

30 de abril de 2021

A TODOS LAS ORGANIZACIONES MEDICARE ADVANTAGE (MAOs) CONTRATADAS PARA PROVEER SERVICIOS A BENEFICIARIOS DE MEDICARE PLATINO

Jorge E. Galva, JD, MHA
Director Ejecutivo

Información General Platino 2022

Esta comunicación es para informarles los estándares y otros requisitos para el contrato de Medicare Platino 2022. Es importante que estos requisitos sean incluidos como parte de los productos diseñados por todos los MAOs (Organizaciones Medicare Advantage, por sus siglas en inglés) para la población Platino. Medicare Platino es válido solamente para beneficiarios con doble elegibilidad del Plan Vital; los MAOs no podrán suscribir otros beneficiarios en estos productos.

El modelo para los productos Medicare Platino 2022 continúa siendo un modelo de red preferida (*preferred network model*). Además, el producto Medicare Platino tiene que asegurar que la transición de cuidado no requiere referidos dentro de la red del grupo médico. También, a los MAOs se les permite desarrollar y presentar más de un (1) producto Medicare Platino, pero no más de seis (6) productos por MAO. ASES aplicará un cargo administrativo de quince mil dólares (\$15,000) por cada producto presentado.

Los requisitos son los siguientes:

I.COORDINACIÓN DE CUIDADO

A. CONDICIONES ESPECIALES

1. Los MAOs deberán proveerle a ASES la estrategia implementada para identificación de poblaciones con necesidades especiales de cuidado de salud, identificar condiciones especiales persistentes de Afiliados que requieran un plan de tratamiento y un monitoreo regular de cuidado por parte de Proveedores competentes. Las condiciones que ASES clasifica como cubierta especial y que no requieren referidos son:

- a) HIV/SIDA
- b) Tuberculosis
- c) Lepra
- d) Lupus Eritematoso Sistémico
- e) Fibrosis Quística
- f) Cáncer
- g) Hemofilia
- h) ESRD=> Niveles 3, 4 y 5
- i) Esclerosis Múltiple
- j) Esclerodermia
- k) Hipertensión Pulmonar
- l) Anemia Aplásica

- m) Artritis Reumatoide
- n) Autismo
- o) Cáncer de Piel
- p) Cáncer de Piel: *Carcinoma IN SITU*
- q) Cáncer de Piel: Melanoma invasivo o células escamosas con evidencia de metástasis
- r) Fenilcetonuria (adultos con)
- s) Hepatitis C Crónica
- t) Fallo Cardíaco Congestivo / Crónico (CHF) Clases III y IV NHHA en potencial candidato para trasplante de corazón

2. El tratamiento, al igual que los servicios relacionados, para las condiciones especiales mencionadas no necesitan un referido por parte del Médico Primario (PCP) una vez el diagnóstico se haya establecido.

3. El Contratista podrá utilizar la Opción de Ingreso y Conversión Rápida (*Seamless Conversion Enrollment Option*) para Individuos Recién Elegibles a Medicare (*Newly Medicare Eligible Individuals*), según detallado en §20.4.5 y siguiendo el procedimiento en §40.1.5, Capítulo 2 del Manual de Manejo de Cuidado de Medicare (*Medicare Managed Care Manual*). Esta opción estará disponible para individuos recién elegibles a Medicare.

B. REFERIDOS

1. Cuando un paciente es referido a un especialista por un PCP y el especialista receta un medicamento, no será requerida la contrafirma de parte del PCP, según establecido por CMS.

2. En cuanto a casos donde los MAOs han contratado Grupos Médicos Primarios (PMGs), quienes a su vez han contratado directamente proveedores especialistas preferidos, un referido del PCP no será necesario cuando ambas partes pertenecen al mismo PMG. Sin embargo, a los especialistas se les requiere informar al PCP sobre los servicios médicos referidos.

3. Pacientes podrán atenderse con especialistas tales como Ginecólogo/Obstetra y Urólogo sin un referido de su PCP. Referidos para laboratorios, pruebas diagnósticas y otros serán regidos por lo establecido en el párrafo número dos (2) de esta sección de referidos.

4. Ningún referido es requerido para servicios relacionados con laboratorios patológicos.

5. Los MAOs deberán informar y adiestrar a todos sus proveedores sobre los procesos de referido y asegurarse de que entienden el proceso para garantizar la coordinación del cuidado de salud entre el proveedor de cuidado primario y los especialistas.

C. FARMACIA

1. Medicamentos bio equivalentes son obligatorios.

2. Medicamentos para la Disfunción Eréctil no pueden ser incluidos en la cubierta de Medicare Platino. Esta prohibición incluye los materiales de mercadeo y otras actividades para la población de Medicare Platino.

II.PAGOS POR EJECUTORIA Y OTROS INCENTIVOS

ASES aprueba el uso de pagos por incentivo que cumplan con los siguientes elementos:

1. El uso fiable de prácticas médicas que apoyan mejoras en calidad y reducen efectos adversos en el cuidado del paciente.
2. Pagos de incentivos a médicos y otros proveedores tienen que estar relacionados con iniciativas de calidad apoyadas por el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).
3. Arreglos de pagos de incentivos no pueden ser utilizados para reducir o limitar los servicios que un paciente necesite o pueda necesitar. Por ejemplo, la reducción de pruebas diagnósticas, hospitalizaciones, tratamientos y otros.
4. La supervisión continua por un tercero que sea independiente de hospitales, grupos médicos y aseguradoras, para evaluar que los servicios provistos a pacientes no sean afectados.
5. Mantener transparencia a través de la definición clara de objetivos de calidad. Los MAOs tienen que notificar a los pacientes de la implementación de programas de incentivos y los médicos son responsables por el cuidado correspondiente..
6. Estos incentivos no podrán ser usados para penalizar médicos que tienen pacientes con condiciones graves de salud (*major health conditions*) que no cumplen con las guías clínicas.
7. Los MAOs tendrán que enviar a la Oficina de Cumplimiento e Integridad de ASES una lista de los incentivos establecidos por los MAOs con su descripción dentro de 30 días a partir de la firma del contrato con ASES.
8. Se les requiere a los MAOs establecer incentivos cualitativos para reducir los Eventos que Nunca Deberían Suceder (*Never Events*), siempre y cuando estos estén identificados por CMS, estos incentivos no pueden estar dirigidos a reducir el pago a Proveedores.

III.PAGOS A PROVEEDORES Y OTROS

El no cumplir (*non-compliance*) con la regla de “Pago a Proveedores” pudiera resultar en penalidades administrativas no menores de \$100.00 por cada línea de facturación (*invoice line up*) y hasta un máximo de \$1,000.00 por línea de facturación (*invoice line*) no pagada o parcialmente pagada.

1. Reclamaciones Sin Errores (*Clean Claims*) – Pago dentro de 30 días naturales.

En los contratos entre los MAOs y los Proveedores, tiene que incluirse lenguaje específico que indique que el 90 % de las reclamaciones sin errores tienen que ser pagadas por los MAOs a no más tardar 30 días desde la fecha en que se reciban, y que el 99 % de todas las facturas sin errores tienen que ser pagadas por el MAO a no más tardar 90 días de su recibo, incluyendo reclamaciones facturadas en papel o electrónicamente. Para propósitos de esta Sección, la fecha de recibido es la fecha en que la agencia recibe la reclamación, según indicado por el sello con la fecha en la reclamación y la fecha de pago es la fecha en el cheque u otra forma de pago.

Cualquier reclamación sin errores no pagada dentro de 30 días naturales conllevará interés a favor del proveedor participante sobre la cantidad total no pagada de dicha reclamación, de

acuerdo con la tasa de interés legal prevaeciente establecida por el Comisionado de Instituciones Financieras de Puerto Rico. Dicho interés se considerará pagadero el mismo día conforme a los términos en el presente documento y será pagado junto con la reclamación.

2. Reclamaciones Con Errores / No Resueltas (*Unclean Claims*)

Noventa por ciento (90 %) de las reclamaciones con errores (*unclean claims*) tienen que ser resueltas y procesadas con el pago por los MAOs, si aplica, a no más tardar 90 días naturales a partir de la fecha de recibo inicial; esto incluye reclamaciones facturadas en papel o electrónicamente.

Nueve por ciento (9 %) de las reclamaciones con errores (*unclean claims*) tienen que ser resueltas y procesadas con el pago por los MAOs, si aplica, a no más tardar seis (6) meses naturales a partir de la fecha de recibo inicial; esto incluye reclamaciones facturadas en papel o electrónicamente.

Un uno por ciento (1 %) de todas las reclamaciones con errores (*unclean claims*) tienen que ser resueltas y procesadas con el pago por los MAOs, si aplica, a no más tardar un año (12 meses) a partir de la fecha de recibo inicial; esto incluye reclamaciones facturadas en papel o electrónicamente.

3. Definición de Reclamación Sin Errores

Una reclamación sin errores se define como una que contiene la información necesaria relacionada con el servicio prestado, así como la información y los documentos que son necesarios para procesar dicha reclamación. En algunos casos, la información solicitada del proveedor depende de o está bajo el control de los MAOs. En estos casos, los MAOs deberán procesar una reclamación, aunque no contenga la información requerida por no estar accesible o por estar bajo el control de los MAOs.

Los MAOs no establecerán procedimiento administrativo alguno que impida que el Proveedor pueda presentar una reclamación sin errores. Los MAOs tienen que informar a los proveedores los detalles de los requisitos para poder considerar una reclamación como una reclamación sin errores y no podrán hacer cambios a las reglas sin el consentimiento previo de los proveedores a menos que sea requerido por ASES, CMS u otra regulación o ley del Estado Libre Asociado o Federal.

4. Los MAOs pueden llegar a acuerdos para mejorar una disposición, pero no podrán ser más restrictivos que las disposiciones en esta Sección (Pago a Proveedores y Otros).

5. Siempre que los MAOs determinen que una reclamación fue pagada indebidamente, o que hubo un Sobrepago, y la misma ocurrió como resultado de un caso de posible fraude, esta será informado a la Oficina de Cumplimiento de ASES antes de proceder con un posible proceso de recuperación. Los MAOs deberán enviar a ASES una notificación por escrito declarando las razones para la recuperación, una lista de reclamaciones pagadas indebidamente y las cantidades a ser potencialmente recuperadas. Cualquier informe que concluya que, como resultado de un posible fraude, se requiere una recuperación, tiene que demostrarse clara e inequívocamente; una simple explicación no será suficiente sin documentos que la respalden.

6. Servicios de hospitalización o que se extienden por más de treinta (30) días naturales.

En el caso de hospitalizaciones o servicios extendidos que excedan treinta (30) días naturales, el proveedor podrá facturar y cobrar, al menos cada treinta (30) días naturales, por

servicios prestados al paciente, estos servicios serán pagados según el procedimiento discutido en esta sección (Pago a Proveedores y Otros).

6. Denegaciones

En casos en que haya una intención de denegar días de hospital o servicios denegados a un proveedor, y la denegación no es aceptada por el proveedor o las discrepancias están en un proceso de apelación, los MAOs no podrán retener el pago hasta que el caso sea adjudicado finalmente.

En estos casos, si no hay acuerdo entre las partes, un tercero, externo a los MAOs y a los Proveedores, y escogido de mutuo acuerdo con conocimiento en el caso, juzgará la denegación en un periodo no mayor de treinta (30) días naturales. La Parte afectada adversamente en el caso en cuestión pagará por los honorarios de servicios del tercero. Si no hay acuerdo en la selección del tercero, este será asignado por ASES y las partes cumplirán con la decisión del tercero.

La parte que haya causado el error tendrá que pagar los honorarios de servicios del Tercero. Si ambas partes han causado el error, el tercero determinará el porcentaje atribuible a cada parte, en cuyo caso el pago del Tercero tendrá que estar de acuerdo con el porcentaje de responsabilidad.

El MAO no podrá denegar o hacer esfuerzos de recuperación cuando haya emitido un documento autorizando un servicio de salud, pero luego determina que hubo un error porque el servicio no está cubierto o los pacientes no son asegurados de la entidad. Esta disposición no aplica en casos de fraude.

El MAO no podrá retener el pago a los proveedores hasta que la controversia sea final y firme.

IV.OBLIGACIÓN DE INFORMAR

1. Los MAOs enviarán todos los informes requeridos por Contrato y Cartas Normativas en el formato requerido por ASES.
2. Los MAOs tienen que requerirle a los Proveedores que cumplan con todos los requisitos de informes incluidos en sus Contratos, según aplique, y particularmente con los requisitos para enviar Datos de los Encuentros para todos los servicios provistos e informar todos los casos de sospechas de Fraude, Desperdicio y Abuso.

V.DISPOSICIONES REQUERIDAS EN EL CONTRATO DE PROVEEDORES

1. El Programa de Medicare Platino, administrado por ASES, es un producto Medicaid. Cada MAO contratado por ASES para el Plan Vital tiene que asegurarse de que sus proveedores ofrecen servicios tanto en Platino como en Plan Vital. Si un MAO no es contratado por ASES para el Plan Vital, será responsabilidad del MAO asegurarse de que los servicios de cuidado de salud son provistos según los necesita el beneficiario y según contratado con ASES.

VI.OTRAS DISPOSICIONES

1. Personas de 60 años o más podrán escoger un Geriatra como su PCP.

2. Cada MAO tendrá que establecer procedimientos que garanticen que los PCPs estarán informados de todos los servicios provistos a sus pacientes. Por tal razón, los estándares de comunicación entre Proveedores deberán incluir un requisito para que los especialistas puedan enviar un informe al PCP del beneficiario sobre la condición de salud del paciente.
3. Cada MAO contratado por ASES para ofrecer servicios para la población Platino tiene que cumplir con los requisitos establecidos en 42 CFR 455. Las guías de integridad serán incluidas en el contrato con los MAOs. ASES hará pruebas y/o auditorías para asegurar el cumplimiento.
4. Los MAOs tienen que requerir de los Proveedores que ninguna cantidad puede ser cobrada a los beneficiarios de Platino por proveer las certificaciones requeridas por el Programa Medicaid de Puerto Rico.
5. Cada MAO deberá asegurar que todos los proveedores y beneficiarios entiendan el proceso referente a cómo los beneficiarios pueden solicitar determinaciones de cubierta, excepciones a las reglas y hacer una apelación si el MAO no cubre un medicamento o servicio o si los beneficiarios no pueden costear un medicamento o servicio.
6. Cada MAO deberá asegurar que las actividades de mercadeo cumplan con las Guías para Actividades de Mercadeo.
7. ASES no aprobará cargo alguna fuera de las fechas establecidas por CMS; por tal razón, se recomienda que los productos y copagos de los MAOs sean correctamente presentados dentro de las fechas establecidas por CMS en la Carta de Convocatoria 2021 (*Call Letter 2021*). De haber algún cambio debido a una decisión administrativa de ASES o la publicación de alguna carta normativa, ASES será responsable de coordinar con CMS y solicitar las aprobaciones para permitir que los MAOs puedan implementar el cambio. Esta regla también aplica a Artículos y Servicios de Valor Añadido (*Value-Added Items and Services / VAIS*) los cuales tiene que estar vigentes por la duración anual del contrato (refiérase a 80.1). Además, ASES no permitirá cambio alguno a las certificaciones presentadas como parte del contrato a menos que sea requerido por ASES y/o CMS como parte de ajustes de subasta. ASES no aceptará cambios a las certificaciones luego de la firma del contrato con CMS.
8. Las Guías de Utilización a ser usadas para auditorías clínicas tienen que ser enviadas a ASES y preparadas por parte de entidades reconocidas nacionalmente. El Mao tiene que enviar, como parte de la información requerida, las licencias de uso y una certificación de adiestramiento para el personal que las estará utilizando. Estas guías tienen que ser enviadas a la División Ejecutiva dentro de los 30 días a partir de la firma del contrato.
9. ASES emitirá una Carta Normativa declarando las guías para evaluar los materiales de mercadeo.
10. ASES establecerá sanciones o penalidades monetarias civiles contra cualquier MAO que no cumpla con estas normas. Las sanciones o penalidades monetarias por falta de cumplimiento serán de cuarenta mil dólares (\$40,000.00) por cada caso de incumplimiento. Si los MAOs incurrir en la misma falta de cumplimiento de las normas que haya resultado en una imposición de sanciones previa, ASES tendrá la discreción de imponerle al MAO una sanción o penalidad monetaria de ochenta mil dólares (\$80,000.00) por cada caso de incumplimiento recurrente. ASES podrá imponer sanciones intermedias adicionales o penalidades monetarias civiles en el contrato a firmarse entre ASES y los MAOs por el incumplimiento de este último con cualquiera de los términos y condiciones del contrato.

CARTA NORMATIVA

De ser necesario, ASES emitirá Cartas Normativas para aclarar cualquier duda con los procedimientos a seguir con esta carta, incluyendo los términos y pagos de intereses.

Las Partes no podrán cambiar las condiciones impuestas por ASES en los Estándares Platino 2022 (*2022 Platino Standards*), cualquier duda sobre la implementación de este será la entera responsabilidad de ASES para su interpretación.

Las Organizaciones Medicare Advantage serán responsables de publicar esta Carta Normativa para sus beneficiarios y proveedores.

23 de junio de 2021

A: ORGANIZACIONES MEDICARE ADVANTAGE (MAOs) CONTRATADAS PARA PROVEER SERVICIOS A BENEFICIARIOS DE MEDICARE PLATINO

RE: CARTA INFORMACIÓN GENERAL PLATINO 2022 Y APÉNDICE C-5

El 2 de mayo de 2021, ASES distribuyó entre los MAOs documentos relacionados con, y que son parte de, el Contrato 2022 de Medicare Platino. Más adelante, representantes de los MAOs levantaron preocupaciones sobre algunas disposiciones incluidas en el documento titulado *Información General Platino 2022* y su correspondiente certificación.

En su intento para atender los comentarios de los MAOs adecuadamente, y sin desatender la regulación de Medicaid aplicable al programa de Platino, ASES por la presente suspende las siguientes disposiciones en el documento antes mencionado: II (8); III (6) y (7); III (10)—en este último caso, solamente relacionado con las cantidades monetarias mencionadas, pero manteniendo totalmente las sanciones intermedias, la indemnización por daños y perjuicios, y cualesquiera otros remedios disponibles según especificados en el contrato y las regulaciones aplicables. Esta determinación en ninguna manera será interpretada como que ASES está renunciando a cualquier autoridad de supervisión o responsabilidad que pueda ejecutar sobre los programas bajo su administración, así como su autoridad inherente para regular los MAOs en la medida en la que participen en el cuidado de la población de beneficiarios de ASES.

Prontamente, todos los MAOs recibirán notificación de ASES para participar en proyectos que fortalecerán el programa Platino en beneficio a todos nuestros participantes.

Atentamente,

Jorge E. Galva, JD, MHA
Director Ejecutivo