

Carta Trámite

13 de febrero de 2020

A: Todos los Proveedores Contratados por First Medical Health Plan, Inc., y su Red de Proveedores International Medical Card, Inc.

Re: Carta Normativa Núm. CN-2020-261-D relacionada a la Derogación de la Carta Normativa Núm. CN-2020-254-D

Estimado(a) Proveedor(a):

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

Adjunto a este comunicado encontrará la Carta Normativa Núm. CN-2020-261-D de la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico (OCS), emitida el 13 de febrero de 2020.

A través de este comunicado, la OCS notifica la derogación de las directrices establecidas en la Carta Normativa Núm. CN-2020-254-D.

A partir de mañana, 14 de febrero de 2020, se dejan sin efecto las directrices aplicables al despacho de medicamentos, proveedores fuera de la red, pre-autorizaciones, referidos y término para la presentación de reclamaciones, establecidas en la Carta Normativa Núm. CN-2020-254-D en atención a la Declaración de Estado de Emergencia a consecuencia de la actividad sísmica en Puerto Rico.

Es importante que lea detenidamente la Carta Normativa Núm. CN-2020-261-D y que se familiarice con la información impartida por la OCS.

Si usted tiene alguna pregunta o necesita información adicional, siéntase en la libertad de comunicarse con nuestro Centro de Servicio al Proveedor al 787-878-6909. Nuestro horario de servicio es de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm. También, puede enviar un correo electrónico a servicio@intermedpr.com.

Cordialmente,

Departamento de Cumplimiento
First Medical Health Plan, Inc.



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Oficina del Comisionado de Seguros

13 de febrero de 2020

CARTA NORMATIVA NÚM. CN-2020-261-D

A TODOS LAS ORGANIZACIONES DE SEGUROS DE SALUD O ASEGURADORES QUE SUSCRIBEN PLANES MÉDICOS EN PUERTO RICO, SUS ADMINISTRADORES DE BENEFICIOS DE FARMACIA (PBM, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS), ORGANIZACIONES DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN Y OTROS AGENTES O TERCEROS ADMINISTRADORES

DEROGACIÓN DE LA CARTA NORMATIVA NÚM. CN-2020-254-D SOBRE PAGO DE PRIMAS, MANEJO DE DESPACHO DE MEDICAMENTOS, PROVEEDORES FUERA DE LA RED, PREAUTORIZACIONES, REFERIDOS Y RECLAMACIONES DE PROVEEDORES, ASEGURADOS Y SUSCRIPTORES

Estimados señores y señoras:

El pasado 8 de enero de 2020, la Oficina del Comisionado de Seguros emitió la Carta Normativa Núm. CN-2020-254-D, mediante la cual se establecieron las directrices aplicables al despacho de medicamentos, proveedores fuera de la red, pre-autorizaciones, referidos y término para la presentación de reclamaciones, en atención a la declaración de estado de emergencia a consecuencia de la actividad sísmica en Puerto Rico.

Mediante la presente Carta Normativa se notifica la derogación de la Carta Normativa Núm. CN-2020-254-D, a partir del 14 de febrero de 2020, por lo que se dejan sin efecto las directrices allí establecidas. Se advierte que la derogación de la Carta Normativa Núm. CN-2020-254-D no tiene el efecto de eximir al asegurador de planes médicos o al PBM del cumplimiento con las disposiciones de la Ley Núm. 274-2018.

Se requiere el estricto cumplimiento con la presente Carta Normativa.

Cordialmente,

Lcdo. Rafael Cestero Lopategui, CIC
Subcomisionado de Seguros





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