

CARTA CIRCULAR #M1807230

2 de enero de 2019

Estimado Proveedor:

Reciba un cordial saludo de parte de Triple-S Salud, Inc. (Triple-S).

Efectivo al 1 de enero de 2019, Triple-S administrará la cubierta de salud de los Empleados activos, jubilados y los dependientes elegibles de la Autoridad de Energía Eléctrica (PREPA). Nuestra organización fue seleccionada de entre varios proponentes al desarrollar una propuesta sólida enfocada en el acceso a servicios de la más alta calidad.

Triple-S se une a los esfuerzos de garantizar a los asegurados/afiliados acceso continuo a los servicios médicos-hospitalarios a través de la relación de negocios y la comunicación abierta que mantiene con su amplia red de proveedores. Es por ello que, mediante esta comunicación, Triple-S interesa orientarle en cuanto a temas relacionados al acceso y pagos por servicios prestados a partir de la fecha de efectividad de la cubierta.

I. A partir de cuándo es efectiva la cubierta

La cubierta para los empleados activos, jubilados y dependientes elegibles de PREPA (los asegurados/afiliados PREPA) comenzará a partir del 1 de enero de 2019.

II. Tarjetas de Plan Médico y Elegibilidad del paciente

Es importante indicar que el proceso de selección de aseguradora por parte de PREPA incluyó revisiones y aprobaciones tanto de PREPA como de la Junta de Control Fiscal, por lo que el envío de las tarjetas del plan a estos pacientes ocurrió cercano el final del mes de diciembre de 2018. Conforme lo anterior, muchos de nuestros nuevos asegurados/afiliados de PREPA pueden no haber recibido su tarjeta, o conocer sobre este cambio aún. Para garantizar que nuestros asegurados/afiliados de PREPA puedan continuar recibiendo sus servicios sin interrupción, hemos tomado varias medidas para apoyarlos a ustedes en el proceso.

A partir del 1 de enero de 2019, todo asegurado/afiliado de PREPA comenzará a recibir una Carta de Bienvenida y una Certificación de Cubierta, según emitida por Triple-S.

Los asegurados/afiliados de PREPA podrán utilizar la Certificación de Cubierta para acceder servicios médicos, hospitalarios y/o de farmacia en lo que reciben la nueva tarjeta del Plan. Mediante la Certificación de Cubierta, los proveedores de servicio tendrán la información necesaria para validar la elegibilidad de ese asegurado/afiliados de PREPA y gestionar el pago por los servicios prestados. Si el asegurado/afiliados de PREPA no tiene, o no ha recibido su Certificación de Cubierta, usted puede obtener copia de la misma llamando al Centro de Llamadas de Proveedores cuyos números proveemos más adelante.

De un asegurado/afiliados de PREPA solicitar acceso a servicio portando la tarjeta correspondiente al asegurador anterior, ya sea por no contar con una Certificación de Cubierta o la nueva tarjeta del Plan de Triple-S, los proveedores podrán utilizar la información de la tarjeta previa como mecanismo para validar la elegibilidad de ese asegurad/afiliados o de PREPA a través de las siguientes herramientas que proveemos:

Verificaciones de Elegibilidad Electrónica

Si sus elegibilidades de Triple-S o Triple-S Advantage se tramitan a través de Assertus (que es la entidad a quien Triple-S le ha contratado el manejo de sus transacciones HIPAA EDI X12), usted pudiera enviar una transacción para validar elegibilidad (270) con el *Payer ID* de Triple-S Salud (jubilados no elegibles a Medicare) o Triple-S Advantage, según aplique, pero con el *Member ID* del plan anterior. Hemos programado por el mes de enero una función automática para convertir ese *Member ID* anterior al *Member ID* nuevo de Triple-S Salud o Triple-S Advantage según corresponda, para poder procesar y responder su transacción con una respuesta (271) que contenga el *Member ID* de Triple-S. Eso le permitirá enviar su reclamación electrónicamente (837) con el número de Triple-S y por ende reconciliar automáticamente cuando reciba su explicación de pago (835).

Envío de Reclamaciones Electrónicas

Usted también podrá enviar su reclamación electrónicamente (837) usando el *Payer ID* de Triple-S Salud (jubilados no elegibles a Medicare) o Triple-S Advantage, según aplique, pero con el *Member ID* del plan anterior. Hemos programado por el mes de enero una función automática para convertir ese *Member ID* anterior al *Member ID* nuevo de Triple-S Salud o Triple-S Advantage según corresponda, para poder procesar su reclamación con prontitud. En este caso, cuando reciba su explicación de pago (835), puede que tenga que reconciliar esa transacción manualmente correlacionando los member IDs del plan anterior y el nuevo de Triple-S, dependiendo de las funcionalidades y configuraciones de su sistema.

Es importante enfatizar que estos procesos serán aplicados temporariamente durante el mes de enero únicamente, mientras validamos que todos los asegurados/afiliados PREPA han recibido sus tarjetas del plan médico. Esta instrucción de ninguna forma exime al Proveedor de requerir, ni al asegurado/afiliados de presentar, su tarjeta del Plan desde el momento en que éste último la reciba.

II. Servicios Pre Autorizados

Para validar si la cubierta de beneficios de un asegurado/afiliados de PREPA requiere de pre autorización, usted deberá seguir los procesos regulares para validar elegibilidad.

Triple-S honrará el pago por aquellos procedimientos o estudios que hayan sido

debidamente aprobados por el plan anterior para servicios a recibirse en o antes del 31 de enero de 2019. Posterior a dicha fecha, el paciente deberá obtener una solicitud de pre-autorización nueva.

III. Asegurados/afiliados Hospitalizados (Salud Física o Mental)

Si, al 1 de enero de 2019, un asegurado/afiliados de PREPA se encuentra hospitalizado por una condición de salud física o mental, le corresponderá cubrir los costos de la hospitalización (admisión y servicios intrahospitalarios) hasta la fecha de alta, al plan que cubría a ese asegurado/afiliados de PREPA a la fecha de la admisión. Una vez el asegurado/afiliados de PREPA sea dado de alta, la responsabilidad de coordinar, cubrir y pagar por los servicios post-alta se transferirá a Triple-S Salud o Triple-S Advantage, según corresponda.

Para más detalles, o de tener alguna duda o pregunta adicional con respecto a lo aquí informado, puede comunicarse con el Centro de Llamadas de Proveedores dependiendo la Línea de Negocio:

Comercial

787-749-4700 o al 1-877-357-9777 (para llamadas de larga distancia, libre de cargos)

Lunes a viernes 7:30 am-8:00 pm

Sábado 8:00am-12:00pm

Medicare Advantage

1-855-886-7474

Lunes a viernes 8:00am-5:00pm

Sábado 8:00am-2:00pm

¡Contamos con su compromiso!

Cordialmente,



Dionnel Pérez Morales
Vicepresidente Administración de la Red