

Carta Trámite

16 de marzo 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-2020-268-D relacionada al Pago de Primas, Manejo de Despacho de Medicamentos, Proveedores fuera de la Red, Pre-autorizaciones, Referidos y Reclamaciones de Proveedores, Asegurados y Suscriptores

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-2020-268-D de la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico (OCS), emitida el 16 de marzo de 2020.

A través de este comunicado, la OCS informa sobre las directrices en cuanto a pago de primas, despacho de medicamentos, proveedores fuera de la red, pre-autorizaciones, referidos y reclamaciones.

Según se dispone en la Carta Normativa Núm. CN-2020-268-D, se establecen las siguientes directrices:

- **Periodo de Gracia de Pago de Prima-** Se deberá proveer un periodo de gracia no menor de treinta (30) días para el pago de primas. En caso de pago de primas a través de débito directo o cuenta de cheques, se deberá eximir del pago de penalidades por insuficiencia de fondos.
- **Despacho de Medicamentos** - Se suspende 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 el asegurado tiene derecho conforme a la cubierta de su plan médico.
- **Proveedores Fuera de la Red-** Se permite el acceso a servicios de salud a través de proveedores no participantes o no contratados, sin aplicar penalidades o restricciones, para servicios de salud de emergencia.
- **Pre-Autorizaciones y Referidos-** Se suspende cualquier requisito utilizado para el proceso de pre-autorizaciones, referidos o revisiones de necesidad médica.

- **Telemedicina-** Se deberán cubrir los servicios prestados por médicos autorizados para la práctica médica por medio de equipo de telemedicina en Puerto Rico. El médico tendrá que poseer la certificación para la práctica de telemedicina en Puerto Rico concedida por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica.
- **Término para la presentación de reclamaciones-** Se deberá extender los términos aplicables para que los proveedores presenten reclamaciones de pago de servicios de salud prestados o recibidos.

Las directrices antes mencionadas tendrán vigencia desde el 15 de marzo de 2020 hasta la fecha que termine el Estado de Emergencia o cuando la OCS suspenda las mismas, lo que ocurra primero.

Es importante que se cumpla con las directrices establecidas en la Carta Normativa Núm. CN-2020-268-D.

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

16 de marzo de 2020

CARTA NORMATIVA NÚM. CN-2020-268-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 15 de marzo de 2020, la Gobernadora de Puerto Rico, Honorable Wanda Vázquez Garced, emitió la Orden Ejecutiva 2020-023, mediante la cual ordenó el cierre de operaciones gubernamentales y comerciales hasta el 30 de marzo de 2020, con excepción de servicios esenciales, como medida de control y prevención de contagio del coronavirus (COVID-19). En atención a la referida orden ejecutiva, y de conformidad con los poderes y facultades conferidas 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 pre autorización 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.

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

Telemedicina: Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que suscriben planes médicos deberán cubrir los servicios prestados por médicos autorizados para la práctica médica por medio de equipos de telemedicina en Puerto Rico. Para esto, el médico tendrá que poseer la Certificación para la práctica de telemedicina en Puerto Rico concedida por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica, conforme a los requisitos contenidos en su reglamento.

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 a partir de 15 de marzo de 2020 hasta la fecha en que termine el estado de emergencia o la OCS notifique la suspensión de 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,



Lcdo. Rafael Cestero Lopategui, CIC
Subcomisionado de Seguros