


VHP

Manual del miembro
y
descripción de la cobertura

NÚMEROS TELEFÓNICOS IMPORTANTES

VHP Servicios para miembros/cobertura (615) 782-7878
Servicios de salud Mental/abuso de
 substancias nocivas (Premier) (800) 325-7864
Servicios farmacéuticos (888) 645-9303
Servicios de transporte (615) 862-6630
(Para casos que no sean de emergencia)
Sitio de Web www.vhptn.com

Su proveedor primario de asistencia médica:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Línea directa de la agencia TennCare (800) 669-1851

DIRECCIONES IMPORTANTES

VHP – oficinas Administrativas:
VHP
210 Westwood Place, Suite 200
Brentwood, TN 37207

VHP – reclamaciones:
VHP
P.O. Box 472007
Tulsa. OK 74147

Este manual sólo contiene una descripción general de los beneficios disponibles para Ud. bajo el plan VHP. Los beneficios están sujetos a todos los términos, condiciones, limitaciones y definiciones indicados en el contrato, así como a todas las disposiciones requeridas por las leyes del estado de Tennessee.

Información personal para VHP




Llene la siguiente información y actualícela a medida que surjan cambios.


	NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN VHP	PROVEEDOR PRIMARIO DE ASISTENCIA MÉDICA (PCP)	NÚMERO TELEFÓNICO DEL PROVEEDOR PRIMARIO DE ASISTENCIA MÉDICA (PCP)
USTED				
CÓNYUGE				
HIJO/A				
HIJO/A				
HIJO/A				
HIJO/A				
HIJO/A				
HIJO/A				
HIJO/A				
HIJO/A				

Cobertura de servicios preventivos de salud para adultos no embarazados:

Edad → Servicio ↓	Visita Inicial Edad: 19 ó mayor	Visitas de seguimiento Edad: 19 a 39 años	Visitas de seguimiento Edad: 40 a 64 años	Visitas Complementarias Edad: 65 ó mayor
Historial y Examen Físico	Una vez – visita inicial	Cada 1 a 3 años	Cada 1 a 3 años	Cada año; también examen de vista y oído
Laboratorio	Según se indique para evaluación	Prueba de Papanicolau cada 1 a 3 años, colesterol total; otros, si hubiera factores especiales de riesgo, por ejemplo: Mamografía (verifique con PCM)	Prueba de Papanicolau cada 1 a 3 años; mamografía cada 1 a 2 años, después de los 50 años de edad; colesterol total; otros, para miembros con altos riesgos (consulte con su PCP las pruebas de laboratorio adicionales)	Mamografía cada 1 a 2 años hasta los 75 años de edad (mujeres); índices tiroideos (mujeres); análisis de orina por sonda; colesterol total; otros para miembros con riesgos especiales (consulte con su PCP las pruebas de laboratorio adicionales, tales como la prueba de Papanicolau)
Terapia especial	Hábitos de salud; estilo de vida; prevención de lesiones; nutrición; etc. (consulte con su PCP)	Prevención de lesiones; salud dental; examen de hemoglobina y protección de la piel contra la luz ultravioleta (para miembros con factores especiales de riesgo)	Prevención de lesiones; salud dental; protección de la piel contra la luz ultravioleta; explicación de la terapia con aspirina para hombres y reemplazo de estrógeno para mujeres	Igual que de 40 a 64 años de edad; También examen de glaucoma
Vacunas	Tétanos – difteria; inyección de refuerzo cada 10 años o según lo indicado	Tétano – difteria: inyección de refuerzo cada 10 años; miembros con factores especiales de riesgo: hepatitis B, neumocócico; influenza (cada año); sarampión, paperas, rubéola	Igual que de 19 a 39 años de edad, excluyendo sarampión – paperas y rubéola (MMR)	Inyección de refuerzo para tétano y difteria cada 10 años; influenza cada año; neumocócico y, según sea necesario, hepatitis B



Manual del miembro



Índice

LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN VHP... ..	4
INTRODUCCIÓN	8
¿Qué es TennCare?	
¿Qué es VHP?	
Bienvenido a VHP	
No discriminación	
QUIÉN TIENE DERECHO A COBERTURA	9
Derecho a cobertura	
Cambio de plan	
Cómo darse de baja de VHP	
USTED Y SU PROVEEDOR PRIMARIO DE SERVICIOS DE SALUD	11
Usted, su salud y el proveedor primario	
Cómo obtener atención médica de su proveedor primario	
Conozca a su proveedor primario de servicios de salud	
Obtención de servicio médico en caso de enfermedad	
Atención de un especialista	
Admisión hospitalaria	
Referencias recibidas antes de la afiliación a VHP	
NECESIDADES ESPECIALES	15
Dónde obtener los medicamentos	
Salud mental, drogadicción y alcoholismo	
Embarazo y parto	
Médicos o profesionales que no trabajan con VHP (proveedores no afiliados a la red)	
Administración de casos	
Administración de enfermedades	
Transportación	
EMERGENCIAS	19
Atención de emergencia	
Atención de emergencia fuera de zona	
DENTISTAS Y OCULISTAS.....	21
Cuidado Dental	
Cuidado de la Vista	
SI UD. TAMBIÉN CUENTA CON MEDICARE.....	23
Instrucciones especiales de Medicare	

Índice (continuación)

OTRAS COSAS QUE NECESITA SABER ACERCA DE VHP	24
Cambio de nombre o dirección, e inclusión de familiares	
Cambio de proveedor primario de servicios de salud (PCP)	
Derechos de los miembros de VHP	
Responsabilidades de los miembros de VHP	
COSTOS DE VHP	28
Deducibles y copagos	
PROCEDIMIENTOS DE VHP	29
Cómo presentar una queja	
Cómo presentar una apelación	
Apelaciones para servicios de urgencia	
Si su apelación es denegada	
Cómo obtener una revisión acelerada	
FORMULARIO DE APELACIÓN	31
Instrucciones de llenado del formulario de Apelación	
DIRECTIVAS POR ADELANTADO	33
Testamento de vida y certificado de donante de órganos	

Introducción

¿Qué es TennCare?

TennCare es el nombre del plan de salud del Estado de Tennessee. TennCare cubre a los miembros de Medicaid, así como a algunas personas que no tienen seguro o que no pueden ser aseguradas. Las pautas de TennCare provienen de la agencia TennCare, una agencia del Departamento de salud del estado de Tennessee. La agencia TennCare trabaja con muchas organizaciones de administración de servicios de salud (MCO) en Tennessee, como VHP.

¿Qué es VHP?

VHP es una Organización de mantenimiento de salud (HMO) que cubre el cuidado preventivo de la salud (exámenes de la mama, vacunas infantiles, exámenes regulares, etc.) de las personas, así como otros servicios médicos cubiertos por los seguros tradicionales. VHP desea proveer el servicio médico más adecuado al mejor precio. VHP se vale de un proveedor primario de servicios de salud – también conocido como PCP por sus siglas en inglés– que coordina y administra los servicios médicos de las personas. La red de proveedores de servicios de salud de VHP incluye al centro médico de la Universidad Vanderbilt y a aproximadamente 450 médicos generales y especialistas y

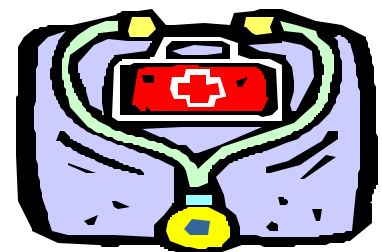
enfermeras. Esta red de profesionales y VHP trabajan en conjunto para mantenerle saludable y para detectar anticipadamente problemas de salud.

Bienvenido a VHP

Éste es su manual de miembro, el cual le explica cómo utilizar VHP. Manténgalo a la mano. Si tiene preguntas relacionadas con el contenido de este manual, llame al teléfono de atención a miembros de VHP, (615) 782-7878, de lunes a viernes, de 8 AM a 5 PM. Con gusto contestaremos sus preguntas.

No discriminación

En ningún programa o servicio proporcionado por VHP se le excluirá a ninguna persona, ni se le negarán sus beneficios, ni se discriminará en contra de ella, con base en su raza, color de piel, origen, sexo, edad o discapacidad.



¿Quién tiene derecho a cobertura?

Derecho a cobertura

El derecho a cobertura y la afiliación de los miembros de TennCare es la responsabilidad de la agencia TennCare. El derecho a cobertura por VHP se limita a aquellas personas que reúnen los siguientes requisitos:

- tienen derecho a cobertura de Medicaid o tanto de Medicare como de Medicaid, bajo el programa de Medicaid del estado de Tennessee;
- no puedan adquirir un seguro médico debido a una condición médica ya existente;
- carecen de acceso a un seguro médico empresarial, o a un programa médico gubernamental (ya sea directamente o a través de un familiar), y que continúan sin tener acceso;
- sean menores de 19 años de edad y que no tengan acceso a un seguro médico a través de sus padres;
- residan en la(s) zona(s) de servicio comunitario donde VHP está autorizado a proveer servicio.

Cambio de Plan

Ud. puede cambiar a otro MCO:

- en un lapso de 45 días tras recibir una carta de TennCare notificando el MCO al que pertenece;
- durante un período anual de afiliación abierta;
- si se muda fuera de la zona de servicio de VHP;
- en caso de insatisfacción, siempre y cuando TennCare indique que puede cambiar de plan, (Ud. debe pasar por el proceso de apelación).

Cómo darse de baja de VHP

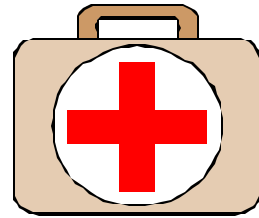
Las únicas razones por las que Ud. puede salir del plan VHP son las siguientes:

1. si cambia de organización de administración de servicios de salud (MCO) durante el próximo período de cambio de MCO o en un plazo de 45 días tras inscribirse;
2. si pierde su derecho a cobertura de TennCare;
3. si adquiere el derecho a participar en un plan de salud patrocinado por un empleador, o en Medicare;
4. si adquiere cobertura médica individual (no empresarial);
5. si se da de baja de TennCare por sí mismo (para información sobre este procedimiento, llame a la agencia TennCare al 1-800-669-1851);
6. si puede pagar sus primas, pero no lo hace o se rehúsa a hacerlo [Ud. Cuenta con un período de gracia de sesenta (60) días antes de que TennCare inicie el proceso de baja];
7. si está en condiciones de pagar los deducibles y los copagos del VHP, pero no lo hace, y TennCare aprueba darlo de baja del plan;
8. si se muda fuera de la zona de servicio de VHP;
9. si permite que otra persona reciba servicio médico utilizando su tarjeta de identificación de VHP;

10. si deliberada y repetidamente Ud. se rehúsa a cumplir con los requisitos de VHP o de TennCare;
11. si utiliza su tarjeta de identificación de VHP para adquirir drogas o suministros de manera ilegal o para reventa; o
12. si obtiene el derecho a cobertura de TennCare mediante fraude, información falsa o engaño, o si su existencia, identidad y/o derecho a cobertura no pueden ser comprobados;
13. si no responde a las solicitudes de verificación de la información provista por Ud. en su solicitud de TennCare, o de la información

14. que reciba en cualquier momento la agencia de TennCare sobre el proceso de reverificación, de otro miembro, de un proveedor, o de VHP;
15. si Ud. no puede ser localizado por las Oficinas de TennCare; o
16. si Ud. fallece.

Si VHP decide pedir a la agencia de TennCare que lo dé de baja de nuestro plan, la agencia de TennCare se lo comunicará. La agencia decidirá si Ud. debe ser dado de baja, le explicará la razón y le dará la oportunidad de apelar la decisión.



Usted y su proveedor primario de servicios de salud

Usted, su salud y el proveedor primario
Con VHP, Ud. dispone de un proveedor primario de servicios de salud, o PCP. El PCP es su médico, enfermero practicante o asistente médico al que Ud. recurre para servicios de salud. Cada miembro de VHP dispone de un proveedor primario de servicios de salud. El nombre de su PCP se indica al frente de su tarjeta de identificación VHP.

Su PCP puede ofrecerle vacunas, exámenes y sugerencias de salud, dietas y ejercicios. La mayor parte de su cuidado médico provendrá de su PCP. Las visitas regulares a su PCP le ayudarán a mantenerse saludable y a detectar problemas menores antes de que constituyan un peligro.

Su PCP tendrá su expediente médico. En él, su PCP mantendrá un historial de la atención médica que Ud. haya recibido, lo cual le servirá para evaluar su condición general de salud.

Su proveedor primario de servicios de salud le brindará atención médica y, cuando sea necesario, le enviará a un especialista; esto último se conoce como "referencia". Para mayor información sobre los servicios de los especialistas y sobre referencias, vea la página ().

RECUERDE: Su PCP tiene que aprobar sus servicios médicos; de lo contrario, es posible que VHP no pague la atención médica (a menos que se trate de una emergencia).

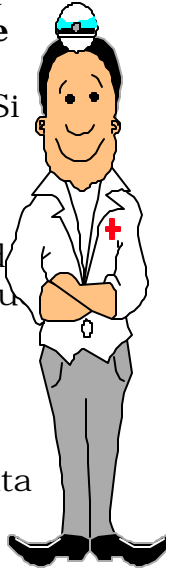
Si Ud. también cuenta con Medicare, vea la sección correspondiente a Medicare en la página () donde se indican instrucciones especiales sobre Medicare. En caso de tener Medicare y

TennCare, Ud. puede seguir viendo a su médico de Medicare, **a menos que** su plan de Medicare fuera Parte A (únicamente atención hospitalaria). Si tiene Medicare Parte A, usted debe acudir al PCP de VHP para atención médica. Si tiene Medicare, para que VHP pague sus medicamentos, usted deberá obtenerlos en una farmacia que tenga convenio con VHP.

Cómo obtener atención médica de su proveedor primario

Tan pronto como sea posible, haga cita para acudir a su PCP. Esto es importante si Ud. recibía atención regular o tratamiento, antes de volverse miembro de VHP, o si Ud. cambia a otro PCP. El nombre de su PCP se indica en el frente de su tarjeta de identificación de VHP. El nombre, dirección, número de teléfono y horario de su PCP aparecen en la Guía de proveedores de VHP. Cuando Ud. esté listo para ver a su PCP:

- Haga una cita telefónica con su PCP;
- Cuando llame, tenga a la mano su tarjeta de identificación de VHP;
- Indique que es miembro de VHP y provea su número de identificación de VHP (número de seguro social);
- Anote la fecha y hora de su cita, y las demás instrucciones que reciba;
- Acuda puntual a su cita;
- Al acudir a la cita, lleve consigo su tarjeta de identificación de VHP;
- En caso de haberlo, pague el copago y/o el deducible; y recuerde
- Si no puede asistir a la cita, llame al PCP para cancelar y hacer otra.



Si necesita ayuda para acudir a la cita con el VHP, es posible obtener los servicios de un conductor o transporte. VHP puede ayudarle con esto a través de la agencia de servicio comunitario de su comunidad. Para mayor información sobre los servicios de transporte, vea la página ().

Usted debe acudir a su PCP para exámenes regulares, aún si se sintiera bien. La atención médica que lo mantiene saludable a veces se denomina **cuidado preventivo**. Este tipo de atención incluye vacunas, exámenes o cuidado preventivo infantil. **Los miembros de VHP nunca pagan copago o deducible por los servicios preventivos cubiertos.**

Conozca a su proveedor primario de servicios de salud (PCP)

A su primera cita con su PCP, lleve los medicamentos que esté tomando. De esta manera, ayudará a que su PCP conozca qué medicinas está tomando. El formular preguntas acerca de su salud y de su atención médica, le ayudará a Ud. y a su médico a conocerse. Algunas de las preguntas que Ud. podría hacerle son:

- ¿Cómo estoy de salud?
- ¿Qué debo hacer para permanecer saludable?
- ¿A cuáles exámenes debo someterme, cuándo y por qué?
 - ¿Exámenes regulares?
 - ¿Mamografías (examen de la mama)?
 - ¿Exámenes de presión sanguínea?
 - ¿Exámenes de próstata?
 - ¿Examen de colesterol?
 - ¿Visita de cuidado preventivo infantil?

¿Prueba de Papanicolau?

¿Examen dental?

- ¿Cuál es la importancia de los exámenes a los que me he sometido?
- ¿Cuándo debo vacunarme?
- ¿Con qué frecuencia debería verle?

Las respuestas para los adultos pueden ser diferentes de las respuestas para los niños. Es conveniente que usted anote esta información.

Si su PCP decide no trabajar más con VHP, le enviaremos una carta informándolo y una nueva tarjeta de identificación de VHP con el nombre de su nuevo PCP. Ud. Puede visitar a este nuevo PCP o elegir a otro.

Para escoger a otro PCP, basta con que busque uno cercano en su guía de VHP. Llame al consultorio del PCP que eligió y compruebe que continúe trabajando con VHP y que acepta nuevos pacientes. Llame al teléfono de atención a miembros de VHP para comunicarnos el nombre de su nuevo PCP.

Obtención de servicio médico en caso de enfermedad

Usted tal vez no sepa si necesita atención médica. Si no está seguro, llame para asistencia a su proveedor primario de servicios de salud (PCP) en horario de oficina. Los PCP proveen una cobertura continua a todos los pacientes. Si Ud. llama a la oficina de su PCP después de que ha cerrado, podrá hablar con una operadora, quien le podrá informar si su PCP está de guardia o si otro PCP está atendiendo a sus pacientes. Los servicios se cubrirán de la manera que se indica en la descripción de la cobertura (que se encuentra al final de este manual).



Si al momento de sentirse mal está fuera de casa, siga los mismos procedimientos. Su PCP puede aconsejarle que reciba atención médica antes de regresar a casa. Al recibir la atención médica, muestre su tarjeta de identificación VHP y pida al médico que envíe la cuenta a VHP. Si el profesional a cargo no quiere enviar la cuenta a VHP, pídale que la envíe a su domicilio. Al recibir la cuenta, llame al teléfono de atención a miembros de VHP, 615-782-7878. Si tiene que pagar por los servicios médicos en el momento, asegúrese de que le entreguen una factura. Una vez en su casa, llame a atención a miembros de VHP para notificar sobre la cuenta. **Recuerde mostrar su tarjeta de identificación de VHP siempre que reciba atención médica.**

Al llamar a su PCP, le podrán formular algunas preguntas para saber qué atención necesita:

- ¿Qué le pasa? (¿Cuál es el motivo de su llamada?)
- ¿Hace cuánto tiempo se siente mal?
- ¿Qué ha hecho para sentirse mejor?
- ¿Qué le ha hecho sentirse mejor o peor?
- ¿Cuál es la edad y peso de su niño? (Si la llamada se refiriera a su hijo.)
- ¿Qué farmacia afiliada a VHP emplea? (Tenga a mano el

nombre y número de teléfono de la farmacia.)



Atención de un especialista

Su proveedor primario de servicios de salud es quien está a cargo de su atención médica. Él sabrá cuál es el mejor tratamiento para Ud. Su proveedor primario de servicios de salud le proveerá la atención que Ud. necesite o le enviará a un especialista; a esto último se le llama referencia.

- Acuda puntual a su cita. Lleve consigo su tarjeta de identificación VHP.
- Pague el copago y/o el deducible. Si no pudiera asistir a la cita, llame a la oficina del PCP para reprogramarla.

Recuerde: su PCP tiene que aprobar todo lo relacionado con su tratamiento, a menos que se trate de una emergencia.

Admisión hospitalaria

Su PCP o médico especialista conoce su estado de salud y es la mejor persona para decidir dónde debe recibir tratamiento médico. Si Ud. necesita ser hospitalizado, su médico hará los arreglos necesarios, y se encargará de los exámenes de laboratorio y de preadmisión. De ser necesario, su médico también le conseguirá tratamiento en su hogar, tras la hospitalización.

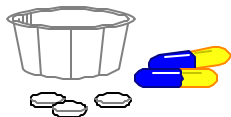
En el hospital, muestre su tarjeta de identificación de VHP, para que dispongan de su número de identificación y telefónico.

Referencias recibidas antes de la afiliación a VHP

Previas a su afiliación a VHP, Ud. puede tener referencias o autorizaciones de otro plan TennCare que no hubiere utilizado, o recetas

médica no cubierta. **A partir de la fecha de su afiliación a VHP, dejan de ser válidas.** Para obtener referencias, autorizaciones y/o recetas dentro de la red VHP usted debe acudir al PCP de VHP.

Necesidades especiales



Dónde obtener los medicamentos

Para los medicamentos que necesita, debe acudir a una farmacia afiliada a VHP, a menos que se trate de una emergencia.

Busque las farmacias afiliadas a VHP en el directorio de proveedores de VHP, al final de este manual, o llamando al teléfono de atención a miembros de VHP, 615-782-7878. Muestre su tarjeta de identificación de VHP al farmacéutico solicite sus medicamentos.

VHP dispone de una lista de medicamentos cubiertos por el plan; su médico cuenta con dicha lista. Si el médico prescribe un medicamento no listado y su farmacéutico le indica que VHP no lo cubre, pídale que llame al médico. Éste podría aprobar un medicamento diferente.

Algunos medicamentos no están cubiertos por TennCare y VHP no los pagará. Algunos ejemplos de medicamentos no cubiertos son los utilizados por motivos cosméticos, tales como Rogaine, y drogas para el tratamiento de la impotencia, tales como Caverjet y MUSE.

Si...

- su médico no pudiera conseguir la aprobación del medicamento el mismo día que lo solicite, o si el farmacéutico no puede

comunicarse con su médico para decirle que el medicamento no se encuentra en la lista de VHP, el farmacéutico tiene que proveerle suficiente medicamento para 72 horas o, en caso de que la cantidad prescrita sea para un periodo menor que 72 horas, por el tiempo que hubiere sido recetado, siempre y cuando el medicamento:

- esté clasificado como eficaz por la Dirección de alimentos y medicinas (FDA),
- sea un medicamento terapéutico cubierto por TennCare,
- no cause reacciones adversas a su condición médica,
- no esté en contra de las leyes estatales y federales de sustancias controladas.

Si...

- el medicamento recetado por su médico no es aprobado por VHP, Ud. tendrá que pagarlo.

Si...

- hay un copago o un deducible para los medicamentos, usted deberá pagarlo.

Si...

- también tiene Medicare, para que VHP cubra su medicamento, deberá ir a una farmacia afiliada a VHP.

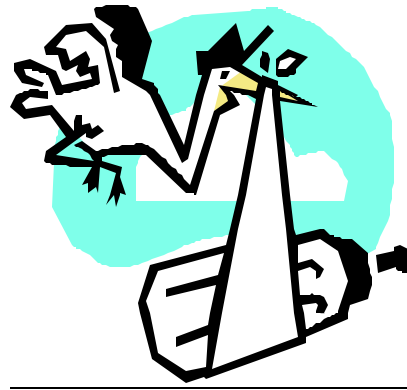


Salud mental, drogadicción y alcoholismo

Podría haber una ocasión en la que Ud. necesite tratamiento psicológico o terapia para drogadicción o alcoholismo. Todos los servicios de salud mental y de drogadicción y alcoholismo son provistos por las Organizaciones de salud mental de TennCare (BHO). Algunas de las BHO trabajan con determinados planes de salud de TennCare. Si Ud. cambia de plan TennCare, es posible que también cambie el plan BHO.

Los servicios de salud mental, drogadicción y alcoholismo son administrados por Sistemas de salud mental Premier de Tennessee. Para su atención psicológica, de drogadicción y de alcoholismo, usted debe tener otro manual del miembro y otra tarjeta de identificación de Premier. El teléfono de Sistemas de salud mental Premier de Tennessee es 1-800-325-7864.

Para recibir ayuda psicológica o terapia por drogadicción o alcoholismo, no es necesario que Ud. consulte previamente con su proveedor primario de servicios de salud.



Embarazo y Parto

El tratamiento médico regular antes del nacimiento de su bebé le ayudará a tener un mejor parto y un bebé más sano. Si Ud. está embarazada puede recurrir a su PCP o a un ginecólogo u obstetra. No es necesario que su PCP lo refiera con el ginecólogo u obstetra. Llame a atención a miembros de VHP o al ginecólogo u obstetra para comprobar que trabaje con VHP. Si el ginecólogo/obstetra no trabaja con VHP, **es posible que VHP no pague su atención médica.**

Acuda a todas sus citas, aún cuando se sienta bien. Además, es muy importante que tome las vitaminas que se le indiquen.

Una vez nacido su bebé, deberá llamar a su proveedor primario de servicios de salud para obtener atención de seguimiento para usted y su bebé.

Usted también tendrá que obtener un número de identificación

TennCare para su bebé. Para obtener dicho número, llame a la línea gratuita de de TennCare, 1-800-669-1851 o, si Ud. tuviera Medicaid por parte del Departamento de servicios humanos, (DHS), llame a su oficina local.

Médicos y profesionales que no trabajan con VHP (proveedores no afiliados a la red)

Si su proveedor primario de servicios de salud (PCP) necesita referirlo a un médico que no trabaja con VHP, él deberá conseguir primero la aprobación de VHP. **Exceptuando las emergencias, ésta es la única situación en la que VHP paga los servicios de un proveedor no afiliado a VHP.**

Si en la actualidad Ud. paga un copago o un deducible por la cobertura de VHP, es probable que tenga que pagar la misma suma al médico al que lo hayan referido su PCP y VHP. No todos los miembros de VHP tienen que pagar copagos o deducibles. En el frente de su tarjeta de identificación de VHP se indica si usted debe pagar un copago o deducible. Si tiene problemas para obtener una cita con un ginecólogo u obstetra afiliado a VHP o con su PCP, sírvase llamar al departamento de atención a miembros.

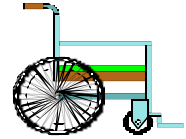
Si estuviera embarazada al momento de afiliarse, llamar al departamento de administración de casos, al 1-800-316-2273 extensión 3252.

Si se presentaran problemas médicos durante su embarazo, se le podría asignar a uno de los administradores de casos de VHP que le ofrecerá apoyo para la obtención de servicios médicos especiales.

Si Ud. acudía a un proveedor médico antes de asociarse a VHP o antes de cambiar de PCP, su nuevo PCP de VHP deberá aprobar cualquier tratamiento antes de que Ud. pueda acudir a otro proveedor. Usted debe informar a su PCP sobre cualquier tratamiento que recibiera antes de asociarse a VHP. Su PCP necesita toda la información médica de Ud. para determinar cuál es la mejor atención que puede brindarle

y qué otros proveedores necesita consultar.

Recuerde: Si Ud. acude a un proveedor no aprobado por su PCP, VHP no pagará su atención médica, a menos que se trate de una emergencia.



Administración de casos

Un administrador de casos es una enfermera o trabajador social que ayuda a los miembros que sufren de condiciones médicas graves o que tienen necesidades médicas complicadas, a conseguir la atención médica que necesitan. El administrador de casos hará lo siguiente:

- se comunicará con Ud. para obtener su autorización para asignarle un administrador de casos;
- obtendrá información sobre su condición médica y lo que pudiera afectarla;
- trabajará con Ud. para determinar el tipo de cuidado o tratamiento que necesita;
- trabajará con Ud. y con su proveedor primario de servicios de salud para conseguirle la atención médica necesaria;
- responderá sus preguntas sobre su atención médica.

Es posible que se le asigne un administrador de casos para ayudarle a organizar sus necesidades médicas, si usted:

- acude con frecuencia a la sala de emergencias;
- es hospitalizado a menudo;

- necesita cuidado médico como consecuencia de un trasplante;
- tiene muchas necesidades médicas cubiertas por varios proveedores;
- toma muchos medicamentos diferentes;
- necesita ayuda para obtener atención médica fuera de un hospital.

Si Ud. considera que necesita servicios de administración de casos, llame al departamento de atención a miembros, al 615-782-7878. El representante de atención a miembros remitirá su información al equipo de administración de casos. Es posible también que su médico solicite servicios de administración de casos a su nombre, pero siempre se comunicará con usted un administrador de casos para obtener su autorización para asignarle un administrador de casos.

La atención médica puede ser desconcertante, especialmente en tiempos de crisis. Su administrador de casos le ofrecerá apoyo y guía en estos difíciles momentos.



Administración de enfermedades

Si Ud. sufre de una condición médica crónica (una dolencia que no desaparece, como asma o diabetes), sabe perfectamente la importancia de controlarla diariamente. Si puede controlar su condición médica, disfrutará de una vida más saludable y prolongada. Las enfermeras de la Administración de enfermedades le asistirán a usted y a sus proveedores de atención médica para mantenerlo

tan saludable como sea posible, educándole sobre su enfermedad, y ayudándole a descubrir y a eliminar los obstáculos que evitan que reciba la atención médica y los medicamentos que necesita de manera regular. Nuestro equipo de administración de enfermedades se mantendrá en contacto con sus proveedores médicos. Recuerde que es muy importante que Ud. siga las recomendaciones de su médico para tratar su enfermedad.

Sabemos que es muy difícil confrontar diariamente una condición médica permanente. Esperamos poder trabajar con Ud. y sus médicos para mantenerlo tan saludable como sea posible.

Transportación

Si usted no puede acudir a sus citas con VHP, es posible que pueda obtener un transporte. Para averiguar si Ud. tiene derecho a servicios de transporte, llame a la Agencia de servicios comunitarios (CSA) al (615) 862-6630.

Si Ud. tiene derecho a utilizar los servicios de transporte, trate de llamar a la agencia de servicios comunitarios local por lo menos **una semana antes de su cita** y no olvide llevar consigo su tarjeta de identificación de VHP.

Nota: Si el PCP de su elección se encuentra a más de treinta (30) millas o treinta (30) minutos de su domicilio y otro PCP localizado a menos de (30) millas o treinta (30) minutos de distancia está aceptando nuevos pacientes, VHP no se hará cargo de su transportación.

Emergencias



Atención de emergencia

Si Ud. cree que tiene una emergencia, acuda a la sala de emergencias más cercana o llame al 911, o al servicio local de ambulancias. Si no tiene la certeza de necesitar servicio de emergencia, llame a la oficina de su proveedor primario de servicios de salud (PCP). No es necesario que Ud. obtenga ninguna aprobación antes de acudir a la sala de emergencias.

Los servicios de emergencia están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana. A continuación se indican algunos casos que podrían constituir una emergencia:

- falta de aliento, imposibilidad de hablar
- herida profunda, huesos rotos y quemaduras
- hemorragias que no se puedan detener
- dolor fuerte y constante en el pecho
- dolor fuerte y constante en el estómago
- ataques que provocan desmayos
- inmovilidad de piernas o brazos
- una persona que no despierta tras una sobredosis de drogas.

Las siguientes son situaciones que, **por lo general, no** se consideran emergencias.

- dolor de garganta
- catarro o gripe
- dolor de oídos

- heridas pequeñas y poco profundas
- dolor de cabeza, a menos que sea un dolor mucho más fuerte de lo que jamás haya sentido
- artritis

Por utilizar el servicio de emergencia para casos no urgentes, se le cobrará una tarifa especial. Esta tarifa es de \$25 para miembros sin seguro y no asegurables. Como explicáramos anteriormente, aún cuando las emergencias están cubiertas tanto dentro como fuera de la zona de servicio de VHP, es importante recordar que VHP no cubre servicios médicos de rutina fuera del Estado de Tennessee ni fuera de la zona de servicio de VHP.

Antes de viajar o de salir de la zona de servicio, los miembros del plan VHP deben cubrir con su PCP sus exámenes físicos regulares, vacunas y cuidados preventivos. Planifique con anticipación sus salidas de la zona de servicio del plan. Consulte con su PCP acerca de sus cuidados rutinarios y complételos antes de salir de su zona de servicio.

Si recibe tratamiento de emergencia, comuníquese con su PCP en un plazo de 24 horas. Su PCP debe ser informado sobre cualquier atención de emergencia que Ud. reciba, a fin de estar en condiciones de ayudarlo después. En caso de que usted tuviera que recibir tratamiento de emergencia en un centro médico no

afiliado, una vez que el médico a cargo determine que su condición es estable, Ud. podrá ser transferido a un centro médico afiliado.

Servicios de emergencia fuera de zona

Si Ud. cree que tiene una emergencia y está lejos de su lugar de residencia, diríjase al servicio de emergencia más cercano o llame al 911, o al servicio local de ambulancias. Si recibe atención de emergencia, comuníquese con su proveedor primario de servicios de salud en un lapso de 24 horas. Su PCP necesita saber qué sucedió para determinar qué cuidados necesita tras salir del hospital.

Al recibir atención de emergencia, muestre al personal su tarjeta de identificación de VHP. Si tiene que pagar por el servicio de emergencia, obtenga una copia de la cuenta. Tan pronto llegue a su hogar, llame al teléfono de atención a miembros para informarles sobre su cuenta. Pídeles que le envíen un formulario de reclamación. Cuando lo reciba, llénelo y adjunte una copia de la cuenta, con lo que demostrará su pago. Envíe el formulario de reclamación y la copia de la cuenta a VHP, quienes determinarán si existió una necesidad médica que justifique el pago.

Dentistas y oculistas



Cuidado dental

Los dientes de los niños requieren de atención especial. Los miembros de VHP menores de 21 años de edad tienen derecho a un examen y limpieza dental cada 6 meses. La Academia estadounidense de pediatría recomienda que los niños comiencen a ser tratados por un dentista a partir de los tres años de edad, e incluso antes en el caso de ciertos niños. Además de los exámenes y limpiezas, los niños tienen el derecho a todo el cuidado dental requieran desde el punto de vista médico.

No es necesario que los niños vean a su PCP antes de acudir al dentista de VHP. Los dentistas afiliados a VHP se listan en la Guía de proveedores VHP, también puede llamar al teléfono de atención a miembros, 615-782-7878.

Para concertar una cita, llame al dentista VHP de su selección e indique que el niño es miembro de VHP. Dé el nombre del niño y su número de identificación de VHP. En el consultorio, presente la tarjeta de identificación de VHP del niño.

VHP no cubre los servicios dentales de los miembros **mayores de 21 años** de edad, excepto en casos de lesión accidental o neoplasma de la cavidad oral, infecciones con riesgo mortal, lesiones accidentales de los dientes naturales, incluyendo su reemplazo (limitado al costo los puentes que sustituyen a los dientes lesionados en un accidente, a menos que los

implantes sean necesarios desde el punto de vista médico) y la remoción de muelas del juicio impactadas.

Los miembros de VHP **mayores de 21 años** deben consultar a su PCP antes de recibir atención dental. Cuando un adulto requiera atención dental, el PCP trabajará en conjunción con VHP. (El “accidente” dental del adulto debe ser causado por una fuerza externa, por ejemplo un accidente automovilístico, y no por un proceder normal, como el hábito de rechinar los dientes durante el sueño u otras ocurrencias similares.)

Los miembros adultos deben acudir primero a su PCP y obtener aprobación de VHP antes de recibir atención dental, o VHP no pagará el costo del tratamiento dental. Para una lista de servicios dentales para miembros, refiérase a la explicación de beneficios (al final de este manual).



Cuidado de la vista

La vista de los niños también necesita cuidado especial. Los miembros de VHP menores de 21 años de edad tienen derecho a exámenes de la vista, anteojos y armazones, como una necesidad médica. En caso de pérdida o rotura, VHP los reemplazará los anteojos, como una necesidad médica. Su oculista VHP le indicará qué armazones podrá elegir. Además de los exámenes anuales y de los lentes de corrección, los niños

tienen derecho a los tratamientos de la vista que se consideren necesarios desde el punto de vista médico.

Los niños no requieren consultar al PCP antes de acudir al oculista VHP. Los oculistas de VHP se listan en la Guía de proveedores de VHP. Si tiene problemas para encontrar un oculista VHP, llame al teléfono de atención a miembros, 615-782-7878.

Haga cita con el oculista VHP que más le convenga y dígame que el niño es miembro de VHP. Indique el nombre del niño y su número de identificación de VHP. Al acudir a la cita, lleve consigo la tarjeta de identificación de VHP del niño.

VHP no paga por anteojos, lentes de contacto ni exámenes de la vista para recetar o ajustar los lentes, de miembros **mayores de 21 años**, excepto por el primer par de anteojos para cataratas o lentes de contacto o anteojos tras una cirugía para remover cataratas.

Los miembros de VHP adultos pueden recibir tratamiento de oculista siempre que sea como consecuencia de ciertas enfermedades o lesiones accidentales. **Los miembros de VHP adultos mayores de 21 años deben obtener antes la aprobación de su PCP, o VHP no pagará el costo del tratamiento.**

Si Ud. también cuenta con Medicare

Instrucciones especiales de Medicare

Si Ud. tuviera los seguros Medicare y TennCare, debe seguir algunas instrucciones especiales de VHP.

Si sólo tiene Medicare parte A (Sólo Atención hospitalaria)

1. Para su atención médica debe utilizar un proveedor primario de servicios de salud (PCP) de VHP. El nombre de su PCP aparecerá en el frente de su tarjeta de identificación de VHP.
2. Para recibir medicamentos cubiertos por VHP, deberá acudir a una farmacia asociada con VHP. Dichas farmacias se listan en la Guía de proveedores de VHP; también puede llamar al departamento de atención a miembros de VHP. Al solicitar sus medicamentos, presente su tarjeta de identificación de VHP.

Si Ud. tiene Medicare Parte B (Sólo Atención Médica)

1. **No es necesario** que usted acudir a su proveedor primario de servicios de salud (PCP) en todos los casos relacionados con su atención médica. Puede continuar utilizando los servicios de su médico de Medicare para aquellos servicios cubiertos por Medicare. Pero si los servicios del cuidado de la salud que Ud. necesita no están cubiertos por Medicare, Ud. debe acudir a un médico que trabaje con VHP, **o VHP no pagará el costo de la atención médica.**

2. Si Ud. decide consultar a un proveedor primario de servicios de salud (PCP) de VHP, dicho médico puede ayudarle a mantenerse sano, de la siguiente forma:
 - teniendo un buen conocimiento de su salud, mediante exámenes físicos regulares;
 - proporcionándole análisis regulares, vacunaciones y asesoramiento médico; y
 - sabiendo qué medicamentos toma, para que puedan trabajar juntos.
3. Para que VHP pague sus medicamentos, usted **tiene que** acudir a una farmacia que trabaje con VHP. Las farmacias que trabajan con VHP se listan en la Guía de proveedores de VHP; también puede llamar a atención a miembros de VHP. Al solicitar sus medicamentos, presente su tarjeta de identificación de VHP.

Si usted tiene Medicare partes A y B (Atención médica y hospitalaria)

- En este caso, siga las tres reglas para miembros que sólo disponen de Medicare Parte B.



Otras cosas que Ud. necesita saber acerca de VHP

Cambio de nombre o dirección, e inclusión de familiares

Para recibir información importante de VHP, es fundamental que su información personal y familiar esté al día. Notifique a la agencia TennCare sus cambios de nombre y dirección; también hágalo cuando algún miembro de su familia gane o pierda el derecho a participar en VHP.

Por correo, envíe los cambios a:

Bureau of TennCare
729 Church Street
ONashville, TN 37247-6501

Por teléfono, llame al:

Bureau of TennCare (agencia
TennCare)
1-800-669-1851

Lunes a viernes,

8:00 AM a 4:30 PM, hora del centro.

Por favor llame también a: atención a miembros de VHP, 615-782-7878.

Si Ud. tiene derecho a Medicaid, también debe llamar a su trabajador social del Departamento de servicios humanos (*Department of Human Services, DHS*).

Si fuera elegible para el seguro Social, Ud. también debe llamar a su oficina local del Seguro Social.

Para cambiar su proveedor primario de servicios de salud (PCP)

Usted puede cambiar de PCP en cualquier momento. Para hacerlo, llame al teléfono de atención a miembros, 615-782-7878.

Si Ud. cambia de PCP el día 15 del mes o antes, puede consultar a su

nuevo PCP el día 1º del mes siguiente. Por ejemplo, si cambia de PCP el 12 de marzo, Ud. puede consultar a su nuevo PCP el 1º de abril.

Si cambia de PCP después del día 15 del mes, puede acudir a su nuevo PCP el primer día del segundo mes. Por ejemplo, si Ud. cambia de PCP el día 20 de marzo, puede empezar a ver a su nuevo PCP el día 1º de agosto.

Usted debe seguir viendo a su PCP anterior hasta que el cambio al nuevo PCP sea efectivo. Si no recuerda cuándo cambió de PCP, llame a atención a miembros, donde se le informará cuándo puede comenzar a ver a su nuevo PCP.

Siempre que cambie de proveedor primario de servicios de salud (PCP), recibirá otra tarjeta de identificación de VHP, que tendrá el nombre de su nuevo PCP. En dicha tarjeta también encontrará la fecha a partir de la que podrá acudir a su nuevo proveedor primario de servicios de salud. Una vez que entre en vigencia su nueva tarjeta de identificación, destruya su tarjeta anterior.

Si, al momento de cambiar de PCP, usted se encuentra bajo tratamiento, notifíquelo de inmediato a su nuevo PCP. Su nuevo PCP debe estar informado sobre sus tratamientos, para asegurarse que cualquier nuevo tratamiento se ajuste al que Ud. ya se encuentre sometido. Si su nuevo PCP determinara que Ud. debe continuar con el mismo tratamiento, le dará una nueva referencia.

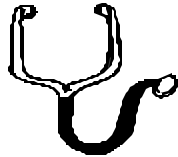
Nota Especial: al cambiar, el nuevo PCP debe aprobar los cuidados médicos prescritos por el anterior.

Derechos de los miembros de VHP

Como miembro de VHP, Ud. tiene ciertos derechos. Si algún proveedor o empleado de VHP viola cualquiera de ellos, le rogamos que lo notifique al departamento de atención a miembros de VHP, cuya dirección es:

VHP

Member Services Department
210 Westwood Place, Suite 200
Brentwood, Tennessee 37027



Como miembro de VHP, usted tiene derecho a:

- Ser tratado con respeto y con reconocimiento de su dignidad y necesidad de intimidad.
- Obtener información acerca de VHP, sus normas, servicios y proveedores, así como de sus propios derechos y responsabilidades.
- Seleccionar y a solicitar el cambio de proveedor primario de servicios de salud.
- Recibir información del proveedor a cargo de su caso, acerca de su diagnóstico, pronosis y plan de tratamiento, de forma comprensible para usted.
- Participar en la toma de decisiones sobre su cuidado médico. Antes de someterlo a un tratamiento, su proveedor debe solicitar su consentimiento, a menos que se trate de una emergencia y su

salud o su vida se encuentren en peligro.

- Rehusarse a recibir tratamiento y a ser informado por el proveedor a cargo de su tratamiento sobre las posibles consecuencias de su decisión. Si no está de acuerdo, le instamos a hablar con su proveedor primario, quien le propondrá planes alternos de tratamiento. Sin embargo, usted es quien debe tomar la decisión final.
- Que la comunicación privada y la información médica mantenida por VHP sean tratadas con confidencialidad, de acuerdo con las leyes y la ética profesional médica. VHP siempre le solicitará por escrito autorización para divulgar su información médica, excepto cuando:
 - o la información clínica sea necesaria para su atención médica;
 - o VHP tenga la obligación legal de remitir información (VHP entrega la información en forma de resúmenes estadísticos, sin identificar a los participantes);
 - o se requiera la información se requiera como apoyo para la administración de calidad y del pago de reclamaciones;
 - o se trate de circunstancias apremiantes en las que se requiera la información clínica para proteger la salud y seguridad de la persona).
- Ser notificado de manera oportuna sobre la entrega de cualquier información a consecuencia de una orden

- judicial, excepto en los casos provistos por la ley.
- La confidencialidad de los registros que podrían ser dados a conocer (lo haya autorizado usted o no), a personal calificado, con el propósito de llevar a cabo investigaciones científicas. Dicho personal no podrá identificar en ninguno de sus informes, de manera directa o indirecta, a ningún miembro en particular, ni podrá dar a conocer de cualquier otra forma la identidad de los participantes.
 - La protección de su salud y seguridad, cuando por circunstancias apremiantes, se requiera tener acceso a su expediente médico, de acuerdo con las leyes federales y estatales.
 - Presentar quejas sobre VHP y/o la calidad de los servicios recibidos, y a recibir una respuesta oportuna.
 - Valerse del procedimiento de apelación, si no está satisfecho con la decisión de VHP sobre su apelación.
 - Preparar un testamento de vida.
 - Cambiar de plan de salud en un plazo de 45 días tras su afiliación a VHP, durante los períodos de cambio de MCO (organización de cuidado administrado), según lo establecido por la Oficina de TennCare, y después de haber pasado por el proceso de apelación.

Responsabilidades de los miembros de VHP

Como miembro de VHP, Ud. tiene también ciertas obligaciones. Si tiene

preguntas sobre estas obligaciones, llame al teléfono de atención a miembros de VHP, 615-782-7878.

Como miembro de VHP, es su obligación:

- Mostrar su tarjeta de identificación antes de recibir atención médica y medicamentos recetados.
- Llamar a su proveedor primario de servicios de salud (PCP) para recibir indicaciones antes de recibir atención médica (excepto en caso de emergencia).
- Acudir a las citas médicas y notificar lo antes posible al consultorio, en caso de que fuera a llegar tarde o no pudiera asistir a la cita.
- Pedir información al proveedor hasta entender en qué consiste su tratamiento, cuáles son los medicamentos que tiene que tomar, por qué tiene hacerlo, y cuál es la forma adecuada de tomarlos.
- Expresar sus opiniones, preocupaciones y quejas, en forma constructiva y al personal adecuado de VHP o a la red de proveedores de salud.
- Asegurarse de que VHP y TennCare sean notificados con oportunidad cuando la familia cambie de tamaño, y cuando usted cambie dirección, número telefónico o estado de afiliación.
- Dar a sus proveedores de servicios médicos información completa y precisa sobre sus enfermedades, operaciones, hospitalizaciones, medicamentos y demás cuestiones relacionados con la salud, tanto presentes como pasadas, incluyendo cambios en su condición.

- Seguir las instrucciones y pautas especificadas por su PCP y sus asistentes.
- Asumir la responsabilidad en caso de que rehusarse a recibir el tratamiento prescrito y de no seguir las instrucciones de su PCP.
- Pagar las primas, deducibles, cargos especiales y copagos, de existir.
- Pagar los cargos por servicios no cubiertos, es decir, por

servicios que no estén listados bajo este plan en la sección de descripción de la cobertura.

- Seguir las reglas de cuidado y conducta del paciente. Esto incluye consideración y respeto por los derechos y la propiedad de los demás y responsabilidad por la conducta de sus visitantes y e invitados.

Costos de VHP



Deducibles y Copagos

Dependiendo de sus ingresos, Ud. podría tener que pagar parte de su cuidado médico de VHP.

Los deducibles y los copagos son lo que Ud. debe pagar por los servicios de salud de VHP.

El **deducible** es la cifra que Ud. tiene que pagar cada año calendario, antes de que VHP comience a pagar sus cuentas. Por ejemplo, si su deducible es de \$100, eso significa que tendrá que pagar los primeros \$100 de los cargos cubiertos por VHP en los que incurra en un año calendario (con excepción de los servicios preventivos). Después que Ud. haya pagado \$100 por cargos cubiertos, VHP pagará los demás beneficios cubiertos.

El **copago** es la parte de su cuenta que tiene que pagar parte cada vez que recibe determinado servicio médico. Por ejemplo, si su copago es de 6%, cada vez que reciba atención médica por un beneficio cubierto, deberá pagar 6% de la cuenta (excepto en casos de servicios preventivos); VHP cubrirá lo demás.

Al frente de su tarjeta de identificación VHP aparece la

información sobre su deducible y copago, si los tiene.

El **desembolso máximo** es la suma total que el miembro tiene que pagar en deducibles y copagos durante un año calendario. Una vez que Ud. haya alcanzado este límite, VHP pagará el 100% de los servicios cubiertos, con base en su derecho a cobertura de TennCare al momento de ser prestados los servicios.

SIN EMBARGO, SIN IMPORTAR SUS INGRESOS, NADIE TENDRÁ QUE PAGAR UN DEDUCIBLE O COPAGO POR SERVICIOS PREVENTIVOS.

Nota:

Ninguno de los profesionales del cuidado de la salud con los que trabaja VHP podrá negarle atención médica si Ud. no puede pagar su deducible o copago. Nadie puede tampoco puede negarle atención médica por no pagar una cuota por servicios de emergencia. Sin embargo, si aún pudiendo pagar esas cuotas no lo hace, VHP puede pedir a la Oficina de TennCare, su baja del VHP. A esto se le denomina desafiliación.

Procedimientos de VHP

Cómo presentar una queja

Ud. tiene derecho a presentar una queja ante nosotros si no está satisfecho con los servicios recibidos y **no se trata de un problema médico**. Si el problema es con VHP, el consultorio de su médico, la clínica o el servicio de transporte, llame al Departamento de atención a miembros de VHP, 615-782-7878. Haremos lo posible por resolver su problema a través del teléfono. Si el problema no se puede resolver por teléfono, puede enviarnos una queja por escrito. Usted tiene el derecho de recibir ayuda para presentar su queja. De desearlo, puede valerse de un miembro de su familia, un amigo o un abogado. Si Ud. tuviera una queja contra VHP, háganosla saber.

Si decide formular su queja por escrito, envíela a:

VHP

**Attn: Member Services Department
210 Westwood Place, Suite 200
Brentwood, TN 37027**

Nosotros tenemos que resolver su problema en un plazo de 30 días a partir del envío de su queja, tras el cual le notificaremos por escrito nuestra decisión y sus motivos.

Si, debido a invalidez, necesita ayuda con su queja, llame a la línea de ayuda de TennCare, 1-800-669-1851 (TTD 800-772-7647 para personas con problemas auditivos). La llamada es gratuita. Diga a la operadora que

necesita ayuda para presentar su queja.

Cómo presentar una Apelación

Si VHP niega, suspende, o limita un servicio médico cubierto, o no provee un servicio prescrito por su médico, Ud. tiene derecho a apelar nuestra decisión mediante la presentación de una apelación.

Al negar VHP un servicio cubierto, se le envía una carta a Ud. y a su proveedor. En ella se le notifica la decisión y sus motivos. También se le remiten los registros con base en los que se tomó dicha decisión. Usted puede apelar la decisión en un plazo de 30 días tras recibir la carta de VHP.

Para apelar, deberá llenar el Formulario de apelación de atención médica de TennCare y remitirlo al Registro central de TennCare:

TennCare Solutions
P.O. Box 00593
Nashville, TN 37202-0593

Al final de esta sección aparece una muestra del Formulario de Apelación que Ud. puede utilizar; también puede solicitar por vía telefónica un formulario a TennCare.

En un plazo de siete días tras recibir su queja, TennCare la notificará a VHP.

VHP dispone de 14 días, a partir de la fecha en que recibió la notificación

de su apelación, para revisar y reconsiderar el servicio que hubiere sido solicitado por su médico. VHP contestará por escrito. Si aún se niega el servicio, su apelación será revisada por TennCare. Ellos darán una respuesta a su apelación después de recibir la negativa de VHP.

TennCare puede estar de acuerdo o en desacuerdo con nuestra decisión. Si TennCare decide que Ud. necesita los servicios, VHP tendrá que pagarlos. Si decide que Ud. no los necesita, Ud. tendrá derecho automático a una audiencia ante un funcionario imparcial o un juez administrativo. TennCare notificará a Ud. y a su médico la fecha, lugar y hora de la audiencia.

Usted puede pedir que sus servicios médicos permanezcan sin cambios, mientras presenta su apelación. Para ello, debe presentar la apelación en un plazo de 10 días a partir de haber recibido la carta de VHP negando, reduciendo o terminando el servicio. Si espera más de 10 días, sus servicios médicos podrían cambiar durante su proceso de apelación.

Apelación para servicios de urgencia

Si VHP niega un servicio cubierto que su médico considera urgente, Ud.

tiene el derecho de solicitar una revisión acelerada.

Usted y su médico deben declarar por escrito en el Formulario de apelación de atención médica de TennCare que su problema médico requiere atención inmediata.

TennCare entonces notifica a VHP sobre la solicitud de revisión urgente de la apelación. VHP revisará y reconsiderará la apelación urgente, en un plazo de 5 días a partir de la fecha de recepción de la apelación. Si VHP aún se rehúsa a aprobar el servicio, su apelación será revisada por TennCare. TennCare notificará su decisión a Ud. y a su médico en un plazo de 5 días tras recibir nuestra negativa. TennCare puede estar de acuerdo o en desacuerdo con nuestra decisión. Si TennCare decide que Ud. requiere los servicios, VHP deberá pagarlos. Si TennCare decide que no los necesita, usted automáticamente tendrá derecho a una audiencia ante un funcionario imparcial o un juez administrativo. TennCare notificará a Ud. y a su médico la fecha, lugar y hora de la audiencia.

ENVÍE A: TennCare Solutions, PO Box 00593, Nashville, TN 37202-0593, o
FAX: 1-888-345-5575, o **TELÉFONO:** 1-800-878-3192
TTY/TDD: 1-800-772-7647 **ESPAÑOL:** 1-800-254-7568

Formulario de apelación de servicios médicos de TennCare

Sólo utilice este formulario para apelaciones
NO LO USE para asociarse a TennCare

1. ¿Quién es el paciente de TennCare?

Nombre _____ Número de seguro social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____
Fecha de nacimiento _____ Número de teléfono donde puede ser localizado () _____
Nombre del médico _____ Teléfono del médico () _____

2. ¿Quién llenó este formulario? Paciente Padre, pariente, amigo o representante Médico o personal médico

Si no es el paciente, anote su nombre _____ Teléfono () _____

3. ¿Qué tipo de atención médica o medicamento está apelando? _____

¿Cuál fue el problema con esta atención o medicina?

Marque los espacios en blanco correspondientes

No puedo obtenerla _____ Sólo puedo obtener parte de ella _____ Tuve que pagar por ella _____ He recibido facturas por ella _____
(Adjunte prueba de pago)

Cambio de atención _____ La atención ha sido recortada o suspendida _____ El transporte llega tarde o no llega _____ Demasiado tiempo de espera _____
Otro (explique) _____

Si necesitara más espacio, adjunte otras páginas.

¿Recibió una carta o notificación explicando el problema? Sí _____ No _____ Fecha de la carta o notificación _____

¿La atención o medicamento que está apelando fue recetado por su médico? Sí _____ No _____

4. Si está apelando una cuenta, ¿cuándo la recibió? _____

5. Si está apelando un medicamento: ¿Qué medicamento? _____

¿Quiere que TennCare pague este medicamento hasta concluir su apelación (90 días)? Sí _____ No _____
(Si Ud. pierde la apelación, tendrá que devolver el monto a TennCare por medicinas provistas por más de 14 días.)

¿Su médico recetó este medicamento? Sí _____ No _____ ¿Qué médico? _____

¿Recibió este medicamento de la farmacia? Sí _____ No _____ ¿Pagó TennCare por él? Sí _____ No _____

¿A qué farmacia acudió Ud.? _____ Su número telefónico () _____

6. Si su apelación es acerca de cambios, recortes o suspensión de atención:

¿Desea que TennCare pague la atención hasta que su apelación termine? Sí _____ No _____
(Si Ud. pierde la apelación, podría tener que pagar la atención médica recibida hasta el final de la apelación.)

¿Considera su médico que Ud. todavía necesita esta atención? Sí _____ No _____ ¿Qué médico? _____

¿Actualmente recibe Ud. esta atención? Sí _____ No _____

7. ¿Se necesita una apelación acelerada por ser urgente la atención médica? Sí _____ No _____

¿POR QUÉ es urgente la atención médica? _____
(Si la apelación es llenada por un médico debe adjuntar información de soporte e.)

8. Si está de acuerdo en que TennCare vea su expediente médico, Ud. o su representante debe firmar aquí:

X _____ Fecha _____

Cómo llenar el formulario de apelación de atención médica de TennCare

Por lo general, son los miembros quienes llenan el formulario de apelación de atención médica de TennCare. Sin embargo, si el miembro solicita su asistencia, llene el formulario basándose en las siguientes instrucciones.

Sección 1:

Escriba con letra de molde el nombre completo de la persona que tiene problemas para conseguir atención médica. Llene todos los espacios del formulario. Indique el número telefónico en el que usualmente se puede localizar a la persona de lunes a viernes. En caso de haber dos números telefónicos, anote ambos.

El nombre del médico debe corresponder al médico al que acude la persona para la mayoría de sus necesidades médicas.

Sección 2:

Marque el recuadro correspondiente a la persona que llenó este formulario. Anote el nombre y teléfono de la persona que llenó el formulario.

Sección 3:

Indique qué problemas tiene la persona para obtener atención médica o medicamentos. Adjunte las hojas necesarias para una explicación detallada. Marque los espacios correspondientes. Con esto nos ayudará a determinar el problema del miembro.

Indique si se ha recibido una carta o documento sobre la atención médica o los medicamentos. Anote la fecha que aparece en la carta o documento.

Especifique si un médico prescribió la atención médica o medicamento con que tiene problemas.

Sección 4:

Si recibió una cuenta por atención médica o medicamentos, indique la fecha en que la recibió.

Sección 5:

Si tiene problemas con el medicamento, llene esta sección. Indique el nombre del médico que recetó el medicamento. Anotar si la farmacia o droguería le despachó parcial o totalmente el medicamento. Especifique el nombre y teléfono de la farmacia.

Sección 6:

Anote aquí si el miembro ha estado recibiendo la atención médica pero se le ha suspendido. Anote además si el miembro desea seguir recibiendo atención médica.

Sección 7:

Indique si necesita este problema requiere una resolución urgente, anotando las razones.

Sección 8:

Firme en esta sección para autorizarnos a examinar su expediente médico, como apoyo para decidir su apelación.

Directivas por adelantado

Testamento de vida y certificado de donante de órganos

Hay máquinas y medicinas que algunas veces pueden mantener con vida a las personas, aún después de haberse perdido la esperanza de su recuperación. Solía ser que los médicos decidían por cuánto tiempo se podía mantener con vida a una persona de esa forma.

De acuerdo con el Decreto de derecho a muerte natural del estado de Tennessee, Ud. puede tomar su propia decisión. Usted puede decidir si quiere que lo mantengan con vida de manera artificial, y por cuánto tiempo. Esto se hace mediante un “testamento de vida”.

El testamento de vida se debe preparar mientras Ud. aún cuente con sus facultades. Este testamento de vida indica a sus familiares y amigos la forma como desea que se le trate en caso de una enfermedad mortal.

Su testamento de vida tiene que ser firmado ante la presencia de dos testigos. Los testigos **no** pueden:

1. Ser parientes consanguíneos o políticos.
2. Tener derecho parcial o total a sus posesiones.
3. Ser su médico, ni empleados suyos ni de una institución de atención médica de la que usted es paciente.

Usted debe entregar una copia de su testamento de vida a su PCP para que forme parte de su expediente médico. La persona que usted crea que, en caso de necesidad, va a tomar la decisión médica por Ud. debe tener otra copia. Guarde el original de su testamento de vida con sus demás documentos importantes.

Una vez que firme su testamento de vida ante de los testigos, se convierte en su deseo final, a menos que cambie de opinión. Mientras usted goce de sus facultades mentales, podrá tomar decisiones acerca del cuidado de su salud sin necesidad de un testamento de vida.

El siguiente formulario es un testamento de vida. Si Ud. considerara que esto es lo que desea hacer, llénelo y saque copias para su médico, familiares y amigos. Usted no está obligado a llenar este formulario. Antes de hacerlo, tal vez quisiera consultar con un abogado, familiar o amigo.

Testamento en vida/donante de órganos

Testamento de Vida

1 de 3

Testamento de vida

Yo, _____, por voluntad propia, hago saber mi deseo de que mi vida no sea prolongada artificialmente bajo las circunstancias indicadas a continuación, y por medio del presente declaro que: si en cualquier momento soy afectado por una enfermedad mortal y mi médico de cabecera determina que no existe una expectativa razonable de recuperación y que, como probabilidad médica, provocará mi muerte sin obstar la utilización ni la suspensión de tratamiento médico aplicado con el propósito de mantener la vida o el proceso de vida, expreso el deseo de que se suspenda la atención médica y se me permita morir naturalmente, con tan sólo la administración de medicamentos y de los procedimientos médicos que se consideren necesarios para proveerme de un cuidado médico confortable y para aliviar el dolor.

Alimentos y líquidos administrados artificialmente

Al marcar uno de los espacios en blanco que aparecen a continuación, yo:

_____ Autorizo la suspensión de la administración de alimentos, agua y otros fluidos proporcionados artificialmente.

_____ NO AUTORIZO la suspensión de la administración de alimentos, agua y otros fluidos proporcionados artificialmente.

Certificado de donante de órganos

No obstante mi declaración anterior relacionada con la suspensión de procedimientos para prolongar la vida, si, como se indica adelante, yo he expresado mi deseo de donar mis órganos y/o tejidos para ser utilizados en transplantes, o cualquiera de ellos como se especifica en el presente documento, ordeno a mi médico de cabecera que, si he sido declarado muerto de acuerdo con el Código comentado del estado de Tennessee, 68-3-*501(b), se me mantenga bajo sistemas de soporte artificiales sólo durante el período requerido para conservar la viabilidad y para remover tales órganos y/o tejidos y ser utilizados en transplantes.

Marque uno de los espacios en blanco que aparecen a continuación:

_____ Deseo donar mis órganos y/o tejidos para que sean transplantados.

_____ Deseo donar mi _____
(Especifique los órganos y tejidos que desea donar.)

_____ NO DESEO donar mis órganos o tejidos para transplante.

En ausencia de mi capacidad para dar órdenes relacionadas con mi cuidado médico, es mi intención que esta declaración sea cumplida por mi familia y por mi médico como expresión final de mi derecho legal a rehusar atención médica y a aceptar las consecuencias de tal negativa.

Las definiciones de los términos utilizados en el presente documento serán las establecidos por el Decreto de derecho a muerte natural del estado de Tennessee, Código comentado del estado de Tennessee, 32-11-103.

Comprendo la trascendencia de esta declaración y manifiesto que tengo la competencia emocional y mental para hacer esta declaración.

En reconocimiento del mismo, incluyo a continuación mi firma, en

este día _____ de _____ de 20_____.
(fecha) (mes) (año)

(Firma del declarante)

Nosotros, los testigos que suscribimos el presente documento, conocemos personalmente al declarante y suscribimos nuestros nombres al presente documento, por solicitud del declarante, una persona mayor de edad que consideramos se encuentra en su sano juicio y consciente del hecho aquí determinado y de sus posibles consecuencias. Nosotros, los testigos abajo firmantes, declaramos además que no estamos relacionados con el declarante por lazos sanguíneos ni matrimoniales; que no tenemos derecho a ninguna porción de los bienes del declarante tras su fallecimiento, bajo ningún testamento o codicilo al respecto que exista actualmente o existiese entonces por efecto de ley; que no somos el médico a cargo, ni empleados del médico a cargo ni de una instalación médica en la que el declarante sea paciente; y que no somos personas que, en este momento, tengamos derecho a ninguna porción de los bienes del declarante tras su muerte.


 (Testigo)

 (Testigo)


ESTADO DE TENNESSEE, CONDADO DE _____
 Suscrito, juramentado y reconocido ante mí por _____, el
 declarante, y suscrito y juramentado ante mí por _____ y
 _____, los testigos, éste día _____ de
 _____ de 20_____.

 (Notario Público)

Mi comisión expira en: _____



Descripción de la cobertura



Descripción de la cobertura

PRESENTACIÓN

A continuación se describe la cobertura de VHP. Aquí encontrará los servicios cubiertos y sus límites. Esta es la explicación (descripción) de la cobertura (EOC).

Lea esta EOC y su manual del miembro. Ambos manuales, describen sus prestaciones y explican cómo utilizar el plan. También proveen información y números telefónicos que Ud. puede necesitar como miembro de VHP.

El deducible, copago y pago máximo se indican en el frente de su tarjeta de identificación.

Excepto en casos de emergencia, y en aquellas situaciones en que VHP le haya referido a un proveedor no afiliado a VHP, los servicios deben ser proveídos por proveedores, personal médico, hospitales e instalaciones médicas de VHP. Todos los servicios deben ser necesarios desde el punto de vista médico.

Beneficios y Servicios Principales

SERVICIOS DE LOS PROVEEDORES

Según la necesidad médica

DÍAS DE INTERNAMIENTO HOSPITALARIO

Según la necesidad médica

- Incluyendo días en un centro perinatal designado

- Se requiere aprobación de preadmisión y evaluación simultáneas.

SERVICIOS HOSPITALARIOS DE PACIENTE EXTERNO

Según la necesidad médica

SERVICIOS DE LABORATORIO Y RAYOS X

Según la necesidad médica

SERVICIOS DE SALUD PREVENTIVA

NO HAY COPAGO NI DEDUCIBLE POR LOS SERVICIOS PREVENTIVOS

El cuidado preventivo o de bienestar es aquel que le mantiene saludable y que detecta pronto problemas de salud. La siguiente es una lista parcial de los servicios preventivos cubiertos:

- Exámenes físicos regulares para adultos y niños.
- Cuidado para mujeres embarazadas
- Cuidado del bienestar del bebé
- Vacunas para adultos y para niños
- Exámenes de colesterol, nivel de azúcar en la sangre, cáncer rectal y del colon, densidad ósea, enfermedades de la tiroides, enfermedades de transmisión sexual, (por ejemplo: VIH, SIDA, etc.), prueba de Papanicolau, mamografías para detectar cáncer de mama, exámenes de orina, electrocardiogramas (EKG) para detectar problemas del corazón, exámenes auditivos y exámenes de tuberculosis (PPD).

- Información de control de natalidad.

EPSDT (Escrutinio, Diagnóstico y Tratamiento Periódico Anticipado)

BAJO EPSDT (ESCRUTINIO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PERIÓDICO ANTICIPADO) LA COBERTURA ES LA SIGUIENTE:

- Escrutinio, diagnóstico y tratamiento periódico anticipado (EPSDT) para miembros menores de 21 años.
- Visitas regulares y periódicas al médico, para verificar el desarrollo normal del niño y prevenir problemas físicos o mentales. Esto se llama “escrutinio” (“screening”) y tiene que ser realizado de acuerdo con una programación periódica. Por ejemplo, los niños desde su nacimiento hasta la edad de 2 años, tienen derecho a once (11) “escrutinios”; desde los 3 hasta los 11 años, tienen derecho a siete (7) “escrutinios” y desde los 12 hasta los 20 años de edad, tienen derecho a nueve (9) “escrutinios”. Además, el niño tiene derecho a recibir “escrutinios” en cualquier ocasión que sea referido a un médico por su maestro cuando haya percibido cambios en el niño que pudieran justificar un escrutinio; y
- Tratamiento, incluyendo rehabilitación por cualquier problema de salud (físico, mental o de desarrollo) descubierto durante un “escrutinio”, así como visitas periódicas al dentista para someterse a exámenes y tratamientos; y

- Exámenes regulares periódicos del sistema auditivo y visual del niño y tratamiento de cualquier problema con la audición y la vista; e
- Inmunizaciones (vacunas) contra difteria, tétano, tosferina, hepatitis B, varicela, poliomielitis, sarampión, paperas, rubéola (MMR) y gripe (HIB); y
- Exámenes rutinarios de laboratorio, así como exámenes para detectar plomo en la sangre y anemia drepanocítica, de existir una condición que pudiera poner en peligro de contraerlos; y
- Tratamiento por problemas de drogadicción y alcoholismo (cobertura provista por su BHO).

SERVICIOS PREVENTIVOS DE SALUD PARA ADULTOS

Visitas iniciales – Edad: 19 años en adelante

Historial

- Historial médico anterior, que incluye enfermedades importantes
- Historial familiar de afecciones médicas, tales como la hipertensión, diabetes y cáncer
- Historial de problemas y enfermedades actuales
- Examen del sistema fisiológico.

Exámenes Físicos

- Medidas: altura, peso, pulso, presión sanguínea, etc.
- Examen Físico
- Laboratorio – según se indique
- Asesoramiento especial sobre hábitos de salud, nutrición, prevención de lesiones, etc., según se indique

- Inmunizaciones – tétano – refuerzo de difteria cada diez años o según se indique.

Visitas Posteriores

Edad: de 19 a 39 años

- Historial – cada 1 a 3 años
- Examen físico – cada 1 a 3 años
- Laboratorio – prueba de Papanicolau cada 1 a 3 años, colesterol total y otras pruebas de laboratorio para pacientes con factores especiales de riesgo.
- Asesoramiento especial, según se indique
- Inmunizaciones – tétano – refuerzo de difteria cada 10 años, pacientes con factores especiales de riesgo; Hepatitis B, neumocócico, influenza (todos los años), sarampión-paperas-rubéola

Edad: de 40 a 64 años

- Historial – cada 1 a 3 años
- Examen Físico – cada 1 a 4 años
- Laboratorio – prueba Papanicolau cada 1 a 3 años, colesterol total y otras pruebas de laboratorio para pacientes con factores especiales de riesgo
- Asesoramiento especial, según se indique
- Inmunizaciones – similar al de 19 a 39 años de edad, excepto sarampión, paperas y rubéola

Edad: 65 años en adelante

- Historial- todos los años, también condición funcional y síntomas de isquemia cerebral transitoria
- Examen Físico, incluyendo agudeza auditiva y visual
- Mamografía – escrutinio anual
- Laboratorio – niveles de la tiroides (mujeres), análisis de orina por sonda, colesterol total, pacientes con factores especiales

de riesgo, glucemia basal, prueba de tuberculosis (PPD), electrocardiograma (EKG), prueba Papanicolau cada 1 a 2 años, muestras de heces fecales para

- sigmoidoscopia/colonoscopia
- Asesoramiento especial, según se indique, incluyendo prueba de glaucoma.
- Inmunizaciones – Tétano-refuerzo de difteria cada 10 años, influenza todos los años, neumocócico y Hepatitis B, según se necesite

SERVICIOS DE EMERGENCIA

Según la necesidad médica

SERVICIOS QUIROPRÁCTICOS

Cuando VHP lo considere redituable

SERVICIO DE FARMACIA

Según la necesidad médica

- Se excluyen los medicamentos menos que eficaces (LTE), así como los idénticos, relacionados o similares a los medicamentos LTE.

EQUIPO MÉDICO DURADERO

Según la necesidad médica

ABASTECIMIENTOS MÉDICOS

Según la necesidad médica

SERVICIOS DE SALUD EN EL HOGAR

Según la necesidad médica

SERVICIOS DE CUIDADO PARA ENFERMOS TERMINALES

Según la necesidad médica

(Deben ser proporcionados por una organización certificada para tales

efectos de acuerdo con las especificaciones de Medicare)

SERVICIOS DENTALES

Según la necesidad médica

- Servicios preventivos, de diagnóstico y de tratamiento para miembros menores de 21 años. Los servicios para miembros mayores de 21 están limitados a lesiones por accidente, neoplasma de la cavidad bucal, por infecciones que constituyan un peligro de muerte, lesiones accidentales a los dientes naturales, incluyendo su reemplazo (limitado al costo de puentes o al reemplazo de los dientes lesionados en un accidente, a menos que haya la necesidad médica de implantes dentales) y remoción de muelas del juicio impactadas.
- Ortodoncia - limitado a individuos menores de 21 años de edad, excepto cuando un tratamiento de ortodoncia sea aprobado antes de que el miembro cumpla 21 años y el tratamiento se inicie antes de que el miembro cumpla 21 años, o cuando el tratamiento de ortodoncia sea resultado de hemiatrofia facial o debido a defectos congénitos (si el miembro hubiese estado cubierto por TennCare a su nacimiento).

SERVICIOS DE LA VISTA

Según la necesidad médica

- Servicios preventivos, de diagnóstico y de tratamiento para miembros menores de 21 años de edad (incluyendo anteojos)
- Primer par de anteojos para cataratas o de lentes de contacto tras cirugía de cataratas, el cual

también está cubierto para adultos

SERVICIOS DE TRANSPORTACIÓN EN AMBULANCIA POR EMERGENCIA Y NO EMERGENCIA

Según la necesidad médica

SERVICIOS DE TRANSPORTACIÓN DE NO EMERGENCIA

- Según sea necesario para miembros que no dispongan de medios de transporte para los servicios cubiertos
- Los viajes para llegar al lugar de los servicios primarios de atención médica y dental deben ajustarse a los requisitos de la exención de los términos y condiciones. La disponibilidad de servicios especiales, en cuanto se refiere a la distancia de viaje, debe ajustarse a las normas usuales y acostumbradas de la comunidad. Sin embargo, en caso de que VHP no pudiera negociar tal tipo de arreglo para un miembro, se debe proveer transportación sin importar que el miembro tenga o no acceso a un medio de transporte. Si el miembro es un niño, se debe proveer transporte para él y un acompañante adulto.

SERVICIOS COMUNITARIOS DE SALUD

Según la necesidad médica

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Según la necesidad médica

SERVICIOS DE DIÁLISIS RENAL

Según la necesidad médica

SERVICIOS PRIVADOS DE ENFERMERÍA

- Según la necesidad médica, y por prescripción del médico de cabecera para tratamiento y servicios dispensados por una enfermera certificada (R.N.) o una enfermera práctica licenciada (L.P.N.), que no sea pariente cercano.

SERVICIOS DE FONIATRÍA

- Según la necesidad médica, proveídos por un Licenciado en foniatría, para restaurar la capacidad de habla (mientras exista continuidad en el progreso médico) después de su pérdida o incapacitación. La pérdida o incapacitación no debe haber sido causada por una psiconeurosis mental ni por un desorden de personalidad.

SERVICIOS DE ASISTENCIA EN EL HOGAR

- Según la necesidad médica, se pueden emplear los servicios de un asistente que no sea pariente del paciente, en aquellos casos en que el miembro se encuentra confinado en un hospital y que un médico de la red certifique la necesidad de una enfermera certificada o una enfermera práctica sin que ninguna esté disponible.

SERVICIOS DE CONVALECENCIA

- Después de haber recibido pruebas de que una persona cubierta ha incurrido en gastos médicos necesarios para cuidados de convalecencia, el plan pagará hasta el centésimo (100º) día de internamiento

durante cualquier año calendario, por el recinto, habitación, comida y cuidado de enfermería para el convaleciente, siempre que: (1) un médico recomiende el internamiento para convalecencia; (2) el miembro se encuentre bajo cuidado continuo de un médico durante la totalidad del período de internamiento, y (3) el internamiento sea requerido por motivos distintos a la custodia del paciente.

SERVICIOS DE RECLUTAMIENTO DE DONANTES DE ÓRGANOS

- Según la necesidad médica para un trasplante de órgano que esté cubierto.

SERVICIOS NO CUBIERTOS

- 1) Servicios que no sean necesarios médicamente, excepto servicios preventivos y de EPSDT, que están cubiertos.
- 2) Anteojos para miembros mayores de 21 años (los anteojos y los lentes de contacto tras una operación de cataratas están cubiertos), aparatos auditivos y servicio dental para adultos que no sea de emergencia.
- 3) Servicios realizados con fines cosméticos o principalmente para mejorar la apariencia personal.
- 4) Servicios médicos para individuos confinados en instituciones penales locales, estatales o federales.

- 5) Servicios médicos prestados fuera de los Estados Unidos
- 6) Transplantes de órganos u otros procedimientos médicos que sean considerados como experimentales o de investigación, incluyendo la realización de un procedimiento médico específico que estaría cubierto, excepto por que se ha realizado de una forma no reconocida como tratamiento para una condición médica específica.
- 7) Programas de pérdida de peso, cirugía de by-pass intestinal o de engrapado gástrico para el tratamiento de la obesidad.
- 8) Servicios para el tratamiento de la impotencia y la infertilidad o para la reversión de la esterilización.
- 9) Autopsia y necropsia.
- 10) Enfermedades o lesiones de origen laboral, cubiertas por Compensación laboral.
- 11) Exámenes físicos previos a empleos
- 12) Exámenes de capacidad física para un trabajo
- 13) Servicios recibidos (o incurridos) antes de la fecha de efectividad de su cobertura con VHP, o después de su finalización.
- 14) Higiene personal, artículos de lujo o conveniencia personal.
- 15) Servicios principalmente de custodia, o cuidado de convalecencia, o curas por descanso, excepto lo especificado.
- 16) Cuidado de los pies sólo para mejorar su comodidad o apariencia, tal como el cuidado de pies planos, subluxaciones, callos, juanetes (excepto cirugía capsular y ósea), callosidades, uñas de los pies.
- 17) Cirugía transexual o cualquier tratamiento conducente a o relacionado con la cirugía transexual.
- 18) Queratotomía radial o cualquier otro procedimiento quirúrgico para la corrección de un error de refracción del ojo.
- 19) Corazón, pulmón, hígado o páncreas artificial, u otro órgano artificial, o cualquier gasto relacionado con los mismos.
- 20) Por servicios provistos por un miembro de la familia inmediata (cónyuge, padres, tutor legal, hijo, tíos, primos-hermanos o cualquier pariente consanguíneo o político) o cualquier persona que viva con usted), y
- 21) Medicamentos, cuando sean recetadas para dejar de fumar, para el crecimiento del pelo, con fines cosméticos para embellecer la piel, para suprimir el apetito para pérdida de peso, para el tratamiento de impotencia o infertilidad.