesidades los ayudará a comprender las mejores formas de ayudarlo.

El Programa de administración de la atención de MMM Multi Health facilita que ciertos afiliados de HCHN con necesidades de atención de salud médica y socialmente complejas sean administrados por especialistas clínicas multidisciplinarias. Estas clínicas especializadas y multidisciplinarias están diseñadas para brindar soporte integrado a los afiliados a HCHN con múltiples afecciones complejas; incluyendo social y psicológico. A través de un enfoque de equipo colaborativo, un equipo multidisciplinario proporcionará orientación, apoyo y tratamiento para los inscritos en el marco de estas clínicas. Los inscritos identificados realizarán una evaluación integral de necesidades múltiples que dará como resultado un Plan de atención individualizada (ICP). Los colaboradores del equipo pueden incluir médicos, coordinadores de

servicios, enfermeras, trabajadores sociales, educadores de salud, nutricionistas, Pharm D, administradores de casos integrados, especialistas en cuidados crónicos y un enlace de salud mental como se identifica en el ICP.

Los beneficiarios con necesidades de alto costo son aquellos que tienen trastornos físicos, mentales, emocionales, conductuales o de desarrollo a largo plazo o complicados. Dichos Beneficiarios pueden necesitar servicios de salud y servicios relacionados más allá de los que necesita la población general y requieren un tratamiento y / o monitoreo continuo. La identificación inicial de los Beneficiarios con Necesidades de Alto Costo será completada por ASES. Además, las herramientas y las pautas de detección se utilizarán para identificar a los afiliados tan pronto como sea posible después de inscribirse como beneficiario de MMM Multi Health. Los Beneficiarios también pueden ser identificados a través de su Médico de Atención Primaria, Especialistas en Tratamiento o por su Aseguradora.

Si se le identifica como un Beneficiario con de Necesidades de Alto Costo, se le asignará a un Manejador de Casos. Él o ella serán su contacto para ayudarlo a obtener la atención médica que necesita, sujeto a la cobertura, exclusiones y limitaciones de **Plan Vital**. Su Manejador de Caso se comunicará con usted por teléfono para completar una evaluación y desarrollar un plan de atención individual en colaboración con sus médicos. Este plan se basará en sus necesidades identificadas de atención médica y de salud conductual. En función de su nivel de riesgo y sus necesidades, es posible que esté inscrito en Manejo de Casos, Manejo de Casos Complejos o Manejo de Casos Intensivo. Con la ayuda de su médico de atención primaria, usted (o su cuidador) y su Manejador de casos establecerán metas para ayudar a mejorar su salud y bienestar general con intervenciones específicas que lo ayudarán a alcanzar esas metas y objetivos.

Su Manejador de Casos:

- Trabajará con usted y sus proveedores para preparar un plan de atención.
- Ayudará a programar citas con su PCP, especialistas y otros proveedores, cuando sea necesario.
- Lo ayudan a comprender sus condiciones y cómo manejarlas.
- Lo conectarán a recursos en la comunidad que pueden ayudarlo.
- Le ayudará a comprender su tratamiento actual, así como las opciones de tratamiento
- También puede recibir visitas domiciliarias de Manejador de Casos para identificar mejor sus necesidades y / o proporcionar información y educación. Como participante en un programa, su Plan de atención se evaluará periódicamente, pero no menos de una vez al año, para determinar su progreso.
- El plan también se modificará cuando se identifiquen las necesidades inmediatas.

- Cuando cumpla con los objetivos y las metas de su plan de atención, es posible que lo den de baja o lo deriven a un nivel más bajo de manejo de caso o atención, según sea necesario.

Programa prenatal

MMM Multi Health ha desarrollado el Registro OB y el Programa Prenatal para beneficiarias que están embarazadas. Como parte de este programa, las beneficiarias están orientadas sobre cómo pueden acceder a los servicios diseñados para mujeres embarazadas, con especial énfasis en la evaluación de necesidades, el establecimiento de planes de tratamiento con objetivos específicos de tratamiento, la coordinación de la atención con especialistas OBGYN y otros sub especialistas, la comunicación y supervisión.

El objetivo del Programa prenatal es apoyar las opciones de atención apropiadas del afiliado, brindar asesoramiento sobre mejores prácticas de autocontrol y fomentar comportamientos de salud positivos y el cumplimiento de los estándares de atención, incluidas las visitas regulares al médico, las pruebas apropiadas para la enfermedad y la adherencia a medicamentos. También permite a las beneficiarias acceder al nivel de atención apropiado, incluidas las referencias, en función de los resultados de una evaluación individualizada, recomendaciones médicas y el establecimiento de un plan de atención. Para facilitar este último proceso, MMM Multi Health ha establecido un Equipo del Programa Prenatal que está a cargo de lo siguiente:

- Evaluar los factores de riesgo de los inscritos
- Desarrollar planes de tratamiento con objetivos de cuidado; incluyendo OB GYN's y sub especialistas
- Proporcionar el apoyo necesario para ayudar a los afiliados a satisfacer sus necesidades de atención médica durante el embarazo
- Seguir el progreso de los resultados esperados, la coordinación y las derivaciones al nivel de atención apropiado según sea necesario
- Monitorear y revisar el plan de atención personalizado para identificar las necesidades del afiliado que espera recibir atención.
- Asegurar resultados saludables para la madre y el bebé.

Programa de bienestar

El bienestar y la prevención son partes fundamentales del enfoque de MH de MMM para la atención médica coordinada e integrada, especialmente después de considerar el impacto de las condiciones de salud crónicas en Puerto Rico. MMM MH ha desarrollado servicios basados en principios de prevención y bienestar. Estos servicios de bienestar permiten a los afiliados tener acceso a lo siguiente:

- Controles de salud anuales
- Salud de la mujer y detección
- Peso corporal saludable, a través de una buena nutrición y ejercicio
- Examen dental anual
- Uso apropiado del programa **Plan Vital**, incluida la línea de servicio
- Necesidad médica y de desarrollo para niños y adolescentes
- Vacunas
- Evaluación, servicios y manejo de la salud del comportamiento (depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, TDA / TDAH, abuso de sustancias, trastornos de ansiedad)

Los beneficios del enfoque de bienestar antes mencionado son bien conocidos por los afiliados, especialmente dentro del nuevo modelo de servicios: mejores resultados clínicos, mejor utilización de los recursos y mayor satisfacción. Las actividades y eventos de bienestar se desarrollan de acuerdo con el grupo de edad, el género, las necesidades sociales y de salud de los inscritos, de conformidad con ASES. Busca proporcionar información educativa y fácil de entender para mejorar la salud de los inscritos en **Plan Vital**.

Alcance

- Mensualmente, el equipo de bienestar de MMM Multi Health LLC ofrecerá seminarios, talleres, sesiones educativas e intervenciones cara a cara sobre temas de salud y bienestar y conductas de riesgo que afectan a nuestros beneficiarios elegibles de MMM Multi Health LLC en entornos tradicionales y no tradicionales que incluyen salud instalaciones de cuidado, escuelas y entornos comunitarios (privados y públicos). Cada configuración proporciona oportunidades para llegar a las personas que utilizan las estructuras sociales existentes. El uso de configuraciones no tradicionales puede ayudar a alentar el intercambio informal de información dentro de las comunidades a través de la interacción social entre iguales. Llegar a las personas en diferentes entornos también permite una mayor adaptación de la información de salud y la educación.

PARTE 6: PARA SU PROTECCION

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 **Plan 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 y confidencial. La ley dice que ASES y su Aseguradora deben proteger la privacidad de su información de salud protegida. 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 de salud protegida con otros a menos que usted nos diga que podemos o según lo permita la ley. La Aseguradora publica disposiciones que rigen la naturaleza confidencial de la información acerca de usted, las sanciones legales impuestas por el uso y la divulgación indebida de su información y provee copias de estas disposiciones a usted y a otras personas y/o agencias a quienes se divulga su información (42 CFR 431.304).

Si quiere saber más sobre qué información tenemos, cómo y a quienes podemos compartirla, cuáles son sus derechos y nuestras obligaciones legales con respecto a su información de salud protegida, llame a su Aseguradora para obtener más información. Además, puede visitar el sitio web de la Aseguradora para obtener la Notificación de Prácticas de Privacidad de la Aseguradora que describe como su información de salud puede ser utilizada y divulgada y como usted puede tener acceso a su información.

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 **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 testamento en vida. Puede utilizar cualquier palabra: directriz anticipada o testamento en vida..

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 **Plan Vital** al 1-800-981-2737 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 **Plan Vital**. Algunos ejemplos son:

- Una persona miente acerca de hechos para obtener o mantener la cubierta de **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 fraude o abuso, usted nos lo debe decir. Usted puede llamar a su Aseguradora, la Oficina del Procurador del Paciente o ASES. No es necesario que nos diga su nombre y nosotros mantendremos su información privada. Usted no perderá su cubierta de **Plan Vital** si usted reporta fraude o abuso.

Si desea más información, puede visitar el sitio web de ASES en www.asespr.org. En el sitio web hay un formulario que puede utilizar para hacer su informe. El sitio web de su Aseguradora también tiene más información.

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

- No le dé su tarjeta de identificación a nadie más.
- Conozca sus beneficios de **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 Aseguradora.

Una de las leyes relacionadas con el Fraude, Desperdicio y Abuso en el cuidado de la salud es la Acta de Reclamaciones Falsas. Esta ley prohíbe que cualquier persona u organización presente deliberadamente un reclamo que él o ella a sabiendas (o debería saber) es falso.

Ejemplos de violaciones del Acta de Reclamaciones Falsas son:

- Un proveedor que envía una factura por servicios que no se prestaron;
- Un proveedor que factura un servicio diferente al que realmente proporcionó.

El Acta de Reclamaciones Falsas incluye una disposición de "qui tam" o denunciante. Esta disposición permite esencialmente a cualquier persona con conocimiento real de actividad de reclamaciones falsas presentar una demanda en nombre del gobierno de los EE. UU.

Otra ley relacionada con Fraude, Despilfarro y Abuso es la "Ley Stark" o el Estatuto de Prohibición de Auto referencia. Esta regulación prohíbe a los médicos referir pacientes de Medicaid para ciertos servicios de salud a una entidad en la que el médico o la familia inmediata del médico tengan una relación financiera. Por ejemplo, un médico no puede referir a un paciente a un laboratorio clínico del cual es el dueño.

PARTE 7: QUEJAS Y APELACIONES

¿NECESITA PRESENTAR UNA QUEJA SOBRE SU CUIDADO?

Si no está satisfecho con el cuidado que está recibiendo, llame a su Aseguradora al 1-844-336-3331 (libre de cargos) o al 787-999-4411 (para audioimpedidos). Dígalos que tiene que presentar una queja. También puede visitar los Centros de Servicio de su Aseguradora. Usted puede presentar una queja en cualquier momento.

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

Usted también tiene el derecho de llamar a la Oficina del Procurador del Paciente para presentar una queja. Su número es 1-800-981-0031. También puede presentar una queja a ASES. Su número es 1-800-981-2737.

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.

¿QUE 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.

¿QUE ES UNA APELACION?

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 su Aseguradora al 1-844-336-3331 (libre de cargos) o al 787-999-4411 (para audioimpedidos).
- Visitar cualquiera de los Centros de Servicio de su Aseguradora
- Envíe su apelación por correo a su Aseguradora a MMM Multi Health, G & A DEPT, PO BOX 72010, SAN JUAN PR 00936
- Por Fax al 1-844-990-1990
- Por email a AGPLANVITAL@mmmhc.com

<http://www.multihealth-vital.com/apelaciones.html>

¿QUE PASARA CUANDO MI ASEGURADORA RECIBA LA APELACION?

- 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 llamando a su Aseguradora al 1-844-336-3331 (libre de cargos) o al 787-999-4411 (para audioimpedidos), visitando cualquiera de los Centros de Servicio de su Aseguradora, o escribiendo una carta a su Aseguradora a MMM Multi Health, G & A DEPT, PO BOX 72010, SAN JUAN PR 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.

¿QUE PUEDO HACER SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISION?

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 **Plan Vital** al: 1-800-981-2737

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 APELACION 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 **Plan 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 su Aseguradora al 1-844-336-3331 (libre de cargos) o al 787-999-4411 (para audioimpedidos).

PARTE 8: COMO TRABAJA PLAN VITAL CON OTROS SEGUROS DE SALUD

COMO TRABAJA PLAN VITAL CON MEDICARE

Si usted tiene Medicare, su cubierta de **Plan 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 **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.
- Su **Plan Vital** es su segundo seguro (secundario). Después de que sus proveedores facturen a Medicare, también facturarán a **Plan Vital**.

Si usted tiene Medicare Parte A:

- **Plan Vital** pagará una vez que haya alcanzado el límite de lo que Medicare paga.
- **Plan Vital** no pagará por los deducibles de su Parte A.
- Usted pagará un copago por los servicios dependiendo del tipo de **Plan Vital** que tenga. Por favor vea la tabla de copago en las páginas 24 y 25 para más información.

Si usted tiene Medicare Parte A and Parte B:

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

COMO TRABAJA 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. Su **Plan Vital** es su segundo seguro (secundario). Después que sus proveedores facturen a su otro seguro, facturarán a **Plan Vital**.

Si usted tiene otro seguro de salud, debe dejárselo saber a su Aseguradora y Programa Medicaid. Llame a su Aseguradora al 1-844-336-3331 (libre de cargos), 787-999-44-11 (para audio impedidos) y al Programa de Medicaid al 787-641-4224 para dejarles saber.

Cuando vaya a sus visitas de cuidado de salud, traiga su tarjeta de identificación de **Plan Vital** y las tarjetas de identificación de su otro seguro.

COMO TRABAJA PLAN VITAL SI USTED ES EMPLEADO PUBLICO O RETIRADO

Si usted es un empleado público o un retirado del Gobierno de Puerto Rico, puede elegir **Plan 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 **Plan Vital** por otras razones. Si usted es elegible para **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 **Plan Vital** juntos. Esto se llama "Inscripción Conjunta".

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

COMO TRABAJA PLAN VITAL SI USTED ES MIEMBRO DEL DEPARTAMENTO DE LA POLICIA DE PUERTO RICO

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

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

Aseguradora: La compañía contrató con ASES para proveer sus servicios médicos bajo **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 **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 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 **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 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 sub especialista, 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, sub especialista 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 **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.