



ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD  
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

12 de noviembre de 2008

**CARTA NORMATIVA # 08 - 1112**

**A TODAS LAS ASEGURADORAS,  
COMPAÑÍAS DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL,  
ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE CONTRATACION DIRECTA,  
GRUPOS MEDICOS DE CONTRATACION DIRECTA,  
CENTROS PRIMARIOS, ASOCIACIONES DE PRÁCTICA INDEPENDIENTE  
Y PROVEEDORES PARTICIPANTES DEL SEGURO DE SALUD  
DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO**

**UTILIZACIÓN DEL MECANISMO DE EXCEPCIÓN PARA AUTORIZAR  
MEDICAMENTOS FUERA DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS Y DEL  
FORMULARIO MEDULAR DE MEDICAMENTOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE  
SEGUROS DE SALUD**

La presente normativa aclara la cubierta de farmacia del Plan de Salud del Gobierno (PSG) para la autorización de medicamentos clínicamente necesarios que no están disponibles en la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL por sus siglas en inglés) o Formulario Medular Uniforme (FMU).

La cubierta del PSG, específicamente para el beneficio de farmacia, siempre ha provisto un mecanismo para aprobar medicamentos que a juicio del proveedor son necesarios para el tratamiento del paciente y que no están disponibles en los formularios antes mencionados. Esta opción brinda la oportunidad a los médicos de proveer los servicios necesarios de acuerdo a su criterio clínico. También considera otras alternativas de tratamiento médico cuando no se logran los resultados esperados al utilizar los medicamentos disponibles en los formularios.

Para uniformar este proceso de excepción en todas las entidades contratadas establecemos lo siguiente:

**Conceptos Generales del Beneficio de Farmacia:**

- Todo medicamento recetado bajo el Plan de Salud del Gobierno y aprobado a través de este mecanismo tiene que contar con la aprobación del "Federal Drug Administration" (FDA).

- La cubierta de medicamentos no aplica para medicamentos considerados en su etapa experimental o para propósitos experimentales no aprobados por el FDA.
- La cubierta del PSG requiere el uso de medicamentos genéricos bio-equivalentes, es decir, clasificados "AB" por el FDA, así como autorizados por la reglamentación local, siempre y cuando no estén contraindicados y así se consigne por prescripción médica.

### **Responsabilidad del Proveedor que emite la Receta:**

- Antes de emitir la receta, deberá verificar que el medicamento forme parte del PDL de ASES.
- Si los medicamentos a recetar no están disponibles en el PDL, el proveedor deberá comunicarse con la compañía aseguradora contratada en su región para evidenciar y confirmar los siguientes aspectos antes de emitir la receta:
  - Que el medicamento tiene o no una versión bio-equivalente disponible en el mercado y que la misma es apropiada para el tratamiento del paciente.
  - Que el medicamento recetado esté clínicamente indicado para la condición a tratarse.
  - El proveedor que prescribe deberá justificar y evidenciar a la aseguradora las razones para recetar dicho medicamento, las cuales pueden incluir cualquiera de las siguientes:
    - Contraindicación al/los medicamento(s) que aparece(n) en el formulario.
    - Historial de reacción adversa al/los medicamento(s) que aparece(n) en el formulario.
    - Fallo terapéutico a todas las alternativas disponibles en el formulario.
    - Inexistencia de una alternativa terapéutica en el formulario.

- Una vez el proveedor ha justificado el medicamento clínicamente con la compañía aseguradora, entonces procederá a emitir la receta. (Ver sección de Responsabilidad de la Aseguradora).

**Responsabilidad de la Aseguradora:**

- Las compañías aseguradoras orientarán a los proveedores contratados en cuanto al uso del PDL como primera opción al momento de recetar.
- Deberán orientar a los proveedores sobre la disponibilidad de la versión bio-equivalente del medicamento en cuestión, si alguno.
- La Aseguradora evaluará toda la evidencia clínica presentada por el proveedor para justificar la autorización del medicamento fuera de los formularios antes mencionados.
  - En caso de ser aprobado, la Aseguradora procederá a emitir una preautorización al PBM para que libere el medicamento para el despacho al paciente vía excepción.
  - De no ser aprobado debido a que la justificación presentada por el médico no satisface el criterio de la aseguradora, esta deberá comunicarse con el médico que receta para llevar a cabo la evaluación clínica en conjunto.
  - De no llegar a consenso entre las partes se puede recurrir al mecanismo para obtener una segunda opinión médica. Esto dependerá de la condición de salud del paciente.

Toda acción que se tome al respecto deberá realizarse en el menor tiempo para evitar que la salud del paciente pueda afectarse.

**Esta norma será de aplicación inmediata.**

Cordialmente,



Lda. Minerva Rivera  
Directora Ejecutiva

/frgd



725-5924



# ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD DE P.R.

Vicepresidente Sr. Domingo Díaz

Referido Al: Sr. Echandi

Fecha: 8 de julio de 1999

Para su información

3 de mayo de 1999

## A TODAS LAS COMPAÑÍAS ASEGURADORAS

Esta comunicación tiene como propósito aclarar una serie de interrogantes sobre cobro de deducibles y coaseguros a pacientes con Medicare.

### A. Beneficiarios con la Parte A solamente

Los beneficios que se le ofrecen a estas personas son aquellos incluidos en el seguro de salud contratado excluyendo aquellos beneficios cubiertos por la Parte A de Medicare.

El deducible y coaseguros de la Parte A no son un beneficio cubierto por el seguro de salud contratado. El referido deducible se cubre como "bad debts" para los beneficiarios certificados 100% médico-indigentes según establece la reglamentación federal para la Parte A y las disposiciones del Balanced Budget Act. Los beneficiarios parcialmente médico-indigentes pagarán la porción del deducible y los coaseguros de la Parte A que les corresponda conforme a su capacidad de pago establecida por el Programa de Asistencia Médica del Departamento de Salud (Medicaid).

### B. Beneficiarios con las Partes A y B de Medicare

Los beneficios que se le ofrecen a estas personas son aquellos servicios no cubiertos por las Partes A y B de Medicare e incluidos en el seguro de salud contratado (ie. farmacia y dental).

Se incluye además el deducible y el coaseguro (20%) que aplique a servicios prestados por médicos y proveedores de servicios independientes.

El deducible de la Parte B que aplique lo pagará la aseguradora al médico primario seleccionado.

El deducible de la Parte B que aplique a servicios ambulatorios prestados por Instituciones de Servicios de Salud no es un beneficio cubierto por el Seguro de Salud. Instituciones son: hospitales, Facilidades de Cuidado Domicilio de Enfermería, Facilidades de Servicios Renales y otros.



File

# ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD DE P.R.

12 de septiembre de 1999

## CARTA NORMATIVA #99-9001 GSJ-ASES-COB

**A TODAS LAS ASEGURADORAS CONTRATADAS POR EL SEGURO DE SALUD DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO**

Guillermo Silva Janer  
Director Ejecutivo

### ***COORDINACION DE BENEFICIOS MEDICARE Y SEGURO DE SALUD***

El siguiente comunicado tiene el propósito de aclarar y establecer, una vez más, la posición de la Administración de Seguros de Salud del Gobierno de P.R. en relación a la coordinación de beneficios para los beneficiarios que poseen Parte A y/o Partes A y B de Medicare y que son elegibles a nuestro Seguro de Salud.

#### **I. Beneficiarios con Medicare Parte A y el Seguro de Salud solamente:**

Para los beneficiarios de Parte A de Medicare y que son elegibles a nuestro seguro de salud tienen derecho a recibir los siguientes beneficios de cubierta:

1. Los beneficios que se le ofrecen a estas personas son aquellos incluidos en el seguro de salud contratado, excluyendo aquellos beneficios cubiertos por la Parte A de Medicare.

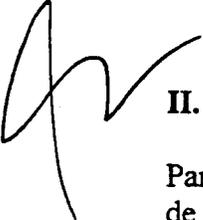
**Una vez se hallan agotado los servicios cubiertos por la Parte A de Medicare le corresponde al Seguro de Salud, como plan complementario, cubrir por dichos servicios según la cubierta contratada.**

2. El deducible y coaseguros de la Parte A de Medicare no son un beneficio cubierto por el Seguro de Salud contratado. Este deducible se cubre como "Bad Debts" para los beneficiarios certificados como 100% médico-indigentes según los establece la Reglamentación Federal para la Parte A y las disposiciones del "Balanced Budget Act". Los beneficiarios certificados como parcialmente médico-indigentes pagarán la porción del deducible y los coaseguros de la Parte A que les corresponda conforme a su capacidad de pago establecido por el Programa de Asistencia Médica del Departamento de Salud (Medicaid).

3. Es por esto que las tarjetas de identificación del Seguro de Salud tienen que incluir, para beneficio de las facilidades que brindan los servicios de hospitalización, el Porcentaje de Responsabilidad Financiera (PRF) que le aplique a cada beneficiario. El PRF es asignado por el Programa de Asistencia Médica del Departamento de Salud (Medicaid) y **bajo ningún concepto se debe confundir con el nivel de deducible asignado a cada beneficiario.**

El PRF indicará la cantidad que debe pagar el beneficiario basado en la responsabilidad que tenga con el proveedor. Esto es;

1. Si el PRF es de cero (0) (0%) el paciente fue certificado como 100% médico-indigente y no es responsable de pagar el deducible de \$768.00 de hospitalización.
2. Si el PRF es de uno (1) (15%) el paciente deberá pagar el 15% del total del deducible. ( $\$768.00 \times .15 = \$115.20$ ).
3. Si el PRF es de dos (2) (30%) el paciente deberá pagar el 30% del total del deducible. ( $\$768.00 \times .30 = \$230.40$ ).
4. Si el PRF es de tres (3) (45%) el paciente deberá pagar el 45% del total del deducible. ( $\$768.00 \times .45 = \$345.60$ ).
5. Si el PRF es de cuatro (4) (60%) el paciente deberá pagar el 60% del total del deducible. ( $\$768.00 \times .60 = \$460.80$ ).
6. Si el PRF es de cinco (5) (80%) el paciente deberá pagar el 80% del total del deducible. ( $\$768.00 \times .80 = \$614.40$ ).
7. Si el PRF es de seis (6) (100%) el paciente deberá pagar el 100% del total del deducible. ( $\$768.00 \times .100 = \$768.00$ ).



**II. Beneficiarios con Medicare Partes A y B y el Seguro de Salud:**

Para los beneficiarios de Partes A y B de Medicare y que son elegibles a nuestro seguro de salud tienen derecho a recibir los siguientes beneficios de cubierta:

1. Los beneficios que se le ofrecen a estas personas son aquellos servicios no cubiertos por las Partes A y B de Medicare e incluidos en el seguro de salud contratado. Estos servicios son; cubierta regular de Farmacia y Dental contratado por el Seguro de Salud.
2. Se incluye, además, el deducible y el coaseguro (20%) que aplique a servicios prestados por médicos y suplidores de servicios independientes.
3. El deducible de la Parte B, que aplique, lo pagará la aseguradora al médico primario seleccionado.
4. El deducible de la Parte B, que aplique a servicios ambulatorios prestados por instituciones de servicios de salud, **NO es un beneficio cubierto por el Seguro de Salud.** Algunas de estas instituciones son:
  - Hospitales
  - Facilidades de Cuidado Diestro de Enfermería.
  - Facilidades de Servicios Renales y otras.
5. No incluir el pago del deducible de la Parte A de Medicare.

### III. Otras Disposiciones:

1. Los beneficiarios con Medicare Parte A, pueden escoger al proveedor de servicios de su preferencia. Sin embargo, si desean recibir los servicios adicionales que les provee el Seguro de Salud (servicios de Farmacia y/o Dental) tienen que entrar por el Sistema de Cuidado Dirigido ("Managed Care") a través de su médico primario seleccionado.
2. Los beneficiarios con la Parte A y/o Partes A y B de Medicare elegibles al Seguro de Salud no pagarán los deducibles y coaseguros establecidos en la tabla de deducibles contenida en el Contrato entre la Aseguradora y ASES los servicios están cubiertos por Medicare Parte A y Partes A y B.
3. Los deducibles por beneficios no cubiertos por las Partes A y B de Medicare cubiertos por el Seguro de Salud se cobrarán al beneficiario conforme deducibles contenidos en la tabla de deducibles del contrato suscrito Aseguradora y ASES.

4. El Seguro de Salud del Gobierno de Puerto Rico funge como plan secundario y no cubre los servicios cubiertos por cualquier otro asegurador o entidad que tenga responsabilidad primaria ("Other Party Liability"). El seguro cubre servicios toda vez que se hallan agotado los servicios provistos por cualquier otro asegurador o entidad ("Other Party Liability") y que estos servicios estén incluidos en el Seguro de Salud contratado.

Esta información los ayudará a aclarar sus dudas sobre el cobro de deducibles y coaseguros por servicios recibidos a beneficiarios del Seguro de Salud del Gobierno de Puerto Rico. Es importante que estas aclaraciones sean difundidas a todas las partes concernientes para su total conocimiento y aplicación.

Gracias.

