

## AVISO PÚBLICO

### Enmienda al Plan Estatal Medicaid y CHIP de Puerto Rico

En cumplimiento con la reglamentación federal, 42 CFR §447.57, el Departamento de Salud de Puerto Rico (Departamento de Salud), por conducto del Programa Medicaid de Puerto Rico (Programa Medicaid), y la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, (ASES, *Puerto Rico Health Insurance Administration* o *PRHIA*, por sus siglas en inglés) notifica su intención de radicar una enmienda al Plan Estatal Medicaid y CHIP de Puerto Rico para establecer una Nueva Estructura de Copagos para la aprobación del Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (*CMS*, por sus sigla en inglés). Este Aviso Público y la Enmienda al Plan Estatal (*SPA*, por sus siglas en inglés) no aplicarán a aquellas personas que son elegibles al Plan de Salud del Gobierno como beneficiarios Estatales.

El Programa Medicaid y ASES han promulgado la "Política de Copagos Aplicable a los Beneficiarios Elegibles a Medicaid y CHIP" para establecer las reglas relacionadas con el pago de los copagos, según requiere las Secciones 1916 y 1916A de la Ley del Seguros Social (*SSA*, por sus siglas en inglés) y el 42 CFR §§447.50-447.52 (excluyendo 42 CFR §447.55) de la reglamentación federal, la enmienda al Plan Estatal Medicaid y la Nueva Estructura de Copagos. Este Aviso Público provee un resume de la Política: (i) los beneficiarios elegibles a Medicaid sólo pagan copagos, pero no pagan otros cargos similares, tales como coaseguros y deducibles; (ii) los beneficiarios elegibles a CHIP (*Medicaid Optional Targeted Low-Income Children*, mejor conocido como Programa de Seguro Médico para Niños sin plan médico y no elegibles a Medicaid) no pagan copagos ni otros cargos similares, tales como coaseguros y deducibles; y que (iii) algunos beneficiarios y ciertos servicios están exentos del pago de copago. La Política dispone además que la Nueva Estructura de Copagos aplicará a todos los beneficiarios elegibles a Medicaid y CHIP y que ésta:

1. Es efectiva el 1<sup>ro</sup> de julio de 2016, excepto para aquellos beneficiarios elegibles a Medicaid que tienen Medicare Parte A y B y que están suscritos a un Plan *Medicare Advantage (MA)*, conocido como Plan Platino. En los Planes Platino, la Nueva Estructura de Copagos se implantará al 1<sup>ro</sup> de enero de 2017.
2. Los Códigos de Cubierta para Medicaid y CHIP: (i) Al 1<sup>ro</sup> de julio de 2016 y hasta la implantación del Método MAGI que se usará para determinar la elegibilidad a Medicaid y CHIP, el Programa Medicaid continuará asignando los códigos de cubierta a los beneficiarios Medicaid y CHIP luego de determinar si es elegible a base del ingreso mensual y de la cantidad de personas en la unidad familiar del beneficiario. (ii) Luego de implantar el Método MAGI que se usará para determinar la elegibilidad a Medicaid y CHIP, el Programa Medicaid asignará los códigos de cubierta a los beneficiarios Medicaid y CHIP luego de determinar según MAGI el ingreso mensual y la cantidad de personas en la unidad familiar del beneficiario. Los Códigos de Cubierta varían según el ingreso mensual de la unidad familiar y el porcentaje que éste representa del Nivel de Pobreza de Puerto Rico (*PRPL*, por sus siglas en inglés) que esté vigente. [Nota: El Obamacare dispone un nuevo método para determinar la elegibilidad de una persona a Medicaid o CHIP que se basa en modificar el ingreso bruto ajustado (*modified adjusted gross income* o *MAGI*, por sus siglas en inglés).]
3. Añade otros códigos de cubierta: Los nuevos códigos de cubierta 120, 130 y 220 y las cantidades por concepto de copagos asociadas a estos códigos comenzarán a utilizarse cuando comience el sistema de evaluación para determinar elegibilidad según *MAGI*.
4. Revisa algunas de las cantidades a pagarse por copagos para los códigos de cubierta existentes y establece otras cantidades por copagos en los nuevos códigos de cubierta. A partir del 1<sup>ro</sup> de julio de 2016, todos los beneficiarios elegibles a Medicaid y con el código de cubierta 100 ó 110 pagarán las cantidades por concepto de copagos asociados con estos códigos y todos los beneficiarios elegibles a CHIP y con el código

de cubierta 230 continuarán pagando las cantidades por concepto de copagos asociados con este código, que continúa siendo cero (\$0). Luego de implantar el Método MAGI a usarse para determinar la elegibilidad a Medicaid y CHIP, todos los beneficiarios elegibles a Medicaid con el código de cubierta 120 ó 130 pagarán las cantidades por concepto de copagos asociados con cada uno estos códigos y todos los beneficiarios elegibles a CHIP con el código de cubierta 220 pagarán las cantidades por concepto de copagos asociados con este código, que son cero (\$0).

5. La cantidad a pagar por concepto de copago varía según el código de cubierta y el servicio, como se muestra en la siguiente tabla.

<b>Estructura de Copagos para los Beneficiarios Elegibles a Medicaid y CHIP</b>						
<b>Servicio</b>	<b>Cantidad a Pagar por Concepto de Copago según el Código de Cubierta</b>					
	<b>Medicaid</b>				<b>CHIP</b>	
	<b>100</b>	<b>110</b>	<b>120</b>	<b>130</b>	<b>220</b>	<b>230</b>
Admisión al Hospital, (por hospitalización)	\$0.00	\$4.00	\$5.00	\$8.00	\$0.00	\$0.00
Servicios prestados en una la Sala de Emergencia de un Hospital cuando no hay una Emergencia, (por visita)	\$0.00	\$4.00	\$5.00	\$8.00	\$0.00	\$0.00
Servicios Prestados en una Sala de Emergencia que no está en un Hospital o es Independiente cuando no hay una Emergencia, (por visita)	\$0.00	\$2.00	\$3.00	\$4.00	\$0.00	\$0.00
Visita al Médico Primario (PCP), (por visita)	\$0.00	\$1.00	\$1.50	\$2.00	\$0.00	\$0.00
Visita al Médico Especialista, (por visita)	\$0.00	\$1.00	\$1.50	\$2.00	\$0.00	\$0.00
Visita al Médico Sub-Especialista, (por visita)	\$0.00	\$1.00	\$1.50	\$2.00	\$0.00	\$0.00
Laboratorios de Alta Tecnología, (por procedimiento)	\$0.00	\$0.50	\$1.00	\$1.50	\$0.00	\$0.00
Laboratorios Clínicos, (por procedimiento)	\$0.00	\$0.50	\$1.00	\$1.50	\$0.00	\$0.00
Rayos-X, (por procedimiento)	\$0.00	\$0.50	\$1.00	\$1.50	\$0.00	\$0.00
Pruebas Diagnosticas Especializadas, (por procedimiento)	\$0.00	\$1.00	\$1.50	\$2.00	\$0.00	\$0.00
Terapia - Física, (por procedimiento)	\$0.00	\$1.00	\$1.50	\$2.00	\$0.00	\$0.00
Terapia - Respiratoria, (por procedimiento)	\$0.00	\$1.00	\$1.50	\$2.00	\$0.00	\$0.00
Terapia - Ocupacional, (por procedimiento)	\$0.00	\$1.00	\$1.50	\$2.00	\$0.00	\$0.00
Dental - Preventivo, (por procedimiento)	\$0.00	\$1.00	\$1.50	\$2.00	\$0.00	\$0.00
Dental - Restaurativo, (por procedimiento)	\$0.00	\$1.00	\$1.50	\$2.00	\$0.00	\$0.00
Farmacia - Preferido, (por medicamento)	\$0.00	\$1.00	\$2.00	\$3.00	\$0.00	\$0.00
Farmacia - No-Preferido, (por medicamento)	\$0.00	\$3.00	\$4.00	\$6.00	\$0.00	\$0.00
Cualquier otro servicio no indicado en esta Tabla	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00

#### **Beneficiarios Elegibles a Medicaid con un Plan Platino**

La Nueva Estructura de Copagos se implantará el 1 de enero de 2017 para aquellos beneficiarios elegibles a Medicaid que tienen Medicare Parte A y B y que están suscritos a un Plan *Medicare Advantage* contratado por ASES, comúnmente conocido como Plan Platino. Del 1 de julio al 31 de diciembre de 2016, el beneficiario continuará utilizando su tarjeta de identificación. Si durante el periodo del 1 de julio al 31 de diciembre de 2016, el Programa Medicaid determina o re-determina la elegibilidad de un beneficiario que está suscrito o se suscribirá a un Plan Platino y le asigna el código de cubierta 120 ó 130, el MAO tratará a este beneficiario como si se le hubiese asignado el código de cubierta 110. El beneficiario con un Plan Platino puede presentar una solicitud de reembolso tan pronto como él/ella entiendan que han pagado copagos en exceso del límite del 5% trimestral, según se indica en la sección "Tope de un Cinco Por Ciento (5%) Trimestral en la Cantidad de Copagos a Pagar".

### **Grupos de Beneficiarios que están Exentos del Pago de Copagos**

La reglamentación federal, 42 CFR §447.56(a)(1), dispone que hay ciertos grupos de personas quienes están exentos de cualquier copago. Los siguientes beneficiarios no tienen que pagar copago alguno: (i) niños/niñas menores de 21 años de edad (0-20 años, inclusive); (ii) mujeres embarazadas, durante el embarazo y el período de post parto; (iii) beneficiarios que están en una institución, ejemplos: asilo de ancianos o casa de convalecencia; (iv) beneficiarios que reciben servicios de hospicio; y (v) los Indios Americanos o Nativos de Alaska (AI/AN, por sus siglas en inglés).

### **Servicios que están Exentos del Pago de Copagos**

La reglamentación federal, 42 CFR §447.56(a)(2), dispone que hay ciertos servicios de salud que están exentos de cualquier copago. Los beneficiarios no tienen que pagar copago alguno por los siguientes servicios: (i) los servicios de emergencia como se define en la sección 1932(b)(2) del SSA y 42 CFR §438.114(a); (ii) los servicios y suministros (contraceptivos) de planificación familiar; (iii) los servicios preventivos según el 42 CFR §457.520; (iv) los servicios relacionados con el embarazo; y (v) los servicios que se prestan por el proveedor no haber prevenido los mismos como se define en 42 CFR §447.26(b).

### **Otras Exenciones al Pago de Copago**

1. Exención por Recibir Servicios dentro de la Red Preferida de Proveedores: (i) Un beneficiario no tienen que pagar copago alguno cuando recibe un servicio de un proveedor que es parte de la Red Preferida de Proveedores. (ii) Los dentistas y las farmacias no son parte de la Red Preferida de Proveedores.
2. Exención por Llamar al Centro de Servicio Telefónico para Consejería Médica: Un beneficiario no tienen que pagar copago alguno por los servicios prestados en la sala de emergencia de un hospital cuando no hay una emergencia, si él/ella: (i) llama al Centro de Servicio Telefónico antes de visitar la sala de emergencia de un hospital; (ii) recibe del Centro de Servicio un código o un número de identificación, y (iii) presenta dicho código o número al momento de visitar la sala de emergencias de un hospital.
3. Exención por Servicios Preventivos: Un beneficiario no tienen que pagar copago alguno por las siguientes pruebas de diagnóstico si éstas se provean como parte de un servicio preventivo: (i) laboratorios de alta tecnología; (ii) laboratorios clínicos; (iii) rayos-x; y (iv) las pruebas de diagnósticas especializadas.

### **Servicios Prestados en una Sala de Emergencia de un Hospital cuando no hay una Emergencia**

El Plan Estatal Medicaid de Puerto Rico permite que se cobre a un beneficiario el copago aplicable por los servicios prestados en la sala de emergencia de un hospital cuando no hay una emergencia, a menos que (i) el beneficiario o el servicio estén exentos del pago de copagos, (ii) el beneficiario tenga asignado el código de cubierta 100 o (iii) él/ella cumple con una de las excepciones del pago de copago descritas en el inciso sobre "Exención por Recibir Servicios dentro de la Red Preferida de Proveedores" o en el de "Exención por Llamar al Centro de Servicio Telefónico para Consejería Médica". Si el beneficiario no cumple con alguna de estas reglas, la sala de emergencia de un hospital puede cobrar el copago correspondiente por este servicio únicamente si cumple con los siguientes requisitos: (i) lleva a cabo una evaluación médica para determinar que el beneficiario no necesita servicios de emergencia, según requiere la reglamentación federal (42 CFR §489.24); y (ii) antes de proveer los servicios de no emergencia y requerir el pago del copago por este servicio: notifica al beneficiario la cantidad a pagar por concepto de copago por los servicios prestados en una la sala de emergencia de un hospital cuando no hay una emergencia; provee al beneficiario, como alternativa, el nombre y la dirección de otro proveedor de servicios de no emergencia que está disponible y accesible; determina que hay la alternativa de otro proveedor que puede brindar al beneficiario los servicios de manera oportuna y cobrándole un copago menor o sin cobrar copago alguno al beneficiario por éste estar exento del pago de copagos; y provee un referido para coordinar la cita para recibir tratamiento con el otro proveedor.

## **Lista de Medicamentos Preferidos**

El Programa Medicaid y ASES han establecido la diferencia entre lo que son los medicamento preferidos y los no preferidos. El Plan Estatal Medicaid de Puerto Rico permite que se cobren copagos por concepto de los medicamentos preferidos y no preferidos, a menos que el beneficiario esté exento del pago de los copagos.

### **Tope de un Cinco Por Ciento (5%) Trimestral en la Cantidad de Copagos a Pagar**

1. La reglamentación federal, 42 CFR §447.56(f), dispone que el total de los copagos incurridos por todo beneficiario elegible a Medicaid o CHIP ya sea por él/ella o por los demás miembros de su unidad familiar que son elegibles a Medicaid no pueden exceder del 5% trimestral del ingreso de la unidad familiar determinado en una base trimestral. El tope del 5% en la cantidad total de copagos a pagar en el trimestre se determina a base del ingreso mensual de la unidad familiar del beneficiario según MAGI. Por ejemplo: si el ingreso de un beneficiario es \$300 mensuales, su tope por concepto de copagos es de \$45 trimestrales ( $\$300 \times 3 \text{ meses} = \$900 \times 5\% = \$45$ ). El beneficiario puede llegar a su tope o límite del 5% si se suman todos los copagos pagados durante el trimestre por los miembros de su unidad familiar que también son elegibles a Medicaid y CHIP y la total excede la cantidad determinada del tope del 5%.
2. La Nueva Estructura de Copagos no pone en riesgo a los beneficiarios de alcanzar y sobrepasar el tope del 5% trimestral en los copagos a pagar. El Programa Medicaid y ASES han establecido un "Proceso para Solicitar el Reembolso de Copagos Pagados en Exceso" que está disponible para las personas que creen que han pagado copagos en exceso del tope del 5% trimestral, el cual explica el derecho a apelar y solicitar audiencia.

### **Las Consecuencias para un Beneficiario Si No Paga el Copago Aplicable**

En aquellos casos en que se permita el cobro de un copago, el proveedor, dentista o farmacia puede requerir el pago del copago: (i) pero no puede denegarse a prestar el servicio al beneficiario si éste no puede pagar el copago al momento de solicitar el servicio y si el ingreso mensual de su unidad familiar está en o por debajo del 100% del PRPL que esté vigente en el Plan Estatal Medicaid, pero en estos casos el beneficiario continúa con la obligación de pagar el copago; (ii) y puede denegarse a prestar el servicio al beneficiario si el ingreso mensual de su unidad familiar está por encima del 100% del PRPL que esté vigente en el Plan Estatal Medicaid.

### **Mecanismo para Requerir el Pago de Copagos y Pago a los Proveedores**

Los *MCOs*, *MAOs* y *PBM*s contratados por ASES (i) pueden disponer que los beneficiarios paguen copagos según las cantidades indicadas en el Plan Estatal Medicaid de Puerto Rico e indicados en este Aviso Público, y (ii) pueden descontar del pago al proveedor la cantidad que el beneficiario está obligado a pagar por concepto de copago, aunque el proveedor no haya cobrado el copago o haya decidido no cobrarlo.

### **Notificación de los Resultados de la Determinación de Copagos**

El Programa Medicaid notifica al beneficiario los "Resultados de la Determinación de Copagos" en el Formulario MA-10, que se entrega luego de concluir una evaluación para determinar si es o continúa elegible y/o cuando se evalúa la determinación del código de cubierta para efectos de los copagos a pagar o el tope del 5% trimestral. ASES notifica al beneficiario el código de cubierta asignado y las cantidades a pagar por concepto de copagos por medio de la tarjeta de identificación del plan que el *MCO* (*MAO* en el caso de un Plan Platino) entrega a los beneficiarios.

### **Derecho a Apelar la Determinación sobre Copagos**

El beneficiario tiene derecho a presentar una apelación y solicitar una audiencia para que se revisen los "Resultados de la Determinación para Copagos" que se indican en el Formulario MA-10 cuando no esté de acuerdo con la decisión tomada en su caso. La solicitud de revisión tiene que radicarse por escrito y dentro del término de 30 días contados a partir de la Fecha de Certificación indicada en la MA-10.

### **Acceso a los Documentos**

Los siguientes documentos están disponible en cualquiera de las Oficinas Locales del Programa Medicaid ubicadas en toda la Isla; en la Oficina Central de ASES (dirección física: #1549 Calle Alda, Urbanización Caribe, Río Piedras, Puerto Rico 00926-2712); y en el website del Programa Medicaid (<https://www.medicaid.pr.gov/>) y en el de ASES (<http://www.asespr.org/> o <http://ases.pr.gov/>).

1. Enmienda al Plan Estatal Medicaid sobre la Nueva Estructura de Copagos;
2. Política de Copagos para los Beneficiarios Elegibles a Medicaid y CHIP;
3. La Lista de las Salas de Emergencia de los Hospitales por MCO que pudiesen cobrar el copago por los servicios prestados en la sala de emergencia de un hospital cuando no hay una emergencia;
4. El Formulario de Medicamentos Preferidos y No Preferidos, titulado "Formulario de Medicamentos Cubiertos en el Plan de Salud del Gobierno de P.R."; y
5. Proceso para Solicitar el Reembolso de Copagos Pagados en Exceso y la solicitud de reembolso.

### **Termino para Radicar Comentarios a la Enmienda al Plan Estatal Medicaid**

Cualquier persona puede radicar por escrito sus comentarios con relación a esta enmienda al Plan Estatal Medicaid sobre la Nueva Estructura de Copagos dentro de un término de treinta (30) días calendarios contados a partir de la publicación de este Aviso Público. Los comentarios pueden radicarse: (i) por correo, a la siguiente dirección postal: Sra. Luz E. Cruz-Romero, MBA; Directora de la División de Operaciones (Medicaid SPA); Oficina Central del Programa Medicaid; P.O. Box 70184; San Juan, P.R. 00936-8184; (ii) en persona, en la Oficina Central del Programa Medicaid de Puerto Rico, a la siguiente dirección física: Edificio World Plaza (Sea Borne); 268 Avenida Muñoz Rivera, 5<sup>to</sup> Piso; Hato Rey, Puerto Rico 00918; o (iii) por facsímil (fax), al número de fax de la División de Operaciones: 787-759-8361.

### **Divulgación**

El Departamento de Salud (Programa Medicaid) y ASES radicaron ante la Comisión Estatal de Elecciones de Puerto Rico una certificación para hacer constar que este Aviso Público es requerido por la reglamentación federal aplicable al Programa Medicaid.

Autorizado por la Comisión Estatal de Elecciones (CEE) #CEE-C-16-055

Sometido a la CEE el 13 de enero de 2016

Anuncio Requerido por Ley