



Carta Normativa 18-1003- Enmendada

30 de octubre de 2018

A: Organizaciones de manejo coordinado de salud (MCOs) contratadas para ofrecer el Plan de Salud del Gobierno (PSG), Vital, efectivo el 1ro de noviembre de 2018: Triple S, Salud; First Medical Health Plan (FMHP); MMM, Molina Healthcare y Plan de Salud Menonita (PSM), Administrador del Beneficio de Farmacia MC-21, LLC (PBM), Administrador del Programa de Farmacia Abarca, Inc. (PBM-PPA), Grupos Médicos Primarios (GMP) y Proveedores Participantes

RE: PERIODO DE TRANSICION AL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO, VITAL

Desde el 1 de noviembre de 2018 nuestros beneficiarios tendrán más acceso a los servicios médicos y hospitalarios en todo Puerto Rico bajo el nuevo modelo del Plan de Salud del Gobierno, "Vital".

Para garantizar la continuidad de cuidado y tratamientos, los beneficiarios estarán recibiendo una carta de Certificación de Beneficios bajo el Plan de Salud del Gobierno, Vital. Con esta certificación podrán continuar recibiendo servicios con los médicos que le sirven actualmente durante el periodo de inscripción abierta desde el 1 de noviembre de 2018 hasta el 31 de enero de 2019, mientras reciban la tarjeta nueva.

Si el beneficiario desea efectuar un cambio de organización de manejo de cuidado ("MCO" por sus siglas en inglés) lo podrá realizar desde el 1 de noviembre de 2018 hasta el 31 de enero de 2019. Los cambios de médico primario ("PCP" por sus siglas en inglés) o grupo médico primario (GMP) también pueden realizarse durante dicho periodo por cualquier razón, y en cualquier otro momento del año por justa causa según definido en el Contrato.

Los MCOs y el manejador de beneficios de farmacia ("PBM" por sus siglas en inglés) habrán de orientar a sus proveedores participantes sobre el proceso y periodo de transición al nuevo modelo, Vital. Esto con el propósito de garantizar y asegurar los servicios y tratamientos del beneficiario para que no se vean interrumpidos ni afectados por acción u



omisión de los MCOs y/o sus proveedores de servicios. Además, previo al 1 de noviembre de 2018, los MCOs deberán orientar a los proveedores y beneficiarios de Vital, sobre el Periodo de Transición que otorga ASES y en qué consiste. Este comunicado debe alertar que el Periodo de Transición transcurre desde el 1 de noviembre de 2018 hasta el 31 de enero de 2019 o la efectividad del cambio de MCO o GMP/PCP realizado durante este periodo, de haber alguno, lo que ocurra último. Esta normativa ofrece las instrucciones y reglas necesarias para la preparación de dicha comunicación.

A continuación, presentamos las instrucciones que habrán de seguir todos los MCOs y proveedores participantes de Vital, para garantizar la continuidad y acceso de todos los beneficiarios a los servicios, cuidados y tratamientos que requiera su condición de salud durante el Periodo de Transición.

I. Servicios a los Beneficiarios Durante el Periodo de Transición

- a. Aplicará un Periodo de Transición de tres (3) meses efectivos desde el 1 de noviembre de 2018 hasta el 31 de enero de 2019 para los servicios que se delinearán a continuación. Durante dicho periodo, se extenderá la vigencia de cualquier referido, orden médica o Pre-Autorización del 1 de noviembre de 2018 hasta el 31 de enero de 2019.

Servicios a los cuales le aplica este Periodo de Transición:

- i. Referidos y órdenes médicas
- ii. Pre-Autorizaciones (PA) tales como, pero no limitadas a: “High Tech”, equipo médico duradero (“DME” por sus siglas en inglés), ambulancias, cirugías ambulatorias, hospitalizaciones parciales, terapias electroconvulsivas, y medicamentos (incluyendo J Codes).
- iii. Transportación (Servicio No Emergencia autorizado por excepción)

Si algún proveedor recibiera un paciente citado con un referido vigente al 1 de noviembre de 2018 y que expiró durante el Periodo de Transición, el referido deberá ser honrado. Esto es aplicable aún si el proveedor del beneficiario bajo el PSG previo al 1 de noviembre 2018 no estuviese contratado por el nuevo MCO asignado al beneficiario, según se describe en las Secciones VI y VII de este documento. Del proveedor negarse a atender al paciente con el referido, el MCO deberá intervenir para garantizar el servicio.

Los MCOs son responsables de orientar a sus proveedores sobre el manejo de este proceso.

- b. Beneficiarios con tarjeta del Plan de Salud de Gobierno (PSG) “MI Salud” o Certificación de Beneficios



Previo al 1 de noviembre 2018, los beneficiarios recibirán una carta de bienvenida al Plan Vital, acompañada de una Certificación de Beneficios. Esta Certificación será suficiente para identificar al miembro como beneficiario de Vital y permitirá el acceso a servicios cubiertos. Del beneficiario sólo tener consigo la tarjeta emitida bajo el modelo de “Mi Salud”, el proveedor podrá verificar su elegibilidad y asignación mediante el portal electrónico del Programa de Medicaid utilizando el número Master Patient Index (MPI) cuya disponibilidad será notificada próximamente.

II. Servicios a los asegurados bajo Cubierta Especial

Los beneficiarios mantendrán su Cubierta Especial en el nuevo MCO que le fue asignado o que el beneficiario voluntariamente seleccionó. El nuevo MCO honrará la Cubierta Especial hasta la expiración de su vigencia, excepto que aquellos beneficiarios cuya Cubierta Especial expira durante los meses de noviembre y diciembre 2018 se les extenderá la vigencia de su Cubierta Especial hasta el 31 de enero 2019. Treinta (30) días antes de su expiración, los MCOs deberán realizar la notificación de la posible expiración de Cubierta Especial al beneficiario y a los médicos primarios y/o especialistas que atienden su condición. Los MCOs no deberán fijar en sus registros una fecha de caducidad o expiración de Cubierta Especial para aquellos beneficiarios que tienen una condición para la cual no existe cura.

Enfatizamos que los beneficiarios en Cubierta Especial tienen libre acceso a especialistas y subespecialistas de acuerdo a su condición, sin necesidad de referidos. Además, y a tenor con las disposiciones de las secciones 7.5.12.7.1.3, 7.5.12.7.1.4 y 7.7.11.15, los MCOs deben credenciar y contratar los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTET) y otros centros o grupos especializados que participen del programa Ryan White alrededor de la isla para que los beneficiarios puedan continuar sus tratamientos.

III. Servicios de Farmacia

a. Pre-Autorizaciones (PA) de medicamentos

Los MCOs y farmacias honrarán todas las PAs de medicamentos vigentes al 1 de octubre de 2018. Es decir, si algún paciente tuviera una PA que venció luego del 1 de octubre 2018, la misma se deberá extender hasta el 31 de enero 2019 sin requerir justificación o documentación adicional para el despacho del medicamento. Esta regla aplica tanto a medicamentos de salud física como a medicamentos de salud mental.



El PBM proveerá asistencia a las farmacias participantes veinticuatro (24) horas, siete (7) días a la semana, a través del Centro de Servicios a Farmacias que incluye el Centro de Manejo de Pre-autorizaciones y preguntas de elegibilidad de los asegurados. El PBM asignará, además, personal experimentado a cada MCO para asistirlos en situaciones relacionadas a pre-autorizaciones y/o el sistema de procesamiento y adjudicación.

El PBM transferirá a los MCOs el historial de medicamentos de los beneficiarios asignados a los mismos antes del 1 de noviembre de 2018. Esto incluye las PAs aprobadas por el MCO original del beneficiario que aún siguen vigentes o tienen vigencia extendida por haber caducado luego del 1 de octubre 2018.

El PBM apoyará a los MCOs para el manejo de estas PAs existentes. Según la Sección 7.5.12.13.5 del Contrato con ASES, los MCOs deben tener disponible personal para atender PAs de farmacia veinticuatro (24) horas, siete (7) días a la semana. El MCOs y el PBM deberán identificar una persona contacto para facilitar la comunicación entre las partes con cualquier caso relacionado al beneficio de farmacia. El PBM también compartirá con los MCOs el plan de contingencia de farmacia para el Periodo de Transición.

b. Repeticiones de Medicamentos (Refills)

Los MCOs y las farmacias honrarán durante el Periodo de Transición todas las repeticiones de recetas vigentes expedidas por proveedores participantes del PSG que atendían al paciente previo al 1 de noviembre de 2018. Finalizado el Periodo de Transición todo beneficiario que cambie de MCO o médico primario, y necesite repetir medicamentos cuya receta haya caducado requerirá una receta nueva para poder seguir recibiendo sus medicamentos.

Toda receta vencida al 1 de noviembre de 2018 requerirá receta nueva conforme a la Ley de Farmacia. El paciente deberá acudir a su médico primario para conseguir la misma.

El PBM identificará todos los proveedores por MCO que hayan expedido recetas previo al 1 de noviembre 2018 y que aún continúan vigentes. El MCO deberá incluir estos médicos en el archivo de proveedores enviado al PBM irrespectivamente de su status de contratación durante el Periodo de Transición.

Esta instrucción no aplicará a medicamentos de uso agudo o controlados, los cuales deben ser manejados según las leyes aplicables.

IV. Pacientes Hospitalizados (Salud Física o Mental) Previo al 1 de noviembre 2018

En casos donde un beneficiario se encuentre hospitalizado previo al 1 de noviembre de 2018, el MCO al cual el beneficiario estuvo asignado a la fecha de su admisión deberá

garantizar el cuidado de dicho beneficiario hasta la fecha del alta. Este MCO será responsable del pago, aun cuando la fecha de alta sea en o posterior al 1 de noviembre de 2018. Esto incluye el pago por servicio médico intrahospitalario.

El MCO que reciba la asignación del beneficiario efectivo el 1 de noviembre de 2018 será responsable de la continuidad de cuidado del beneficiario desde la fecha del alta.

V. Beneficiarias Embarazadas

Los MCOs deberán honrar el pago al médico obstetra que provee servicios a una beneficiaria embarazada previo al 1 de noviembre 2018. Esta relación médico-paciente se mantendrá inalterada hasta sesenta (60) días después de la fecha de parto. La tarifa aplicable a ese proveedor será la acordada con el MCO antes del 1 de noviembre 2018. Cada MCO deberá certificar a la ASES la modalidad de pago acordada con obstetras previo al Periodo de Transición.

VI. Pacientes Asignados (“Auto-Enrollment”)

ASES realizó el proceso de auto-asignación basado en la red de proveedores certificada por cada MCO, utilizando la relación médica-paciente como criterio principal. En la eventualidad de que el GMP/PCP y el MCO posteriormente hayan rescindido sus acuerdos, los MCOs serán responsables de comunicar a todo beneficiario asignado a dicho GMP o PCP que se honrará la continuidad de cuidado de salud desde el 1 de noviembre de 2018 hasta el 31 de enero de 2019 o la efectividad del cambio de MCO o GMP/PCP, de haber alguno, lo que ocurra último.

Cónsono a lo anterior, el proceso a seguir será el siguiente:

- a. El MCO y GMP y/o PCP honrarán el Periodo de Transición donde el GMP y/o PCP proveerá el servicio y el MCO honrará el pago por servicio.
- b. Los pagos capitados serán calculados de acuerdo al número de beneficiarios asignados al GMP o PCP en o antes de los días quince (15) de cada mes.
- c. El MCO enviará los días dieciséis (16) de cada mes una certificación del pago a cada GMP o PCP donde se detalle la cantidad de los beneficiarios por PCP y el total del pago realizado.
- d. Previo al 1 de noviembre de 2018, los MCOs enviarán a cada beneficiario, una carta aprobada por ASES previo a su envío donde le informará que el GMP y/o su PCP no es parte de la red de proveedores. Esta comunicación indicará que antes del 31 de enero de 2019 el beneficiario podrá cambiar de MCO y escoger otro GMP y/o PCP de su predilección que sea parte de la red. Del beneficiario no realizar el cambio, se entenderá que su preferencia es permanecer con el MCO asignado.

- e. Del MCO no finalizar la contratación con el GMP, pero el PCP continúe en su red, el MCO realizará el cambio al nuevo GMP manteniendo el PCP del beneficiario. El MCO deberá notificar al beneficiario mediante carta aprobada por ASES previo a su envío.
- f. Por tanto, el MCO enviará una segunda notificación mediante carta aprobada por ASES previo a su envío en o antes del 15 de enero 2019 donde se les informe la asignación temporera de un GMP y PCP que esté contratado en su red de proveedores. En esta misma comunicación se le recordará al beneficiario su derecho de cambiar de MCO en o antes del 31 de enero 2019. Del beneficiario realizar un cambio en o antes del 31 de enero 2019 el cambio realizado por el beneficiario prevalecerá.
- g. Si el beneficiario realiza un cambio durante el periodo de suscripción abierta (“Open Enrollment Period”) en o antes del día 20 de cada mes, el cambio será efectivo el día primero del mes siguiente. Si el beneficiario realiza el cambio del día 21 del mes en adelante el cambio será efectivo al mes subsiguiente.
- h. De igual forma, para aquellos especialistas y subespecialistas del PSG que atendían al beneficiario al 31 de octubre 2018, y/o facilidades con cirugías electivas programadas, pero que no son parte de la red actual del MCO, debe mediar una transición de noventa (90) días durante la cual se honrarán los pagos por servicio al proveedor, según la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente. Los beneficiarios deberán ser notificados de lo anterior.

El no cumplir con el acceso a los servicios y/o el pago por el servicio prestado, así como la negación o aceptación de referidos, conllevará sanciones monetarias y/o penalidades alternas, como la suspensión temporera de suscripción futura por un periodo no mayor de treinta (30) días.

VII. Tarifas

El MCO al cual el beneficiario fue asignado garantizará que, durante el Periodo de Transición, los proveedores del PSG que atendían al beneficiario previo al 1 de noviembre 2018 pero que no fueron contratados por dicho MCO recibirán compensación por servicios ofrecidos al beneficiario durante el Periodo de Transición. El pago por dicho servicio durante el Periodo de Transición deberá ser igual a la tarifa de los proveedores contratados en la red. Esto incluye servicios ancilares como laboratorios y radiología, proveedores de equipo médico duradero, diálisis, hospitales¹, sala de emergencias², etc. De no realizar el pago de acuerdo a esta instrucción, ASES podría retener la cuantía adeudada al proveedor

¹ Hospital similar y nivel de cuidado (servicio) prestado.

² EL pago por servicios de Sala de Emergencias debe ser de acuerdo a facilidades similares, horarios, y la disponibilidad de servicios ancilares tales como laboratorios y rayos x.

de los pagos pendientes de desembolso al MCO. Los proveedores que reciban una denegación de servicios de la aseguradora, cumpliendo con lo establecido en esta carta deben presentar la situación mediante el correo electrónico pagosvital@asespr.org para orientación.

VIII. Publicación

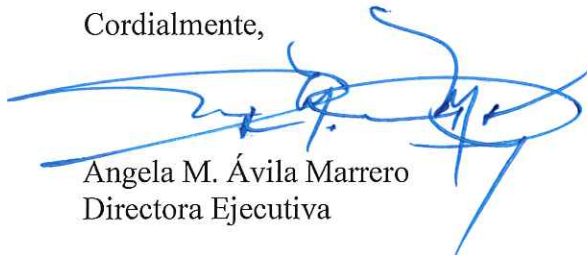
Esta carta deberá ser compartida—en su totalidad—con todos los proveedores de su red utilizando todos los medios que el MCO utiliza para enviar cartas circulares a sus proveedores además de ser publicada en la página web del MCO. Se prohíbe compartir extractos de esta comunicación, o comunicar la información aquí incluida, sin anejar una copia fiel y exacta de la misma a la comunicación.

Consideramos como una práctica eficaz que los MCOs contacten a los proveedores de servicios para orientar, canalizar sus preocupaciones y evaluar la necesidad de contratación para la continuidad de los servicios de salud.

Esperamos su colaboración para llevar a cabo estas instrucciones.

¡Salud en tus manos!

Cordialmente,



Angela M. Ávila Marrero
Directora Ejecutiva