



P.O. Box 144090  
Arecibo, P.R. 00614-4090  
Tel. (787) 878-6909  
Fax (787) 879-5185

---

## Carta Informativa

16 de enero de 2020

A: Todos los Proveedores Participantes de la Red de Proveedores de International Medical Card, Inc., para First Medical Health Plan, Inc.

***Re: Aclaración sobre Directrices Emitidas en la Carta Normativa CN-2020-254-D***

Estimado(a) Proveedor(a):

Reciba un cordial saludo de parte de First Medical Health Plan, Inc. (FMHP) e International Medical Card, Inc. (IMC)

Como parte de nuestro compromiso en ofrecer servicios de calidad a nuestros proveedores, deseamos mantenerlo informado sobre cualquier cambio y/o determinación que impacte sus servicios. De acuerdo con la Carta Normativa ***CN-2020-254-D***, se suspenderán los requisitos utilizados para el proceso de pre-autorizaciones, referidos o revisiones de necesidad médica.

Es por esto que FMHP **no** estará evaluando la necesidad médica ni solicitando documentación de soporte para este proceso, solo se estará evaluando el beneficio de cubierta para que usted pueda tener disponible los copagos aplicables al servicio que estará ofreciendo.

Si el servicio solicitado no está en los beneficios de cubierta del suscriptor, se estará notificando como exclusión de cubierta.

Si usted tiene alguna pregunta o necesita información adicional, puede comunicarse con nuestro Centro de Servicio al Proveedor al 787-878-6909 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. También puede enviar un correo electrónico a [servicio@intermedpr.com](mailto:servicio@intermedpr.com).

Cordialmente,

Departamento de Servicio al Proveedor  
International Medical Card, Inc.  
Red de Proveedores de First Medical Health Plan, Inc.





# GOBIERNO DE PUERTO RICO

## Oficina del Comisionado de Seguros

8 de enero de 2020

### CARTA NORMATIVA NÚM. CN-2020-254-D

**A TODAS LAS ORGANIZACIONES DE SEGUROS DE SALUD O ASEGURADORES QUE SUSCRIBEN PLANES MÉDICOS EN PUERTO RICO, SUS ADMINISTRADORES DE BENEFICIOS DE FARMACIA, ORGANIZACIONES DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN Y OTROS AGENTES O TERCEROS ADMINISTRADORES**

**RE: PAGO DE PRIMAS, MANEJO DE DESPACHO DE MEDICAMENTOS, PROVEEDORES FUERA DE LA RED, PREAUTORIZACIONES, REFERIDOS Y RECLAMACIONES DE PROVEEDORES, ASEGURADOS Y SUSCRIPTORES**

El 7 de enero de 2020 la Gobernadora de Puerto Rico, Honorable Wanda Vázquez Garced, emitió la Orden Ejecutiva Número OE-2020-001, decretando un estado de emergencia a consecuencia de la actividad sísmica experimentado en Puerto Rico. En atención a la referida orden ejecutiva, y de conformidad con los poderes y facultades conferidas al Comisionado de Seguros bajo las disposiciones del Artículo 2.030 del Código de Seguros, emitimos las siguientes directrices:

**Periodo de Gracia para Pago de Prima** – Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que suscriben planes médicos deberán proveer periodo de gracia no menor de treinta (30) días para el pago de primas. Tal determinación no implicará un relevo del pago de la prima. Igualmente, en casos de pago de primas a través de débito directo o cuenta de cheques, se deberá eximir del pago de penalidades por insuficiencia de fondos. Lo anterior no impide el que se llegue a acuerdos de pago voluntarios con los asegurados y suscriptores.

**Despacho de medicamentos** - Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que suscriben planes médicos con cubierta de farmacia deberán suspender cualquier requisito utilizado para el manejo del despacho de medicamentos, (excluyendo a los medicamentos controlados), servicios y/o tratamientos médicos contenidos en la cubierta de farmacia o beneficios de servicios de salud a los que la persona cubierta o asegurado tiene derecho conforme a la cubierta de su plan médico.

Esto incluye la suspensión de tiempo de espera para obtener repeticiones, suspensión de requisitos para el despacho de medicamentos de manera extendida, suspensión de requisitos de preautorización de medicamentos, requisitos de terapia escalonada, requisitos de limitación por especialidad médica, y requisitos de limitación en cantidad de medicamentos, entre otros.

Se apercibe que el asegurador o el PBM, según sea el caso, tendrá la responsabilidad de pago por las reclamaciones sometidas por un farmacéutico o un titular de un permiso de artefacto médico



respecto al pago o reembolso de los medicamentos dispensados o despachados, bajo una solicitud de repetición de receta, o del artefacto, durante el periodo de emergencia, de conformidad a lo dispuesto en la Ley Núm. 274-2018.

**Proveedores fuera de la red** – Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que suscriben planes médicos deberán permitir el acceso a servicios de salud a través de proveedores no participantes o no contratados, sin aplicar penalidades o restricciones. Una reclamación será procesable para pago cuando corresponda a un servicio prestado por un proveedor, “sea proveedor participante o no participante” del asegurador u organización de seguros de salud, por servicios de cuidado de salud (incluyendo tanto condiciones físicas como mentales), sean o no servicios de emergencia, siempre y cuando estén cubiertos por el plan médico de la persona cubierta o asegurado y el proveedor luego de prestado el servicio presente la información requerida por el asegurador u organización de seguros de salud para procesar el pago de la reclamación. La revisión para determinar si la información en el expediente clínico del proveedor reclamante corresponde a los servicios de cuidado de la salud que figuran en la reclamación será retrospectivamente, entendiéndose luego de que el servicio de cuidado de salud fue prestado.

**Preautorizaciones y referidos** - Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que suscriben planes médicos deberán suspender los requisitos de preautorizaciones, referidos o revisiones de necesidad médica. Esto comprende todos los servicios de salud contemplados en la cubierta, incluyendo equipo médico.

**Término para la presentación de reclamaciones** –Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que suscriben planes médicos deberán extender los términos aplicables para que los proveedores presenten reclamaciones de pago por servicios de salud prestados o recibidos.

Las directrices aquí establecidas tendrán vigencia desde la fecha de decretado el estado de emergencia el 7 de enero de 2020, hasta que la fecha en que termine el estado de emergencia o el Comisionado de Seguros suspenda sus efectos, lo que ocurra primero.

Se requiere el estricto cumplimiento con las directrices aquí establecidas. El incumplimiento con las referidas directrices acarreará la imposición de sanciones severas.

Cordialmente,



Javier Rivera Ríos, LUCTF  
Comisionado de Seguros