



_____, 2018

Dear Enrollee:

Hello and welcome to the Government Health Insurance Plan "MI Salud"! In MI Salud, you can choose your Insurer. If you do not have an Insurer you will be assigned one but you can change to a different Insurer if you want. Your Insurer works with you and your doctors to help you stay healthy.

You can choose your doctor, or primary care physician (PCP), or your Insurer will assign you one. Your PCP's name is on your ID card. Carry this card with you and show it whenever you visit your doctor. Visit your doctor often to help you stay healthy.

This guide explains the benefits and services you can get through MI Salud. It also explains what to do if you have an emergency or urgent medical situation. Please read this guide carefully. It will help you learn about the services paid for by MI Salud. Keep this guide in a safe place so you can look up information later on.

If you have trouble reading the guide, you can ask your Insurer for a free copy of the guide in other formats like large print, Braille or audio CD.

Your Insurer can help answer any questions you have about your health care, ID card, benefits and doctors.

Please make sure your Insurer and your Medicaid Office has your most recent address and personal information. You can call your Insurer at [x]. Call or visit your local Medicaid Office, or call the Medicaid program call center at 787-641-4224.

Contact your Medicaid Office if your information changes. Make sure you go to your eligibility appointments so you can keep your MI Salud benefits.

We invite you to use your MI Salud benefits so you can get the care you need.

Cordially,

Angela Ávila Marrero
Executive Director



A.A.M.

AM

TABLE OF CONTENTS

TABLE OF CONTENTS	2
WHO CAN I CALL FOR HELP?	4
WHAT INFORMATION CAN I FIND ONLINE?	4
YOUR RIGHT TO PRIVACY (HIPAA)	5
DO YOU NEED HELP UNDERSTANDING THIS GUIDE?	5
DO YOU NEED HELP TALKING WITH YOUR INSURER OR READING WHAT THEY SEND YOU?	5
PART 1: GETTING STARTED	6
HOW DO I SIGN UP FOR MI SALUD?	6
WHAT IF I HAVE A NEWBORN?	6
HOW DO I KEEP MY MI SALUD BENEFITS?	6
HOW DO I CHOOSE AN INSURER?	6
CAN I CHANGE MY INSURER?	7
CAN MY MEMBERSHIP WITH MY INSURER STOP?	7
HOW DO I REPORT CHANGES?	8
YOUR ID CARD	8
PART 2: YOUR PRIMARY CARE PHYSICIAN AND OTHER DOCTORS	10
HOW CAN I SEE MY PCP?	10
WHAT IF IT'S AN EMERGENCY AND I NEED CARE AFTER MY PCP'S OFFICE CLOSES?	11
CAN I CHANGE MY PCP?	12
WHAT HAPPENS AFTER I ASK FOR THE CHANGE?	13
WHAT ABOUT OTHER DOCTORS OR PROVIDERS I NEED TO SEE?	13
HELP WITH GETTING TO YOUR HEALTH CARE VISITS	15
PART 3: SERVICES MI SALUD PAYS FOR	16
GENERAL INFORMATION	16
DENTAL SERVICES	17
MENTAL HEALTH, ALCOHOL AND DRUG ABUSE SERVICES	17
PHARMACY SERVICES	18
NON-COVERED SERVICES	18
PART 4: WILL I HAVE TO PAY TO GET HEALTH CARE SERVICES?	21
COPAY CHARTS	21
PART 5: SPECIAL PROGRAMS	22
SPECIAL COVERAGE	23
SPECIAL COVERAGE FOR HIV-AIDS	25
HEPATITIS-C	Error! Bookmark not defined.
CARE MANAGEMENT	26
HIGH COST HIGH NEEDS PROGRAM	27



A.H.A.

2

[PLACEHOLDER for Insurer to add information about any other special programs]
27

PART 6: FOR YOUR PROTECTION.....28

YOUR RIGHTS.....28

YOUR RIGHT TO PRIVACY (HIPAA).....29

YOUR RESPONSIBILITIES29

ADVANCE DIRECTIVES.....29

FRAUD AND ABUSE.....30

PART 7: COMPLAINTS AND APPEALS.....32

NEED TO MAKE A COMPLAINT ABOUT YOUR CARE?32

WHAT HAPPENS IF MY COMPLAINT ISN'T FIXED?32

WHAT IS AN APPEAL?32

WHAT WILL HAPPEN WHEN MY INSURER GETS THE APPEAL?33

WHAT CAN I DO IF I DON'T AGREE WITH THE DECISION?33

CAN I KEEP GETTING SERVICES DURING MY APPEAL OR HEARING?34

PART 8: HOW MI SALUD WORKS WITH OTHER HEALTH INSURANCE.....35

HOW MI SALUD WORKS WITH MEDICARE.....35

HOW MI SALUD WORKS WITH OTHER INSURANCE36

HOW MI SALUD WORKS IF YOU ARE A PUBLIC EMPLOYEE OR RETIREE36

HOW MI SALUD WORKS IF YOU ARE A MEMBER OF THE POLICE DEPARTMENT
 OF PUERTO RICO.....37

DEFINITIONS38



A.A.A. ³ [Signature]

WHO CAN I CALL FOR HELP?

If you are having an emergency, call 911.

Insurer's Member Services Line **[PLACEHOLDER for Insurer's Member Services Line phone number and hours]**



Medicaid Program Call Center 787-641-4224



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



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



Puerto Rico Health Insurance Administration (ASES)
Mi Salud Toll-free 1-800-981-2737

WHAT INFORMATION CAN I FIND ONLINE?

For provider directory, orientation and education materials and an electronic copy of this guide:

[PLACEHOLDER for Insurer website]

For information about Mi Salud: <http://www.ases.pr.gov>

For information about Medicaid programs: <http://www.medicaid.pr.gov>

A.H.A. 4

For more information on patient protections:
<http://www2.pr.gov/Directorios/Pages/InfoAgencia.aspx?PRIFA=231>

YOUR RIGHT TO PRIVACY (HIPAA)

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

DO YOU NEED HELP UNDERSTANDING THIS GUIDE?

If the information provided in this guide is confusing or if you have any questions, call your Insurer for help at [x].

DO YOU NEED HELP TALKING WITH YOUR INSURER OR READING WHAT THEY SEND YOU?

Your Insurer must make this guide and all written materials available to you in Spanish and English. You can also ask your Insurer to send this guide or any written materials in other languages or other formats like large print, audio CD or Braille. Materials in other languages or formats are free.

If you speak another language, your Insurer must provide an interpreter to help you understand. The interpreter is free.

Call your Insurer at [x] for help.



A.A.A. 5



PART 1: GETTING STARTED

HOW DO I SIGN UP FOR MI SALUD?

Anyone who wants to see if they can sign up for MI Salud can visit their local Medicaid Office. They will look at the person's information and tell them if they are eligible for MI Salud.

To find out where your Medicaid Office is, call the Medicaid Program call center at 787-641-4224. The call is free. Or visit www.medicaid.pr.gov.

WHAT IF I HAVE A NEWBORN?

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

HOW DO I KEEP MY MI SALUD BENEFITS?

To keep your MI Salud benefits, you have to go to all your Medicaid appointments. Your Insurer will send you a letter 90 days, 60 days and 30 days before the day when your MI Salud benefits stop. These letters will remind you that you have to go to your local Medicaid Office to maintain your eligibility in MI Salud.

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

HOW DO I CHOOSE AN INSURER?

Once you sign up for MI Salud, you can choose your Insurer. Your Insurer will work with you and your doctors to keep you healthy.

There is an enrollment counselor available in Medicaid offices and on the phone who can help you choose an Insurer. The enrollment counselor does not work for any Insurer or any providers. They are neutral. They can give you information about MI Salud and your benefits. They can tell you about the choices available to you and help answer your questions. They can't choose for you. They can help you:

- Choose a new Insurer or change Insurers;
- If you change your Insurer, they can also help you change your Primary Care Physician (PCP) or Primary Medical Group (see more information in Part 2 of this guide).

L.H.H.

AS 6

You can contact the Enrollment Counselor for support:

- By phone at 1-800-981-2737, Monday through Friday, 8 am to 6 pm
- In the Medicaid offices

There are Enrollment Counselor staff in each of the Medicaid Offices. The offices are open Monday through Friday from 7:30am to 4:00pm. Your Insurer can tell you the Medicaid Office that is closest to you.

If you do not choose an Insurer, one will be chosen for you.

CAN I CHANGE MY INSURER?

Yes, you can ask to change your Insurer. Once you have chosen an Insurer or one has been chosen for you, you have 90 days to change Insurers. You can also change your Insurer once a year during the “open enrollment period”, which is from November 1 to January 31.

If you want to change your Insurer, call the Enrollment counselor at 1-800-981-2737 or visit your local Medicaid Office.

You can also ask to change your Insurer at any time if you have certain reasons, like:

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

If you want to change your insurer for one of these reasons, you can ask for this change from the enrollment counselor or ASES. ASES will decide if you can change or if you have to wait until Open Enrollment. If you do not like the decision ASES makes, you can ask them to reconsider. If the decision is still not to your liking, you can ask for a hearing.

CAN MY MEMBERSHIP WITH MY INSURER STOP?

Yes, your membership with your Insurer will stop if you:

- Lose eligibility for MI Salud.
- Move outside of Puerto Rico.
- Go to prison.
- Give your ID card to someone else to use.



7
A.H.H. [Signature]

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

You will not lose your membership with your Insurer if:

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

You also might want to stop your membership with your Insurer if you no longer need your MI Salud benefits. If this happens, let your Medicaid Office and your Insurer know.

HOW DO I REPORT CHANGES?

MI Salud and your Insurer are committed to helping you. To support your needs, we need your help.

Please remember to let your Medicaid Office and Insurer know of any changes that may affect your membership or benefits. Some examples include:

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


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

It is important to make sure your contact information is up to date with your local Medicaid Office. This is important because Medicaid and your Insurer send you important information about your MI Salud coverage and benefits in the mail. If they don't have your current address, you could lose your MI Salud benefits. To report a change, call your Insurer or visit your local Medicaid Office.

YOUR ID CARD

Everyone in MI Salud has an ID card. This is an example of what it looks like:



<p>MCO Logo</p>	
<p>Enrollee Name- MPI 800xxxxxxxx- Contract # Effective Date- Coverage F/C/ - PCP Name- PMG # and Name-</p>	<p>Outside PPN Copayments- Generalist Specialist Subspecialist Dental Hospital ER \$ /No ER Hosp \$/No ER No Hosp.\$ Rx Pref/Rx No Pref:\$ Lab S/X-Rav \$</p>
<p>Pharmacy Benefit BIN/PCN Group RX Preferred Non Preferred</p>	<p>No copays for children under 21) and pregnant women (Copays within preferred network: \$0</p>

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

- Your ID number (MPI)
- How to access emergency services
- Any money you will pay for health services
- Your Insurer's free phone number (on the back of your card)
- The phone number for the free MI Salud Service Line and the free 24/7 MI Salud Medical Advice Line (on the back of your card).

If you need to use your health benefits before you get your ID card, use your MA-10 form given to you by your Medicaid Office.

Remember to:

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

Your ID card is only for you. Don't let anyone else use your card. If your card is lost or stolen, you can ask your Insurer for a new card. You can visit your Insurer's Service Centers or call them at [x]. The phone call is free.



A.H.A.
[Signature]

PART 2: YOUR PRIMARY CARE PHYSICIAN AND OTHER DOCTORS

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

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

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



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

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

To choose your PCP, call your Insurer at [x]. If you do not choose one, then one will be chosen for you.

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

HOW CAN I SEE MY PCP?

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

If your PCP is new for you, you should get to know him/her. Call to get an appointment as soon as you can. This is even more important if you’ve been getting care or treatment

from a different doctor. We want to make sure that you keep getting the care you need. If you feel OK, you should call to get a checkup with your PCP.

Before you go to your first appointment:

1. Ask your past doctor to give you your medical records. This will not cost you anything. Bring your medical records to your new PCP at your first visit. They will help your new PCP learn about your health.
2. Call your PCP to schedule your appointment.
3. Have your ID card ready when you call.
4. Say you are a MI Salud member and give them your ID number.
5. Write down your appointment date and time. If you're a new patient, the provider may ask you to come early. Write down the time they ask you to be there.
6. Make a list of questions you want to ask your doctor. List any health problems you have.
7. If you need a ride to the appointment and have no other way to get there, call your Insurer or your local Municipality. They can help you get a ride.

On the day of your appointment:

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

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

Most PCPs have regular office hours. Your Insurer's Provider Directory will tell you when your doctors' offices are open. Most Primary Medical Groups also have clinics that are open late. But, you can call your Insurer service line anytime.

You can get emergency health care any time you need it. Always carry your ID card with you. In case of an emergency, doctors will know you have MI Salud. If you call your Insurer's Medical Advice Service Line before you go to the emergency room, you will not have to pay when you go to the emergency room.

Your Insurer's Medical Advice Service Line number is [x].

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

Emergencies might be things like:

- Shortness of breath, not able to talk

These are usually not emergencies:

- Sore throat



A.A.A.

11



- A bad cut, broken bone, or a burn
- Bleeding that cannot be stopped
- Strong chest pain that does not go away
- Strong stomach pain that doesn't stop
- Seizures that cause someone to pass out
- Not able to move your legs or arms
- A person who will not wake up
- Drug overdose
- Cold or flu
- Lower back pain
- Earache
- Stomachache
- Small, superficial, cuts
- Bruise
- Headache, unless it is very bad and like you've never had before
- Arthritis

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

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

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

You can also call MI Salud call center for advice. Their phone number is on the back of your ID card. You can call 24 hours a day, 7 days a week.

CAN I CHANGE MY PCP?

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

You could also change to a new Primary Medical Group if the PCP you want to see is in a different Primary Medical Group.

Most of the time, after the first 90 days of signing up with your Insurer, you can change your Primary Medical Group at any time for some reasons, like if:

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

- You can't access the services you need.
- Your PCP doesn't have experience to take care of your health care needs.

For orientation and to make the change, call your Insurer at [x].

Another reason why your PCP or Primary Medical Group could change is if your PCP or Primary Medical Group stops working with your Insurer. If this happens, your Insurer will send you a letter letting you know your new PCP or Primary Medical Group. If you want to change your PCP or Primary Medical Group, call your Insurer at [x].

WHAT HAPPENS AFTER I ASK FOR THE CHANGE?

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

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

WHAT ABOUT OTHER DOCTORS OR PROVIDERS I NEED TO SEE?

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

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

The other doctors, other health care professionals and service facilities that work with your Insurer are called the General Network. When you sign up with your Insurer, they will mail you a Provider Directory for the Preferred Provider Network and the General Network. These lists are also on your Insurer's website at [x]. Your Primary Medical Group and your Insurer's Service Centers also have a copy of the lists.

For more information about how MI Salud works if you have Medicare, look at Part 8 of this guide.

Preferred Provider Network



A.H.A.

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

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

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

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

1. Call your Insurer at [x].
2. Call MI Salud call center at 1-800-981-2737.
3. Go to your Insurer's Service Centers.
4. Call your Primary Medical Group.



General Network

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

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

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

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

- Prescription medicine
- Laboratory tests
- X-rays

A.A.A.

Out-of-Network

A doctor or other provider who does not work with your Insurer is called an Out-of-Network provider. If you need to see a doctor or other provider who is out-of-network, your PCP must get an OK from your Insurer first. This OK is called a prior authorization. Your Insurer must give the prior authorization within 72 hours of getting the request. If you need the prior authorization faster because of your health care needs, your Insurer must give the prior authorization within 24 hours.

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

If you feel that your Insurer or your doctors are not following these rules, you can call your Insurer at [x] and tell them that you need to make a complaint. You can also call the Patient Advocate Office at 1-800-981-0031 or ASES at 1-800-981-2737.

HELP WITH GETTING TO YOUR HEALTH CARE VISITS

If you don't have a way to get to your health care visits, your Insurer and your Municipality can help with transportation. Each Municipality has some ways to help you get to your visits. Call your Insurer at [x] or call your local Municipality for help.

Your Insurer and some providers also offer transportation for some members through care management. If you need the help of a care manager and you do not have one, call your Insurer at [x]. Part 5 of this guide has more information on care management.



A.H.A.

PART 3: SERVICES MI SALUD PAYS FOR

GENERAL INFORMATION

MI Salud offers services to keep you healthy. MI Salud works with Insurers, who coordinate with you and your doctors to help you access services you need.

You can start getting services as soon as your Medicaid Office tells that you are eligible for the Government Health Program. You don't have to wait.

As a MI Salud enrollee, you have a variety of health care benefits and services available to you. Not everyone in MI Salud has the same benefits. The benefits that are covered for you depend on the group you're in. Your ID card will tell you what coverage you can get.

Listed below are the services that MI Salud covers. Some services may have limits. Call your Insurer at **[X]** if you want more information.

- Routine doctor office visits, checkups, and sick visits
- Well-baby visits, well-child visits, and immunizations
- Tests and studies, laboratory work, and X-rays
- Preventive services, including mammogram, colonoscopy, and well visits for adults
- OB/GYN exams and annual Pap tests
- Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment (EPSDT) services, including periodic preventive health screenings and other necessary diagnostic and treatment services for members ages 21 and under
- Nutritional evaluations and tests
- Vision and hearing test
- Prenatal and postpartum care
- Family planning
- Health certificates
- Dental services
- Physical therapy
- Occupational therapy
- Speech therapy
- Physician home visits



A.A.A.

- Pharmacy
- Care management and care coordination services
- Emergency services
- Post-stabilization services
- Mental health services
- Visits to specialists
- Community health clinic services
- Hospital: inpatient and/or outpatient care
- Mental health hospitalization and partial hospitalization
- Ambulatory service center services
- Surgery: inpatient and/or outpatient
- Ambulance services
- Outpatient rehabilitation services



[PLACEHOLDER for additional services that the Insurer covers]

DENTAL SERVICES

MI Salud offers dental services. You can see any dentist that accepts MI Salud. You can find information about participating dentists in your Insurer's Provider Directory. When you sign up with your Insurer, they will mail you a Provider Directory. The list is also on your Insurer's website at [x]. Your Primary Medical Group and your Insurer's Service Centers also have a copy of the list.

For questions about your dental benefits, call your Insurer at [x].

MENTAL HEALTH, ALCOHOL AND DRUG ABUSE SERVICES

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

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

A.A.A.

 17

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

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

If you need help finding mental health, alcohol and substance abuse services, call your Insurer at [x].

PHARMACY SERVICES

MI Salud covers prescription medicines. If you need medicine, your provider will write you a prescription to take to a participating pharmacy. You can choose any pharmacy that works with your Insurer. You can find a list of participating pharmacies in your Insurer's Provider Directory. Or you can call your Insurer at [x].

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

Your Covered Drugs Formulary (CDF) is the list of medicines MI Salud covers. This list helps your doctor prescribe medicines for you. Brand-name and generic medicines are on the CDF. A generic version of a medicine is the first choice. If a generic version of a medicine is available, your doctor has to prescribe the generic version.

If you have a chronic condition, your doctor can write a prescription for a 90-day supply of some medicines. This way, you only have to pay for the medicine once instead of paying three times (1 payment per month).

NON-COVERED SERVICES

Here is a general list of some services that are not covered by MI Salud. You can find a full list of services that MI Salud will not pay for online at [x]. Or, you can call your Insurer at [x] for a full list.

Some non-covered services are:


1. Services for non-covered illnesses or trauma.
2. Services for automobile accidents covered by the Administration of Compensation for Automobile Accidents (ACAA, for its acronym in Spanish)



A.A.A.
18

3. Accidents on the job that are covered by the State Insurance Fund Corporation.
4. Services covered by another insurance or entity with primary responsibility (third party liability).
5. Specialized nursing services for the comfort of the Patient when they are not medically necessary.
6. Hospitalizations for services that can be rendered on an outpatient basis.
7. Hospitalization of a Patient for diagnostic services only.
8. Expenses for services or materials for the Patient's comfort such as telephone, television, admission kits, etc.
9. Services rendered by Patient's relative (parents, children, siblings, grandparents, grandchildren, spouse, etc.).
10. Organ and tissue transplants, except skin, bone and corneal transplants.
11. Weight control Treatments (obesity or weight increase for aesthetic reasons).
12. Sports medicine, music therapy and natural medicine.
13. Cosmetic surgery to correct physical appearance defects.
14. Services, diagnostic tests ordered or provided by naturopaths, and iridologists.
15. Health Certificates except for (i) venereal disease research laboratory tests, (ii) tuberculosis tests and (iii) any certification related to the eligibility for the Medicaid program.
16. Mammoplasty or plastic reconstruction of breast for aesthetic purposes only.
17. Outpatient use of fetal monitor.
18. Services, Treatment or hospitalization as a result of induced, non-therapeutic abortions or their complications.
19. Medications delivered by a provider that does not have a pharmacy license, with the exception of medications that are traditionally administered in a doctor's office such as an injection.
20. Epidural anesthesia services.
21. Educational tests, educational services.
22. Peritoneal dialysis or hemodialysis services (Covered under the Special Coverage).
23. New or experimental procedures not approved by ASES to be included in the Basic Coverage.
24. Custody, rest and convalescence once the disease is under control or in irreversible terminal cases (hospice care for members under 21 is part of basic coverage).
25. Services covered under the Special Coverage.
26. Services received outside the territorial limit of the Commonwealth of Puerto Rico, except for emergency services for Medicaid or CHIP beneficiaries.



A.A.A.

 19

27. Judicial order for evaluations for legal purposes.
28. Counseling services or referrals based on moral or religious objections of the Insurer are excluded.
29. Travel expenses, even when ordered by the PCP, are excluded.
30. Eyeglasses, contact lenses and hearing aids (for members over age 21).
31. Acupuncture services.
32. Procedures for sex changes, including hospitalizations and complications.
33. Treatment for infertility and/or related to conception by artificial means including tuboplasty, vasovasectomy, and any other procedure to restore the ability to procreate.



A.H.A.

PART 4: WILL I HAVE TO PAY TO GET HEALTH CARE SERVICES?

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

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

Not everyone in MI Salud has copays. Your ID card will tell you if you have copays and what they are. Copays depend on the type of MI Salud you have. Your ID card says what type of MI Salud you have.

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

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

COPAY CHARTS

Do you have to pay copays for a PCP, Specialist, ER visit, hospital stay, or other type of service? Not sure? Check the chart below, look at your ID card or call your Insurer at [x].



A.A.A.

AP

CO-PAYS & CO-INSURANCE - effective on July 1st 2016											
SERVICES	Federal				CHIPs		Commonwealth				*ELA
	100	110	120	130	220	230	300	310	320	330	400
HOSPITAL											
Admissions	\$0	\$4	\$5	\$8	\$0	\$0	\$15	\$15	\$15	\$20	\$50
Nursery	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
EMERGENCY ROOM (ER)											
Emergency Room (ER) Visit	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$10	\$15	\$20	\$20
Non-Emergency Services Provided in a Hospital Emergency Room, (per visit)	\$0	\$4	\$5	\$8	\$0	\$0	\$20	\$20	\$25	\$30	\$20
Non-Emergency Services Provided in a Freestanding Emergency Room, (per visit)	\$0	\$2	\$3	\$4	\$0	\$0	\$20	\$20	\$25	\$30	\$20
Trauma	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
AMBULATORY VISITS TO											
Primary Care Physician (PCP)	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$3
Specialist	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$7
Sub-Specialist	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$10
Pre-natal services	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
OTHER SERVICES											
High-Tech Laboratories**	\$0	50¢	\$1	\$1.50	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Clinical Laboratories**	\$0	50¢	\$1	\$1.50	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
X-Rays**	\$0	50¢	\$1	\$1.50	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%
Special Diagnostic Tests**	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$6	40%
Therapy – Physical	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$5
Therapy – Respiratory	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$5
Therapy – Occupational	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$5
Vaccines	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Healthy Child Care	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
DENTAL											
Preventive (Child)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Preventive (Adult)	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$3	\$5	\$3
Restorative	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$6	\$10
PHARMACY***											
Preferred (Children 0-21)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$5
Preferred (Adult)****	\$0	\$1	\$2	\$3	N/A	N/A	\$3	\$3	\$5	\$5	\$5
Non-Preferred (Children 0-21)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$10
Non-Preferred (Adult)****	\$0	\$3	\$4	\$6	N/A	N/A	\$8	\$8	\$10	\$10	\$10

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

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

PART 5: SPECIAL PROGRAMS



22

SPECIAL COVERAGE

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

1. Aplastic Anemia
2. Rheumatoid Arthritis
3. Autism
4. Cancer
5. Skin Cancer such as Invasive Melanoma or squamous cells with evidence of metastasis.
6. Skin Cancer - Carcinoma IN SITU
7. Chronic Renal Disease
8. Scleroderma
9. Multiple Sclerosis (MS) and Amiotrophic Lateral Sclerosis (ALS)
10. Cystic Fibrosis
11. Hemophilia
12. Leprosy
13. Systemic Lupus Erythematosus(SLE)
14. Children with Special Health Needs
15. Obstetric
16. Tuberculosis (Tb)
17. HIV/AIDS
18. Adults with phenylketonuria (PKU)
19. Pulmonary Hypertension



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

People with Special Coverage can choose any provider that works with your Preferred Provider Network or your Insurer's General Network. People with Special Coverage can get prescription medications, tests and other services through the Special Coverage without a referral or needing their PCP to sign off.

Your Insurer will let you know if you are qualified and will if you are must make sure that you get access to the services. MI Salud Special Coverage will begin when the enrollee reaches the limits of the Special Coverage for any other health plan.

The benefits under Special Coverage include the list below. Some services may have limits. Contact your Insurer at if you want more information.

- Coronary disease services and intensive care
- Maxillary surgery
- Neurosurgical and cardiovascular procedures

A.H.H.

23

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



A.A.A.

- Services for the Treatment of conditions resulting from self-inflicted damage or as a result of a felony committed by a beneficiary or negligence.
- Chronic renal disease
- Medications required for the ambulatory Treatment of Tuberculosis and Leprosy

SPECIAL COVERAGE FOR HIV-AIDS

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

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

You must get your prescription medicines for HIV/AIDS at the Department of Health's Centers for Prevention and Treatment of Communicable Diseases. Here they are:

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

REGION	TELEPHONE/FAX	ADDRESS
ARECIBO	(787) 878-7895 Fax. (787) 881-5773 Fax. (787) 878-8288 Tel. (787) 879-3168	Antiguo Hosp. Distrito (Dr Cayetano Coll y Toste) Carretera 129 hacia Lares Arecibo, PR 00614 PO Box 140370 Arecibo, PR 00614
BAYAMON	(787) 787-5151 Ext. 2224, 2475 (787) 787-5154 Fax. (787) 778-1209 (787) 787-4211	Antigua Casa de Salud Hosp. Regional Bayamón Dr. Ramón Ruíz Arnau, Ave. Laurel Santa Juanita Bayamón, PR 00956
CAGUAS	(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	(787) 285-5660	CDT de Humacao, Dr. Jorge Franceshi Calle Sergio Peña Almodovar



L.H.H.

HUMACAO		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 Carretara Estatal 14 Bo. Machuelo Ponce, PR 00731
CENTRAL OFFICE	(787)765-2929 Ext. 4026, 4027 Fax (787)274-5523	P.O. Box 70184 San Juan, PR 00936 Ant. Hosp. Psiquiatría Pabellón 1, primer piso, 4ta. Puerta - Terrenos de Centro Médico, Río Piedras



CARE MANAGEMENT

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

A.A.A.

[Handwritten signature]

You can ask for help through this program by calling your Insurer at [x]. Your doctor, your family, your hospital can also ask for you.

For more information call your Insurer at [x].

HIGH COST HIGH NEEDS PROGRAM

If you have certain conditions, you may benefit from your Insurer's High Cost High Needs program to help you get all the care you need. This program is free.

If your PCP tells you that you have:

- Cancer
- End-Stage Renal Disease (ESRD)
- Multiple Sclerosis
- Rheumatoid Arthritis
- Diabetes
- Asthma
- Severe Heart Failure
- Hypertension
- Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)
- Depression
- Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)
- Substance Use Disorders
- Serious Mental Illness (SMI)
- Hemophilia
- Autism



Your Insurer will offer you extra help with getting care. Your Insurer may want to send someone to your home to talk to you about your needs and learn which, doctors, tests or other help is needed. Talking to the Insurer about your needs will help them understand the best ways to help you.

[PLACEHOLDER for Insurer to add information about High Cost High Needs Program]

[PLACEHOLDER for Insurer to add information about any other special programs]

A.H.A.

PART 6: FOR YOUR PROTECTION



YOUR RIGHTS

You have the right to:

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

A.H.H.

[Handwritten signature]



- Provide informed consent.
- Only have to pay the amounts for services listed in Part 4 of this guide. You can't be charged more than those amounts.
- Be free from harassment by your Insurer or its Network Providers with respect to contractual disputes between the Insurer and its Providers;

YOUR RIGHT TO PRIVACY (HIPAA)

Your health information is private. The law says that ASES and your Insurer must protect your information. ASES and your Insurer can share your information for your care, to pay your health claims, and to run the program. But we can't share your information with others unless you tell us we can. If you want to know more about what information we have, how we can share it, or what to do if you don't want your health information shared with certain people, call your Insurer.

YOUR RESPONSIBILITIES

You have the responsibility to:

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

ADVANCE DIRECTIVES

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

Your doctor can give you information on how to make an Advance Directive. If you are in the hospital, the hospital staff can also give you information on Advance Directives. You

A.H.A.

[Signature]

can also call the Senior Citizens Advocate Office at 787-721-6121. They have free information about Advanced Directives.

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

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

To make all of these papers legal, you need to have a lawyer watch you sign the form. Instead of a lawyer, you could also have your doctor plus two additional witnesses watch you sign the form. The two additional witnesses have to be of legal age and they can't be related to you by blood or marriage.

Once the papers are signed by everyone, it is your rule about what you want to happen to you if you get too sick to be able to say. It stays like this unless you change your mind.

These papers will only be used if you get too sick to be able to say what you want to happen. As long as you can still think for yourself, you can decide about your health care yourself.

Give a copy of the papers to your PCP and to your family members so they know what you want to happen to you if you are too sick to say.

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

FRAUD AND ABUSE

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

- A person lies about facts to get or keep MI Salud coverage
- A doctor bills you or makes you pay cash for covered services
- A person uses someone else's ID card
- A doctor bills for services that you did not get
- A person sells or gives medications to someone else



If you find out about fraud or abuse, you must tell us about it. You can call your Insurer, the Patient's Advocate Office or ASES. You do not need to tell us your name and we will keep your information private. You will not lose your MI Salud coverage if you report fraud or abuse.

If you want more information, you can visit the ASES website at www.asespr.org. On the website there is a form that you can use to make your report. Your Insurer's website also has more information.

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

- Don't give your ID card to anyone else.
- Learn about your MI Salud benefits.
- Keep records of your doctor's visits, laboratory tests and medications. Make sure you don't get repeat services.
- Make sure your information is right on a form before you sign it.
- Request and review the quarterly summary of the services you receive. You may request the summary of services directly from your Insurer.



A.H.H.

31
[Signature]



PART 7: COMPLAINTS AND APPEALS

NEED TO MAKE A COMPLAINT ABOUT YOUR CARE?

If you are not happy with the care that you are getting, call your Insurer at [X]. Tell them that you need to make a complaint. You can also visit your Insurer's Service Centers. You can make a complaint at any time.

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

You also have the right to call the Patient Advocate Office to make a complaint. Their number is 1-800-981-0031. You can also make a complaint to ASES. Their number is 1-800-981-2737.

No one can do anything bad to you if you make a complaint.

Your Insurer has 72 hours to fix your complaint. If they can't fix your complaint quickly, it will become a "grievance". In this case, your Insurer has up to 90 days to fix it, but they have to decide faster if it's important to your health. The Insurer must tell you how the complaint was fixed.

WHAT HAPPENS IF MY COMPLAINT ISN'T FIXED?

If your Insurer does not fix your complaint, you can ask for a hearing. A hearing is where you can tell a judge about the issue.

WHAT IS AN APPEAL?

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

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

- What decision your Insurer made
- Why they made the decision
- How to file an appeal

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

A.H.A.



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

- Call your Insurer at [x]
- Visit any of your Insurer's service centers
- Mail your Insurer your appeal at [x].

[PLACEHOLDER for link to forms to mail for appeals or location]

WHAT WILL HAPPEN WHEN MY INSURER GETS THE APPEAL?

Your appeal will be reviewed by a team of experts that have not been involved with the issue of your appeal. Your Insurer will make a decision within 30 days. If you have an emergency and your Insurer agrees that you do, you can ask for an expedited or fast appeal. You, your doctor, or your representative can ask for a fast appeal by calling your Insurer at [x], visiting any of your Insurer's service centers, or writing a letter to your Insurer at [x].

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

If your Insurer can't make a decision within 30 days, they can ask for up to 14 more days. If they ask for more time, they have to let you know why. If you do not agree to give your Insurer more time, you can file a complaint.

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

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

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

You can get more information about hearings or request a hearing by:

Calling the MI Salud call center at: 1-800-981-2737

Writing ASES at: ASES
PO Box 195661
San Juan, PR 00919-5661

Sending ASES a fax to: 787-474-3347

A.H.A.

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

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

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

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

CAN I KEEP GETTING SERVICES DURING MY APPEAL OR HEARING?

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

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

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

To ask to keep getting services during your appeal or hearing, call your Insurer at [X].



A.H.A.

34

PART 8: HOW MI SALUD WORKS WITH OTHER HEALTH INSURANCE

HOW MI SALUD WORKS WITH MEDICARE

If you have Medicare, your MI Salud coverage works in a different way. Medicare is health insurance for people who are age 65 and older, and for some people of any age who Social Security says are disabled. People with end stage renal disease can have Medicare too.

These are the different parts of Medicare:

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

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

To learn more about Medicare, call them at 1-800-633-4227. It's a free call.

If you have Medicare, your MI Salud coverage works differently:

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

If you have Medicare Part A:

- MI Salud will pay once you have reached the limit of what Medicare pays for.
- MI Salud will not pay for your Part A deductibles.
- You will pay a copay for services depending on what type of MI Salud you have. See the copay chart on page **[x]** for more information.

If you have Medicare Part A and Part B:

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



A.A.A.

If you have Medicare Part C:

- You have the option to choose a Platino plan, which will cover services your Medicare health plan doesn't cover.

HOW MI SALUD WORKS WITH OTHER INSURANCE

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

If you have other health insurance, you must let your Insurer and Medicaid Program know. Call your Insurer and the Medicaid Program at to let them know.

When you go to your health care visits, bring your MI Salud ID card and your ID cards for your other insurance.

HOW MI SALUD WORKS IF YOU ARE A PUBLIC EMPLOYEE OR RETIREEE

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

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

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

If you get other health insurance from your job, you have to cancel your MI Salud benefits **before** you sign up for the other health insurance. Visit your local Medicaid office to cancel your MI Salud benefits. The change will be effective the first day of the next month after you cancel your benefits. If you do not cancel your benefits, you will have to pay for part of the cost of the premium for the new insurance you affiliate with



A.H.A.

36

HOW MI SALUD WORKS IF YOU ARE A MEMBER OF THE POLICE DEPARTMENT OF PUERTO RICO

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

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

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



A.A.A.

AP

DEFINITIONS

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

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

Benefits: The health care services covered under MI Salud.

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

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

Complaint: An expression of dissatisfaction about any issue that is not an Adverse Benefit Determination that is resolved at the point of contact.

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

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

Covered Services: Services and benefits included in MI Salud.

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

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

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

Enrollee: A person who after being certified as eligible under the Medicaid program has completed the enrollment process with the Insurer and for whom the Insurer has issued the ID card that identifies the person as a MI Salud Enrollee.



A.H.A.
38

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

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

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

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

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

Insurer: The company contracted with ASES to provide your medical services under MI Salud.

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

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

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

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

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

A.H.A.



39

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

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

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

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

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

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

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

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

Second Opinion: Additional consultation the Enrollee makes to another physician with the same medical specialty to receive or confirm that the initially recommended medical procedure is the Treatment indicated for his condition.

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



[Handwritten signature]

A.H.H.

_____ de 2018

Estimado Asegurado:

¡Hola y bienvenido al Plan Mi Salud del Seguro de Salud del Gobierno! En Mi Salud, usted puede elegir su Aseguradora. Si usted no tiene una Aseguradora, a usted se le asignará una, pero usted puede cambiar a una Aseguradora diferente si lo desea. Su Aseguradora trabaja con usted y sus doctores para ayudarle a mantenerse saludable.

Usted puede elegir a su doctor o médico de cuidado primario (PCP), o su Aseguradora le asignará uno. El nombre de su PCP está en su tarjeta de identificación. Lleve esta tarjeta con usted y muéstrele siempre que visite su doctor. Visite a su doctor a menudo para ayudarle a mantenerse saludable.

Esta guía explica los beneficios y servicios que puede obtener a través de Mi Salud. También explica qué hacer si usted tiene una situación médica de emergencia o urgente. Por favor lea esta guía cuidadosamente. Le ayudará a aprender sobre los servicios pagados por Mi Salud. Mantenga esta guía en un lugar seguro para que pueda buscar información más adelante.

Si usted tiene problemas para leer la guía, puede pedirle a su Aseguradora una copia gratis de la guía en otros formatos como la impresión grande, el Braille o el CD de audio.

Su Aseguradora puede ayudarle a contestar cualquier pregunta que tenga acerca de su cuidado de salud, tarjeta de identificación, beneficios y doctores.

Por favor asegúrese de que su Aseguradora y su Oficina de Medicaid tengan su dirección más reciente e información personal. Puede llamar a su Aseguradora al [x]. Llame o visite su oficina local de Medicaid, o llame el centro de llamadas del Programa Medicaid al 787-641-4224.

Comuníquese con su Oficina de Medicaid si su información cambia. Asegúrese de ir a sus citas de elegibilidad para que pueda mantener sus beneficios de Mi Salud.

Le invitamos a usar sus beneficios de Mi Salud para que pueda obtener la atención que necesita.

Cordialmente,

Angela Ávila Marrero
Directora Ejecutiva



A.H.A.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "A.H.A.", located at the bottom right of the page.

TABLA DE CONTENIDO



TABLA DE CONTENIDO	2
¿A QUIEN PUEDO LLAMAR PARA AYUDA?	3
¿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 MI SALUD?	6
¿QUE PASA SI TENGO UN RECIEN NACIDO?	6
¿COMO PUEDO MANTENER MIS BENEFICIOS DE MI SALUD?	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?	13
¿QUE SUCEDE DESPUES DE PEDIR EL CAMBIO?	14
¿QUE PASA CON OTROS MEDICOS O PROVEEDORES QUE NECESITO VER?... 14	14
AYUDA PARA LLEGAR A LAS VISITAS DE CUIDADO DE SALUD.....	16
PARTE 3: SERVICIOS QUE PAGA MI SALUD.....	17
INFORMACION GENERAL.....	17
SERVICIOS DENTALES	18
SERVICIOS DE SALUD MENTAL, ALCOHOL Y ABUSO DE DROGAS.....	18
SERVICIOS DE FARMACIA	19
SERVICIOS NO CUBIERTOS.....	19
PARTE 4: ¿TENDRE QUE PAGAR PARA OBTENER SERVICIOS DE CUIDADO DE SALUD?	22
TABLA DE COPAGOS	22
PARTE 5: PROGRAMAS ESPECIALES	24
CUBIERTA ESPECIAL	24
CUBIERTA ESPECIAL PARA VIH - SIDA.....	26
MANEJO DE CUIDADO.....	28
PROGRAMA DE ALTO COSTO ALTAS NECESIDADES	28

A.H.A.

[Handwritten signature]

[MARCADOR para la Aseguradora añadir información sobre otros programas especiales]29

PARTE 6: PARA SU PROTECCION.....30

SUS DERECHOS30

SU DERECHO A LA PRIVACIDAD (HIPAA).....31

SUS RESPONSABILIDADES31

DIRECTRICES ANTICIPADAS32

FRAUDE Y ABUSO.....33

PARTE 7: QUEJAS Y APELACIONES.....34

¿NECESITA PRESENTAR UNA QUEJA SOBRE SU CUIDADO?34

¿QUE PASA SI MI QUEJA NO ES RESUELTA?.....34

¿QUE ES UNA APELACION?34

¿QUE PASARA CUANDO MI ASEGURADORA RECIBA LA APELACION?35

¿QUE PUEDO HACER SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISION?35

¿PUEDO SEGUIR RECIBIENDO SERVICIOS DURANTE MI APELACION O AUDIENCIA?.....36

PARTE 8: COMO TRABAJA MI SALUD CON OTROS SEGUROS DE SALUD38

COMO TRABAJA MI SALUD CON MEDICARE38

COMO TRABAJA MI SALUD CON OTRO SEGURO.....39

COMO TRABAJA MI SALUD SI USTED ES EMPLEADO PUBLICO O RETIRADO ..39

COMO TRABAJA MI SALUD SI USTED ES MIEMBRO DEL DEPARTAMENTO DE LA POLICIA DE PUERTO RICO40

DEFINICIONES41



A.A.A. 

¿A QUIEN PUEDO LLAMAR PARA AYUDA?

Si usted tiene una emergencia, llame al 911.

Línea de Servicios al Asegurado de la Aseguradora **[MARCADOR para la Línea de Servicios al Asegurado de la Aseguradora - números de teléfono y horario]**



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)
Mi Salud 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:

[MARCADOR para el sitio en Internet de la Aseguradora]

Para información sobre Mi Salud: <http://www.ases.pr.gov>

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

A.H.A.

4

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 [x].

¿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 [x] para ayuda.



5

A.H.A.

PARTE 1: PARA COMENZAR

¿COMO ME INSCRIBO EN MI SALUD?

Cualquier persona que quiera ver si puede inscribirse en Mi Salud puede visitar su oficina local de Medicaid. Ellos verán la información de la persona y le dirán si es elegible para Mi Salud.

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 Mi Salud. Si no lo hace, el recién nacido no puede obtener servicios bajo Mi Salud. 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 MI SALUD?

Para mantener sus beneficios de Mi Salud, 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 Mi Salud se detengan. Estas cartas le recordarán que tiene que ir a su oficina local de Medicaid para mantener su elegibilidad en Mi Salud.

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 Mi Salud, 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 Mi Salud 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



A.H.M.

- 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 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 MEMBRESIA CON MI ASEGURADORA?

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

- Pierde su elegibilidad para Mi Salud.
- 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 Mi Salud. Si esto sucede, déjele saber a su Oficina de Medicaid y a su Aseguradora.

¿COMO REPORTO LOS CAMBIOS?

Mi Salud 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 Mi Salud por correo. Si

A.H.A.

AF

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

SU TARJETA DE IDENTIFICACION

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

Front

MCO Logo



Enrollee Name
MPI 00800xxxxxxxxx
Effective Date
Coverage
PCP Name
PMG # and Name

Outside PPN Copayments
Generalist
Specialist
Subspecialist
Hospital
ER \$ /No ER Hosp \$/No ER No Hosp \$
Lab \$/X-Ray \$
Dental Prev \$\$ / Rest \$\$

Pharmacy Benefit
BIN/PCN
Group RX
Rx Preferred
Rx Non Preferred

No copays for children under 21 and pregnant women
Copays within preferred network: \$0



Traducción de la tarjeta del beneficiario para la ASEGURADORA

Nombre del Beneficiario	del Grupo	Sub-especialista
MPI		
Fecha de Efectividad	Preferido	Dental
Cubierta	No Preferido	Hospital
Nombre PCP	Fuera de Copagos PPN	No hay copago para niños menores de 21 años y mujeres embarazadas
# GMP y Nombre Beneficio de Farmacia	Generalista	Copagos dentro de Red Preferida
	Especialista	

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 Mi Salud y la Línea de Asesoría Médica de Mi Salud 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 [x]. La llamada es gratis.



A.H.A.

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 [x]. 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

A.A.A.

11

o tratamiento de un médico diferente. Queremos asegurarnos de que usted siga recibiendo el cuidado que necesita. Si usted se siente bien, debe llamar para conseguir un chequeo con su PCP.

Antes de ir a su primera cita:

1. Pídale a su médico anterior que le dé sus expedientes médicos. Esto no le costará nada. Traiga sus expedientes médicos a su nuevo PCP en su primera visita. Ellos le ayudarán a su nuevo PCP a conocer sobre su salud
2. Llame a su PCP para programar su cita
3. Tenga su tarjeta de identificación lista cuando llame.
4. Diga que es un miembro de Mi Salud 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 PCPs 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 Mi Salud. 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 [X].

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

A.A.A.



12

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 Mi Salud 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 al menos una vez al año. Hay otras razones por las que es posible que necesite cambiar su PCP. Por ejemplo, es posible que quiera ver a uno cuya oficina esté más cerca de usted. Para cambiar su PCP, debe llamar a su asegurador para corroborar si procede el cambio.

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

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:

A.A.A.

13

- 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 [x].

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 [x].

¿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

A.A.A.



Proveedores para la Red de Proveedores Preferidos y la Red General. Estas listas también están en el sitio web de su Aseguradora en [x]. 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 Mi Salud 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

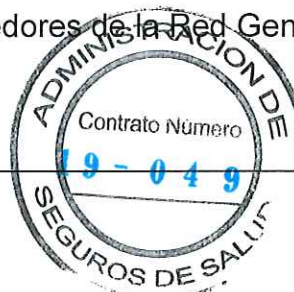
Para obtener más información acerca de su Red de Proveedores Preferidos, puede:

1. Llamar a su Aseguradora al [x].
2. Llamar al Centro de Llamadas de Mi Salud 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.



Handwritten signature in blue ink, possibly "A.H.H.", next to the stamp.

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 [x] 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 [x] 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 [x]. La Parte 5 de esta guía tiene más información sobre el manejo de cuidado.



[Handwritten signature]

PARTE 3: SERVICIOS QUE PAGA MI SALUD

INFORMACION GENERAL

Mi Salud ofrece servicios para mantenerle saludable. Mi Salud 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 Mi Salud, usted tiene una variedad de beneficios de cuidado de salud y servicios disponibles para usted. No todos en Mi Salud 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 Mi Salud. Algunos servicios pueden tener límites. Llame a su Aseguradora al [x] 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



A.H.A.

[Handwritten signature]

- 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



[MARCADOR para servicios adicionales que cubre la Aseguradora]

SERVICIOS DENTALES

Mi Salud ofrece servicios dentales. Usted puede ver cualquier dentista que acepte Mi Salud. 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 [x]. 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 [x].

SERVICIOS DE SALUD MENTAL, ALCOHOL Y ABUSO DE DROGAS

Mi Salud 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.

Mi Salud 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.

A.H.A.

18

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 [x].

SERVICIOS DE FARMACIA

Mi Salud 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 [x].

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

Su Formulario de Medicamentos Cubiertos (en inglés "Covered Drugs Formulary" o CDF) es la lista de medicamentos que Mi Salud 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 Mi Salud. Puede encontrar una lista completa de servicios que no pagará Mi Salud, en línea en [x]. O, puede llamar su Aseguradora al [x] para una lista completa.

Algunos servicios no cubiertos son:



A.H.A.
[Signature]

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.



A.H.A.

20

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.



A.H.A.

21

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 Mi Salud tiene copagos. Su tarjeta de identificación le dirá si tiene copagos y cuáles son. Los copagos dependen del tipo de Mi Salud que tenga. Su tarjeta de identificación dice qué tipo de Mi Salud 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 [x].

SERVICIOS	COPAGOS Y COASEGUROS											
	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	



L.H.H. *[Signature]* 22

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 cualifican para la Cubierta Especial. Si usted cualifica para la Cubierta Especial, ellos también pueden ayudarle a inscribirse.

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

A.H.M.

[Signature] 24

Su Aseguradora le avisará si usted está cualificado y se asegurará de que usted tiene acceso a los servicios. La Cubierta Especial de Mi Salud 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 [X] si quiere más información.

- Servicios de enfermedades coronarias y cuidado intensivo
- Cirugía maxilar
- Procedimientos neuroquirúrgicos y cardiovasculares
- Diálisis peritoneal y servicios relacionados
- Servicios clínicos y pruebas de laboratorio
- Servicios de unidad de cuidado intensivo neonatal
- Quimioterapia, radiología y servicios relacionados
- Condiciones gastrointestinales, alergias y evaluación nutricional para pacientes con autismo
- Procedimientos y pruebas diagnósticas cuando sean medicamente necesarios
- Terapia física
- Anestesia general
- Cámara hiperbárica
- Medicamentos inmunosupresivos y pruebas de laboratorio para pacientes que han recibido trasplantes
- Tratamiento para condiciones específicas después del diagnóstico:
 - ✓ Factor positivo de VIH y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) - Se incluyen servicios ambulatorios y de hospitalización. Usted no necesita un Referido o Pre-autorización de 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 autoinfligidos o como resultado de un delito grave cometido por un beneficiario o negligencia.
- Enfermedad renal crónica
- Medicamentos requeridos para el tratamiento ambulatorio de la tuberculosis y la lepra

CUBIERTA ESPECIAL PARA VIH - SIDA

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

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

Usted debe obtener sus medicamentos recetados para el VIH/SIDA en los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades 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



A.A.A.

26

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



A.H.A.

[Signature] 27

--	--	--

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 ayudarlo 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 [x]. Su doctor, su familia, su hospital también pueden preguntar por usted.

Para más información llame a su Aseguradora al [x].

PROGRAMA DE ALTO COSTO ALTAS NECESIDADES

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

[MARCADOR para la Aseguradora añadir información sobre el Programa de Alto Costo Altas Necesidades]

[MARCADOR para la Aseguradora añadir información sobre otros programas especiales]



A.H.A.

29

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 alterno. 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 Mi Salud.

- Escoger un Representante Autorizado para participar en la toma de decisiones.
- Dar su consentimiento informado.
- Sólo tener que pagar las cantidades por los servicios listados en la Parte 4 de esta guía. No le pueden cobrar más que esas cantidades.
- No ser hostigado por su Aseguradora o los Proveedores de su Red en relación con las controversias contractuales entre la Aseguradora y sus Proveedores;

SU DERECHO A LA PRIVACIDAD (HIPAA)

Su información de salud es privada. La ley dice que ASES y su Aseguradora deben proteger su información. ASES y su Aseguradora pueden compartir su información para su cuidado, para pagar sus reclamaciones de salud, y para administrar el programa. Pero no podemos compartir su información con otros a menos que usted nos diga que podemos. Si quiere saber más sobre qué información tenemos, cómo podemos compartirla, o qué hacer si no quiere que su información sea compartida con ciertas personas, llame a su Aseguradora.

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 Mi Salud.



A.H.H. AS

DIRECTRICES ANTICIPADAS

Las Directrices Anticipadas son sus deseos escritos sobre lo que quiere que suceda, si usted está demasiado enfermo para poder decirlo. El documento escrito que declara sus Directrices Anticipadas se llama testamento vital. Puede utilizar cualquier palabra: directriz anticipada o testamento vital.

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

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

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

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

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

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

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

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



A.M.A. [Signature]

FRAUDE Y ABUSO

Desafortunadamente, puede haber un momento en que usted vea fraude o abuso relacionado con Mi Salud. Algunos ejemplos son:

- Una persona miente acerca de hechos para obtener o mantener la cubierta de Mi Salud
- 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 Mi Salud 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 Mi Salud.
- 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.



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 [x]. Dígales 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.



Handwritten signature in blue ink.

Hay muchas maneras de presentar una apelación. Usted puede:

- Llamar a su Aseguradora al [x]
- Visitar cualquiera de los Centros de Servicio de su Aseguradora
- Envíe su apelación por correo a su Aseguradora a [x].



[MARCADOR para el enlace con los formularios para enviar las apelaciones o localización]

¿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 [x], visitando cualquiera de los Centros de Servicio de su Aseguradora, o escribiendo una carta a su Aseguradora a [x].

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 Mi Salud al: 1-800-981-2737

A.H.H. *AF*

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 Mi Salud 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 [x].



A.A.A. *[Signature]*

PARTE 8: COMO TRABAJA MI SALUD CON OTROS SEGUROS DE SALUD

COMO TRABAJA MI SALUD CON MEDICARE

Si usted tiene Medicare, su cubierta de Mi Salud 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 Mi Salud funciona diferente:

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

Si usted tiene Medicare Parte A:

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

Si usted tiene Medicare Parte A and Parte B:

- Mi Salud pagará por sus servicios de farmacia y dentales.
- Mi Salud no pagará por sus deducibles de la Parte A.
- Mi Salud pagará por sus deducibles y copagos de la Parte B.



A.H.A. AP

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 MI SALUD 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 Mi Salud es su segundo seguro (secundario). Después que sus proveedores facturen a su otro seguro, facturarán a Mi Salud.

Si usted tiene otro seguro de salud, debe dejárselo saber a su Aseguradora y Programa Medicaid. Llame a su Aseguradora y al Programa de Medicaid al para dejarles saber.

Cuando vaya a sus visitas de cuidado de salud, traiga su tarjeta de identificación de Mi Salud y las tarjetas de identificación de su otro seguro.

COMO TRABAJA MI SALUD SI USTED ES EMPLEADO PUBLICO O RETIRADO

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

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



A.H.A. [Signature]

COMO TRABAJA MI SALUD 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 Mi Salud. 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 Mi Salud.

Si un miembro del Departamento de la Policía de Puerto Rico muere, su viuda/o puede continuar recibiendo los beneficios de Mi Salud hasta que se case nuevamente. Los niños pueden continuar recibiendo los beneficios de Mi Salud hasta los 26 años.



A.A.A. [Signature]

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 Mi Salud.

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

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 Mi Salud.

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 Mi Salud.

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.



A.A.A.
SA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Servicios cubiertos: Servicios y beneficios incluidos en Mi Salud.

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.



A.H.A.

[Handwritten signature]