



Carta Normativa 19-0130

30 de enero de 2019

Documentos Relacionados:

Carta Normativa 18-1003

Carta Normativa 18-1116

- 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: EXTENSION DEL PERIODO DE TRANSICION AL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO, VITAL

El 31 de enero de 2019 culmina el periodo de inscripción abierta en el cual los beneficiarios del Plan Vital pueden cambiar sin causa de aseguradora u organización de servicios de salud ("MCOs" por sus siglas en inglés) asignada, al MCO de su preferencia. También pueden cambiar su grupo médico primario (GMP) y médico primario de así desearlo. Posterior a esta fecha y en cumplimiento con la regulación federal, los beneficiarios del Plan Vital pueden realizar cambios de MCO, GMP y médico primario por justa causa en cualquier momento.

Existirá justa causa para cambiar una aseguradora u organización de servicios de salud cuando, por ejemplo, el beneficiario:

- se encontraba recibiendo tratamiento de un proveedor de servicios médicos cuyo contrato con un MCO fue cancelado, no fue renovado o perfeccionado



- no puede obtener acceso a todos los servicios relacionados que necesita a la misma vez de los proveedores de servicios de salud, incluyendo facilidades de servicios que trabajan con el MCO.
- obtiene un cuidado de pobre calidad.
- no tiene acceso a proveedores de servicios de salud que tengan experiencia manejando sus necesidades de cuidado médico.
- no tiene acceso a servicios cubiertos y/o proveedores de servicios de salud de acuerdo a la necesidad del beneficiario.
- necesita un servicio que el MCO no cubre por razones morales o religiosas.

Existirá justa causa **para cambiar un grupo médico primario o médico primario** en cualquier momento cuando, por ejemplo, el beneficiario:

- se siente incómodo o pierde confianza en su médico primario o grupo médico primario
- no recibe un servicio de calidad
- requiere servicios concurrentes y no todos se encuentran disponibles a la vez dentro del grupo médico
- enfrenta dificultad de acceso para recibir servicios con el médico primario y/o el grupo médico primario ya sea por falta de disponibilidad de citas, los médicos no tienen experiencia con la condición del beneficiario, etc.
- el médico primario o grupo médico primario no ofrece un servicio requerido por el beneficiario por razones morales o religiosas
- el médico que atendía al beneficiario ya no se encuentra contratado por el grupo médico primario

Aquellos beneficiarios que no eran elegibles al Plan de Salud de Gobierno (“Reforma” o “MI Salud”) al 31 de octubre de 2018 y obtuvieron elegibilidad al Plan Vital después del 1ero de noviembre de 2018, tienen un periodo de inscripción abierta especial por un término de noventa (90) días desde que fueron certificados elegibles al Plan Vital para cambiar la aseguradora que escogieron al momento de certificarse.

Con el propósito de resguardar la continuidad de cuidado y tratamiento de los pacientes, ASES extiende hasta el 28 de febrero de 2019 el periodo de garantía de pagos a proveedores establecido en la Sección VII de la Carta Normativa 18-1003, en particular los pagos a aquellos proveedores quienes se encontraban contratados para el Plan de Salud de Gobierno al 31 de octubre 2018 pero no han sido contratados en la red del MCO bajo Plan Vital al 31 de enero 2019. Además, se extiende hasta el 28 de febrero 2019 el periodo durante el cual se continuarán honrando los referidos emitidos por un proveedor del Plan de Salud de Gobierno, sin importar que el beneficiario haya cambiado de MCO o que el referido tenga fecha previa al 1 de noviembre 2018, según descrito en la Sección I de la Carta Normativa 18-1003 y la Carta Normativa 18-1116.



La garantía de pago aplica a aquellos proveedores que tenían contrato vigente al 31 de octubre de 2018 para proveer servicios al Plan de Salud de Gobierno, pero que al 31 de enero de 2019 no han sido contratados por el MCO para Plan Vital, y de quien el beneficiario asignado al MCO recibía y/o recibe servicios médicos. Esto incluye servicios ancilares como laboratorios y radiología, proveedores de equipo médico duradero, diálisis, hospitales¹, sala de emergencia², etc. De no realizar el pago de acuerdo a esta instrucción, ASES podría retener la cuantía adeudada al proveedor de los pagos pendientes de desembolso al MCO. Los servicios serán pagados por la aseguradora que administra la cubierta a la fecha que se prestó el servicio a la tarifa vigente de los proveedores contratados, excepto en casos de hospitalización u embarazo, los cuales se rigen por las reglas establecidas en las Secciones IV y V de la Carta Normativa 18-1003.

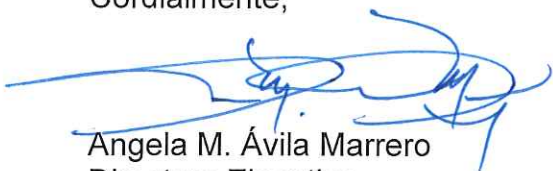
Esta directriz administrativa de extensión también aplica a los pagos a GMP y médicos primarios que fueron asignados beneficiarios durante el proceso de auto asignación realizado por ASES, y posteriormente hayan rescindido de sus acuerdos con el MCO, o el MCO no haya perfeccionado la contratación del GMP o médico primario al 31 de enero 2019.

Incumplir con los principios de acceso a servicios y/o pago por servicios prestados establecidos en esta comunicación y las Cartas Normativas 18-1003 y 18-1116, así como la denegación o no 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.

Esta Carta Normativa deberá ser compartida con todos los proveedores de servicios de en las redes de los MCOs dentro de un término no mayor de cinco (5) días calendarios desde el recibo de su notificación.

Esperamos su colaboración para llevar a cabo estas instrucciones.

Cordialmente,



Angela M. Ávila Marrero
Directora Ejecutiva

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.