



21 de octubre de 2022

Carta Normativa 22-1021-1

A: Organizaciones de manejo coordinado de salud (MCOs) contratadas para ofrecer el Plan de Salud de Gobierno (PSG), Plan Vital, efectivo el 1^{ro} de enero de 2023: First Medical Inc., MMM, Plan de Salud de Menonita, Triple S, Administrador del Beneficio de Farmacia, Abarca, Inc. (PBM), Grupos Médicos Primarios (GMP) y Proveedores Participantes

RE: Periodo de Transición

Desde el 1^{ro} de enero de 2023 el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (PSG) iniciará un nuevo periodo de contrato para las organizaciones de manejo coordinado de salud (aseguradoras) que administran los servicios de Plan Vital.

A partir del 1^{ro} de enero de 2023, los beneficiarios se mantendrán suscritos al mismo MCO, Grupo Médico Primario (GMP) y médico primario (PCP) que le ofrecían servicios hasta el 31 de diciembre de 2022. Si el beneficiario desea efectuar un cambio de MCO, GMP o PCP lo podrá realizar desde el 1^{ro} de enero al 31 de marzo de 2023. Este periodo se definirá adelante como “el Periodo de Cambio”.

Para garantizar la continuidad de cuidado y tratamiento y evitar cualquier interrupción en los servicios, ASES aplicará un periodo de transición para los beneficiarios que cambien de plan. Este periodo se definirá adelante como “el Periodo de Transición” y será basado con la fecha efectiva del nuevo plan. ASES validará la red de proveedores de cada aseguradora y notificará a los beneficiarios, a través del MCOs bajo el cual está suscrito, que, durante el Periodo de Transición, podrán mantener acceso a toda la cubierta de servicios médicos, servicios de salud mental, y hospitalarios que ofrece el Plan Vital.

Los beneficiarios tendrán acceso a sus proveedores por un periodo de noventa (90) días efectivos desde la fecha de vigencia del nuevo plan incluso si el proveedor no está en la red.

Durante el Periodo de Transición, se extenderá la vigencia de cualquier referido, orden médica o pre-autorización que haya emitido la aseguradora que tenía el paciente y cuales fueron emitidas o estaban vigentes durante el Periodo de Cambio. Estos tendrán vigencia hasta 60 días.

Servicios a los cuales le aplica el Periodo de Transición:

- i. Referidos y ordenes medicas
- ii. Pre-Autorizaciones (PA) tales como, pero no limitados 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 con fecha de vigencia entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2023, el referido deberá ser honrado, aún si el proveedor del beneficiario no estuviese contratado al 1^{ro} de enero de 2023 por el MCO asignado al beneficiario. 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.

Durante el mes de diciembre 2022, las aseguradoras contratadas y el manejador de servicios de farmacia (“PBM” por sus siglas en inglés) deberán orientar a los proveedores y beneficiarios de Vital sobre el proceso de cambio y el periodo de transición al nuevo contrato. Este comunicado debe alertar que el Periodo de Cambio transcurre desde el 1^{ro} de enero de 2023 al 31 de marzo de 2023. ASES les facilitará los requisitos para el contenido de la carta a los beneficiarios.

Ejemplos

Fecha de Expiración (PA, medicamentos, ordenes médicas, etc.)	Fecha Efectiva del Nuevo Plan	Fecha de Extensión (PA, medicamentos, ordenes médicas, etc.)
Diciembre 31	Febrero 1	Necesita obtener una nueva autorización
Enero 31	Febrero 1	Marzo 31
Febrero 28	Marzo 1	Abril 30
Febrero 28	Abril 1	Necesita obtener una nueva autorización

I. Servicios a los Beneficiarios Durante el Periodo de Transición

a. Beneficiarios con tarjeta del Plan Vital o Certificación de Beneficios

Después del 1ro de enero de 2023, cuando un beneficiario cambie de MCO y/o PMG/PCP, recibirá una carta de bienvenida y una tarjeta de identificación. Antes de recibir una nueva tarjeta de identificación, y/o el beneficiario sólo tener consigo la tarjeta emitida bajo su MCO anterior, el beneficiario puede usar su tarjeta de identificación emitida bajo su MCO anterior o su Certificación de Beneficios para recibir servicios. El proveedor podrá verificar su elegibilidad y asignación mediante el portal cuya disponibilidad será notificada próximamente.

II. Servicios a los beneficiarios bajo Cubierta Especial

Los beneficiarios mantendrán su Cubierta Especial con el MCO al que pertenecían o con el MCO que los beneficiarios voluntariamente seleccionaron. De ocurrir un cambio en el MCO del beneficiario, el nuevo MCO honrará la Cubierta Especial por sesenta (60) días desde la fecha efectiva del nuevo plan. Treinta (30) días antes de su expiración, los MCOs deberán notificar al beneficiario y a los médicos primarios y/o especialistas que atienden su condición, de la expiración de Cubierta Especial. No obstante, 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 una cura.

Enfatizamos que los beneficiarios en Cubierta Especial tienen libre acceso a especialistas y subespecialistas de acuerdo con 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 7.7.12, los MCOs deben credenciar y contratar Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTET) y otros centros o grupos especializados que participan del programa Ryan White ADAP/Parte B 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 todos las PAs de medicamentos vigentes durante el Periodo de Transición. Es decir, si algún paciente tuviera una PA que venció luego del 1ro de enero de 2023, la misma se extenderá por 60 días desde la fecha efectiva del nuevo plan sin requerir justificación o documentación adicional para el despacho del medicamento. Esta regla aplica tanto a medicamentos de salud física, como 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. Esto incluye las PAs aprobadas por el MCO original del beneficiario que aún siguen vigentes o tienen vigencia extendida por haber cambiado de MCO durante el Periodo de Cambio.

El PBM apoyará a los MCOs para el manejo de estas PAs existentes. Según la Sección 7.5.12.14.5 del Contrato con ASES, los MCOs deben tener disponible personal para atender PAs de farmacia veinticuatro (24) horas, siete (7) días a la semana. Los MCOs y el PBM

deberán identificar una persona contacto para facilitar la comunicación entre las partes en cualquier caso relacionado al beneficio de farmacia.

b. Repeticiones de Medicamentos (Refills)

Los MCOs y las farmacias honrarán durante el Periodo de Transición todas las repeticiones de receta vigente expedidas por proveedores participantes del Plan Vital que atendían al paciente durante los 30 días antes de la fecha efectiva del nuevo plan. 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 mas de 30 días antes de la fecha efectiva del nuevo plan requerirá receta nueva conforme a la Ley de Farmacia. Cada MCO deberá educar al beneficiario sobre su responsabilidad de obtener una nueva receta. 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^{ro} de enero de 2023 y que aun continúen vigentes. El MCO deberá incluir estos médicos en el archivo de proveedores enviado al PBM sin importar su estatus 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 enero de 2023

En casos donde un beneficiario se encuentre hospitalizado previo al 1^{ro} enero de 2023, el MCO al cual el beneficiario está inscrito a la fecha de su admisión deberá garantizar el cuidado de dicho beneficiario hasta la fecha de alta. Este MCO será responsable del pago, aun cuando la fecha de alta sea en o posterior a la fecha efectiva del nuevo plan. Esto incluye el pago por servicio médico intrahospitalario.

El MCO al cual se acoja el beneficiario efectivo el momento en que un beneficiario hospitalizado es dado de alta será responsable de la continuidad del cuidado del beneficiario desde la fecha de alta.

V. Beneficiarias Embarazadas

Los MCOs deberán honrar el pago al médico obstetra que provee servicios a una beneficiaria embarazada previo a la fecha de vigencia del nuevo plan que la beneficiaria seleccione. Esta relación médico-paciente se mantendrá inalterada hasta sesenta (60) días después de la fecha del parto.

VI. Publicación

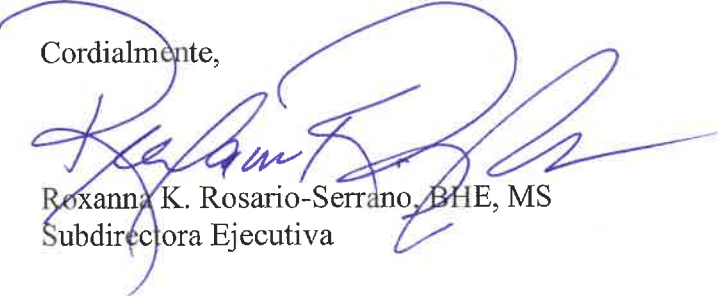
Esta carta debe ser compartida- en su totalidad- con todos los proveedores de su red utilizando todos los medios que el MCO utiliza para enviar cartas normativas y circulares a sus proveedores. Además, debe ser publicada en la página web del MCO y hacerla disponible a sus beneficiarios. **Se prohíbe 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 servicios de salud.

Esperamos su colaboración eficiente para llevar a cabo estas instrucciones y evitar cualquier interrupción de servicio durante este proceso.

ASES les hará llegar más instrucciones sobre los informes que deben someter a ASES durante el período de transición.

Cordialmente,



Roxanna K. Rosario-Serrano, BHE, MS
Subdirectora Ejecutiva