



ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD  
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

28 de junio de 2011

**Carta Normativa #11-06-28**

**A TODAS LAS ENTIDADES CONTRATADAS PARA OFRECER LA CUBIERTA DE BENEFICIOS Y SERVICIOS BAJO EL PLAN MI SALUD DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO**

**Procedimiento para la Asignación Automática y Cambio de Grupo Médico y Médico Primario.**

Con el propósito de que toda persona elegible a partir del 1ro. de julio de 2011 que haya recibido su tarjeta del Plan MI Salud pueda realizar cambios de Grupo Médico Primario y Médico Primario a través del teléfono, las Aseguradoras implantarán el procedimiento establecido mediante la presente Carta Normativa.

**A. Elegibilidad:**

1. Una vez el participante es certificado elegible por el Programa Medicaid del Departamento de Salud, se procederá con el envío electrónico del archivo de elegibilidad a ASES.
2. Una vez recibido el archivo ASES los procesará y lo hará llegar a la Aseguradora, MBHO y PBM para que todas las cubiertas puedan ser activadas por las entidades correspondientes una vez reciban el archivo por parte de ASES.

**B. Suscripción:**

1. La Aseguradora tendrá la responsabilidad una vez reciba el archivo de elegibilidad de proceder a realizar la suscripción y emisión de tarjeta al beneficiario, asignando de forma automática el Grupo Médico y Médico Primario al que pertenecerá el asegurado.
2. Al realizar la asignación automática de Grupo Médico y Médico Primario el Asegurador deberá tomar en consideración lo siguiente:
  - a. Cumplimiento con los *ratios* establecidos (1:1,700).
  - b. PCP asignado debe estar localizado en el área de servicio y en una distancia no mayor de quince (15) minutos en automóvil o tres (3) millas de la residencia del asegurado.
  - c. Asegurar que todos los servicios cubiertos por el plan son accesibles desde el área de servicio.

- d. La condición de salud del paciente con condiciones especiales, de manera que se tome en consideración la ubicación del especialista que llevará el plan de tratamiento.
3. El Asegurador enviará información al suscriptor que incluya una carta de bienvenida al Plan MI Salud, el Directorio de Proveedores, las tarjetas de identificación del plan para cada asegurado con toda la información concerniente, en cuanto a nombre y apellidos del asegurado, Grupo Médico Primario, Médico Primario, cubiertas, deducibles, etc.; según establecido en el contrato.
4. En dicha comunicación informará la conveniencia de la asignación automática de GMP y PCP, e indicará el derecho que le asiste de realizar cambios de GMP y PCP dentro del plazo de noventa (90) días de haber recibido su tarjeta e informará el número telefónico a comunicarse para realizar cambios.
5. Es imperativo el envío del Directorio de Proveedores contratados con sus nombres, especialidades, direcciones y teléfonos para que los asegurados puedan realizar el ejercicio de selección previo a realizar la llamada para el cambio. Además, de que podrán asegurarse previo a comunicarse con la Aseguradora que efectivamente el proveedor sea uno contratado.

**C. Sistema para Cambios de GMP y PCP:**

1. La Aseguradora tendrá que proveer un número telefónico libre de cargos dedicado exclusivamente a cambios de GMP y PCP.
2. El sistema telefónico tendrá que contar con el mecanismo para la grabación de llamadas, de forma que pueda verificarse la autenticidad de la llamada y de la decisión ejercida por el suscriptor en caso de que surjan querellas o reclamaciones futuras.
3. El personal que reciba la llamada tendrá la responsabilidad de verificar la autenticidad de la persona que llama solicitando que provea datos personales que puedan identificar exclusivamente a la persona tales como: fecha de nacimiento, dirección, último cuatro dígitos del seguro social, o cualquiera otro dato que estimen pertinente.
4. El sistema que se establezca deberá proveer estadísticas en cuanto al número de llamadas recibidas, razón para solicitar el cambio, cambios realizados por día, además de identificar los cambios por GMPs, PCPs (de dónde cambia y hacia dónde) y número de contrato del beneficiario que solicitó el cambio.

**D. Orientación al Asegurado para Cambios de GMP y PCP:**

1. El personal de la Aseguradora tiene la obligación de informar al asegurado las distintas opciones en cuanto a GMPs y PCPs disponibles en el lugar más cercano a la residencia del asegurado, sin coaccionar la decisión del asegurado.

2. El personal de la Aseguradora podrá orientar, siempre que así lo solicite el asegurado, pero no podrá imponer selección alguna al asegurado.
3. El personal de la Aseguradora deberá documentar la razón por la cual el Asegurado seleccionó un proveedor distante a su lugar de residencia.
4. La opción de selección es un derecho único y exclusivo del asegurado, independientemente de la distancia a la que se encuentre el GMP o PCP que desee el asegurado.

**E. Cambios en Red de Proveedores:**

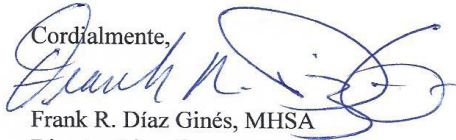
1. La Aseguradora deberá realizar esfuerzos para mantener informados a los asegurados con treinta (30) días de antelación, siempre que puedan surgir cambios en la red de proveedores que puedan provocar cambios de GMP y PCP.
2. Siempre que surjan terminaciones de contratos con GMPs y PCPs todos los asegurados que sean pacientes de los médicos involucrados deben ser debidamente informados.
3. Solamente en estas situaciones donde el GMP o PCP cese de ofrecer servicios bajo el Plan MI Salud, la Aseguradora podrá asignar automáticamente nuevamente un GMP o PCP y el beneficiario tendrá nuevamente el derecho de realizar cambios dentro del período de noventa (90) días de haber sido notificado por la Aseguradora la nueva asignación.

**F. Sanciones:**

1. Será sujeto de imposición de sanciones de índole monetario el encontrarse incurso en las siguientes acciones:
  - a. Negarse o impedir que un beneficiario ejerza su derecho a la libre selección.
  - b. Realizar cualquier práctica que razonablemente se espera que tenga el efecto de negar o desalentar el cambio deseado por el asegurado.
2. Se fijarán multas de veinticinco mil (\$25,000) dólares por cada caso que se presente una querrela y se compruebe que la Aseguradora incumplió con esta norma.

La efectividad de esta normativa entrará en vigor a partir del 1ro. de julio de 2011.

Cordialmente,



Frank R. Díaz Ginés, MHSA  
Director Ejecutivo

