

2 de noviembre de 2018

A: Todos los Proveedores Dentales Participantes de la Red de Proveedores de First Medical Health Plan, Inc. para el Plan Vital

Re: Cubierta Dental para Beneficiarios del Plan Vital

Estimado Proveedor:

Reciba un cordial saludo de parte de First Medical Health Plan, Inc.

First Medical Health Plan, Inc., (FMHP) ha sido designada por la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) como una de las entidades de salud que estará administrando el Plan Vital, incluyendo la Población Vital-X, antes conocida como la Región Virtual. Por tal razón, en este comunicado encontrará información importante sobre la administración del Plan Vital que usted y el personal de su oficina debe conocer.

Red de Proveedores

Ya que usted forma parte de la Red de Proveedores de FMHP, usted podrá brindar servicios a los beneficiarios del Plan Vital. Los beneficiarios no necesitarán un referido ni una pre-autorización para acceder a servicios dentales cubiertos, con excepción de cirugía maxilofacial que requiere la pre-autorización del Proveedor de Cuidado Primario (PCP, por sus siglas en inglés) del beneficiario.

Elegibilidad

La Oficina de Medicaid de Puerto Rico es la responsable de evaluar y determinar si un individuo es elegible para el Programa de Medicaid, basándose en unos criterios específicos.

Una vez la Oficina de Medicaid determine que un individuo es elegible para el Programa de Medicaid, emitirá y entregará al beneficiario la Forma MA-10 titulada *Notificación de Acción Tomada Sobre Solicitud y/o Re-certificación*, donde certifica el periodo de elegibilidad de Medicaid. El beneficiario podrá utilizar la Forma MA-10, como una tarjeta de identificación temporera (para acceder servicios de emergencia) y para acceder a Servicios Cubiertos por el Plan Vital.

Tarjeta de Identificación del Beneficiario

FMHP enviará una Tarjeta de Identificación de FMHP a todos los beneficiarios del Plan Vital. Con esta tarjeta, los beneficiarios podrán recibir los servicios médicos/dentales necesarios a

través de la Red de Proveedores de FMHP. El beneficiario también podrá utilizar la Certificación de Cubierta emitida por FMHP.

Los beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno, Vital cuentan con un número único como identificador principal conocido como **MPI** (Master Patient Index, por sus siglas en inglés). El identificador MPI sustituye al número de contrato anterior. El formato del identificador MPI comienza con **00800-XXXXXXXX**, contrario al número de contrato cuyo formato es 800XXXXXXXX00. Es importante que utilice el identificador MPI en todas las transacciones relacionadas a los beneficiarios del Plan Vital.

A continuación, encontrará un ejemplo de una Tarjeta de Identificación de FMHP para el Plan Vital:



En el Anejo 1 de este comunicado, encontrará la Lista de Copagos, de acuerdo a los niveles de indigencia del beneficiario.

Validación de Elegibilidad

La tarjeta de identificación es solo para propósitos de identificación del beneficiario y no garantiza la elegibilidad del individuo. La elegibilidad siempre debe ser verificada antes de ofrecer los servicios. Para verificar la elegibilidad de sus pacientes, usted podrá utilizar varios métodos:

a. Clearinghouse

FMHP unió esfuerzos con Inmediata Health Group Inc., para crear una aplicación “web based” que provee información segura en donde el Proveedor puede verificar la elegibilidad del beneficiario, información de los servicios cubiertos y las exclusiones, por cada una de las cubiertas de FMHP.

La Herramienta de Verificación de Elegibilidad y Servicios Cubiertos provee información en tiempo real de cada transacción sometida por el usuario. Para acceder a esta aplicación, usted deberá tener una cuenta creada en la página electrónica de Inmediata (www.inmediata.com).

De no tener cuenta con Inmediata, deberá comunicarse con dicho *Clearinghouse* al número de teléfono 787-783-3233 para registrarse.

Para acceder esta aplicación deberá seguir los siguientes pasos:

- En la página principal de Inmediata, debe seleccionar el logo de FMHP.
- Luego acceda al enlace de “Beneficio Dental y Herramienta de Verificación” que se encuentra en la parte izquierda de la página electrónica.
- Una vez entre al enlace de “Beneficio Dental y Herramienta de Verificación”, usted deberá llenar todos los campos requeridos, incluyendo el número de identificación del beneficiario, la fecha en que se llevará a cabo el servicio, el código dental, diente correspondiente al código de servicio (de ser necesario) y superficie correspondiente al código de servicio.
- Luego de completar todos los campos requeridos, usted tendrá acceso a la siguiente información:
 - ✓ Periodo de elegibilidad del Beneficiario;
 - ✓ Información relacionada a los servicios que desea verificar;
 - ✓ Las limitaciones bajo la cubierta del beneficiario;
 - ✓ Límite de edad para obtener el servicio, si aplica; y
 - ✓ Disponibilidad del servicio.

La Herramienta de Verificación de Elegibilidad y Servicios Cubiertos también tiene una Sección de “Máximos Beneficios”, en la que el proveedor puede obtener información de la cantidad restante que el beneficiario dispone por cubierta. Si el beneficio no tiene alguna limitación en cantidad, mostrará un mensaje indicando que el servicio no tiene restricción de máximo. Por el contrario, si el servicio tiene una limitación de cantidad de dólar, esta herramienta mostrará la cantidad del beneficio basado en la cubierta del beneficiario, la cantidad que está disponible al momento de la búsqueda y, la efectividad y terminación de la regla de limitación.

b. Portal de Proveedores

Usted puede validar elegibilidad a través del Portal del Proveedor a través de la siguiente dirección <https://portal.firstmedicalvital.com>. Si usted no tiene una cuenta creada; debe solicitar la creación de una cuenta, enviando el Formulario de Solicitud de Acceso al Portal de Proveedores de GHP (Anejo 3) completado al siguiente correo electrónico: soporte@firstmedicalpr.com.

Una vez acceda la página <https://portal.firstmedicalvital.com>, debe presionar la imagen de “Proveedores” y luego el ícono “Portal de Proveedores”. Este ícono lo llevará directamente al Portal, donde podrá acceder sus credenciales y validar la elegibilidad del beneficiario.

Coordinación de Beneficios

De acuerdo a las regulaciones de Medicare y Medicaid, el Plan Vital es el último pagador ante cualquier plan, para los servicios cubiertos. Como proveedor de la Red de Proveedores de FMHP usted tiene la responsabilidad de confirmar si el beneficiario tiene otro plan médico o cubierta, al momento de ofrecer los servicios, de manera que pueda realizar la facturación de los servicios al plan primario del beneficiario.

Sistema de Credenciales R-Credential

El Sistema *R-Credential* es una aplicación electrónica que permitirá acceso directo al perfil del proveedor, con el fin de que exista una comunicación efectiva entre usted y el Departamento de Credenciales. Este sistema facilitará el manejo adecuado de sus credenciales de una manera segura. Utilizando este sistema, usted podrá realizar el envío de credenciales, completar la solicitud de proveedores y acceder comunicaciones directas, además de avisos sobre documentos y/o credenciales próximas a expirar.

Si aún no tiene una cuenta creada, usted recibirá una invitación próximamente por correo electrónico para crear su cuenta. Esta le indicará una contraseña temporera. Una vez tenga acceso usted podrá crear y registrarse con un nombre de usuario y crear su contraseña.

Requerimiento de Códigos de ICD-10

Al presente, el requerimiento de ICD-10 para reclamaciones dentales es uno condicional. Lo que significa, que en los casos donde se requiera justificar el procedimiento y dependiendo de la condición que presente el beneficiario al momento de requerir los servicios, los proveedores de servicios dentales utilizarán el código de diagnóstico en formato ICD-10, además del código de procedimiento CDT.

Por lo tanto, se requerirá a los proveedores de servicios dentales, generalmente, pero no limitado a Cirujanos Orales y Maxilofaciales, utilizar la codificación de ICD-10 según aplique en las reclamaciones por servicios.

Recuerde, si va a utilizar códigos de diagnósticos en su factura, incluyendo facturas a papel (ADA 2012), los mismos deben incluirse con los códigos ICD-10.

Cubierta de Beneficios Dentales

A continuación, encontrará los servicios dentales cubiertos para los beneficiarios del Plan Vital.

Para beneficiarios pediátricos, niños menores de veintiún (21) años, los siguientes servicios están cubiertos:

- Todos los servicios preventivos y correctivos según requerido por el Programa Evaluación Periódica Temprana, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés);

- Servicios de ortodoncia medicamente necesarios para prevenir y restaurar estructuras orales para propósitos de salud y función para beneficiarios elegibles al Programa de EPSDT. Servicios de ortodoncia no están cubiertos para propósitos cosméticos;
- Terapia Pulpar (Pulpotomía); y
- Coronas de acero inoxidable para uso en dientes primarios tras una Pulpotomía Pediátrica.

Para beneficiarios adultos, los siguientes servicios están cubiertos:

- Servicios dentales preventivos;
- Servicios de restauración dental;
- Un (1) examen bucal completo por año;
- Un (1) examen periódico cada seis (6) meses;
- Un (1) examen oral limitado para definir problema (*defined problem-limited oral exam*);
- Una (1) serie completa de radiografías intraorales, incluyendo placa de mordida, cada tres (3) años;
- Una (1) radiografía periapical intraoral inicial;
- Hasta cinco (5) radiografías periapicales/intraoral adicionales por año;
- Una (1) radiografía de mordida sencilla por año (*single film-bite radiography*);
- Una (1) radiografía de mordida doble por año (*two-film bite radiography*);
- Una (1) radiografía panorámica cada tres (3) años;
- Una (1) limpieza cada seis (6) meses;
- Un (1) Profilaxis cada seis (6) meses;
- Restauración de amalgama;
- Restauraciones de resina;
- Endodoncias (*Root Canal*);
- Tratamiento paliativo;
- Cirugía oral; y
- Servicios de anestesia, sujetos a una pre-autorización, para adultos con discapacidades físicas o mentales, en cumplimiento con leyes federales y estatales.

Pre-Autorización

Existen algunos servicios que requieren pre-autorización. FMHP garantizará un proceso consistente en la toma de decisiones para la revisión de cada solicitud que requiera pre-autorización. La decisión de otorgar o denegar una pre-autorización dental no excederá cuarenta y ocho (48) horas a partir del momento de la solicitud. En los casos en que la vida y la salud del beneficiario se vean en peligro, se procederá con un proceso expedito, el cual no excederá de veinticuatro (24) horas de la solicitud.

Al momento, los códigos dentales que requieren de una pre-autorización son:

D9223	General anesthesia – each 15 minutes
-------	--------------------------------------

D9243	<i>Intravenous mod with sedation – 15 minutes</i>
D9420	<i>Hospital or ambulatory surgical center call</i>

Los códigos de sedación requieren de una pre-autorización, debido a que este tipo de sedación es un beneficio de salud física, el cual requiere de unas indicaciones específicas de criterios de necesidad médica para poder ser administrado bajo la cubierta de dental. Al solicitar estos códigos, es importante asegurarse que su oficina cuente con el equipo necesario para llevar a cabo dicho procedimiento. Recuerde que en algunos casos este servicio podrá ofrecerse en un hospital.

Pueden tramitar la Solicitud de Pre-autorización a través de las siguientes formas:

- Por Fax: 1-787-626-2102
- Entrega en las Oficinas Regionales (Ver Anejo 2)

Reclamaciones

Con el fin de minimizar posibles errores de facturación y una mayor rapidez en el proceso de pago, le exhortamos a todos los proveedores; incluyendo los proveedores dentales, a someter electrónicamente sus reclamaciones utilizando el **“payer id: GHP660537624”**.

También, tienen la opción de someter la reclamación a papel, enviando la misma a la siguiente dirección:

First Medical Health Plan, Inc.
Departamento de Reclamaciones
P.O. Box 195200
San Juan, Puerto Rico 00919-5200

O, entregándola directamente en la Oficina Principal de FMHP, localizada en:

Ext. Villa Caparra #530 Marginal Buchanan
Guaynabo, Puerto Rico

Con el propósito de facilitar los procesos de pagos a los proveedores por los servicios provistos a nuestros beneficiarios, FMHP ha implementado el servicio de Depósito Directo. Para solicitar el Acuerdo y Formulario de Depósito Directo, puede comunicarse directamente con el Centro de Servicio al Proveedor al 1-844-347-7802 o enviar un correo electrónico a servicio_proveedores@fmsaludpr.com con el Formulario completado *Electronic Fund Transfer (EFT) and Electronic Remittance Advice (ERA) Authorization Agreement* (Anejo 4).

Proceso de Disputas

FMHP tiene disponible el Proceso de Disputas para que todos sus proveedores contratados puedan notificar y canalizar cualquier insatisfacción que tengan, basado en los acuerdos

contractuales entre el proveedor y FMHP. Las solicitudes de Disputas Administrativas o Disputas de Pago deben ser radicadas de manera escrita.

- **Disputas Administrativas-** Es el proceso que ha establecido FMHP para manejar cualquier situación administrativa, incluyendo la solicitud de terminación de la relación médico-paciente. La Disputa debe ser radicada en un periodo no mayor de ciento veinte (120) días a partir del suceso que generó la insatisfacción.
- **Disputas de Pago-** Es el proceso que ha establecido FMHP para manejar las solicitudes relacionadas a insatisfacciones de pago de reclamaciones. Para que un proveedor pueda radicar una Disputa de Pago, la reclamación debe haber pasado por el proceso de pago regular y luego por el proceso de ajuste. Una vez recibida la determinación del ajuste, de no estar satisfecho con la determinación, el proveedor tendrá ciento veinte (120) días a partir de la fecha de la notificación para radicar su solicitud. Toda solicitud de Disputa que no cumpla con los términos antes establecidos será desestimada.

Para radicar una solicitud de disputa ante el Departamento de Querellas y Apelaciones de FMHP, usted deberá:

- Entregarla en cualquiera de nuestras Oficinas de Servicio;
- Enviarla a través de Fax al 787-300-3932;
- Enviarla a través de correo electrónico a disputas-proveedores@fmsaludpr.com; o
- Enviarla por correo regular a la siguiente dirección:

First Medical Health Plan, Inc.
Departamento de Querellas y Apelaciones- FM Vital
PO Box 195079
San Juan, PR 00919-5079

Servicio al Proveedor

a. Centro de Servicio al Proveedor

FMHP cuenta con un Centro de Servicio al Proveedor, el cual opera en horario de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. El Centro de Servicio al Proveedor, cuenta con representantes de servicio disponibles para contestar sus preguntas relacionadas al Plan Vital. Usted se puede comunicar con el Centro de Servicio al Proveedor, libre de cargos, llamando al 1-844-347-7802.

Además, el Centro de Servicio al Proveedor cuenta con un sistema automatizado, el cual le permitirá dejar un mensaje de voz fuera de horas laborables. Un representante de servicio se comunicará con usted el próximo día laborable.

b. Oficinas de Servicio al Proveedor

Usted también, puede visitar a cualquiera de las dos Oficinas de Servicio al Proveedor localizada en:

- International Medical Card, Inc.
51 calle Gonzalo Marín
Arecibo, Puerto Rico

- FMHP Tower
Ave Ponce De León Calle Bolivia #60
Hato Rey, Puerto Rico

Si tiene alguna pregunta relacionada a este comunicado o necesita información adicional, siéntase en la libertad de comunicarse con nuestro Centro de Servicio al Proveedor al número libre de cargos 1-844-347-7802. Nuestro horario de servicio es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. También, puede visitarnos a nuestras Oficinas de Servicios de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. o acceder a nuestra página electrónica www.firstmedicalvital.com.

Le agradecemos por ofrecer un servicio de calidad a nuestros beneficiarios del Plan Vital.

Cordialmente,

Departamento de Servicio al Proveedor
First Medical Health Plan, Inc.

CO-PAYS & CO-INSURANCE - effective on July 1st 2016												
SERVICES	Federal				CHIPs		Commonwealth				*ELA	
	100	110	120	130	220	230	300	310	320	330	400	
HOSPITAL												
Admissions	\$0	\$4	\$5	\$8	\$0	\$0	\$15	\$15	\$15	\$20	\$50	
Nursery	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	
EMERGENCY ROOM (ER)												
Emergency Room (ER) Visit	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$2	\$10	\$15	\$20	\$20	
Non-Emergency Services Provided in a Hospital Emergency Room, (per visit)	\$0	\$4	\$5	\$8	\$0	\$0	\$20	\$20	\$25	\$30	\$20	
Non-Emergency Services Provided in a Freestanding Emergency Room, (per visit)	\$0	\$2	\$3	\$4	\$0	\$0	\$20	\$20	\$25	\$30	\$20	
Trauma	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	
AMBULATORY VISITS TO												
Primary Care Physician (PCP)	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$3	
Specialist	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$7	
Sub-Specialist	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$10	
Pre-natal services	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	
OTHER SERVICES												
High-Tech Laboratories**	\$0	50¢	\$1	\$1.50	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%	
Clinical Laboratories**	\$0	50¢	\$1	\$1.50	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%	
X-Rays**	\$0	50¢	\$1	\$1.50	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	20%	
Special Diagnostic Tests**	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$6	40%	
Therapy – Physical	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$5	
Therapy – Respiratory	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$5	
Therapy – Occupational	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$5	\$5	
Vaccines	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	
Healthy Child Care	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	
DENTAL												
Preventive (Child)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	
Preventive (Adult)	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$3	\$5	\$3	
Restorative	\$0	\$1	\$1.50	\$2	\$0	\$0	\$2	\$2	\$5	\$6	\$10	
PHARMACY***												
Preferred (Children 0-21)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$5	
Preferred (Adult)****	\$0	\$1	\$2	\$3	N/A	N/A	\$3	\$3	\$5	\$5	\$5	
Non-Preferred (Children 0-21)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$10	
Non-Preferred (Adult)****	\$0	\$3	\$4	\$6	N/A	N/A	\$8	\$8	\$10	\$10	\$10	
SERVICES	Federal				CHIPs		Commonwealth				Populati	ELA
	100	110	120	130	220	230	300	310	320	330	400	

APPROVED: JUNE 16, 2016

NOTAS

- Independiente del código de cubierta, los siguientes beneficiarios a Medicaid / CHIP están exentos del pago de copagos –
 - Niños y niñas menores de 21 años de edad (0-20 años, inclusive);
 - Mujeres embarazadas (durante el embarazo y el período de los 60 de post parto);
 - Indios Americanos o Nativos de Alaska (AI/AN, por sus siglas en inglés);
 - Beneficiarios que están en una institución, ejemplos: asilo de ancianos o casa de convalecencia (*nursing home*); y

- Beneficiarios que reciben servicios de hospicio.
- 2. Los beneficiarios a Medicaid / CHIP están exentos del pago de copagos cuando reciban alguno de los siguientes servicios –**
 - Servicios de Emergencia, incluye servicios ambulatorios, hospitalarios y de post estabilización según se indica en la reglamentación federal 42 CFR §438.114(a);
 - Planificación familiar, servicios y materiales o suministros médicos (supplies);
 - Servicios Preventivos a menores de 18 años de edad (0-17 años, inclusive);
 - Servicios relacionados con el embarazo; y
 - Servicios prestados por condiciones de salud que se pudieron evitar, “Provider Preventable Conditions”.
 - 3. Los beneficiarios no pagaran copago alguno por los servicios provistos por un proveedor participante de la Red Preferida de Proveedores (RPP). Las farmacias y los dentistas no son parte de la Red Preferida de Proveedores (RPP).**
 - 4. El beneficiario no tendrá que pagar el copago por visita a sala de emergencia cuando no existe una emergencia si antes de visitar la sala de emergencia llama al centro de llamadas (call center) de la línea de orientación médica, el call center le provee un código y éste presenta el código numérico al momento de visitar la sala de emergencia.**

First Medical Health Plan, Inc.

Ext Villa Caparra
530 Calle Marginal Buchanan
Guaynabo, PR 00966



GHP Provider Portal Access Request Form

PROVIDER INFORMATION

[Select Date] _____
Date

Name (Last, first, middle initial)

NPI

Office Street address, City, State, ZIP Code

Specialty

Office phone number | Fax number

Email address

Mailing address, City, State, ZIP Code

Contact Person

Type of Access

- OB Registry
- Beneficiary Eligibility Online

Notes:

Applicant's Signature (required)

Applicant's signature

[Select Date] _____
Date

For Administrative Use Only

[Select Date] _____
Date received

Account Approved by: "Full name"

Approval Date: [Select Date]

Approval Signature:

Account processed by:

Date [Select Date]

User ID:

Password:





GOBIERNO DE PUERTO RICO

Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Rosselló Nevaes
Gobernador

Sra. Angela M. Ávila Marrero
Directora Ejecutiva

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 1ero 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 1ero 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 1ro 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 1ro 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 1ro 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 1ro de noviembre de 2018 hasta el 31 de enero de 2019 para los servicios que se delinean a continuación. Durante dicho periodo, se extenderá la vigencia de cualquier referido, orden médica o Pre-Autorización del 1ro 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 1ro 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 1ro 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 1ro 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 1ro 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 1ro 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 1ero de noviembre de 2018. Esto incluye el pago por servicio médico intrahospitalario.

El MCO que reciba la asignación del beneficiario efectivo el 1ro 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 1ro 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 1ro 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 1ro 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 de los pagos pendientes de desembolso al MCO.

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.

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.



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Administración de Seguros de Salud

Hon. Ricardo A. Rosselló Nevaes
Gobernador

Sra. Angela M. Ávila Marrero
Directora Ejecutiva

Carta Normativa 18-1003

3 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 1ero 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 1ero 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 1ro 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 1ro 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 1ro 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 1ro 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 1ro 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 1ro 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 1ro 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 1ro 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 1ro 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 1ro 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 1ero de noviembre de 2018. Esto incluye el pago por servicio médico intrahospitalario.

El MCO que reciba la asignación del beneficiario efectivo el 1ro 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 1ro 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 1ro 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 1ro 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

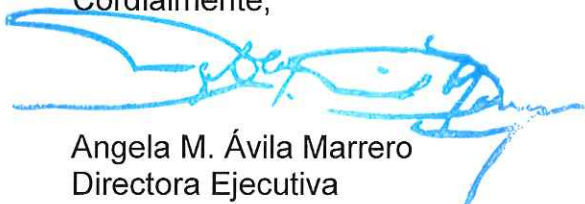
El MCO al cual el beneficiario fue asignado garantizará que, durante el Periodo de Transición, los proveedores del PSG que atendían al beneficiario previo al 1 de noviembre 2018 pero que no fueron contratados por dicho MCO recibirán compensación por servicios ofrecidos al beneficiario durante el Periodo 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.

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.

¡Tu Salud está en Tus Manos!

Cordialmente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Angela M. Ávila Marrero', written over a horizontal line.

Angela M. Ávila Marrero
Directora Ejecutiva



FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRE-AUTORIZACIÓN

PROCEDIMIENTOS, ESTUDIOS RADIOLÓGICOS, FISIOTERAPIA, ESTUDIOS GENÉTICOS

Por favor, complete todas las áreas y envíe los documentos de apoyo pertinentes.

Número de Fascímil: 787-626-2102

Teléfono del Solicitante:	Facsímil del Solicitante:
----------------------------------	----------------------------------

<u>Información del Beneficiario</u>	<u>Información del Médico (Profesional que solicita los servicios)</u>
Nombre: _____	Nombre: _____
# de Identificación: _____	# de Teléfono: _____
Fecha de Nacimiento: _____	# de Facsímil: _____
Correo Electrónico: _____	# de Identificación del Proveedor: _____
Nombre del Cuidador: _____	NPI del Proveedor: _____

PROCEDIMIENTOS/ FISIOTERAPIA/ ESTUDIOS GENÉTICOS/ ESTUDIOS RADIOLÓGICOS

Procedimiento Solicitado: _____	Procedimiento Solicitado: _____
Fecha del Procedimiento: _____	Fecha del Procedimiento: _____
Diagnóstico: _____	Diagnóstico: _____
Códigos ICD-10: _____	Códigos ICD-10: _____
Códigos CPT: _____	Códigos CPT: _____

Indicaciones
 Necesidad médica para los procedimientos solicitados:

Información Clínica
 Necesidad médica para el estudio radiológico solicitado:

Hallazgos médicos que respaldan la solicitud:
 Estudios Previos: _____

Estudios por Imágenes (detallas a continuación)
 Otros estudios/hallazgos que respalden la solicitud:
 Estudios Radiológicos: _____

Hallazgos Clínicos: _____

Hallazgos Clínicos: _____

Manejo Clínico:
 Medicamentos: _____

Cualquier resultado de laboratorio que respalde la solicitud:

Firma del Proveedor:	Número de Lic.:	Fecha:
-----------------------------	------------------------	---------------



**First Medical Health Plan, Inc.
Electronic Fund Transfer (EFT) and Electronic Remittance Advice (ERA)
Authorization Agreement**

1. Reason for submission: (Please mark only one)

- New EFT Authorization
- Change to Prior Authorization requested (e.g. account or bank changes)
- Cancellation of EFT Authorization (Please attach a letter of explanation)

2. Provider Name:

3. Provider No: (Optional)

4. Doing Business As Name:(DBA)

5. Provider Mailing Address :

Street:

City:

PO Box:

Zip Code:

6. Provider Identifiers

a. Provider Federal Tax Identification Number (TIN) or Employer Identification Number (EIN):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

b. National Provider Identifier (NPI):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. Other Identifiers

a. Assigning Authority (Name of clearinghouse):

b. Trading Partner ID (the provider's submitter ID assigned by the clearinghouse):

c. Provider Contact Name (person handling ERA issues):

d. Telephone Number:

e. Fax Number :

f. Email address:

8. Account Linkage to Provider Identifier (must match ERA preference):

a. Provider Federal Tax Identification Number (TIN):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

b. National Provider Identifier (NPI):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FAX completed form to (787)300-3936 and or email to: fm-eftpayment@firstmedicalpr.com
For questions about completing this form or status of your request, please contact Provider Department
or go to www.intermedpr.com and click on 'EFT Enrollment Form & Instructions'.

9. Financial Institution Information

Please include a confirmation of account information on bank letterhead or a Voided Check. When submitting the documentation, it should contain the name on "as is" on the account, electronic routing transit number, account number and type of account. If submitting bank letterhead, the bank officer's name, telephone number and signature is also required. This information will be used to verify your account number. Please Note: In accordance with section 1104 of Affordable Care Act, enrolment of electronic fund transfer (EFT) is for electronic fund transfer authorization only. EFT enrolment does not constitute enrolment as a provider.

a. Financial Institution Name:	c. Financial Institution Phone and Contact Name: Phone: _____ Name: _____
--------------------------------	--

b. Financial Institution Address and Branch :

Street:	City:
---------	-------

PO Box:	Zip Code:
---------	-----------

d. Financial Institution Routing Number: <table border="1" style="width:100%; height: 30px;"> <tr> <td style="width:10%; height: 30px;"></td> <td style="width:10%; height: 30px;"></td> <td style="width:10%; height: 30px;"></td> <td style="width:10%; height: 30px;"></td> <td style="width:10%; height: 30px;"></td> <td style="width:10%; height: 30px;"></td> <td style="width:10%; height: 30px;"></td> <td style="width:10%; height: 30px;"></td> <td style="width:10%; height: 30px;"></td> <td style="width:10%; height: 30px;"></td> </tr> </table>											e. Type of Account: (Financial Institution) <input type="checkbox"/> Checking <input type="checkbox"/> Savings

f. Provider's Account Number with Financial Institution:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

I hereby authorize First Medical Health Plan, Inc. to initiate credit entries and or to initiate adjustments for any duplicate or erroneous entries made in error to the account indicated above. I hereby authorize the financial institution/bank named above to credit and/or debit the same to such account. This Authorization will be part of the Terms and Condition agreement signed and included as part of this form. I certify that the account referenced above is drawn in the Name of the Physician or Individual Practitioner, or the Legal Business Name of the Provider or Supplier. The Provider or Supplier has sole control of the account to which EFT deposits are made in accordance with all applicable Federal and State Laws and regulations.

- 10. Authorized/Delegated Officer Signature: _____
- 11. Printed Name of Person Submitting Enrollment: _____
- 12. Printed Title of Person Submitting Enrollment: _____
- 13. Submission Date: _____ 14. Requested EFT Start/Change/Cancel Date: _____

-----DO NOT WRITE BELOW THIS LINE-----

First Medical Health Plan, Inc. and International Medical Card Internal Use Only

Date Rec'd:	Date Completed:	Completed by:
Date Notification send to provider:		Completed by:

FAX completed form to (787)300-3936 and or email to: fm-eftpayment@firstmedicalpr.com
 For questions about completing this form or status of your request, please contact Provider Department or go to www.intermedpr.com and click on 'EFT Enrollment Form & Instructions'.

**DESCRIPTIONS AND INSTRUCTIONS ON HOW TO COMPLETE THE EFT ENROLLMENT FORM
AUTHORIZATION AGREEMENT**

Note:

All fields must be completed. Forms with incomplete or invalid information cannot be processed.

1. Reason for Submission:

Indicate your reason for completing this form by checking only one the appropriate box:

New EFT Authorization :

Please check this box if you are requesting a New Enrollment for Electronic Funds Transfer for the first time with our organization.

Change to prior Authorization requested:

Please check this box if you are requesting any change to your account information if you already submitted an enrollment form for EFT. Please use the comment space to expand your reason if necessary. If your are authoring EFT Payments to the Central or Home Office of a Chain Organization of which you are a member you must attach a letter authorizing the contractor to make payment due the provider of service to the account maintained by the central or home office of the chain organization. The letter must be signed by an authorized official (CFO, CEO or owner as applicable) of the provider of service and an authorized central or home office chain organization.

Cancellation of EFT Authorization:

Use this to request a cancellation of prior enrollment submission. Please attach a letter of explanation and make any comments as necessary in the space provide.

2. Provider Name:

Complete legal name of institution, corporate entity, practice or individual provider.

3. Provider Number:

Internal number assigned by International Medical Card to identify the Provider. It is optional to provide this number.

4. Doing Business as Name (DBA):

A legal term used in the United States meaning that the trade name, or business name, under which the business or operation is conducted and presented to the public is not the legal name of the legal person (or persons) who actually own it and are responsible for it.

**DESCRIPTIONS AND INSTRUCTIONS ON HOW TO COMPLETE THE EFT ENROLLMENT FORM
AUTHORIZATION AGREEMENT-CONTINUED**

5. Providers Postal Address:

- a. **Street:** The number and street name where a person or organization can be found.
- b. **City:** City associated with provider address.
- c. **Country:** Two Character Code associated with the State/Province/Region of the Applicable Country).
- d. **Postal Code:** System of postal-zone codes (zip stands for “zone improvement plan”).

6. Provider Identifiers:

a. Provider Federal Tax Identification Number:

A Federal Tax Identification Number, also known as an Employer Identification Number (EIN), is used to identify a business entity.

b. National Provider Identifier:

A HIPAA Administrative Simplification Standard. The NPI is a unique identification number for covered healthcare providers. Covered healthcare providers and all health plans and healthcare clearinghouses must use the NPIs in the administrative and financial transactions adopted under HIPAA. The NPI is a 10-position, intelligence-free numeric identifier (10-digit number). This means that the numbers do not carry other information about healthcare providers, such as the state in which they live or their medical specialty. The NPI must be used in lieu of legacy provider identifiers in the HIPAA standards transactions.

7. Other Identifiers:

- a. **Assigning Authority:** Name of the clearinghouse that provides services to the provider.
- b. **Trading Partner ID:** The provider’s submitter ID assigned by the clearinghouse.
- c. **Provider Contact Name:** Name of a contact in provider office for handling ERA issues.
- d. **Telephone Number:** Telephone number to contact for questions.
- e. **Fax Number:** Fax Number to contact for question and/or any other communication.
- f. **Email Address:** An electronic mail address at which the health plan might contact provider and confirm the processing of this enrollment.

8. Account Number Linkage to Provider Identifier

Provider preference for grouping (bulking) claim payments. Must match preference for v5020 x 12, 835 remittance advice.

- a. See 6a above
- b. See 6b above

FAX completed form to (787)300-3936 and or email to: fm-eftpayment@firstmedicalpr.com
For questions about completing this form or status of your request, please contact Provider Department or go to www.intermedpr.com and click on ‘EFT Enrollment Form & Instructions’.

**DESCRIPTIONS AND INSTRUCTIONS ON HOW TO COMPLETE THE EFT ENROLLMENT FORM
AUTHORIZATION AGREEMENT-CONTINUED**

9. Financial Institution Information:

Please remember to include a confirmation of account information on bank letterhead or a voided check. When submitting the documentation, it should contain the name on the account, electronic routing transit number, account number and type. If submitting bank letterhead, the bank officer's name and signature is also required. This information will be used to verify your account number.

a. Financial Institution Name:

Official name of the provider's financial institution.

b. Financial Institution Address:

- i. **Street:** Street address associated with receiving depository financial institution name field.
- ii. **City:** City address associated with receiving depository financial institution name field.
- iii. **State/Province:** iso 3166-2 Two Character Code associated with the State/Province/Region of the Applicable Country.
- iv. **Zip Code/ Postal Code:** System of postal-zone codes (zip stands for "zone improvement plan") introduced in the U.S. in 1963 to improve mail delivery and exploit electronic reading and sorting capabilities.

c. Financial Institution phone number and contact name:

Please include the representative financial institution authorized officer for your account.

d. Financial Institution Routing Number:

A 9-digit identifier of the financial institution where the provider maintains an account to which payments are to be deposited.

e. Type of Account at Financial Institution:

The type of account the provider will use to receive EFT payments. (Checking or Savings).

f. Provider's Account Number with Financial Institution:

Provider's account number at the financial institution to which EFT payments are to be deposited.

10. Authorized Signature:

The signature of an individual authorized by provider or its agent to initiate, modify or terminate an enrollment. By your signature on this form you are certifying that the account is drawn in the name of the physician or individual practitioner, or the legal business name of the Provider or Supplier. The Provider or Supplier has sole control of the account to which EFT deposits are made in accordance with all applicable Federal and State Laws regulations.

**DESCRIPTIONS AND INSTRUCTIONS ON HOW TO COMPLETE THE EFT ENROLLMENT FORM
AUTHORIZATION AGREEMENT-CONTINUED**

- 11. Printed Name of Person Submitting Enrollment:** The printed name of the person signing the form.
- 12. Printed Title of Person Submitting Enrollment:** The printed title of the person signing the form.
- 13. Submission Date:** The date on which the enrollment is submitted.
- 14. Requested EFT Start/Change/Cancel Date:** The date on which the requested action is to begin.

Where to send the form:

Please after complete all sections of the EFT Enrollment Application and forward the completed application along with a voided check that includes an imprinted vendor's name to:

First Medical Health Plan, Inc.
Attention: Electronic Fund Transfer (EFT)
P.O. Box 191580
San Juan, Puerto Rico 00919-1580

For expedite processing please send it via:

Fax: (787) 300-3936
Email: fm-eftpayment@firstmedicalpr.com

Please retain a copy for your records.

Status of Enrollment:

If you have any question regarding to the status of your enrollment please contact de Provider Department at IMC (International Medical Card). Please refer to the phone number in our web site and/or directory. No other department will have access to this information due to confidentiality purpose and HIPPA. We protect your information.

PLEASE NOTE: In accordance with section 1104 of the Affordable Care Act, enrollment of electronic fund transfer (EFT) is for electronic fund transfer authorization only. EFT enrollment does not constitute enrollment as a provider.

FAX completed form to (787)300-3936 and or email to: fm-eftpayment@firstmedicalpr.com
For questions about completing this form or status of your request, please contact Provider Department or go to www.intermedpr.com and click on 'EFT Enrollment Form & Instructions'.