COOPERATIVA DE SEGUROS DE VIDA (COSVI)

PLAN DE SALUD DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

GUIA DEL SUSCRIPTOR

PROGRAMA DE ACCESO, PRONTITUD Y CONTINUIDAD DE SERVICIOS DE SALUD A MENORES EN CUSTODIA DEL DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA BAJO EL PROGRAMA DE PROTECCION SOCIAL Y CUIDADO SUSTITUTO DE LA ADMINISTRACION DE FAMILIAS Y NINOS (ADFAN)

Rev. – 1 de octubre de 2006

CONTENIDO

	PÁGINA
MENSAJE DE LA ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD, ASES……..	*2*
¿QUÉ ES CONTRATACIÓN DIRECTA DE PROVEEDORES?.....	*2*
TRANSICIÓN DE CUIDADO……	*3*
ELEGIBILIDAD Y TARJETA DE IDENTIFICACIÓN…….....	*4 y 5*
RELACIÓN CON EL GRUPO MÉDICO…….	*7*
POLÍTICA PARA SUSCRIPTORES FÉMINAS…….....	*7*
SITUACIONES DE EMERGENCIA Y CUIDADO DE URGENCIA……..…	*8*
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS……..…..…	*8*
PROCEDIMIENTO PARA CAMBIO DE GRUPO MÉDICO……..	*9*
DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL PACIENTE…….……	*10*
MANEJO DE QUEJAS Y QUERELLAS……...……..	*12*
CONVERSIÓN……..	*13*

CUBIERTA DE BENEFICIOS - CUBIERTA BÁSICA…….…..... *14*

CUBIERTA DE FARMACIA……..……..…… *19*

CUBIERTA DE SALUD MENTAL……..…….. *25*

CUBIERTA DE DENTAL……..……..…… *18*

EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA BÁSICA……..... *21*

CUBIERTA ESPECIAL…… *19*

EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA ESPECIAL……....….. *24*

CUBIERTA DE MEDICARE……..……..…… *21*

DEDUCIBLES…… …. *26*

GLOSARIO DE TÉRMINOS……..……..…… *27*

MENSAJE DE LA ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD (ASES)

Acuerdo de Colaboración entre ASES y la Administración de Familias y Niños (ADFAN) del Departamento de la Familia

El Departamento de la Familia y la Administración de Familias y Niños tienen la responsabilidad legal de velar por el bienestar integral de la niñez que incluye aquellas medidas y acciones dirigidas a su protección contra el maltrato y negligencia. El personal directo de ambas agencias, ha identificado una necesidad primordial en la población de los niños bajo custodia que ha provocado un esfuerzo conjunto entre el sector público y el privado. Este esfuerzo esta dirigido al desarrollo de estrategias que buscan el mejor interés y bienestar de los niños garantizándoles el acceso a servicios según la necesidad del menor.

Actualmente el Departamento de la Familia tiene bajo su custodia alrededor de 7,000 niños que están ubicados en diferentes hogares de crianza a través de todos los municipios de la Isla. Esta distribución ha creado retraso y limitación en el acceso a servicios de salud de los niños, debido a la estructura actual de prestación de servicios y la distribución de las regiones que poseen las aseguradoras actuales.

El objetivo primordial de este proyecto es que a través de ASES y mediante el Modelo de Contratación Directa (Ley 105 del 19 de julio de 2002) se garantice el acceso rápido y efectivo, y con una continuidad en los servicios de salud de estos menores en todos los municipios de Puerto Rico.

Este modelo permitirá el acceso a servicios mediante la coordinación entre ADFAN y COSVI como TPA mediante médicos primarios en la red, y servicios de Salud Mental a través de FHC, red dental a través de COSVI y cubierta de farmacia para salud física por MC-21, y mental a través de Caremark. La población inscrita en este nuevo modelo accederá los servicios a través del Modelo de Contratación Directa administrado por COSVI.

Nivel 1:

Salud Física: Red de Cuidado Primario (i.e., Internistas, Generalistas, Obstetras-ginecólogos, Médicos de familia y Pediatras)

Salud Mental: *First Health Corporation Health Systems* (FHCHS)

Nivel 2:
Red de Contratación Directa COSVI

Nivel 3:
Red preferida (PPO) del TPA/COSVI a través de toda la isla

Descripción del Modelo de Servicios:

En esta Guía del Suscriptor encontrarás una descripción de los Servicios para los beneficiarios bajo custodia del Departamento de la Familia, la Cubierta del Plan de Salud del Gobierno (PSG), cómo acceder a los servicios las 24 horas, co-pagos y deducibles de tu cubierta, cuidado de urgencia, manejo de quejas, querellas y apelaciones, entre otras. Como participante del Plan de Salud, es importante leas esta Guía de Información y te orientes en relación a los servicios de esta cubierta

¿QUÉ ES CONTRATACIÓN DIRECTA DE PROVEEDORES?

Contratación Directa de Proveedores es el Modelo de Servicios que tiene ASES para administrar el PSG, cumpliendo con la Ley 105 de julio de 2002 que autoriza a la ASES a contratar proveedores directamente. Esto es, para que recibas más y mejores servicios como asegurado del plan. ASES contrata grupos médicos y un administrador del plan. El grupo médico tendrá una red de médicos primarios y especialistas que brindarán los servicios del plan. El Administrador del Plan es la Cooperativa de Seguros de Vida de Puerto Rico (COSVI)

Te preguntarás, ¿cuáles son las características de Contratación Directa?

A continuación te explicamos:

- El Grupo Médico también puede contratar, además de los médicos primarios, a otros proveedores de servicios de salud, como médicos especialistas, hospitales, laboratorios, farmacias y otros. Así es más fácil conseguir referidos a especialistas porque tu médico primario puede referirte directamente a los especialistas contratados por el grupo.

- La pre-autorización del Administrador sólo será necesaria para ciertos servicios de la Cubierta Especial que maneja COSVI.

Con los cambios, tu relación con los médicos es más directa y será más fácil recibir la atención médica que necesites.

¿Qué hace COSVI como Administrador del Plan?

Para administrar el plan, ASES contrató los servicios de la Cooperativa de Seguros de Vida de Puerto Rico (COSVI)

Como Administrador del Plan, COSVI brindará los siguientes servicios:

- Línea telefónica para que consultes sobre tu salud las 24 horas
- Orientación de los Beneficios del Plan
- Cubierta Dental
- Te informa sobre la Red de Proveedores cuando la especialidad que necesitas no está en la red del Grupo Médico que escogiste
- Programas de Manejo de Casos y de Enfermedades
- Manejo de la Cubierta Especial

TRANSICIÓN DE CUIDADO

Si al cambiar a Contratación Directa estás recibiendo cuidado médico por condiciones especiales o embarazo, eres candidato para que COSVI te autorice a seguir usando el mismo médico que estaba atendiendo tu condición especial o embarazo.

Es importante que preguntes si el médico que te atiende esa condición especial está en el Directorio de Proveedores de COSVI o, del Grupo Médico. Si su nombre no está en el Directorio de Proveedores de COSVI, debes informarlo a COSVI para que coordinen que tu médico siga atendiendo tu condición de salud.

ELEGIBILIDAD

¿Quiénes son elegibles al Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico?

La Ley 72 de 1993, según enmendada, dice quiénes pueden participar en el Plan. Si cumples con alguno de los requisitos mencionados a continuación, puedes participar en el Plan:

- Estás certificado como elegible por el Programa de Asistencia Médica del Departamento de Salud.
- Eres miembro de la Policía de Puerto Rico (incluye esposo/esposa e hijos elegibles)
- Eres empleado o pensionado del gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico cuya nómina es procesada a través del sistema de Hacienda.
- Eres veterano certificado por el Programa de Asistencia Médica (incluye esposo/esposa e hijos elegibles).

Para saber si eres elegible al Plan, visita la Oficina de Asistencia Médica más cerca de tu hogar. Allí harán la evaluación y te dirán quiénes de tu familia pueden participar del Plan.

Si eres empleado público o policía, la Oficina de Recursos Humanos de tu agencia te informará el proceso y las fechas límites para solicitar el plan.

En el caso de los menores en custodia del Departamento de la Familia a traves de la Administracion de Familias y Niños (ADFAN) bajo el Programa de Proteccion Social y Cuidado Sustituto, su elegibilidad es automatica siempre y cuando el Trabajador Social (TS) tramite la misma a traves de la Oficina Regional de ADFAN y esta a las Oficinas Central del Programa de Asistencia Medica (*Medicaid*) del Departamento de Salud de Puerto Rico.

¿Qué hacer luego de visitar la Oficina de Asistencia Médica?

Si la Oficina de Asistencia Médica determina que eres elegible:

- **¡Importante! Debes decir en la Oficina de Asistencia Médica si tienes otro Plan de Salud**. Por Ley, si tienes otro plan, ese paga primero que este plan. Con la información que des de tu otro plan podemos coordinar los beneficios entre los dos planes.
- Le dirá a la ASES que puedes participar en el PSG.
- ASES enviará la información a COSVI, que es la empresa que administra el PSG bajo el Modelo de Contratación Directa.

- COSVI te notificará por correo para que te registres en el Plan. Deberás visitar la Oficina de Servicios de COSVI más cerca de tu hogar tan pronto recibas la notificación.
- En el caso de los menores en custodia de ADFAN, COSVI tramitará la distribución de la tarjeta del PSG bajo Contratación Directa mediante correo postal a la Oficina Regional de ADFAN correspondiente y esta coordinara la entrega de la tarjeta al TS a cargo del menor al que se le emite la tarjeta.

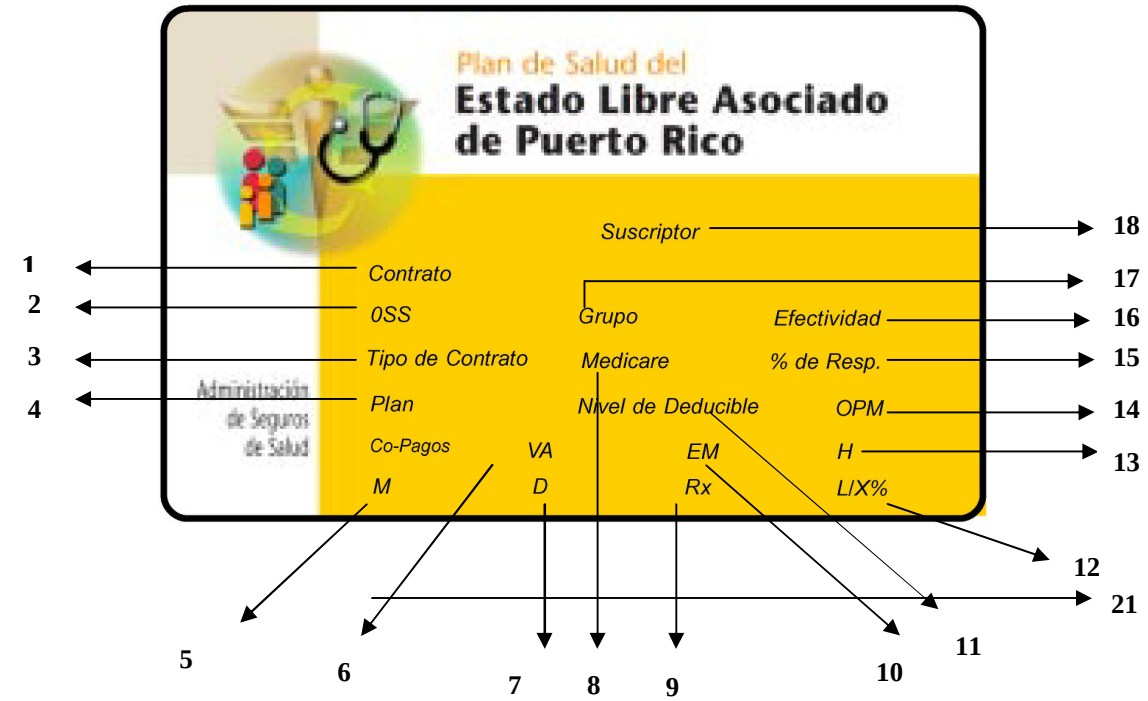
Registro en el Plan de Salud en las Oficinas Regionales de COSVI

- En la Oficina de Servicios de COSVI te registrarás en el Plan de Salud y recibirás orientación sobre cómo funciona el plan.
- Te entregarán las tarjetas del Plan de Salud para ti y los familiares que pueden participar. La tarjeta es prueba de que eres participante del Plan y puedes utilizarla enseguida con el Grupo Médico que te dará el cuidado médico y el de tus familiares.
- Puedes escoger el médico primario que quieras dentro del Grupo Médico o visitar a cualquiera de los otros médicos primarios participantes cuando vayas a recibir el servicio.
- Recibirás información sobre cómo usar el Programa de Orientación las 24 horas, Tu línea de Salud.
- Te contestan las preguntas que tengas sobre el Plan.
- El tramite de la suscripción de los menores en custodia de ADFAN sera realizara de forma automática a nivel central en COSVI y emitiendo las tarjetas a traves de las Oficinas Regionales de ADFAN.

TARJETA DE IDENTIFICACIÓN

La tarjeta del plan es muy valiosa pues con ella puedes cuidar tu salud. Cada miembro que participe del plan tendrá una tarjeta. Esta es para ti y no se la debes entregar a nadie. Con esta tarjeta recibes servicios médicos, vas a laboratorios, hospitales y recibes otros beneficios del plan. El Grupo Médico, o el medico primario te coordinará los servicios mediante referidos.

A continuación verás un modelo de tu tarjeta de identificación:



LEYENDA TARJETA ASES:

1 Número de Seguro Social

2 Número de la Organización de Servicios de Salud

3 Individual/Familiar

4 Número del plan/producto

5 Mental

6 Visita Ambulatoria

7 Dental

8 Parte A/AB Medicare

9. Farmacia

10 Emergencia

11 Nivel de Deducible

12 Laboratorio/Rayos X

13 Hospital

14 Otro plan médico

15 Porciento responsabilidad que tiene que pagar el suscriptor de Medicare

16 Fecha de Efectividad del Plan

17 Número de Grupo

18 Nombre del Suscriptor

19 Teléfonos de Referencia

20 Administrador Único del Plan

21 Firma del Suscriptor

22 Logo Oficial Administración de Seguros de Salud

RELACIÓN CON EL GRUPO MÉDICO

El Grupo Médico consiste de una red de médicos primarios que incluyen Generalistas, Pediatras, Ginecólogos-Obstetras y Médicos de Familia.

Cada miembro de la unidad familiar tiene que escoger su médico primario.

Para recibir los beneficios del Plan de Salud, debes hacerlo a través del Grupo Médico Primario.

Cuando vayas a recibir cuidado médico:

- Siempre puedes visitar al mismo médico. Si es así, será tu médico de cuidado primario (PCP).
- El Grupo Médico referirá a las embarazadas a un Obstetra para recibir el cuidado durante el embarazo y después del parto.
- Un médico especialista en niños, el Pediatra, atenderá a los recién nacidos y a los niños menores de edad.

POLÍTICA PARA SUSCRIPTORES FÉMINAS

Los suscriptores féminas podrán visitar su médico primario, y, además, seleccionar un ginecólogo-obstetra. De estar embarazada, el ginecólogo-obstetra se convertirá en su Médico Primario. Si aún no ha seleccionado un ginecólogo-obstetra, debe hacerlo para recibir cuidado médico especializado durante su embarazo. Una vez terminado el embarazo, podrá continuar bajo el cuidado de su PCP (médico primario)

¿Qué servicios te ofrece el Grupo Médico?

- Lo más importante es ayudarte en el cuidado de tu salud.
- Te ofrecerán pruebas, servicios para evitar enfermedades y para atender condiciones de salud.
- Dirán cuándo un especialista debe atender una condición y cuándo tendrás que hospitalizarte.
- El Grupo Médico coordinará los referidos al proveedor o médico especialista apropiado.
- Te dirigirán a las clínicas de planificación familiar y vacunación.
- Coordinará con COSVI los servicios de la cubierta especial que necesites.

SITUACIONES DE EMERGENCIA Y CUIDADO DE URGENCIA

Situaciones de Emergencia

Una emergencia médica es una enfermedad o lesión repentina de tal naturaleza que si no recibes atención médica inmediatamente, tu vida corre peligro o puedes sufrir serios daños físicos.

- Sentir un dolor muy fuerte de repente
- Dolor de pecho
- Deficiencia respiratoria severa o dificultad para respirar
- Sangrado serio o por mucho tiempo por cualquier parte del cuerpo
- Pérdida de conciencia
- Cambio repentino de estado mental (por ejemplo, desorientación)
- Convulsiones
- Lesiones serias o múltiples, incluyendo fracturas de huesos
- Reacciones alérgicas que produzcan hinchazón de la cara y de los labios o que te cause presión en el pecho

Si tienes una emergencia, deberás acudir a una sala de emergencia.

Cuidado de Urgencia

Una urgencia médica es cuando tienes síntomas serios pero que no amenazan tu vida. Los síntomas como vómitos, diarrea, fiebre, torceduras y cortaduras menores son serios, pero no amenazan la vida y no necesariamente tienes que ir a una sala de emergencia. Cuando sientas síntomas de urgencia, lo primero que debes hacer es comunicarte con tu Grupo Médico.

Línea Tu Salud

Si llamas al teléfono 1-866-805-7777, recibirás orientación sobre diferentes temas de salud. Cuando tengas preguntas sobre asuntos o síntomas de salud, llama a la Línea Tu Salud y te dirán cómo mantenerte saludable.

Cuando tengas una urgencia o sientas malestar general, trata de llamar primero a la Línea Tu Salud para recibir orientación.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

El Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico paga después que otro plan médico que tengas. Por esto el Plan de Salud es secundario a cualquier otro plan o persona a cargo de pagar por servicios médicos. Esto incluye Medicare, otros aseguradores u organizaciones de mantenimiento de la salud, asociaciones sin fines de lucro organizadas bajo la Ley 152 del 9 de mayo de 1942, Asociación de Maestros de Puerto Rico, planes médicos de organizaciones de empleados, uniones obreras y cualquier otra entidad que sea responsable por la cubierta de las reclamaciones que se cobre a la Administración de Seguros de Salud, ASES, por concepto de beneficios ofrecidos.

DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL PACIENTE

El Plan de Salud cuida de tu salud y tú cuidas del Plan de Salud cuando cumples con las responsabilidades que establece la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente. A continuación un resumen de los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de servicios de salud médico hospitalarios, de los proveedores y aseguradores, según dispuesto en la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, Ley 194 de 25 de agosto de 2000:

1. Establece el derecho a todo paciente de recibir servicios de salud de la más alta calidad, consistente con los principios generalmente aceptados de la práctica de la medicina.

2. Establece el derecho a recibir información adecuada y suficiente sobre los beneficios y condiciones del Plan.

3. El usuario de planes de salud y servicios médicos en Puerto Rico tiene derecho a:

   - Seleccionar planes de cuidado de salud y proveedores de servicios de salud médico-hospitalaria que le garanticen acceso a cuidados de servicios de salud de alta calidad.
   - Tiene derecho a recibir servicios de emergencia las 24 horas del día los 7 días a la semana.
   - Recibir servicios de salud primario de parte de cualquier proveedor de servicios primarios que sea participante del plan sujeto a que el paciente haga la selección de acuerdo a lo dispuesto en el plan.
   - El Plan de Salud debe permitir que el paciente pueda recibir los servicios especializados necesarios y apropiados para el mantenimiento de la salud.
   - Los servicios especializados deben incluir el acceso a especialistas cualificados para atender condiciones o necesidades especiales.
   - Si se requiere aprobación especial, el plan garantizará un número adecuado de visitas para cubrir las necesidades de salud de los asegurados y beneficiarios.
   - Los servicios de emergencia no estarán sujetos a periodos de espera; no requerirán autorización previa y se proveerán independientemente que el proveedor sea participante del plan.
   - El paciente pagará por los servicios de emergencia la cantidad que esté establecida en su plan aún cuando reciba los servicios por una facilidad no participante.
   - El personal que atiende la emergencia se deberá comunicar con el médico primario de todo paciente (si existe) para discutir el seguimiento del tratamiento, si alguno.
   - Tiene derecho a participar PLENAMENTE en TODAS LAS DECISIONES que tengan que ver con su cuidado médico y de salud, directamente o por medio de su tutor o representante legal, si está incapacitado o de su padre o madre si es menor de edad no emancipado.
   - El paciente tiene derecho a respeto y trato igual.
   - El paciente tiene derecho a comunicarse LIBREMENTE Y SIN TEMOR Y EN ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD con su proveedor de servicio de salud médico-hospitalario.
   - El paciente tiene derecho a acceso rápido de su récord médico y a recibir copia del mismo.
   - El paciente tiene derecho a tener acceso a mecanismos sencillos, justos y eficientes para resolver diferencias con sus planes de cuidado de salud,

profesionales de la salud y proveedores de servicios y facilidades de salud médico-hospitalarias.

4. **Responsabilidades de los Pacientes y Usuarios**

- El paciente debe ofrecer la información completa y precisa sobre su condición de salud.
- Proveer sus directrices por escrito en cuanto a su deseo de continuar bajo tratamiento médico futuro respecto a la prolongación de la vida.
- Los pacientes y familiares son responsables de hacer arreglos razonables para que el hospital, empleados, etc., no sean afectados por sus actuaciones particulares.
- Los pacientes deben proveer información adecuada y necesaria sobre sus planes médicos y de colaborar con el proveedor cuando sea necesario para pagar en forma oportuna todas las cuentas y facturas que le son remitidas.
- Los pacientes son responsables de reconocer cómo su estilo de vida afecta su salud personal y asumir conductas positivas.
- Informar fraude o cualquier conducta o actuación impropia.
- Reconocer los riesgos y límites de la medicina y la falibilidad del profesional de la salud.
- Cumplir con procedimientos administrativos y operacionales.

MANEJO DE QUEJAS, QUERELLAS Y APELACIONES

La Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, asi como la reglamentación para *Medicaid* establece el derecho del suscriptor de presentar sus diferencias con el PSG y que se resuelvan por medio de mecanismos sencillos.

Cuando el suscriptor del PSG tenga diferencias con el cuidado médico deberá presentar su queja a la Oficina del Grupo Médico que le brinda los servicios. Si el Grupo Médico no le resuelve su queja, entonces debe presentarla comunicándose al número de servicio al cliente 1877-273-7181 o por escrito a la Oficina de la Procuradora del Paciente como una querella formal.

El paciente podrá presentar una querella ante la Oficina de la Procuradora del Paciente cuando entienda que sus derechos u obligaciones no están reconocidas.

- No se le proveen comunicaciones escritas en español o en inglés, de acuerdo con la petición del paciente.
- No se le está proveyendo un servicio de salud que necesita.
- Se le ha negado servicios médicos de emergencia o la aseguradora rehúsa pagar por dichos servicios.
- No se le permite cambiar de proveedor primario participante del Plan.
- Un proveedor o una entidad aseguradora interfiere con el derecho del paciente a tener acceso a servicios de salud especializados.
- La aseguradora no continúa la cubierta en el tiempo estipulado por ley.
- La aseguradora se niega a cubrir gastos médicos rutinarios en casos de tratamientos clínicos.
- Prácticas de discrimen.
- Divulgar información confidencial.
- Si se le niega información al paciente o no se le da la información en forma entendible para éste.
- Si la entidad aseguradora no informa al paciente de los servicios de salud cubiertos.

- Si el proveedor restringe comunicación al paciente sin informar las razones al paciente.

La Oficina de Servicios de COSVI te ayudará a referir la querella al lugar apropiado.

Dirección Postal: PO Box 70144, San Juan PR 00936-8144

La dirección física y postal y teléfonos de la Oficina de la Procuradora del Paciente son:

Dirección Física:	Calle Recinto Sur # 303, Viejo San Juan, PR (frente estacionamiento Doña Fela)
Dirección Postal:	PO Box 11247, San Juan PR 00910-2347
Teléfonos:	787-977-0902 ó, 1-800-981-0031 Fax: 787-977-0908

PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO

Cubierta de beneficios

- El seguro de salud propuesto para los beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno (PSG) tendrá una cubierta amplia con un mínimo de exclusiones. No habrá exclusiones ni limitaciones por condiciones pre-existentes ni período de espera al momento de otorgar la cubierta al beneficiario. La fecha de elegibilidad del beneficiario determinará la cubierta de beneficios contratados aún cuando el procedimiento o tratamiento requerido haya sido médicamente recomendado previo a dicha fecha.

Hospitalizaciones

- Cama en habitación semi-privada disponible 24 horas al día, todos los días del año.
- Cuarto de aislamiento por razones medicas.
- Comidas, incluyendo servicios especializados de nutrición.
- Servicios regulares de enfermería.
- Uso de cuartos especializados, tales como, operaciones, quirúrgicos, recuperación, tratamiento y maternidad sin limitaciones.
- Drogas, medicina y agentes de contraste sin limitaciones.
- Materiales, tales como, vendajes, gasas, yeso y cualquier otro material terapéutico o de curación.
- Servicios de cuidado terapéutico y de mantenimiento, incluyendo el uso de los aparatos necesarios para ofrecer el servicio.
- Exámenes y pruebas de diagnostico, incluyendo laboratorios clínicos, patológicos y de rayos x.
- Pruebas de diagnóstico especializadas, tales como, electrocardiogramas, electroencefalogramas, gases arteriales y otras pruebas especializadas necesarias que estén disponibles en el hospital y que sean necesarias realizarse durante la hospitalización del beneficiario.
- Suministro de oxígeno, anestésicos y otros gases, incluyendo su administración.
- Terapia respiratoria, sin limitaciones.
- Servicios de rehabilitación mientras el paciente está hospitalizado, incluyendo terapia física, ocupacional y del habla.
- Uso de facilidades de cirugía ambulatoria.
- Sangre, plasma y sus derivados.
- Los siguientes factores de coagulación. Se requiere la autorización de un hematólogo certificado:
- i. Factor monoclonal IX
- ii. Factor antihemofilico concentrado de pureza intermedia

VIII
- iii. Factor antihemofílico tipo monoclonal: complejo de protrombina acticado
- iv. Autoflex y Feiba

Servicios Medico - Quirúrgicos

- Visitas a proveedores primarios, incluyendo médicos primarios y servicios de enfermería
- Tratamientos con especialistas y sub-especialistas, una vez referido por el medico primario
- Visitas del medico al hogar cuando son médicamente necesarias.
- Servicios de anestesia.
- Servicios de radiología.
- Servicios de patología.
- Cirugía
- Uso de facilidades de cirugía ambulatoria.
- Servicios diagnósticos.
- Servicios de enfermera práctica.
- Esterilización voluntaria para hombres y mujeres mayores de edad, previa orientación medica sobre las implicaciones del procedimiento. El medico debe evidenciar consentimiento escrito del paciente.
- Prótesis: Incluirá el suplir todo tipo de prótesis de las extremidades del cuerpo.
- Equipo de ostomía para pacientes ostomizados a nivel ambulatorio.
- Servicios para pacientes con enfermedad renal crónica en los primeros 2 niveles, (Niveles 3 al 5 están incluidos en la cubierta especial).
- Sangre, plasma y sus derivados.
- Los siguientes factores de coagulación. Se requiere autorización de un hematólogo certificado:
- i. Factor monoclonal IX
- ii. Factor antihemofílico concentrado de pureza intermedia VIII
- iii. Factor antihemofilico monoclonal: complejo de protrombina activado
- iv. Autoflex y Feiba

Servicios Preventivos

- Vacunas.
- Cuidado del niño sano.
- Una evaluación anual comprensiva, según establecido por la "Academia Americana de Pediatría" y el Titulo XIX (EPSDT).
- i. Examen de los ojos
- ii. Examen auditivo, incluyendo cernimiento para los recién

nacidos antes de salir del "nursery"

- iii. Evaluación y cernimiento nutricional.
- iv. Laboratorios y todos los exámenes y pruebas diagnosticas de acuerdo a la edad, sexo y condiciones de salud del beneficiario.
- Cernimiento de cáncer de próstata. Un PSA anual, después de los 50 años.
- Cernimiento de cáncer ginecológico (papanicolau)
- i. Alto riesgo; uno por año
- ii. Otros: cado dos años
- Mamografías
- i. Base 35 – 39 años - una
- ii. Cernimiento sobre 40 años - una por año
- Sigmoidoscopía para la detección de cáncer de colon para adultos de 50 años en adelante - una cada cuatro años.
- Las Organizaciones de Cuidado de Salud aseguraran el acceso a métodos contraceptivos los cuales serán provistos por el Departamento de Salud.
- Certificados de salud que incluyan las pruebas de VDRL y tuberculina (TB). El certificado debe poseer el sello del Departamento de Salud y será provisto por las Organizaciones de Cuidado de Salud debidamente acreditadas para ofrecerlo, a un costo máximo de $5.00. No procede el cobro de dichos cargos por la certificación o de cualquiera de las certificaciones, sea de utilización continua de medicamentos y de cualquier otro tipo de certificación requerida al beneficiario médico- indigente para efectos de elegibilidad en el Programa de Asistencia Médica. El beneficiario será responsable del pago de los deducibles que aplique por los procedimientos y pruebas de laboratorios necesarias.
- Examen físico anual y seguimiento apacientes diabéticos de acuerdo a la guía de tratamientos del paciente y los protocolos del Departamento de Salud.

Servicios de maternidad

- Servicios médicos pre-natales.
- Servicios de médicos y de enfermeras obstétricas durante el parto normal, por cesárea y cualquier complicación que pueda surgir.
- La Aseguradora seleccionada deberá asegurarse, como mínimo, que la hospitalización de la madre y recién nacido por parto vaginal sin complicaciones tenga una duración de cuarenta y ocho (48) horas y, en caso de parto por cesárea, de noventa y seis (96) horas.
- Servicios médicos post-parto.
- Condiciones de maternidad o secundarias por embarazo

que requieran hospitalización.

- Anestesia.
- Uso de incubadora, sin límites.
- Servicios de monitoria fetal durante la hospitalización solamente.
- Cuidado de rutina en el "nursery" para los recién nacidos.
- Servicios de circuncisión y dilatación para los bebes recién nacidos.
- Transporte del recién nacido a facilidades terciarias.
- Asistencia de pediatra durante el nacimiento por cesárea, parto de alto riesgo o normal.

Servicios de pruebas diagnosticas

- Incluyendo pero no limitando a pruebas con propósitos de diagnostico, sin importar que el diagnostico final sea una enfermedad o condición excluida de la cubierta:
- Laboratorios clínicos
- Rayos X
- Electrocardiogramas
- Patología
- Gases arteriales, pH, y prueba de función pulmonar
- Electroencefalogramas

Servicios Ambulatorios de Rehabilitacion

- 15 terapias de rehabilitación (combinadas: física, ocupacional y del habla) por beneficiario por ano cuando indicado por un ortopeda, ENT o fisiatra.

Servicios de Sala de Emergencia

- Co-pagos no aplican si los servicios de emergencia terminan en hospitalización
- Trauma
- Pre-autorización o pre-certificación no será requerida.
- Consultas y tratamientos por especialistas y sub-especialistas cuando sean requeridos por el médico de la sala de emergencia.
- Anestesia.
- Material quirúrgico.
- Pruebas de laboratorio.
- Rayos X.
- Drogas, medicinas y soluciones intravenosas para uso en la sala de emergencia.
- Sangre, plasma y sus derivados.
- Los siguientes factores de coagulación. Se requiere autorización de un hematólogo certificado:
- i. Factor monoclonal IX

- ii. Factor antihemofilico concentrado de pureza intermedia VIII
- iii. Factor antihemofilico monoclonal: complejo de protrombina activado
- iv. Autoflex y Feiba

Servicios en Salas de Urgencia

- Una facilidad de servicios médicos a pacientes ambulatorios que esta física, organizacional y financieramente separada de un hospital y provee cuidado medio inmediato y a corto plazo para condiciones menores pero urgentes. Servicios de urgencia es cuidado de lesiones, malestar o cualquiera otra condición (usualmente que no amenazan la vida), que deben ser atendidas en 24 horas.

Servicios Dentales

- Preventivo (niños) (dos visitas por año)
- Preventivo (adultos) (dos visitas por año)
- Una radiografía inicial periapical intra-oral.
- Hasta cinco (5) radiografías intra-orales / periapicales adicionales por año.
- Una (1) radiografía de mordida- película sencilla.
- Una (1) radiografía de mordida de dos (2) películas.
- Una (1) radiografía panorámica cada tres (3) años.
- Una (1) aplicación de fluoruro topical cada seis (6) meses para beneficiarios menores de 19 años.
- Restauración de amalgamas.
- Restauraciones de resina.
- Root canal.
- Cirugia oral y maxilofacial
- Tratamiento paliativo
- Un examen oral comprensivo.
- Un examen periódico cada seis meses.
- Un examen oral definido problema-limitado.
- Una serie completa de radiografías intra-orales, incluyendo mordida, cada tres anos.
- Sellantes de fisura de por vida para beneficiarios de hasta 14 años incluidos. Se incluye molares deciduales hasta los 8 años cuando sea clínicamente necesario por tendencia a caries.

Servicios de ambulancia

- En casos de emergencia se cubrirán los servicios de ambulancia terrestre, aérea y marítima dentro de los territorios de Puerto Rico. Estos servicios no requerirán pre-autorización ni pre-certificación para acceder los mismos.

Otros servicios

- Los servicios para el tratamiento de condiciones que

resulten de daños auto infligidos o como resultado de la comisión de un delito por un beneficiario o por actos de negligencia crasa del mismo estarán incluidos dentro de la cubierta de beneficios.

Servicios de farmacia

- Co-pagos por medicinas recetadas de PDL (Preferred Drug List)
- Genéricos
- Marca

CUBIERTA ESPECIAL

- Los beneficios provistos bajo esta cubierta están sujetos a la pre-autorización del asegurador contratado. Los beneficiarios tendrán derecho a seleccionar libremente el proveedor de estos servicios dentro de los proveedores participantes contratados por el asegurador, previa coordinación con éste último. Las intervenciones de diagnóstico diferencial, hasta la verificación de diagnóstico final, no son parte de la cubierta especial. Cualquier procedimiento posterior a la verificación de diagnóstico final será a riesgo de la aseguradora. Los medicamentos, laboratorios, pruebas de diagnóstico especificadas en esta cubierta especial y otros procedimientos relacionados que son necesarios para el tratamiento ambulatorio y cuidado de convalecencia forman parte de esta cubierta sin requisito de pre-autorización por parte del médico primario o de la Organización de Cuidado de Salud.
- La aseguradora deberá identificar a los pacientes incluidos en esta cubierta de forma que se facilite el acceso a los servicios contratados. La Cubierta Especial del PSG se activará cuando se agote la cubierta especial de cualquier otro plan primario que posea el beneficiario brindando los mismos servicios comprendidos en esta cubierta.
- Servicios de cuidado intensivo y coronaria, sin limitaciones.
- Procedimientos cardiovasculares y de neurocirugía, a incluir marcapasos, válvulas y otros instrumentos, aparatos o dispositivos artificiales. Requiere pre-autorización del asegurador.
- Diálisis peritoneal, hemodiálisis y servicios relacionados.
- Laboratorios clínicos y patológicos que necesitan ser enviados fuera de Puerto Rico para su proceso.
- Servicios en unidad de intensivo neonatal. Para estos servicios no se requiere pre-autorización.
- Tratamientos de radioterapia, cobalto, quimioterapia y radioisótopos.
- Los siguientes procedimientos y diagnósticos, cuando sean médicamente necesarios:

- i. Tomografía computarizada
- ii. Prueba de resonancia magnética
- iii. Cateterizacion cardiaca
- iv. Prueba Holter
- v. Prueba Doppler
- vi. Prueba de Stress
- vii. Litotripcia
- viii. Electromiografia
- ix. Pruebas SPECT y CT Scan
- x. Prueba OPG
- xi. "Impedance Plesthymography"
- xii. Otras pruebas y procedimientos invasivos y no invasivos cardiovasculares, cerebro vasculares y neurológicos.
- xiii. Pruebas nucleares
- xiv. Endoscopías diagnósticas
- xv. Estudios geneticos
- Cámara Hiperbárica
- Están cubiertos los medicamentos inmunosupresivos y laboratorios requeridos para el tratamiento de mantenimiento post-cirugía de pacientes de todo tipo de transplante que aseguren la continuidad estable de salud del beneficiario, así como las emergencias que puedan surgir con posterioridad a dicha cirugía.
- Las siguientes condiciones:
- i. Factor VIH Positivo y/o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) - Incluye servicios ambulatorios y servicios de hospitalización. No se requerirá referidos ni pre-autorización de la Organización de Cuidado de Salud y/o médico primario para las visitas y tratamiento de los beneficiarios en las Clínicas de Inmunología Regional del Departamento de Salud.
- ii. Tuberculosis (beneficiario y dependientes)
- iii. Lepra (beneficiario y dependientes)
- iv. Lupus Eritematoso Sistémico
- v. Fibrosis Quística
- vi. Cáncer
- vii. Hemofilia
- viii. Escleroderma
- ix. Esclerosis Múltiple
- x. Niños con condiciones especiales, incluyendo las condiciones prescritas en el manual de Diagnósticos de Condiciones de Niños con Necesidades Especiales de Salud por el Departamento de Salud, el cual se hace formar parte de este documento, excepto:
- a. diabetes y asma, las cuales siguen dentro del “Disease

Management Program”

- b. Sección I - Desordenes Mentales y Sección J - Retardación mental, manifestaciones conductuales serán manejadas por el MBHO y salud física bajo la cubierta básica con la excepción de enfermedad catastrófica.

CUBIERTA DE MEDICARE

- Para los beneficiarios elegibles al Programa Federal de Medicare se utilizarán los siguientes factores para determinar la cubierta brindada:
- Beneficiarios elegibles a la parte A:
- i. ofrecer cubierta regular del PSG excluyendo los beneficios de Parte A hasta que los mismos se agoten.
- ii. Deducible de la parte A no estará cubierto.
- iii. Co-pagos aplicables a los servicios del PSG.
- Vi. Beneficiarios con partes A y B:
- V. Ofrecer cubierta regular de farmacia y dental del PSG.
- Vi. Incluir el pago del deducible y co-aseguro de la Parte B de Medicare.
- vii. No incluir el pago del deducible de la Parte A.

EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA BASICA

- Servicios a pacientes no elegibles.
- Servicios que resulten de enfermedades o lesiones no cubiertas.
- Servicios por accidentes automovilísticos cubiertos por la Administración de Compensación por Accidentes en las Carreteras (ACAA).
- Accidentes de trabajo cubiertos por la Ley del Fondo de Seguros del Estado (CFSE).
- Servicios cubiertos por cualquier otro asegurador o entidad que tenga responsabilidad primaria ("other party liability").
- Servicios de enfermeras especializadas
- Hospitalizaciones por servicios que se pueden dar de formas ambulatoria.
- Hospitalización de pacientes con propósito de diagnostico solamente.
- Gastos por servicios y/o materiales para comodidad personal, tales como teléfono, televisión, "kit" de admisión, etc.
- Servicios prestados por familiares cercanos del paciente (padres, hijos, hermanos, abuelos, nietos, cónyuge, etc.).
- Transplante de órganos.
- Laboratorios que necesitan ser procesados fuera de Puerto Rico.
- Tratamiento de control de peso por razones estéticas.

- Medicina Deportiva, Músico Terapia y Medicina Natural.
- Tuboplastías, vasovasectomías y cualquier otro procedimiento o servicio cuyo propósito sea devolver la habilidad de procrear.
- Operaciones cosméticas o de embellecimiento o tratamiento para corregir defectos de apariencia física.
- Servicios, pruebas de diagnóstico o tratamientos ordenados o efectuados por naturópatas, naturistas, quiroprácticos, iridiólogos u ostiópatas.
- Mamoplastía o reconstrucción básica del seno por razones estéticas.
- Uso ambulatorio de monitor fetal.
- Servicios, tratamientos u hospitalizaciones que surjan de un aborto provocado, no terapéutico ni sus complicaciones
- El medicamento Rebetrón y cualquier otro medicamento recetado para combatir la Hepatitis C, cuyo tratamiento y medicamentos se excluyen de ambas cubiertas.
- Servicios de anestesia epidural.
- Estudio de somnografía.
- Servicios que no son razonables ni requeridos de acuerdo a las normas aceptadas en la práctica médica.
- Servicios prestados en exceso a lo normalmente requerido para la diagnosis, prevención, tratamiento de la enfermedad, herida o disfunción de órgano o infertilidad.
- Servicios de salud mental que no son razonables ni requeridos de acuerdo a las normas aceptadas en la práctica siquiátrica médica
- Servicios brindados en exceso a lo normalmente requerido para el diagnostico, prevención y tratamiento de una enfermedad de salud mental.
- Tratamiento de dolores crónicos que no sean por psicoterapia, si se determina que el dolor tiene origen psicológico o psicosomático.
- Tratamiento para dejar de fumar.
- Gastos de transportación que no sean por caso de emergencia.
- Pruebas educativas, servicios educativos, exámenes psicológicos y neurosicológicos especialmente para propósitos de evaluación, diagnósticos y/o problemas de aprendizaje, retardación mental y/o demora en el desarrollo.
- Servicios de hemodiálisis y/o diálisis peritoneal. (Están contemplados en la cubierta especial.)
- Procedimientos nuevos o experimentales que no han sido aprobados por la FDA.
- Servicios de custodia.

- Servicios ordenados o prestados por proveedores no participantes, excepto en casos de real y comprobada emergencia o mediante previa autorización de la Organización de Cuidado de Salud o la aseguradora.
- Cirugía neurológica y cardiovascular y servicios relacionados. (Están contemplados en la cubierta especial.)
- Servicios recibidos fuera de los limites territoriales de Puerto Rico.
- Gastos incurridos para el tratamiento de condiciones resultantes de procedimientos o beneficios excluidos del plan.
- Evaluaciones ordenadas por el tribunal con propósitos legales.
- Pruebas y evaluaciones sicológicas/ psicometrías y siquiátricas para fines de obtención de empleo, seguros o relacionadas a procedimientos judiciales y/o administrativos.
- Gastos de viaje.
- Espejuelos, lentes de contacto y audífonos.
- Servicios de acupuntura.
- Restauraciones de resina.
- Servicios de endodoncia.
- La compra o alquiler de equipo médico, espejuelos, sillas de rueda o cualquier otro modo de transportación para impedido, de motor o eléctrico, así como cualquier gasto para la reparación o alteración de los mismos.
- Procedimientos de cambio de sexo.
- Servicios para el tratamiento de la infertilidad y/o relacionados con el propósito de lograr la concepción por medios artificiales.
- Los siguientes medicamentos que son OTC: Aplica solamente a cubiertas estatales
- i. Medicina para el acne
- ii. Antagonistas H2
- iii. Inhibidores de protones
- iv. Anti diarrea
- v. Antiespasmódicos
- vi. Anti-inflamatorios no esteroidales.
- vii. Vitaminas
- viii. Antihistamínicos sedativos y no sedativos
- Medicamentos bajo fase ingestiva.
- Benzodiazephines.
- Medicamentos fuera del PDL y que no se pueden usar. Las erupciones deben ser manejadas para decisión final en coordinación con las divisiones clínicas del MCO, PBM y ASES Las excepciones deben ser manejadas para decisión

final en conjunto con las divisiones clínicas del MCO, PBM y ASES.

EXCLUSIONES DE LA CUBIERTA ESPECIAL

- La cubierta especial excluye todas aquellas exclusiones y limitaciones de la cubierta básica que no estén expresamente incluidos bajo la cubierta especial.
- Los inhibidores de Protesa serán provistos por PASET.

Así se describen las etapas de la enfermedad renal crónica:

Nivel 1- GFR (Filtración Glomerular – ml/min. per 1.73m² por área de superficie corporal) mayor de 90, puede ser un daño leve cuando hay proteína en la orina.

Nivel 2- GFR entre 60 y 89, una disminución leve en el funcionamiento del riñón

Enfermedad renal crónica en los niveles tres (3), cuatro (4) y cinco (5). (Los niveles 1 y 2 forman parte de la cubierta básica.)

Nivel 3 – GFR (Filtración Glomerular – ml/min per 1.73m² por área de superficie corporal) entre 30 y 59, una disminución moderada en el funcionamiento del riñón

Nivel 4 - GFR entre 15 y 29, una disminución severa en el funcionamiento del riñón

Nivel 5 - GFR menor de 15, falla renal que probablemente requiera diálisis o transplante del riñón

CUBIERTA DE SALUD MENTAL

1. Evaluación, cernimiento y tratamiento a individuos, parejas, familias y grupos
2. Servicios ambulatorios son: siquiatras, sicólogos y trabajador social
3. Servicios de hospitalización parcial diurno
4. Servicios de hospitalización siquiátrica
5. Servicios de desintoxicación ambulatoria u hospitalaria
6. Servicios de intensivo ambulatorio
7. Servicios de emergencia e intervención en crisis veinticuatro (24) horas, siete (7) días a la semana.
8. Servicios de desintoxicación para beneficiarios intoxicados con sustancias ilícitas, intentos suicidas o envenenamiento accidental
9. Clínicas de medicamentos inyectables de larga duración
10. Servicios de ambulancia y escolta/asistencia profesional cuando sea necesario
11. Servicios de prevención y educación secundaria
12. Cubierta de Farmacia y acceso a medicamento en un término no mayor de veinticuatro (24) horas.
13. Laboratorios médicamente necesarios
14. Referidos a otros especialistas (neurólogos, pediatras, geneticistas, etc.)
15. Tratamiento de pacientes con diagnóstico de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. Esto incluye pero no se limita a las consultas al neurólogo, estudios o pruebas relacionadas al tratamiento de este diagnóstico.
16. Consultoría y coordinación con otras agencias.

La Cubierta de Salud Mental es administrada por compañías contratadas directamente por la Administración de Seguros de Salud, ASES. Esas compañías coordinarán todos los servicios de Salud Mental.

Las compañías seleccionadas, para brindar estos servicios son:

First Health Corporation (FHC)
Teléfonos: 1-866-808-4614
1-866-338-2583

Para información adicional sobre los servicios, deberás comunicarte directamente con la compañía que brinda servicios en tu región.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

1. **Administrador del Plan:** Organización seleccionada por ASES para realizar las funciones operacionales del Plan de Salud en el Proyecto Demostrativo de Contratación Directa. Esta organización es la Cooperativa de Seguros de Vida de Puerto Rico, COSVI.

2. **ASES:** Las siglas con que se identifica la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, una corporación pública creada por la Ley 72 del 7 de septiembre de 1993.

3. **Beneficiario:** Cualquier persona que, de acuerdo con los requisitos de la Ley 72 del 7 de septiembre de 1993, sea declarada elegible para recibir los beneficios del plan del salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

4. **Beneficiario de Medicare:** Aquella persona elegible al Programa Federal de Medicare y que además cumple con los requisitos para ser beneficiario del Plan de Salud del Estado Libre Asociado.

5. **Cirugía Electiva:** Un procedimiento quirúrgico que, aunque sea médicamente necesario e indicado por el médico, no es necesario que se realice de inmediato porque no existe un riesgo inminente para la vida del paciente, de daño permanente a un órgano vital o de impedimento permanente y que, por lo tanto, puede ser programado.

6. **Cubierta de Beneficios de Salud:** Todos los beneficios incluidos en un Plan de Salud para los beneficiarios.

7. **Cubierta Familiar:** Los beneficios provistos a los siguientes beneficiarios: (1) suscriptor; (2) el cónyuge del suscriptor (legalmente casados o en unión consensual; (3) a los hijos del suscriptor que vivan con éste (incluyendo hijos naturales, adoptados, de crianza o hijastros) menores de veintiún (21) años que dependan del suscriptor para su sustento; (4) menores de veintiún (21) años en unión consensual con uno de los hijos elegibles del suscriptor y que vivan bajo el mismo techo que su compañero(a)[1]; ó (5) hijos solteros de veintiún (21) años o mayores, que sean ciegos o permanentemente incapacitados, se considerarán parte del grupo familiar.

8. **Cubierta Individual:** Los beneficios provistos a los suscriptores que son: (1) adultos solteros sin menores dependientes; (2) adultos casados cuyo esposo(a) o dependientes no son elegibles para participar en la cubierta de este plan e (3) hijas menores de veintiún (21) años que estén en estado de embarazo.

9. **Deducible:** La cantidad fija que el beneficiario deberá pagar al proveedor como parte del costo para recibir servicios de cuidado de salud.

10. **Emergencia:** Se refiere a una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente severidad, incluyendo dolor severo, donde una persona lega, razonablemente prudente, que tenga un conocimiento promedio de salud y medicina, pueda esperar que en la ausencia de acción médica inmediata colocaría la salud de la

[1]Beneficiaria fémina incluida en una cubierta familiar que esté embarazada se convierte en suscriptora individual desde el primer día del mes en que se diagnosticó el embarazo.

persona en serio peligro, o resultaría en una seria disfunción de cualquier miembro u órgano del cuerpo o con respecto a una mujer embarazada que esté sufriendo contracciones, que no haya suficiente tiempo para transferirla a otras instalaciones antes del parto, o que transferirla representaría una amenaza a la salud de la mujer o de la criatura por nacer.

11. **Emergencia Médica/Necesidad Inmediata:** Una condición médica que se presenta de manera imprevista y súbita y requiere atención médica inmediata por existir un riesgo inminente a la vida del paciente, de daño a algún órgano vital o extremidad, o de impedimento físico o mental.

12. **Grupo Médico Primario:** Entidad con o sin fines de lucro, que agrupe o asocie médicos primarios.

13. **Médico Especialista:** Un doctor en medicina legalmente autorizado en Puerto Rico para practicar la medicina y cirugía, cuyos servicios sean necesarios para complementar el servicio de cuidado primario que ofrece el médico primario. Para recibir los servicios de un médico especialista, el beneficiario debe obtener previamente un referido de parte del médico primario.

14. **Médico Primario:** Un doctor en medicina legalmente autorizado a practicar la medicina y la cirugía en Puerto Rico que inicialmente evalúa y provee tratamiento a los beneficiarios. Es responsable de determinar los servicios que precisa el beneficiario, proveer continuidad y referir a los beneficiarios a servicios especializados. Se consideran médicos primarios ("Primary Physicians") los siguientes: médicos generalistas, médicos internistas, médicos de familia, pediatras, ginecólogos y obstetras.

15. **Organizaciones de Servicios de Salud:** Son grupos médicos primarios, grupos médicos de apoyo y grupos de proveedores primarios que cumplan los requerimientos de contratación establecidos por la Administración para ofrecer servicios de salud a través del modelo de cuidado coordinado.

16. **PHO ("Physician Hospital Organization"):** Siglas con las que también se identifica al Grupo Médico u organización. Significa una organización de proveedores compuesta de médicos primarios, especialistas y otros proveedores de la salud.

17. **Pre-autorización:** Una aprobación del Administrador del Plan de Salud para que el beneficiario pueda recibir ciertos servicios de la Cubierta Especial. El beneficiario tiene la responsabilidad de obtener esta pre-autorización antes de recibir los beneficios. Si no solicita la aprobación, los servicios no estarán cubiertos.

18. **Proveedor No Participante:** Aquellos proveedores de servicios de salud que no están en la red de proveedores que brinda servicios al Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

19. **Proveedor Participante:** Todos los proveedores de servicios de salud que brindan servicios al Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

20. **Referido:** Autorización por escrito emitida por el médico primario seleccionado que le permita al beneficiario obtener un servicio en otro proveedor participante en un periodo determinado.

21. **Servicios Ambulatorios:** Servicios médicos que no necesitan hospitalización.

22. **Suscriptor:** El beneficiario cubierto bajo un contrato de cubierta individual o el beneficiario principal que confiere la elegibilidad a todos los demás beneficiarios cubiertos en un contrato de cubierta familiar.