



Carta Normativa 19-1126

26 de noviembre de 2019

A: Organizaciones de Manejo Coordinado de Salud (MCOs) contratadas para ofrecer el Plan de Salud del Gobierno (PSG), Vital, Triple S Salud (TSS), First Medical Health Plan (FMHP); Multi health (MMM), Molina Healthcare (MHPR) y Plan de Salud Menonita (PSM)

RE: Notificación del derecho a cambiarse de aseguradora en los casos que ocurriera algún cambio de grupo médico primario (GMP) y/o médico primario (PCP) a los beneficiarios del Plan Vital

Desde el 1 de noviembre de 2018 los beneficiarios del Plan Vital tienen acceso a los servicios médicos y hospitalarios en todo Puerto Rico. Uno de los cambios más importantes que trajo consigo este nuevo modelo es el derecho de cada beneficiario a escoger su organización de manejo coordinado de salud.

Bajo el modelo anterior, en las situaciones en que un Grupo Médico Primario (PMG por sus siglas en inglés) prescindía de los servicios de un Médico Primario (PCP por sus siglas en inglés) éste le notificaba a la aseguradora mediante una solicitud de baja y la aseguradora lo procesaba con efectividad de cuarenta y cinco (45) días previo a la efectividad, notificaba mediante carta al beneficiario y se procedía a expedirle una nueva tarjeta al beneficiario.


Con el propósito de atemperar dichos procesos administrativos al nuevo modelo del Plan Vital se requiere de los MCOs que cada vez que un PMG o PCP deje de formar parte de su red, se proceda a emitir la nueva tarjeta al beneficiario, se le comunique que se honrará la continuidad de cuidado de salud con el PMG/PCP original y lo siguiente:

- Se le informará que su PMG y/o PCP ya no es parte de la red de proveedores y que, por tal razón, se le está realizando la asignación temporera de un PMG y/o PCP que esté contratado en su red de proveedores. En esta misma comunicación se le recordará al beneficiario que de éste desear permanecer con su PMG y/o PCP tiene derecho a realizar el cambio mediante el Consejero de Inscripción de la Administración de Seguros de Salud. En la carta deberán incluir el/los teléfonos del Consejero de Inscripción para recibir la orientación y ayuda al seleccionar un nuevo MCO que tenga contratado al (los) proveedores de su selección.

Este requerimiento es, además, aplicable cuando ocurran cambios del PCP del beneficiario a otro PMG que sea parte de la red del proveedor del MCO. Se acompañan los modelos de cartas que se utilizarán para notificarle esta información a los beneficiarios del Plan Vital para fácil referencia.

Esperamos su colaboración para llevar a cabo estas instrucciones.

Cordialmente,



Yolanda García Lugo
Directora Ejecutiva Interina

Anejos (3)

<<Fecha>>

Modelo 1

<<BENEFICIARIO>>

<<DIRECCIÓN 1>>

<<PUEBLO>>, <<PAIS>> <<ZIP CODE>>

Estimado(a) beneficiario(a):

En [MCONAME] estamos comprometidos con garantizar la continuidad y el acceso a servicios a los beneficiarios del nuevo Plan de Salud del Gobierno, Vital.

Le informamos que su médico primario (PCP), el/la Dr(a). <<PCP NAME>>, no formará parte de la red de [MCONAME] bajo el Plan **Vital** efectivo el [Insert Date]. Si usted desea continuar con su médico primario puede cambiarse a la aseguradora donde su [PCP NAME] esté contratado.

De no realizar un cambio de aseguradora, usted seguirá en el mismo GMP, con el (PCP) <<NEW PCP NAME>>, **con oficina localizada en la siguiente dirección:**

Dr(a). <<NEW PCP NAME>>	<<ADDRESS 1>>	<<PUEBLO>>,	<<PAIS>>	<<PHONE>>
-------------------------	---------------	-------------	----------	-----------

Si desea cambiar de aseguradora puede hacerlo:

Llamando al Centro de Orientación Vital al

1-800-981-2737

1-833-253-7721

Servicio TTY

(Disponible para audito impedidos solamente)

TTY: 1-866-280-2050 (español)

TTY: 1-866-280-2053 (inglés)

Consejeros de Inscripción disponibles de

lunes a viernes de 8:00 am a 6:00 pm ó

visitando la oficina de Medicaid más cercana.

De necesitar información sobre cómo realizar un cambio de GMP y/o PCP al [Insert Date], o para orientación adicional, puede referirse al Manual del Beneficiario, visitar uno de los Centros de Servicio, visitar [MCO website] o comunicarse a nuestro Centro de Llamadas Vital al [MCO call center number]. Para servicios telefónicos, para audio impedidos (TTY), llame al [Insert number]. El Centro de Llamadas está disponible de [insert hour] a.m. a [insert hour] p.m. de lunes a viernes.

Insert MCO Logo

Número Aprobación ASES



El Centro de Orientación Vital le ofrecerá toda la información que usted necesita para hacer una selección.

Atentamente,

[Nombre]
Departamento

[MCO NAME] cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina en base a raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo.

[MCO NAME] complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

[MCO NAME] 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **[Insert number]** (TTY: **[Insert number]**).

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **[Insert number]** (TTY: **[Insert number]**).

Insert MCO Logo

Número Aprobación ASES



<<Fecha>>

Modelo 2

<<BENEFICIARIO>>
<<DIRECCIÓN 1>>
<<PUEBLO>>, <<PAIS>> <<ZIP CODE>>

Estimado(a) beneficiario(a):

En **[MCONAME]** estamos comprometidos con garantizar la continuidad y el acceso a servicios a los beneficiarios del nuevo Plan de Salud del Gobierno, **Vital**.

Le informamos que su médico primario [PCP], el/la Dr(a). **[PCP NAME]**, ni el Grupo Médico Primario **[GMP NAME]** formarán parte de la red de **[MCONAME]** bajo el Plan **Vital** efectivo el **[Insert Date]**. Si usted quiere continuar con su **PCP y GMP**, debe realizar un cambio de aseguradora donde el **[PCP NAME]** y **[GMP NAME]** estén contratados.

De no realizar un cambio de aseguradora, al **[Insert Date]**, **[MCO NAME]** le asignará al (GMP) **[GMP NAME]**, y al (PCP) el doctor. **[NEW PCP NAME]**, con oficina localizada en la siguiente dirección:

Dr.(a) <<NEW PCP NAME	<<DIRECCIÓN 1>>	<<NEW GMP NAME>>	<<DIRECCIÓN 1>>	<<PUEBLO, PAIS>>	<<PHONE>>
--------------------------	--------------------	---------------------	--------------------	---------------------	-----------

Si desea cambiar de aseguradora puede hacerlo:

Llamando al Centro de Orientación Vital al

1-800-981-2737

1-833-253-7721

Servicio TTY

(Disponible para audito impedidos solamente)

TTY: 1-866-280-2050 (español)

TTY: 1-866-280-2053 (inglés)

Consejeros de Inscripción disponibles de

lunes a viernes de 8:00 am a 6:00 pm ó

visitando la oficina de Medicaid más cercana.

De necesitar información sobre cómo realizar un cambio de GMP y/o PCP al **[Insert Date]**, o para orientación adicional, puede referirse al Manual del Beneficiario, visitar uno de los Centros de Servicio, visitar **[MCO Website]** o comunicarse a nuestro Centro de Llamadas Vital al **[MCO call center number]**. Para servicios telefónicos, para audio impedidos (TTY), llame al **[Insert Number]**. El Centro de Llamadas está disponible de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. de lunes a viernes.

Número Aprobación ASES

Insert MCO Logo



El Centro de Orientación Vital le ofrecerá toda la información que usted necesita para hacer una selección.

Atentamente,

[Nombre]
Departamento

[MCO NAME] cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina en base a raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo.

[MCO NAME] complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

[MCO NAME] 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **[Insert Number]** (TTY: **[Insert Number]**).

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電**[Insert Number]** (TTY: **[Insert Number]**).

Número Aprobación ASES

Insert MCO Logo



<<Fecha>>

<<BENEFICIARIO>>
<<DIRECCIÓN 1>>
<<PUEBLO>>, <<PAIS>> <<ZIP CODE>>

Modelo 3

Estimado(a) beneficiario(a):

En **MCO NAME** estamos comprometidos con garantizar la continuidad y el acceso a servicios a los beneficiarios del nuevo Plan de Salud del Gobierno, **Vital**.

Le informamos que su médico primario (PCP), el/la Dr(a) **[PCP NAME]**, es parte de la red de **[MCO NAME]**. Sin embargo, su Grupo Médico Primario (GMP) **[PMG NAME]** no formará parte de la red de **[MCO NAME]** bajo el Plan Vital efectivo el **[Insert Date]**. Si usted desea continuar con su PMG, puede realizar un cambio de aseguradora donde su **[GMP NAME]** estén contratados.

De no realizar un cambio de aseguradora, al **[Insert Date]**, **[MCO NAME]**, le asignará al **[GMP NAME]**,

<<NEW GMP NAME>>	<<ADDRESS 1>>	<<PUEBLO>>,	<<PAIS>>	<<PHONE>>
------------------	---------------	-------------	----------	-----------

donde su (PCP) el doctor **[NEW PCP NAME]** forma parte, con oficina localizada en la siguiente dirección:

Si desea cambiar de aseguradora puede hacerlo:

Llamando al Centro de Orientación Vital al

1-800-981-2737

1-833-253-7721

Servicio TTY

(Disponible para audito impedidos solamente)

TTY: 1-866-280-2050 (español)

TTY: 1-866-280-2053 (inglés)

Consejeros de Inscripción disponibles de
lunes a viernes de 8:00 am a 6:00 pm ó
visitando la oficina de Medicaid más cercana.

Número Aprobación ASES

Insert MCO Logo

De necesitar información sobre cómo realizar un cambio de GMP y/o PCP al **[Insert Date]**, o para orientación adicional, puede referirse al Manual del Beneficiario, visitar uno de los Centros de Servicio, visitar **[MCO website]** o comunicarse a nuestro Centro de Llamadas Vital al **[MCO call center number]**. Para servicios telefónicos, para audio impedidos (TTY), llame al **[Insert Number]**. El Centro de Llamadas está disponible de 7:00 a.m. a 7:00 p.m de lunes a viernes.

El Centro de Orientación Vital le ofrecerá toda la información que usted necesita para hacer una selección.

Atentamente,

[Nombre]
Departamento

MCO NAME cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina en base a raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo.

MCO NAME complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

MCO NAME 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **[Insert Number]** (TTY: **[Insert Number]**).

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電**[Insert Number]** (TTY: **[Insert Number]**).

Número Aprobación ASES

Insert MCO Logo