

PREGUNTAS Y RESPUESTAS OPERACIONALES

Elegibilidad

¿Qué es el Plan de Salud del Gobierno Triple-S? Es el plan de gobierno de Puerto Rico, diseñado para personas que cualifican bajo los criterios de elegibilidad del Programa Medicaid.

¿Quiénes cualifican para el plan médico? Ciudadanos Americanos, * Personas de bajo o ningún ingreso, * Población Medicaid federal y estatal, mayores de 65 años, *ciegos incapacitados y mujeres embarazadas,* niños bajo el programa CHIP, *Empleados públicos, y retirados que la nómina sea procesada por Hacienda, *Policía de PR, sus viudas e hijos sobrevivientes, *Veteranos *Niños bajo la custodia del Departamento de la familia (ADFAN), *Sobrevivientes de violencia domestica a través de la Oficina de la Procuradora de la Mujer. (Referirse a la Guía del Asegurado página 10)

¿Cómo solicito el plan médico? Debe comunicarse a Programa Medicaid al teléfono 787-641-4224 para solicitar cita, ahí le estarán indicando la fecha de la cita, le orientarán sobre la oficina a visitar y le brindarán un número de referencia que debe llevar el día de la cita.

¿Cuál es el horario de Programa Medicaid? De lunes a viernes de 8:00AM a 4:00PM, días feriados está cerrado. Para información sobre localización de las oficinas de Medicaid puede comunicarse al

787-641-4224.

¿Qué documentos debo llevar el día de la cita? Debe comunicarse a Programa Medicaid al teléfono 787-641-4224 para detalles. Ellos le indicarán los documentos que tiene que presentar.

¿Cómo sé que fui elegible? En Programa Medicaid una vez se realice la evaluación se le estará entregando un documento llamado MA -10 (Notificación de Acción Tomada sobre Solicitud y/o Re-evaluación) que es el que certifica que usted fue elegible.

¿Para qué me sirve la MA-10? Durante los primero 30 días de emitida la MA-10 Se puede acceder a cualquier tipo de servicio con la MA-10. La vigencia de la MA-10 expira en 30 días, si el paciente no ha recibido su tarjeta en el término de 5 días luego de haber recibido su MA-10, debe acudir a cualquiera de la Oficinas de Servicios de Triple-S para solicitar la tarjeta. (Ofrecer donde están localizadas las Oficinas de Servicio).

¿Si ya fui elegible al plan cuánto tiempo después la información aparece en el sistema de Triple S? La cubierta debe estar activa en un término no mayor de tres días luego de emitida la MA-10.

¿Qué debo hacer si recibo una carta donde me indican que yo o algún miembro de mi familia no es elegible al plan? Debe comunicarse para detalles a

Programa Medicaid al 787-641-4224.

¿Qué debo hacer si pierdo la cita para revisión? De perder la cita puede volver a solicitar otra nueva cita llamando al Programa Medicaid 787-641-4224.

¿Qué debo hacer si mi cubierta estaba terminada y visité sala de emergencia? El día de su cita debe indicarlo en Programa Medicaid ya que sólo ellos pueden decidir si le brindan o no cubierta retroactiva.

¿Si necesito medicamentos y en la farmacia me indican que aún no aparezco activa en sistema qué puedo hacer? Debe comunicarse al 1-800-981-1352. Puede enviar MA-10, certificación de cubierta, con la siguiente información demográfica: nombre, dirección, fecha de nacimiento y número de seguro social al siguiente fax al 787-522-8979 para así realizar la activación de la cubierta de farmacia.

¿Qué debo hacer si realice la revisión y me llegó tarjeta con copagos más altos? Los copagos son basados en la categoría de elegibilidad que otorga Medicaid. De no estar de acuerdo debe comunicarse con el Programa Medicaid para coordinar una cita y que re-evalúen su solicitud. (Ver tabla de copagos para mayor información).

Estoy confrontando problemas con mis servicios, ya que me indican que me aparece otro plan médico como primario, ya no lo tengo ¿qué hago?

Debe llevar la evidencia de la cancelación del plan anterior a las oficinas de Programa Medicaid y oficina regional de Triple S, debe hacerlo en las dos oficinas ya que de no hacerlo de esa manera le puede volver a afectar y aparecer nuevamente en sistema.

¿Cómo cancelo el plan si me voy a mudar a Estados Unidos? Debe solicitar la cancelación a Programa Medicaid, debe solicitar cita para el proceso al 787-641-4224.

Elegibilidad Elegible Dual (Medicare)

¿Cómo trabaja el Plan de Salud del Gobierno si soy beneficiario de medicare parte A? Se le ofrece la cubierta regular, los servicios de hospitalización están cubiertos por la parte A, una vez alcance el límite de la cubierta de la **parte A** se activará la cubierta del Plan de Salud del Gobierno.

¿Son cubiertos por PSG los deducibles de la parte A de medicare? No están cubiertos.

¿Cuál es la cubierta en el PSG si soy beneficiario de la parte A/B de medicare? PSG le cubrirá farmacia y dental.

¿Los copagos y deducibles de la parte B están cubiertos por el PSG? Sí, se cubren los deducibles de la parte B, el proveedor debe aceptar ambos planes (Medicare y PSG) para realizar la coordinación de beneficios, facturará

primero a Medicare y con número de reclamación y explicación de pago de Medicare facturará luego a PSG.

¿Qué debo hacer si tengo plan Advantage, ya realice la revisión de mi plan y recibí una carta donde me indican que la cubierta está terminada?

Sus servicios de salud son con el plan MMM/PMC, MCS Etc. PSG sólo le ayuda a tener la cubierta platino. Para todo servicio presenta la tarjeta del plan Advantage que en la misma está incluida la porción de PSG.

Tarjetas de Identificación

¿Cómo puedo solicitar una tarjeta? Puede solicitarla a través del teléfono 1-800-981-1352 y se le enviará por correo en 7 a 10 días laborables o pasar a oficina regional más cercana para entrega al momento.

¿Qué sucede si no puedo esperar 7-10 días por la tarjeta o ir a oficina regional? Se le puede enviar una certificación de cubierta por fax o email ya sea al asegurado o a oficina médica.

Grupo Médico Primario (GMP) y Médico Primario (PCP)

¿Qué es un GMP? Significa Grupo Médico Primario, son profesionales de la salud agrupados y contratados por la aseguradora para brindar un modelo de cuidado coordinado. (IPA).

¿Qué es un PCP? Significa "Primary Care Physician" (médico primario), es quien está a cargo de todo lo relacionado a su salud, este será el responsable de coordinar todo lo necesario para el cuidado de su salud.

¿Quiénes pueden ser médicos primarios? Generalistas, Médicos de Familia, Pediatras, Internistas, Ginecólogo-Obstetra (durante el embarazo).

¿Cómo elijo a mi PCP? El asegurado solamente debe seleccionar el PCP y GMP, cuando no esté de acuerdo con la auto-suscripción (auto-enrollment) realizada por la Aseguradora.

¿Durante mi proceso de solicitud me asignaron un médico que no conozco, lo puedo cambiar? Existe un proceso llamado auto suscripción que es trabajado directamente por la Aseguradora, de acuerdo a su área geográfica le asigna un médico. De no estar de acuerdo con la auto suscripción usted puede solicitar el cambio a otro médico de su preferencia en los próximos 90 días. Se puede comunicar al 1-800-981-1352 con la línea de cambios o asistir a oficina regional más cercana.

¿Cuándo puedo realizar cambios de GMP? Para solicitar el cambio de GMP usted tiene del 1-5 del mes corriente para que sea efectivo al 1ro del mes siguiente. Si solicita el cambio del día 6 en adelante, el cambio se hará efectivo para el día 1ro del mes subsiguiente. Los cambios de GMP siempre que haya justa causa pueden realizarse cuantas veces sea necesario.



¿Cuánto tarda en reflejarse un cambio de PCP dentro del mismo GMP? Si realiza el cambio de PCP dentro del mismo GMP el cambio será efectivo al día 1ro del mes siguiente.

¿Cuántos cambios de PCP puedo realizar al año? De existir una justa causa podrá cambiar de Médico Primario en cualquier momento.

¿Dónde debo acudir para realizar cambios de PCP? Lo puede hacer por teléfono comunicándose al 1-800-981-1352 con la opción de cambio de médico o visitando la oficina de servicio más cercana.

¿Puedo elegir mi ginecólogo si estoy embarazada? Sí, durante el embarazo tiene libre selección del ginecólogo para atender el embarazo, siempre y cuando esté dentro de la red de la aseguradora. El ginecólogo debe enviar registro OB-Gyn.

Red de Proveedores

¿Qué es una red preferida? Son los médicos especialistas, sub-especialistas y facilidades contratadas por su Grupo Médico Primario para brindar servicios a sus asegurados. Dentro de esta red no se requiere referido.

¿Qué sucede si el GMP no tiene el especialista que necesito? Si el GMP no tiene el especialista dentro de la red preferida su PCP le debe proveer de un referido para que pueda visitar uno fuera de la red.

¿Puedo visitar especialistas fuera de la red preferida? Si existe la especialidad dentro de su red preferida para tratar su condición debe ser esa su primera alternativa, tiene la ventaja de que no requiere el referido para visitarle. Luego de ello, si lo amerita, tiene derecho a segunda opinión fuera de la red preferida con referido del médico primario.

Acceso a Servicios

¿Cuánto tarda un referido? Los referidos deben ser brindados dentro de cinco (5) días. **¿Necesito referido para visitar al dentista?** No, los dentistas son libre selección siempre y cuando sean proveedores del plan.

¿Cuánto tiempo tiene mi PCP para brindarme una Autorización o Pre-autorización para servicios? El PCP tiene hasta 14 días para brindar la orden de la PA.

¿Qué puedo hacer si mi PCP me niega el referido? Puede reclamar un referido administrativo ante Triple S radicando una queja o querrela. La queja o querrela se evaluará para emitir una determinación final.

¿Qué hago si asistí a una sala de emergencia, me recetaron medicamentos y en la farmacia me están solicitando la contrafirma de mi PCP? Si el medicamento está en

formulario de sala de emergencia no requiere de contrafirma pero si no está en este formulario general deben ser contrafirmados por el PCP.

¿Es una práctica aceptable que mi PCP me solicite una evaluación para brindarme la contrafirma de medicamentos recetados en sala de emergencia? Recuerde que al PCP contrafirmar la receta está avalando lo que se realizó en sala de emergencia y se está haciendo responsable, el médico está en todo su derecho de solicitar reevaluar el paciente y si considera necesario cambiar el tratamiento lo puede hacer.

¿Si mi médico está de vacaciones, quién me puede contrafirmar receta o brindarme servicios? Cualquier médico dentro del Grupo Medico Primario. Se puede comunicar con el encargado del grupo para validar el médico asignado para atender a los pacientes del médico que está de vacaciones.

¿Es correcto que mi médico para brindarme un referido me informe que debe someterlo al director médico del GMP? El médico primario puede emitir el referido, esa práctica no es aceptable, ningún administrador de GMP, director médico o junta puede emitir ni autorizar referidos.

Servicios de Salud Mental

¿Tengo servicios de salud mental dentro de la cubierta de PSG? Sí, los servicios de salud mental pueden conseguirlos a través de su GMP, (ver directorio de proveedores dentro de su región). También son brindados a través de APS 1-888-695-5416.

¿Necesito referidos para visitar un Psicólogo o Psiquiatra? No necesita referido para recibir servicios de salud mental. Puede dirigirse directamente a recibir los mismos cuando así lo entienda necesario.

¿Puedo recibir servicios los fines de semana o fuera de horario laborable si tengo emergencia de salud mental? Sí, APS cuenta con servicio de on call de emergencia para casos de crisis, sólo tiene que comunicarse al 1-888-695-5416 para asistencia y esperar en línea para que le atienda este personal.

¿PSG cubre los servicios si tengo dependencia a sustancias controladas o alcohol? Sí, en estos casos el médico primario puede y tiene la obligación de coordinar los servicios y referirlo a través de APS, debe llamar al 1-888-695-5416.

¿La hospitalización por salud mental está cubierta? Sí, a través de APS, llamando al 1-888-695-5416.

Cubiertas y Beneficios

¿Mi cubierta cubre en Estados Unidos o en algún otro lugar fuera de PR? Sólo sala de emergencia en Estados Unidos para las cubiertas 100F, 110F y 230, sólo cubrirá hasta \$100 por reembolso. **(No estará cubierto el restante de los servicios).**

¿Estoy embarazada, cómo solicito cubierta de embarazo? El ginecólogo obstetra debe llenar documento de solicitud de cubierta de obstetricia y enviar

junto a prueba de embarazo positiva **(sangre)** al fax 787-774-4835. El actuará como su médico primario durante el embarazo.

¿Cuánto tiempo toma el proceso luego de enviar la solicitud para la cubierta de embarazo? El proceso luego de enviar todos los documentos tarda 72 horas, si es expedido 24 horas.

¿Es verdad que el plan tiene una línea de enfermería? Es correcto, el plan cuenta con una línea de salud 24/7. Esta línea es para evaluaciones de salud por enfermeras profesionales, el teléfono es 1-800-981-1352.

¿Es cierto que si me comunico a la línea de enfermería me brindan un número y con el no tengo que pagar por los servicios de sala de emergencia? Es correcto, las enfermeras le brindan la evaluación de salud y con ella un número de referencia para visita a sala de emergencia (de ser necesario). Este número se le brinda antes que esté en la sala de emergencia.

¿Tengo que pagar para utilizar la línea de enfermería?

No. La llamada es libre de cargos para el asegurado a través de un número 1-800 que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de asegurado. Puede llamar desde cualquier punto en Puerto Rico y los Estados Unidos

¿Qué es una emergencia?

Es una condición médica con síntomas agudos donde la vida de la persona corre peligro si no es atendida con prontitud.

¿Qué me cubre el plan si tengo que

acudir a sala de emergencia? Visita a la sala de emergencia, servicios para traumas, uso de sala de emergencia y cirugía, atención médica, terapia respiratoria sin limitaciones, tratamiento de especialistas o sub-especialistas de ser necesario, anestesia (excluye la epidural), material quirúrgico, pruebas de laboratorios, rayos X, drogas y medicinas, sangre y plasma.

¿Qué es una urgencia? Es toda condición que aun haciéndole sentir mal su vida no está en peligro por lo que puede ser atendida por un médico y no necesariamente debe ser en sala de emergencia.

¿Cómo recibo servicios de urgencia? Puede solicitar cita con su PCP o dirigirse a los centros de urgencia de su Grupo Médico Primario (ver en directorio listado centros de urgencia), además utilizar los servicios de la línea de salud 24/7.

¿Es una práctica aceptable que me cobren el copago en sala de emergencia indicando que no era una emergencia mientras que yo entendía que mi vida corría peligro? Recuerde que el médico que le atiende es quien va a determinar si es o no una emergencia, si el médico determina que no es emergencia se le cobrarán los copagos correspondientes.



¿Cuáles son las condiciones para ser

incluido en el registro de cubierta especial?

VIH-SIDA
Autismo
Lupus Sistémico Eritematoso
Escleroderma
Enfermedad Renal Crónica III y IV
Enfermedad Renal Crónica V
Pos trasplante
Tuberculosis
Cáncer
Esclerosis Múltiple
Fibrosis Quística
Artritis Reumatoidea
Anemia Aplásica
Hemofilia
Niños Con Necesidades Especiales
Lepra
Obstetricia

¿Puede un Nefrólogo ser PCP? Sí, pero solo a pacientes renales en estadio III al V.

¿Puedo solicitar la cubierta especial a un familiar que sufrió un CVA? Los accidentes cerebro-vasculares no están considerados dentro del registro de cubierta especial, no obstante Triple-S cubre los gastos relacionados.

¿Qué puedo hacer si mi cubierta especial expira? El médico determinará si amerita la extensión de la misma. De ser así, el médico primario o el médico que trata su condición debe enviar la solicitud de extensión junto con la evidencia del estatus en que se encuentra la condición y el plan de tratamiento al fax 787-774-4835 o cubiertasespeciales@ssspr.com.

¿PSG cubre los servicios si fui diagnosticado con Hepatitis C? Si usted fuera diagnosticado con Hepatitis C, una vez realizados los laboratorios o pruebas

que certifiquen que usted ha sido contagiado con dicha enfermedad, todos los servicios y tratamientos serán provistos a través del Departamento de Salud. Su médico primario debe indicarle al Programa de Manejo de Condiciones de Triple S sobre su diagnóstico para que Triple S le oriente y coordine su ingreso al Programa de Hepatitis C del Departamento de Salud.

¿Qué son los servicios preventivos, están cubiertos? Son servicios ofrecidos para mantener su salud en un estado óptimo. Sí, están cubiertos. Dependiendo del servicio requerirá referido o pre autorización.

¿Las vacunas están cubiertas? Son trabajadas a través del Departamento de Salud. PSG cubrirá las mismas siguiendo los periodos de itinerarios establecidos por el Departamento de Salud.

¿Los exámenes visuales están cubiertos? Sí, están cubiertos con referido.

¿Los exámenes de audición están cubiertos? Sí, están cubiertos con referido.

¿Los exámenes de la próstata están cubiertos? Sí, están cubiertos con referido.

¿La mamografía está cubierta? ¿A partir de qué edad? Sí, está cubierta a partir de los 40 años, si hay factores de riesgos puede ser solicitada antes por PA 787-774-9980.

¿La colonoscopia está cubierta? ¿A partir de qué edad? Sí, está cubierta a

partir de los 50 años, si hay factores de riesgos puede solicitarse por PA 787-774-9980.

¿La sigmoidoscopia está cubierta? ¿A partir de qué edad? Sí, está cubierta a partir de los 50 años, si hay factores de riesgos puede solicitarse por PA 787-774-9980.

¿Cuáles son mis beneficios dentales? Servicios preventivos para niños y adultos, restaurativos, examen oral completo, exámenes periódicos cada 6 meses, radiografías (periapicales, intraorales y de mordida, panorámicas), limpieza cada 6 meses (adultos y niños), Fluoruro para menores de 19 años, sellantes (menores 14 años), restauración con resina y amalgama, tratamientos de root canal, cirugía oral, tratamientos paliativos. **(Hacer referencia a guía del asegurado para tiempos).**

¿Cuáles pruebas diagnósticas están cubiertas por PSG? Laboratorios de alta tecnología, laboratorios clínicos, rayos X, pruebas diagnósticas especializadas, radioterapia, electrocardiogramas, patología, gases arteriales y pruebas de función pulmonar, electroencefalogramas.

¿Las terapias físicas están cubiertas por PSG? Sí, un mínimo de 15 terapias por asegurado por condición por año póliza, siempre y cuando sean solicitadas por fisiatra u ortopeda, Luego de las 15 Requiere PA 787-774-9980. Si son en el hogar PA 787-774-4837.

¿Las terapias ocupacionales, respiratorias y del habla están cubiertas? Sí están cubiertas con referido

y no tienen limitaciones. Si son en el hogar PA 787-774-4837.

¿Las visitas de médicos al hogar están cubiertas? Sí siempre y cuando sea médicamente necesario. Debe coordinarlo a través de su GMP. (Listado médicos que visitan el hogar).

¿Las anestесias están cubiertas? Sí, dependiendo del procedimiento, excepto la epidural.

¿Los servicios de patología están cubiertos? Sí, están cubiertos con referido.

¿Las prótesis están cubiertas? Sí, con PA 787-749-9980.

¿Los servicios de Home Care están cubiertos? Sí, con justificación médica PA 787-774-4837.

¿Las quimioterapias están cubiertas? Sí, con PA 787-774-4832.

¿Los estudios radiológicos están cubiertos? Sí, están cubiertos, (MRI, MRA, CT, PET Scan, Medicina Nuclear) Requieren de Pre-autorización, se solicita por fax enviando orden médica y justificación al 787-749-9980. Pet Scan 787-749-2995.

¿Las cirugías están cubiertas? Sí, están cubiertas, requieren PA. 787-749-9980.

¿La esterilización en hombres y mujeres está cubierta? Sí, tanto en hombres como mujeres está cubierta con referido del médico primario.

¿Los equipos de ostomía están

cubiertos? Sí, están cubiertos PA 787-774-4837.

¿Están cubiertas las transfusiones de sangre? Sí, están cubiertos, tanto la sangre, plasma o sus derivados sin limitaciones.

¿La enfermedad renal está cubierta? Sí, los servicios a pacientes con enfermedad renal en etapa 1 y 2 están cubiertos, ya en etapa 3, 4 y 5 se incluyen en la cubierta especial.

¿Está cubierta la reconstrucción de seno si tuvo cáncer? Sí, está cubierta, requiere de PA 787-749-9980.

¿Las prótesis para pacientes de cáncer de seno, están cubiertas? Sí, están cubiertas, requieren de PA 787-774-4837.

¿Los tratamientos para bajar de peso en obesidad mórbida, están cubiertos? Sí, están cubiertos.

¿La cirugía bariátrica está cubierta? Sí, está cubierta (refiérase a procedimiento para solicitar la cirugía). 787-749-9980.

¿Los servicios de ambulancia, están cubiertos? En caso de emergencia a través del 911. Pacientes encamados y citas para diálisis se deben pre autorizar con justificación y diagnóstico, enviando fax 787-706-2840.

¿Cuál es la cubierta de hospitalización? Cama en cuarto semi-privado, cuarto de aislamiento por razones médicas, guardería (nursery), comidas incluyendo servicios especializados de nutrición, servicios regulares de enfermería, uso de sala de operaciones, recuperación,

tratamiento y maternidad, drogas y medicinas sin limitaciones, vendajes, gasas, yeso o material terapéutico, pruebas diagnósticas especializadas, suministro de oxígeno, anestesia u otros gases, terapia respiratoria, servicios de rehabilitación mientras este hospitalizado, uso de facilidades de cirugía ambulatoria, sangre, plasma y derivados.

¿Tengo que pagar copagos por los medicamentos? Sí, de acuerdo a su cubierta serán los copagos a pagar (verificar cubiertas en sistema y tabla de copagos para orientación).

¿De qué manera puedo obtener un medicamento que no está en el formulario? A través de un proceso de excepción se puede solicitar el medicamento (debe ser un medicamento aprobado por FDA para el tratamiento de la condición). Debe someter con justificación de contraindicaciones a otros medicamentos en formulario y diagnóstico al área de farmacia y el plan evalúa la información. Se debe enviar por fax al 787-625-8698. Se demora de 3 a 5 días. Si se solicita de manera expedita se trabaja dentro de 24 a 48 horas.

¿Accidentes de auto, están cubiertos por PSG? No, está cubierto por ACAA.

¿Accidentes de trabajo están cubiertos por PSG? No, los accidentes de trabajo son atendidos a través de la CFSE (Corporación del Fondo de Seguro del Estado).

¿PSG cubre sus servicios médicos si mi hijo se cae jugando en la escuela o en una cancha? No, deben ser cubiertos por el seguro de la escuela o por el seguro

del lugar del accidente.

Mi médico me indica que puedo recibir servicio de forma ambulatoria, yo deseo que me hospitalicen, ¿el plan me cubre estos servicios? No, si el tratamiento puede ser suministrado de forma ambulatoria el plan no cubrirá estos servicios.

Mi médico indica que para realizarme unos estudios para el diagnóstico de mi condición de salud me va a hospitalizar, ¿el plan me cubre estos servicios? No, si la hospitalización es únicamente para propósito de diagnóstico, la hospitalización no estará cubierta.

¿El plan cubre los costos de teléfono y televisión? No, los gastos por servicios para comodidad personal no están cubiertos por PSG.

Mi hermana se estuvo quedando en el hospital para cuidarme, ¿el plan le puede pagar por estos servicios? No, los servicios prestados por familiares cercanos al paciente no están cubiertos por el plan.

¿Los trasplantes de órganos están cubiertos? No, los trasplantes están excluidos de la cubierta de PSG.

¿El plan cubre el tratamiento para controlar mi peso porque deseo verme mejor? No, los tratamientos para bajar de peso por razones estéticas no están cubiertos, debe haber una justificación médica.

¿El plan me cubre los servicios de Naturópatas pues soy seguidor de la

medicina natural? No está cubierto.

¿Me cubre el plan la cirugía para restaurar la función de procrear ya que me operé para no tener más hijos? No, el plan no cubre procedimientos para restaurar la función de procrear.

¿El plan me cubre si deseo someterme a una cirugía para corregir una desviación en la nariz que no me afecta la salud, pero no me gusta cómo me veo, me lo cubre el plan? No, las cirugías estéticas no están cubiertas.

¿El plan me cubre operarme los senos porque los tengo muy grandes? Si es para fines estéticos **NO**, si es por salud porque esté afectando la espalda de la persona asegurada puede ser solicitada por PA con evidencia de la situación para su respectiva evaluación. 787-749-9980.

Si tengo algún aborto provocado ¿está cubierto por el plan? No. (Refiérase a los códigos de abortos provocados, guía de asegurado).

¿El estudio de la apnea del sueño está cubierto por el plan? No, está excluido por PSG.

¿La diálisis está cubierta por PSG? Sí, está cubierto bajo la cubierta especial.

¿El plan me reembolsará si fui a un médico y pague por sus servicios? No, PSG no contempla reembolso.

Visite un médico, el cuál pague y no es proveedor participante de PSG, me envió a realizar unos exámenes, ¿me los cubre PSG? Debe escoger

proveedores participantes de PSG para que se cubran los servicios. Sólo si no hay una especialidad disponible se trabaja por acuerdo, queja o querrela pero no sin verificar antes proveedores participantes y seguir cuidado coordinado.

¿Me cubre el servicio si asistí a sala de emergencia y necesité de los servicios de un especialista para controlar mi situación de salud si no es proveedor del plan? Sí, en casos de emergencia real se trabaja a través de excepción una vez la aseguradora evalúe la situación de emergencia real.

¿Están cubiertos los espejuelos, lentes de contactos y audífonos? No, están excluidos de la cubierta.

¿Están cubiertos por el plan los equipos médicos durables (DME), cama de posiciones, tanque de oxígeno? No están dentro de la cubierta, pero sí es para preservar la vida del paciente, es considerado por el proceso de excepción. 787-774-4837.

¿Está cubierto un cambio de sexo? No, está excluido de la cubierta.

¿La inseminación artificial o In Vitro está cubierta por PSG? No, los tratamientos para la infertilidad o relacionados están excluidos.

¿Para qué me sirve la cubierta especial? La función de la cubierta especial es que paciente no tenga que buscar referidos para tratar su condición y visitar los especialistas necesarios para la misma. Se requerirá referido para servicios que no tengan que ver con la condición.

¿Necesito referido para ir al ortopedista si tengo cubierta especial para cáncer de pulmón? Sí, ya que no está relacionado con la cubierta especial.

¿Cuál es el proceso si tengo que realizarme laboratorios que deben ser enviados fuera de PR? Debe ser solicitada la PA al plan. Generalmente son laboratorios genéticos, si no está en listado de laboratorios cubiertos paciente tiene que pagar por el envío a estados unidos de los laboratorios.

¿El plan cubre si soy ingresado a una unidad de cuidado intensivo? Sí, está cubierto.

¿Está cubierto por el plan las terapias con cámara hiperbática? Sí, requiere de la PA del plan, debe someterse con la justificación y diagnóstico 787-774-4837.

¿Están cubiertos los medicamentos inmunosupresores para pacientes trasplantados? Sí, están cubiertos.

¿Los medicamentos para la tuberculosis y lepra están cubiertos? Sí, están cubiertos bajo la cubierta especial.

¿La prueba de embarazo está cubierta? Sí, está cubierta con referido.

¿Qué me cubre el plan durante el embarazo? Servicios prenatales, Servicios médicos durante el embarazo y post parto, servicios de enfermera obstétrica y médico durante el parto normal o cesárea, hospitalización por maternidad cuando sea médicamente recomendado, hospitalización por al

menos 48 horas (parto vaginal) y 96 horas (cesárea), anestesia, excepto la epidural, uso de incubadora (sin limitaciones), Monitor fetal (solo en la hospitalización), cuidado en nursery room para recién nacido, transporte al recién nacido a otra facilidad de ser necesario, asistencia del pediatra durante el parto por cesárea o de alto riesgo.

¿Cuántos sonogramas me cubre el plan si estoy embarazada? El plan cubre tres sonogramas por cada trimestre. Si es necesario un cuarto sonograma dentro del trimestre corriente requiere PA 787-749-9980.

¿Está cubierto monitoreo fetal para estar en mi hogar si estoy en mi 5to mes de embarazo? El monitoreo fetal sólo está cubierto en el hospital al momento del parto, no está cubierto de forma ambulatoria.

¿Está cubierta la amniocentesis genética? Sí, está cubierta con el código 88267.

¿Por cuánto tiempo está cubierto mi bebé después del nacimiento? El bebé está cubierto por 90 días con la cubierta de mamá. Debe coordinar cita antes de 30 días del nacimiento para adición del bebé con Programa Medicaid.

¿Cuánto tiempo más después de alumbramiento estoy en registro de obstetricia? 40 días.

¿Están cubiertas las pastillas anticonceptivas? Están cubiertas a través de las Clínicas de Planificación Familiar del Departamento de Salud 787-286-0535.

¿La circuncisión a mi bebé está cubierta? Sí, está cubierta. Cuando se realiza en la admisión del nacimiento del bebé se contempla para estar facturado bajo el número de contrato de mamá y entra dentro de los servicios cubiertos bajo registro Obstetricia de mamá. Si se realiza luego del alta del nursery, requiere de referido.

¿Está cubierto por el plan el medicamento Tamiflu? Sí, solo a través del proceso de excepción ya que no hay alternativas en el formulario, se debe solicitar con prueba de influenza positiva dentro de las primeras 48 horas. Se debe enviar orden médica, justificación y la prueba de laboratorio positivo al 787-625-8698. (Proceso de PA toma de 24-48 horas).

¿El traslado de hospital a hospital en ambulancia está cubierto? Sí estará cubierta dentro de los gastos de hospitalización, los hospitales deben coordinar el servicio entre sí.

¿Los yesos están cubiertos por PSG? Sí, solo el blanco, el código es el A4580.

¿Cómo están cubiertas las vacunas? Según Itinerario del Departamento de Salud. (Verificar nombre de la vacuna y código de procedimiento).

¿Dónde puedo obtener la vacuna Rhogan? La primera dosis es a través del Departamento de Salud (Ver listado de farmacia participantes). La segunda dosis es a través de PA con el Departamento de Farmacia de Triple S 787-625-8698.

Deseo una carta de exclusión del plan para un servicio ¿qué debo hacer? Si es

una exclusión del plan (Refierase a la Guía del Asegurado pags. 46-49 para listado de exclusiones) podemos proveerle una carta de servicios excluidos de su cubierta.

¿Los co-pagos para la cubierta dental son por cada servicio, intervención o es un global si son preventivos? Si son preventivos es uno por visita, si le van hacer varias restauraciones le cobran una nada más.

¿La endodoncia está cubierta por PSG? No está cubierta.

¿Cómo obtengo una carta de utilización del plan (Todos los servicios recibidos desde una fecha X)? Se le puede solicitar la carta, el tiempo que puede tardar es de 30 a 90 días calendario, se le estará enviando por correo. **Recuerde pedir la fecha desde y hasta cuando desean la carta.** (Se debe canalizar a través del proceso de Call Back PSG por SASSS).

Coordinación de Beneficios

Tengo un plan privado y me están cobrando los copagos, ¿Triple S me cubre los copagos de mi plan primario? Sólo si el proveedor toma los dos planes y realiza la coordinación de beneficios y si los servicios están dentro de la cubierta de PSG, los copagos no pueden exceder la cantidad contratada para el servicio.

HIPAA y Representante Autorizado

¿Qué es un PHI? Es un documento que autoriza a familiar o encargado del asegurado para que se le brinde información protegida de salud sin

necesidad de que el asegurado se encuentre presente.

Quejas, Querellas y Apelaciones

¿Qué puedo hacer si me denegaron unos servicios solicitados por PA? Usted tiene derecho a apelar la decisión del plan, debe enviar la documentación necesaria que sustente el caso junto documento de denegación que recibió.

¿Cómo realizo una queja o querella?

Las quejas y querellas se puede procesar a través de una oficina regional o llamando a Tele PSG 1-800-981-1352. Tiene la alternativa de comunicarse con la Oficina del Procurador de la Salud (OPS) o ASES para someter la queja o querella.