



MSO | HOLDINGS

ADiestramientos Regulatorios

2026

© 2026, MSO of Puerto Rico, LLC. Reproduction of this material is prohibited.

¿Qué son los Adiestramientos Regulatorios?

Los Adiestramientos Regulatorios son un requisito establecido por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y la Administración de Servicios de Salud de Puerto Rico (ASES), los cuales auditán el cumplimiento de estos. Todos los proveedores contratados bajo MSO of Puerto Rico deben completar estos adiestramientos anualmente.

Los Adiestramientos Regulatorios se componen de:

- ✓ Modelo de Cuidado Coordinado 2026
- ✓ Programa de Cumplimiento, Fraude, Pérdida y Abuso
- ✓ Regulaciones Aplicables a la Industria de la Salud
- ✓ Adiestramiento Plan Vital

¿Por qué debo tomar estos adiestramientos?

Los adiestramientos regulatorios integran aspectos fundamentales que van desde la implementación del Modelo de Cuidado Coordinado hasta el fomento de competencias culturales, así como el respeto de los derechos y responsabilidades del paciente, entre otras leyes que gobiernan el sector de la salud en Puerto Rico.

Estos adiestramientos abarcan también temas claves como lo son el establecimiento de programas de cumplimiento e integridad, que son cruciales para mantener altos estándares éticos y legales en la atención médica.



Modelo de Cuidado Coordinado 2026

Objetivos



Modelo de Cuidado: Adiestramiento

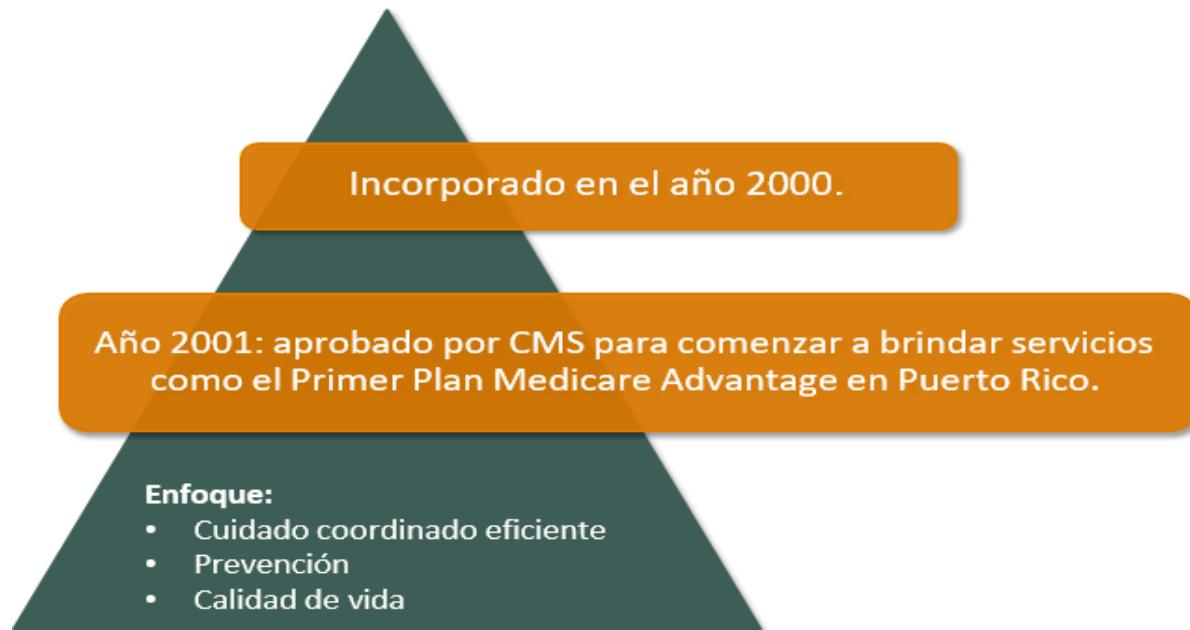
- Desarrollado para cumplir con las directrices de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid*

Toda aseguradora Medicare Advantage debe brindar y documentar un adiestramiento sobre el Modelo de Cuidado Coordinado** a todos sus empleados, personal contratado y proveedores.

- Es un requisito anual
- Metodología o tipos de intervención:
 - Presencial
 - Interactivo (Internet, audio/vídeo)
 - Auto-estudio (material impreso o medios electrónicos)

* CMS, por sus siglas en inglés. **Model of Care en inglés (MOC)

Trasfondo



Trasfondo

5 estrellas: Celebramos que nuestros dos contratos principales han recibido la más alta calificación de estrellas, 5 de 5, bajo el programa de Calificación por Estrellas de Medicare.

Contratos H4003 y H4004. Cada año Medicare evalúa los planes a base de calificación por estrellas, siendo 5 la puntuación máxima otorgada.



¿Qué es el Modelo de Cuidado Coordinado?

- Estructura para llevar a cabo cuidado coordinado de manera eficiente
 - Enfoque en beneficiarios con necesidades especiales
-
- Herramienta vital
 - Mejorar la calidad
 - Garantizar que se atiendan las necesidades bajo SNP*

* SNP – Planes de Necesidades Especiales (Special Needs Plan)



Plan de Necesidades Especiales



D-SNP

(Plan de necesidades especiales con elegibilidad dual)

**MMM Diamante Platino
(HMO D-SNP)**

**MMM Relax Platino
(HMO D-SNP)**

**MMM Dorado Platino
(HMO D-SNP)**

**MMM Combo Platino
(HMO D-SNP)**

**MMM Flexi Platino
(HMO D-SNP)**

**PMC Premier Platino
(HMO D-SNP)**

Afiliados elegibles para
Medicare y Medicaid



Plan de Necesidades Especiales



C-SNP

(Plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas)

MMM Supremo (HMO C-SNP)

Diseñado para afiliados con enfermedades crónicas, como:

- Diabetes
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Enfermedades cardiovasculares:
 - Arritmia cardíaca
 - Enfermedad vascular periférica
 - Enfermedad de la arteria coronaria
 - Trastorno tromboembólico venoso crónico

Elementos del MOC

Descripción de la población de necesidades especiales (SNP)

Cuidado coordinado

- Evaluación obligatoria de riesgos de salud y reevaluación (HRA, por sus siglas en inglés)
- Visitas médicas (presenciales o *face-to-face*)
- Plan individual de cuidado (ICP, por sus siglas en inglés)
- Equipo interdisciplinario (ICT, por sus siglas en inglés)

Red de proveedores

Métricas de calidad y mejoras en el rendimiento

MOC I: Descripción de la población con necesidades especiales (SNP)

Los más vulnerables

- Identifique aquellos afiliados con mayor fragilidad.



Los más vulnerables

- **Afiliados con condiciones crónicas descontroladas:**
 - COPD (Chronic obstructive pulmonary disease/ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
 - Asma
 - CHF (congestive heart failure/insuficiencia cardíaca congestiva)
 - Enfermedad cardiovascular / Arteriosclerosis
 - HTN (Hypertension/Hipertensión)
 - Diabetes
- **Afiliados con discapacidad**
- **Afiliados que requieren procedimientos complejos y/o transición de cuidado:**
 - Trasplante de órganos
 - Cirugía bariátrica



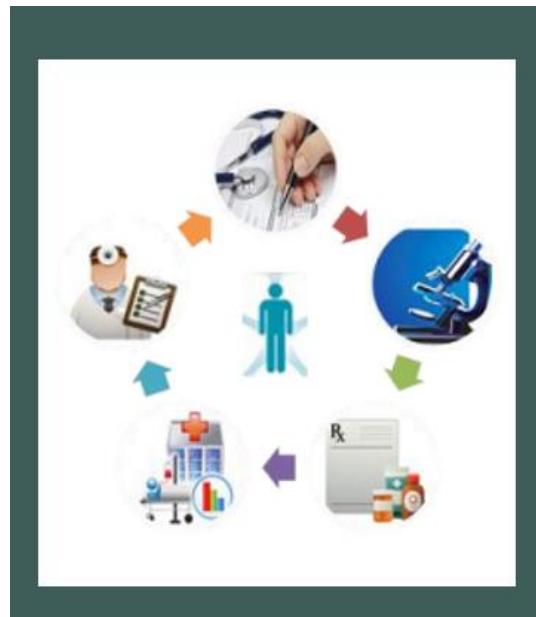
MOC 2: Coordinación de servicios

Cuidado Coordinado

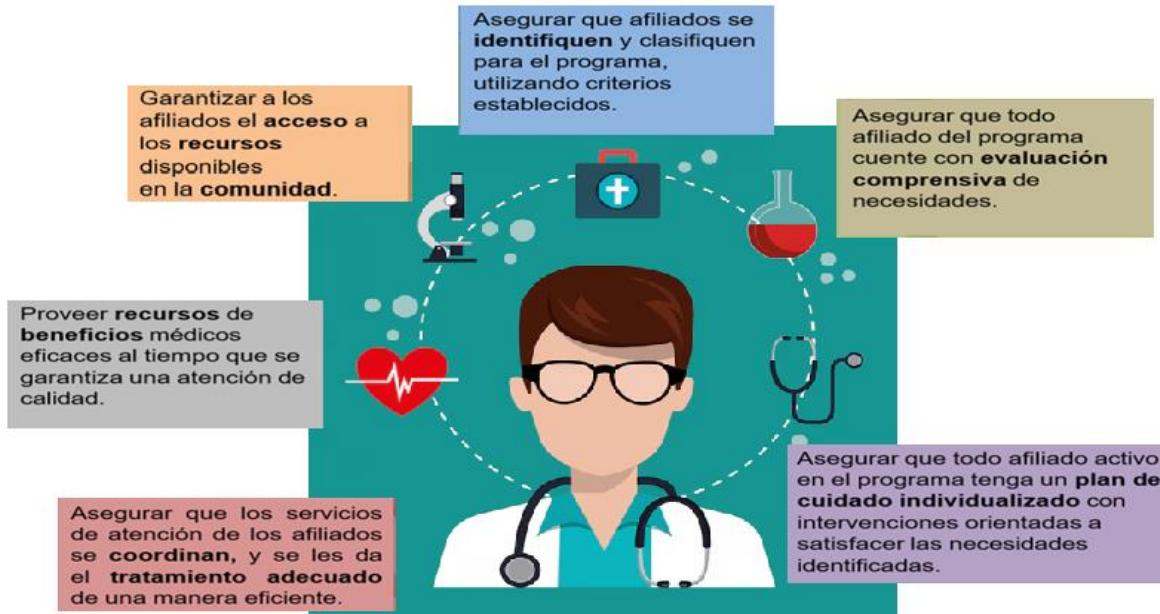
Asegura la atención de las necesidades de salud de beneficiarios de un SNP. La información se comparte entre el personal interdisciplinario.

Coordina entrega de servicios y prestaciones especializadas que satisfacen necesidades de la población más vulnerable.

Realiza evaluaciones de riesgos de salud, Plan de Cuidado Individualizado y cuenta con un equipo interdisciplinario establecido.



Enfoque del programa



Evaluación de Riesgos de Salud (HRA*)

Se realiza para identificar necesidades médicas, mentales, psicosociales, cognitivas y funcionales, de personas con necesidades especiales.

HRA inicial - 90 días desde la afiliación para completarlo. HRA anual a partir de 365 días luego del inicial o de su último HRA.

*Health Risk Assessment

Evaluación de Riesgos de Salud (HRA)

Se realiza por teléfono o en papel.

Resultados → Plan de Cuidado Individualizado:

* Problemas, metas e intervenciones con equipo interdisciplinario.

HRA refiere a → Programas de Manejo de Cuidado

* Manejo de casos, entre otros.

Plan de cuidado compartido con:

Afiliado + PCP y Equipo interdisciplinario

Visitas médicas (presenciales o *face-to-face*)

Elementos esenciales:

- Gestión eficaz del cuidado preventivo
- Establece planes de tratamiento para controlar las enfermedades crónicas y mejorar la salud general.
- Apoya a los afiliados para que participen activamente de su cuidado médico.
- Identifica afiliados que puedan cualificar y beneficiarse de programas de manejo de casos establecidos por el plan médico.
- Promueve un cuidado coordinado efectivo.

Plan de cuidado individualizado (ICP)

- El equipo interdisciplinario desarrolla un ICP para cada afiliado de cubierta SNP, identificando las necesidades del afiliado a partir del resultado obtenido en el HRA.
- El ICP garantiza que las necesidades sean cubiertas; el curso de evaluación y coordinación de servicios, y los beneficios del afiliado.



Plan de cuidado individualizado (ICP)

- ICP se le comunica al afiliado o cuidador, y se comparte con el proveedor a través de nuestro portal InnovaMD.
- Revisar anualmente o cuando cambia el estado de salud.



Equipo Interdisciplinario (ICT)



Grupo enfocado en el afiliado, discute sobre el estado de salud e intervenciones para el paciente

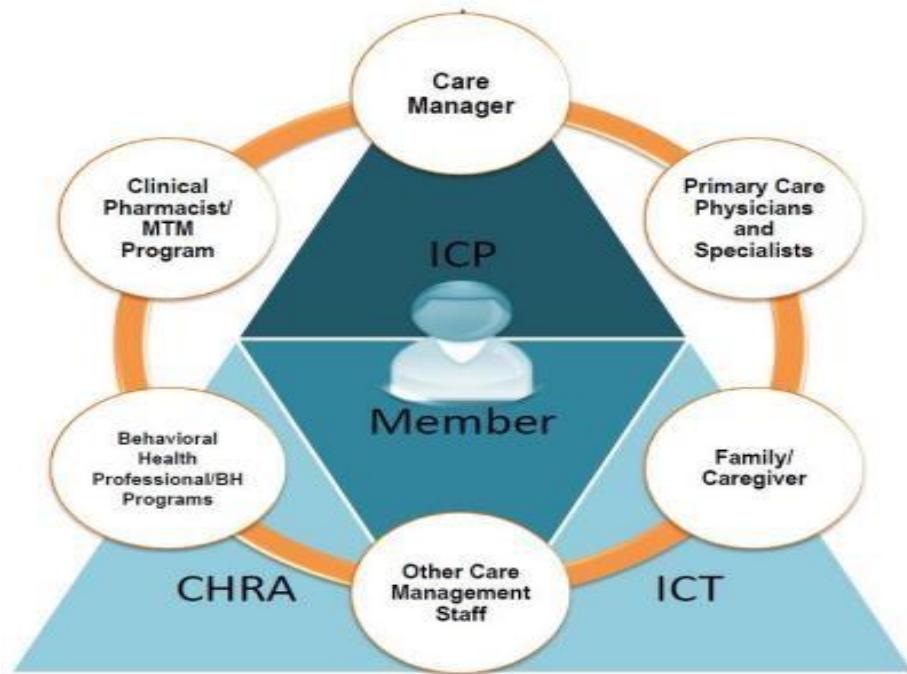
Responsabilidades de los proveedores en el ICT:

1. Participar en discusión de ICP.
2. Colaborar en establecimiento de metas.
3. Involucrar a los afiliados en la gestión de automejoramiento y dar seguimiento.
4. Integrar a otros médicos y proveedores.
5. Participar en reuniones de los ICT.
6. Comunicar cambios a los componentes de los ICT a través de reuniones o llamadas telefónicas.
7. Referir a los programas de manejo disponibles a través de la aseguradora.

Transición de cuidado

- Se establecen procesos y protocolos de transición para mantener continuidad de cuidado.
- Las diferentes unidades trabajan en colaboración con los médicos primarios y proveedores, para garantizar y apoyar el cuidado coordinado que el afiliado merece.
- Personal disponible en la Unidad de Planificación de Alta, facilita la comunicación entre centros asistenciales, el médico primario y el afiliado o su cuidador.
- El ICP del afiliado se comparte con el afiliado y su médico primario, cuando se produzca una transición de cuidado.

Protocolos para la transición de cuidado



Rol del proveedor en el Modelo de Cuidado

- Asegura el acceso continuo a servicios, y verifica qué necesidades e información se comparten entre el personal.
- Promueve la visita post-alta dentro de siete días luego de una hospitalización.
- Coordina servicios especializados a la población más vulnerable.
- Promueve evaluación de riesgos de salud para el Plan de Cuidado Individualizado.
- Participa activamente como parte del equipo interdisciplinario.
- Realiza una evaluación anual de salud.

MOC 3: Red de proveedores especializados en el plan de cuidado

Enfoque

Mantener una red de proveedores especializados para atender las necesidades de los afiliados, siendo el enlace primario en su cuidado.

La red de proveedores monitorea:

- ✓ Uso de guías de práctica clínica y protocolos.
- ✓ Que se asegure la colaboración y comunicación activa con administradores de ICT y de casos.
- ✓ Asistencia en la elaboración y actualización de los planes de cuidado.
- ✓ Que se garantice que todos los proveedores de la red son evaluados y cualificados a través de un proceso de credencialización.

MOC 4: **Medición de calidad y** **mejoramiento del desempeño**

Medición de calidad y mejoramiento del desempeño

Los planes establecen un Programa de Mejoramiento de Calidad para vigilar resultados de salud y rendimiento del modelo de atención a través de:

- Recolección de datos y seguimiento de medidas del Programa Cinco Estrellas SNP específico (HEDIS, Healthcare Effectiveness Data and Information Set).
- Realización de Proyecto de Mejoramiento de la Calidad anual, el cual se centra en mejorar el aspecto clínico o servicio relevante para la población SNP.
- Medición de satisfacción del afiliado SNP.

Evaluación y mejoramiento de calidad

Los planes establecen un Programa de Mejoramiento de Calidad para vigilar resultados de salud y rendimiento del modelo de atención a través de:

- Programa de Mejoramiento de Atención Crónica (CCIP, por sus siglas en inglés) para enfermedad crónica, que identifica afiliados elegibles, e intervención para mejorar manejo de la enfermedad y evaluar la efectividad del programa.
- La recopilación de datos para evaluar si se cumplen los objetivos del programa SNP.
- Compartir anualmente los resultados del rendimiento con afiliados, empleados, proveedores y público en general.

Referencias

Model of Care Scoring Guidelines for Contract Year 2026. Obtenido de: [Model of Care Scoring Guidelines for Contract Year \(CY\) 2026](#)

Medicare Managed Care Manual. Chapter 5 - Quality Assessment, section 20.2 Additional Quality Improvement Program Requirements for Special Needs Plans (SNPs). Obtenido de: <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Internet-Only-Manuals-IOMs-Items/CMS019326>

Nuestro compromiso con la calidad

Estamos orgullosos de ver que las cubiertas de necesidades especiales de MMM seguirán mejorando la calidad de vida de miles alrededor de la isla.

Para más información puede comunicarse:

787-993-2317 (Área Metro)

1-866-676-6060 (libre de cargos)

Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.





Guías de un programa de cumplimiento efectivo y leyes aplicables a la industria de la salud en Puerto Rico

Adiestramiento 2026

Proveedores y contratistas

Introducción

- Esta capacitación está diseñada para brindarle información sobre las políticas y los procedimientos en las áreas de cumplimiento, fraude, despilfarro y abuso, y las regulaciones aplicables a la industria de la salud en Puerto Rico.
- El cumplimiento es responsabilidad de todos. La forma en que trabajamos juntos para lograr nuestra misión y nuestros valores contribuye a crear nuestra cultura compartida de integridad. Esta cultura es fundamental para todo lo que hacemos y se basa en actuar correctamente, cumpliendo siempre con nuestras leyes, regulaciones y políticas.
- Nuestra compañía tiene una gran oportunidad para simplificar y mejorar la experiencia de atención médica para las comunidades a las que servimos, y nos alegra que forme parte de ella. Agradecemos sinceramente sus contribuciones y esperamos que esta capacitación le resulte informativa.



Introducción

Cuando hablamos de cumplimiento en el campo de la salud, la regulación hace referencia a siete elementos principales que deben implementarse en cualquier organización, no importa su tamaño. Aunque, generalmente, la percepción es que los Programas de Cumplimiento son requeridos únicamente a organizaciones grandes, lo cierto es que no importa el tamaño de la organización. Ya sea un hospital, una oficina médica, un laboratorio, cualquier centro de servicio médico y/o contratista que administra algún beneficio del Plan o realiza alguna función administrativa, un programa de cumplimiento asegura una infraestructura que permita que el personal conozca los estándares y procedimientos que ayudan a prevenir y detectar algún incumplimiento con leyes y regulaciones estatales y federales en el campo de la salud.

Introducción

Las organizaciones deben asegurarse de que dentro de sus facilidades se promueva una cultura de ética y compromiso con el cumplimiento, no importa el tamaño de su organización.

Este material es una referencia para asistirle a identificar requisitos claves de un programa de cumplimiento efectivo. Completar su estudio no es garantía de que un patrocinador, proveedor o entidad delegada cuente con un programa de cumplimiento efectivo.

Los contratistas, proveedores y entidades relacionadas (FDR por sus siglas en inglés, First Tier Downstream, and Related Entities) son responsables de establecer y poner en práctica sus propias políticas y procedimientos para asegurar cumplimiento con regulaciones federales y estatales y las guías del programa.

Programa de cumplimiento efectivo

- **¿Qué es un programa de cumplimiento efectivo?**

Un programa de cumplimiento efectivo fomenta una cultura de cumplimiento dentro de una compañía y, como mínimo:

- Previene, identifica y corrige el incumplimiento.
- Está plenamente implementado y adaptado a las operaciones y circunstancias particulares de una compañía.
- Cuenta con los recursos adecuados.
- Promueve los estándares de conducta de la empresa.
- Establece líneas claras de comunicación para notificar sobre el incumplimiento.

Un programa de cumplimiento efectivo es esencial para prevenir, detectar y corregir el incumplimiento de Medicare y Medicaid, así como el Fraude, Pérdida y Abuso (FWA). Debe incluir, como mínimo, los siete requisitos básicos del programa de cumplimiento.

Los siete requisitos básicos del programa de cumplimiento

1. Políticas, procedimientos y estándares de conducta por escrito

Estos manifiestan el compromiso del Patrocinador para cumplir con todos los estándares federales y estatales aplicables, y describen las expectativas de cumplimiento de acuerdo con las Normas de Conducta.

2. Oficial de Cumplimiento, Comité de Cumplimiento y supervisión de Alto Nivel Gerencial

El Patrocinador debe nombrar a un Oficial de Cumplimiento y a un Comité de Cumplimiento que serán responsables de las actividades y el estatus del programa de cumplimiento, incluyendo las situaciones identificadas, investigadas y resueltas por el programa de cumplimiento.

La alta gerencia y la junta administrativa del Patrocinador deben participar y supervisar de manera razonable el programa de cumplimiento del Patrocinador.

3. Adiestramiento y educación efectivos

Esto es para cubrir los elementos que componen el plan de cumplimiento, así como la prevención, identificación y denuncia de FWA. El adiestramiento y la educación deben adaptarse a las diferentes responsabilidades y labores de los empleados.

4. Líneas de comunicación efectivas

Las mismas deben estar accesibles a todos, garantizar la confidencialidad y proveer métodos para reportar de manera anónima y con buenas intenciones situaciones de cumplimiento en el Patrocinador y a nivel de los Contratistas, Subcontratistas y Entidades Relacionadas (FDRs).

5. Estándares de disciplina claramente difundidos

El Patrocinador debe aplicar y hacer cumplir las normas a través de guías disciplinarias claramente difundidas.

6. Sistema efectivo de monitoreo rutinario, auditoría e identificación de riesgos de cumplimiento

Realizar monitoreos de rutina y auditorías de las operaciones del Patrocinador y sus FDRs para evaluar el cumplimiento con los requisitos regulatorios, así como la efectividad general del programa de cumplimiento.

NOTA: Los Patrocinadores deben asegurar que los FDRs que brindan servicios administrativos o de salud delegados a éstas con relación a los programas de Medicare y Medicaid cumplen con los requisitos de estos programas.

7. Procedimientos y sistema para responder prontamente a situaciones de cumplimiento

El Patrocinador tiene que emplear medidas efectivas para responder rápidamente al incumplimiento e iniciar las acciones correctivas apropiadas.



Programa de Cumplimiento

Ética: ¡Haga lo correcto!

Como parte del Programa de Cumplimiento, usted debe actuar en forma ética y legal. En otras palabras, ¡hacer lo correcto!

- Conducirse con honestidad e integridad
- Regirse por los más altos estándares éticos en todo lo que hace
- Cumplir con todas las leyes y regulaciones federales y estatales aplicables
- Denunciar posibles infracciones

¿Cómo saber qué se espera de usted?

Ahora que ya conoce las guías éticas generales, ¿cómo puede saber qué se espera de usted en una situación específica?

- Los estándares de conducta (o código de conducta) establecen las expectativas de cumplimiento, así como los principios y los valores por los que se rigen las operaciones de una compañía. Los estándares de conducta organizacionales varían. La compañía debe adaptarlos a sus operaciones y cultura particulares.
- Reportar violaciones a los estándares de conducta y sospechas de incumplimiento es responsabilidad de **todos**.
- Los estándares de conducta y las políticas y procedimientos de una compañía deben señalar esta responsabilidad e indicarle cómo se deben reportar posibles situaciones de incumplimiento.

Programa de Cumplimiento

¿Qué es el incumplimiento?

El incumplimiento es una conducta que no está de acuerdo ni con la ley, ni con los requisitos de programas de salud federales y estatales, ni con las políticas éticas y de negocios de una compañía. Áreas de alto riesgo son:

- Falsa representación de agentes / intermediarios (*brokers*)
- Revisión de apelaciones y quejas (por ejemplo, determinaciones de cubierta y organizacionales)
- Avisos al beneficiario
- Conflictos de interés
- Procesamiento de reclamaciones
- Credencialización y redes de proveedores
- Requisitos de documentación y puntualidad
- Ética
- Supervisión y monitoreo de FDRs
- Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA)
- Mercadeo y afiliaciones
- Administración de farmacia, formulario y beneficio
- Calidad de cuidado

Para más información, refiérase a las Guías del Programa de Cumplimiento en el Manual de Cuidado de Medicare y el Manual de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare, disponibles en la página web de CMS.

Conozca las consecuencias del incumplimiento

El no cumplir con los requisitos de los Programas Medicare y Medicaid y las guías de CMS puede tener consecuencias graves que incluyen:

- Rescisión / Anulación de contrato
- Sanciones criminales
- Exclusión de participación en todos los programas federales de cuidado médico
- Sanciones monetarias civiles

Además, a nuestra compañía se le exige tener estándares disciplinarios para la conducta en incumplimiento. Aquellos cuyas acciones o comportamiento rayen en incumplimiento podrían estar sujetos a:

- Adiestramiento o readiestramiento obligatorio
- Medidas disciplinarias
- Despido

Programa de Cumplimiento

EL INCUMPLIMIENTO AFECTA A TODOS

Sin programas para prevenir, identificar y corregir el incumplimiento, todos nos arriesgamos a que:

Los beneficiarios se afecten al confrontar:

- Retraso en servicios
- Denegación de beneficios
- Dificultad para utilizar los proveedores de su elección
- Otras dificultades en su cuidado

Menos dinero para todos debido a:

- Copagos altos
- Primas más altas
- Menos beneficios para individuos y patronos
- Baja calificación de estrellas
- Menos ganancias

Cómo reportar un posible incumplimiento

- Llame al Oficial de Cumplimiento
- Haga un reporte a través de la página web de su compañía
- Hable con un gerente o supervisor
- Llame a la Línea de Ayuda de Ética / Cumplimiento
- Infórmelo

No dude en reportar el incumplimiento

Cuando usted reporta de buena fe una sospecha de incumplimiento, el Patrocinador no podrá tomar represalias en su contra.

Cada Patrocinador tiene que ofrecer métodos para reportar que sean:

- Anónimos
- Confidenciales
- Libres de represalias



Programa de Cumplimiento

¿Qué sucede después de detectarse el incumplimiento?

El incumplimiento debe investigarse de inmediato y corregirse rápidamente. El monitoreo interno debe asegurar que:

- No haya recurrencia del mismo tipo de incumplimiento
- Haya cumplimiento continuo con los requisitos regulatorios
- Los controles internos sean eficientes y efectivos
- Los afiliados estén protegidos

¿Qué son las auditorías y los monitoreos internos?

- Los **monitoreos internos** incluyen revisiones periódicas para confirmar el cumplimiento continuo y aplicar medidas correctivas efectivas.
- Una **auditoría interna** es una revisión formal de cumplimiento que tiene como medidas base un conjunto de estándares específicos (por ejemplo, políticas, procedimientos, leyes y regulaciones).

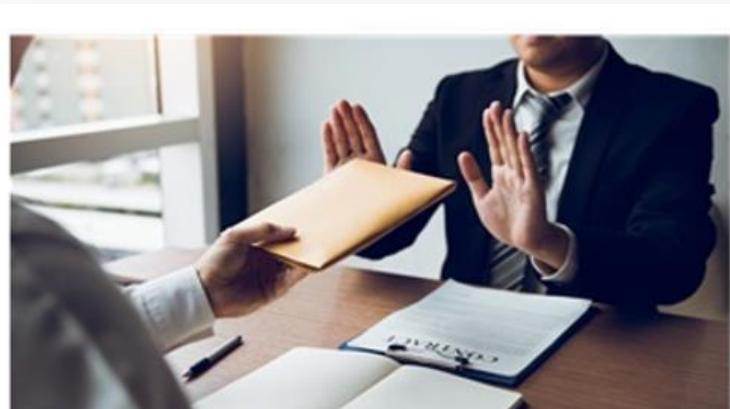
Conflict de interés

- Existe un **conflicto de intereses** cuando sus intereses o actividades personales parecen influir o pueden influir en su capacidad para actuar en beneficio de MMM Holdings, LLC. Usted tiene la obligación de divulgar cualquier situación que pueda representar un conflicto de intereses. Por ejemplo:
 - No podrá poseer una participación financiera significativa en ninguna empresa que realice negocios con MMM Holdings, LLC, sus subsidiarias o afiliadas, ni en ninguna empresa que compita con ellas.
 - Se requiere informar sobre cualquier relación personal de supervisión o subordinación (o la apariencia de dicha relación).
 - Si una persona cercana a usted tiene una relación con un competidor o negocio en la industria de cuidado de salud, esto requiere especial atención.



Soborno y corrupción

- Un soborno es cualquier cosa de valor, recompensa, ventaja o beneficio que se ofrece, se da o se acepta con el fin de obtener o conservar negocios de forma indebida o para cualquier otro propósito ilícito o ventaja comercial. Un soborno no tiene por qué ser dinero. Puede constar de regalos, entretenimiento o servicios.
- MMM Holdings, LLC tiene una política estricta contra la corrupción a nivel global y se compromete a cumplir con la Ley de Prácticas Corruptas en el Extranjero de EE. UU. (FCPA), la Ley de Viajes de EE. UU., la Ley de Soborno del Reino Unido y todas las demás leyes antisoborno aplicables.
- MMM Holdings, LLC prohíbe cualquier forma de soborno o corrupción, ya sea en transacciones comerciales, con particulares o en relaciones con cualquier gobierno.
- Al trabajar en nuestro nombre o para nuestro negocio, los proveedores y contratistas deben cumplir con todas las leyes antisoborno estadounidenses y locales aplicables.



Guías para aceptar regalos

- **NUNCA** es permitido aceptar efectivo ni honorarios.
- Los obsequios ofrecidos o aceptados de fuentes externas no gubernamentales no pueden exceder los \$100 o su equivalente en moneda local por ocasión, ni superar el doble de esta cantidad proveniente de la misma fuente en un año calendario.
- MMM Holdings, LLC prohíbe cualquier forma de soborno o corrupción al tratar con particulares, entidades públicas o funcionarios de gobiernos extranjeros.
- Debe asegurarse de que cualquier obsequio dado o recibido, o cualquier evento social organizado o al que se asista, no infrinja la ley ni las prácticas comerciales habituales.



Privacidad

MMM Holdings, LLC opera en un entorno altamente regulado y está comprometida a proteger la información de sus miembros.

MMM Holdings, LLC cumple con las leyes y regulaciones estatales y federales de los Estados Unidos, incluida HIPAA, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico.

Cualquier violación puede resultar en graves consecuencias legales y financieras para nuestra organización.

Ways to Ensure Privacy

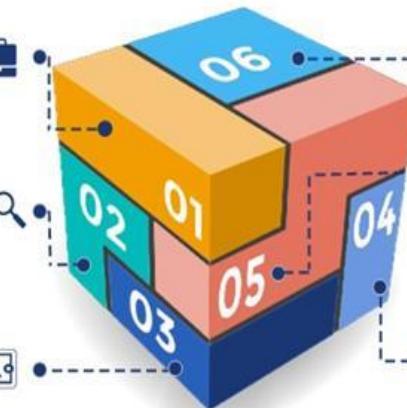
Verification and Authentication



Information Access



PHI and PII Protection



Privacidad

Los tres tipos de información protegida son:

- **Información de Identificación Personal (PII).** PII es un término general que se utiliza para describir cualquier tipo de dato sensible que pueda utilizarse para identificar, establecer contacto o localizar de forma única a personas, e incluye información financiera personal.
- **Información Médica Protegida (PHI).** La PHI es cualquier información médica que pueda identificar a una persona y que se haya creado, utilizado o divulgado durante la prestación de servicios de salud, ya sea un diagnóstico o un tratamiento. Esto incluye información pasada, presente y futura sobre tratamientos, pagos de atención médica y elegibilidad para beneficios del Plan de Salud. La PHI puede ser oral, escrita o electrónica. En la industria de seguros de salud, dejar la PHI sin supervisión podría constituir una infracción de la HIPAA. Además, la HIPAA y las disposiciones contractuales con el cliente pueden limitar el uso y la divulgación de datos en comparación con otras industrias. Debe seguir las políticas de la empresa y aplicar su criterio profesional al manejar la PHI y la PII.
- **Información confidencial y de propiedad exclusiva.** Cualquier información que no se divulgue a personas ajenas a MMM Healthcare, LLC, o cualquier información no pública que pueda ser útil para nuestros competidores, se clasifica como Información confidencial y de propiedad exclusiva.

Privacidad

Ejemplos de PII:

- Nombre completo
- Fecha de nacimiento
- Número de teléfono
- Número de tarjeta de crédito
- Número de Seguro Social y Dirección

Ejemplos de PHI:

- Historial médico
- Reclamaciones médicas
- Primas y facturas de atención médica
- Información de elegibilidad e inscripción
- Número de Seguro Social
- Número de identificación de atención médica
- Nombre
- Dirección
- Número de teléfono
- Correo electrónico
- Fecha de nacimiento, fechas de servicio y otras fechas específicas de la persona

Ejemplos de información confidencial y de propiedad exclusiva:

- Datos financieros
- Condiciones contractuales del proveedor
- Cifras de ventas
- Información personal identificable (PII) y protegida de salud (PHI)
- Información médica protegida electrónica (ePHI)
- Planes de negocios
- Listas de clientes
- Código de la solicitud

En caso de divulgación no deseada de datos, siga estos pasos:

- **Comuníquese de inmediato con su autoridad gerencial.**
- **Envíe de inmediato un Informe de Divulgación de Privacidad y Seguridad a MMM Holdings, LLC.**

Fraude, Abuso y Despilfarro (FWA, por sus siglas en inglés)



Fraude es falsificar información intencionalmente y en conocimiento de que el engaño resultará en un pago y/o una autorización inapropiada del beneficio.

Fraude, Abuso y Despilfarro



Despilfarro incluye la sobreutilización de servicios u otras prácticas que, directa o indirectamente, resulten en costos innecesarios. Generalmente, el despilfarro no está dirigido por una acción intencional, pero ocurre con el mal uso de los recursos.

Fraude, Abuso y Despilfarro



Abuso es cuando un proveedor de servicios no sigue una buena práctica médica, resultando en costos excesivos o innecesarios; en pagos incorrectos, y/o en mal uso de códigos o servicios que no son médicamente necesarios.

Ejemplos de Fraude, Abuso y Despilfarro

Tergiversación o Falsa representación:

Cuando un medico realiza un procedimiento que no está cubierto por tu plan o falsifica expedientes o reclamaciones para obtener un reembolso a través del plan. Por ejemplo, cuando realizan una abdominoplastia y facturan por una reparación de hernia o herniplastia.



Sobrecodificación:

Cuando estás enfermo y visitas la oficina medica, llegas allí y solo hay una enfermera disponible para atenderte. La sobrecodificación ocurre cuando tu doctor miente y factura al seguro medico como si hubieses sido examinado por el doctor, lo cual es un servicio mas costoso.



Ejemplos de Fraude, Abuso y Despilfarro

Desagregar o separar códigos:

Por ejemplo, cuando un doctor factura a la compañía de seguro medico por diferentes pruebas o estudios como si se hubieran realizado por separado, pero solo se realizó un solo estudio comprensivo.



Facturación por servicios no provistos:

Muchas veces cuando visitas a tu medico, no pasa mucho. Esto es normalmente algo bueno, pero algunos doctores lo ven como una oportunidad de facturar al seguro medico por servicios que nunca te ofrecieron.



Ejemplos de Fraude, Abuso y Despilfarro

Proveer servicios innecesarios:

Si un doctor te ofreciera alguna vez algo a cambio de obtener una prueba o procedimiento que tu no necesitas, se cuidadoso. Esta es una manera de mentir para facturar por un servicio que no necesitas, poniendo tu salud en riesgo.



Facturación por servicios para otra persona o familiar:

Un proveedor provee servicios a un miembro de la familia y factura por sus servicios, de manera que es reembolsado por tratar a otra persona o miembro de la familia.



Dónde reportar FWA

Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos (**HHS, por sus siglas en inglés**):

- **Tel:** 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477) o TTY: 1-800-377-4950
- **Fax:** 1-800-223-8164
- **Correo electrónico:** HHSTips@oig.hhs.gov
- **En la web:** <https://forms.oig.hhs.gov/hotlineoperations/index.aspx>

Para Medicare Partes C y D:

- Investigations Medicare Drug Integrity Contractor (I MEDIC) al 1-877-7SafeRx (1-877-772-3379)

Para Medicaid:

- PRMFCU: PRMFCU@justicia.pr.gov, 787-721-2900 extensión 1560/1561

Para otros Programas Federales de Cuidado de Salud:

- **Línea de Ayuda de CMS:** 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o TTY: 1-877-486-2048

Página web para beneficiarios de Medicare: [Medicare.gov/forms-help-and-resources/report-fraud-and-abuse/fraud-and-abuse.html](https://www.medicare.gov/forms-help-and-resources/report-fraud-and-abuse/fraud-and-abuse.html)

Guías Regulatorias sobre FWA

- Puede encontrar información adicional sobre fraude, despilfarro y abuso (FWA) en:
 - 42 Código Federal de Regulaciones, Sección 422.503(b)(4)(vi)(C)
 - 42 CFR, Sección 423.504(b)(4)(vi)(C)
 - Programas de Medicare y Medicaid, Cambios Técnicos y de Políticas en el Programa de Medicare Advantage, el Programa de Beneficio de Medicamentos Recetados de Medicare, el Programa de Medicaid, el Programa de Planes de Costo de Medicare, y en los Programas Todo Incluido para el Cuido de Envejecientes para el año contrato 2022.
 - Sección 50.3.2 de las Guías del Programa de Cumplimiento (Capítulo 9 del “Manual del Beneficio de Medicamentos Recetados de Medicare” y el Capítulo 21 del “Manual de Manejo de Cuidado de Medicare”).
- Los patrocinadores y sus contratistas son responsables de proveer adiestramiento adicional especializado o de actualización sobre temas de riesgos de FWA basados en las funciones de cada empleado o el entorno laboral.



**Reportando asuntos de ética,
cumplimiento y FWA**

Modelo de Toma de Decisiones Éticas

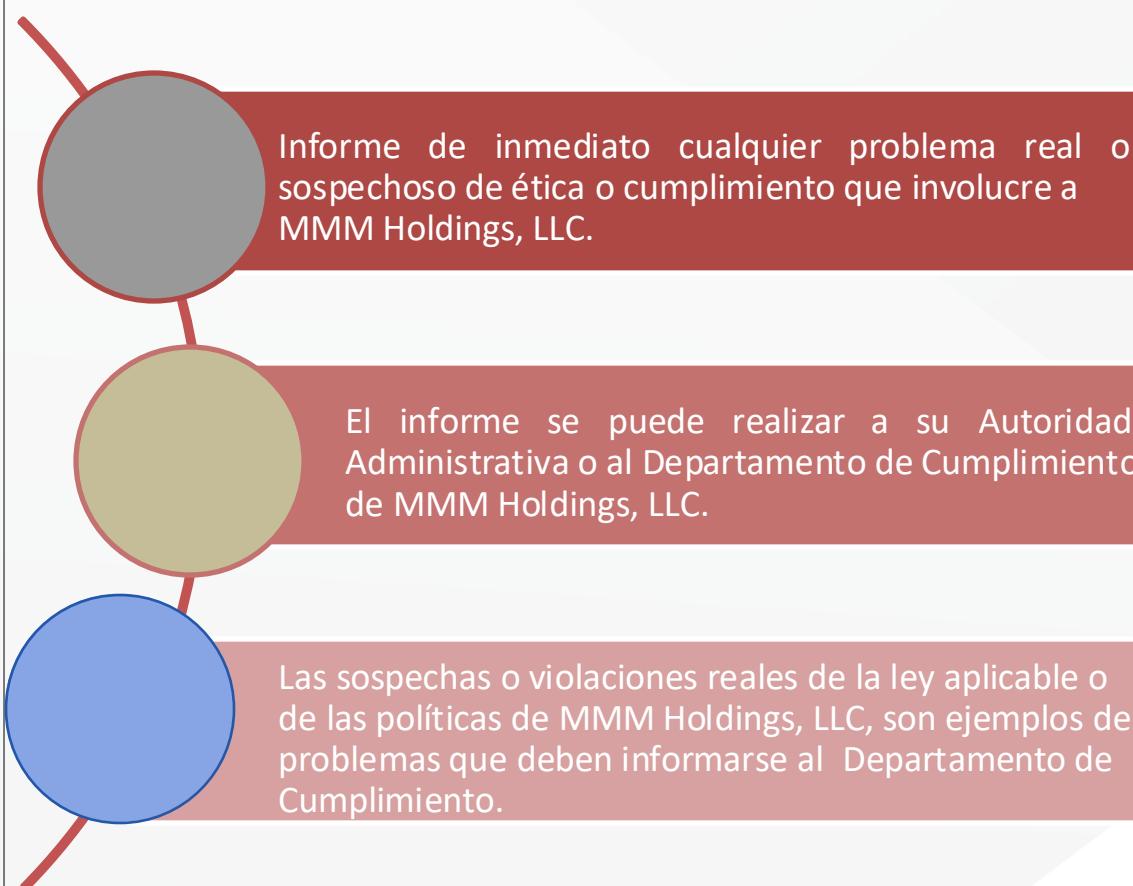
¿Se enfrenta a un dilema ético? Siga el Modelo de Toma de Decisiones Éticas. En MMM Holdings, LLC, este modelo es una herramienta que ayuda a los asociados a analizar un dilema ético y tomar una decisión ética.

Hágase las siguientes preguntas:

- Uno, ¿es legal mi acción?
- Dos, ¿les parecerá apropiada a los demás?
- Tres, ¿es honesta mi acción?
- Cuatro, ¿cumple mi acción con los valores de la empresa?
- Cinco, ¿me sentiría orgulloso de contarle a mi familia o amigos sobre mis acciones?

Consulte a su autoridad administrativa antes de actuar.

Informe



Informe de inmediato cualquier problema real o sospechoso de ética o cumplimiento que involucre a MMM Holdings, LLC.

El informe se puede realizar a su Autoridad Administrativa o al Departamento de Cumplimiento de MMM Holdings, LLC.

Las sospechas o violaciones reales de la ley aplicable o de las políticas de MMM Holdings, LLC, son ejemplos de problemas que deben informarse al Departamento de Cumplimiento.

Informe violaciones éticas, de cumplimiento, fraude, pérdida y abuso
del **Programa Medicare**, de manera confidencial, accediendo:

www.mmmpr.ethicspoint.com

O, llamando al



Informe violaciones éticas, de cumplimiento, fraude, pérdida y abuso del **Programa Medicaid**, de manera confidencial a:

- Website Ethics Point : www.psg.ethicspoint.com
- Hot Line 1-844-256-3953
- Correo: VitalSIU@mmmhc.com

La Política de No Represalias de MMM Holdings, LLC, prohíbe represalias o venganza por informar de buena fe cualquier situación conocida o de sospecha de asuntos éticos o de cumplimiento.





Regulaciones aplicables a la industria de la salud en Puerto Rico

Agenda

1. Plan de Competencia Cultural
2. Declaración Previa de Voluntad Sobre Tratamiento Médico, mejor conocido como “Directrices Avanzadas” (Ley 160-2001, según enmendada)
3. Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente (Ley 194-2000, según enmendada)
4. Ley para la Prevención del Maltrato, Preservación de la Unidad Familiar y para la Seguridad, Bienestar y Protección de los Menores (Ley 57-2003, según enmendada)
5. Ley para la Prevención e Intervención contra la violencia doméstica (Ley 54-1989, según enmendada)
6. Protocolo de Prevención y Detección de Posibles Casos de Explotación Financiera a Personas de Edad Avanzada o Adultos con Impedimentos

Competencia Cultural

- **Competencia Cultural** es el conjunto de destrezas interpersonales que le permite a individuos incrementar su entendimiento, aceptación y respeto por las diferencias culturales y similitudes entre grupos, y la sensibilidad para saber que esas diferencias influyen en las relaciones con los beneficiarios.
- El servicio debe ser provisto a todos los beneficiarios de cualquier cultura, raza, raíces étnicas, identidad de género, expresión de género u orientación sexual real o percibida (lesbiana, gay, bisexual, transgénero, queer, intersexual, asexual) conocido como LBGTQIA2S+, y religión; en orden de reconocer los valores, respetar, proteger y preservar la dignidad de cada individuo.
- El propósito es asegurar que se consideren las diversas necesidades de los beneficiarios.

Competencia Cultural

Objetivos del Plan de Competencia Cultural

- Identificar beneficiarios que tienen limitaciones culturales o barreras de lenguaje o idioma.
- Asegurar que se cuentan con los recursos necesarios para cumplir con los requisitos de comunicación, contemplando posibles barreras de lenguaje.
- Asegurar que los proveedores de salud entiendan y reconozcan las necesidades de acuerdo con las diferencias culturales.
- Asegurar que todos los empleados y asociados están adiestrados para valorar las diferencias culturales, religiosas y de lenguaje.
- Aumentar la comunicación con los beneficiarios que tengan competencias culturales o barreras lingüísticas.
- Utilizar materiales educativos apropiados y culturalmente sensibles para cada tipo de limitaciones culturales, incluyendo raza, religión, identidad de género, expresión de género u orientación sexual real o percibida (LGBTQIA2S +), origen étnico o idioma.
- Disminuir las discrepancias en la atención médica recibida.
- Aumentar el entendimiento de nuestros empleados, contratistas y proveedores de salud sobre las diferencias culturales y religiosas.

Competencia Cultural

Componentes del Plan de Competencia Cultural

- **Servicios lingüísticos o de intérprete:**

- Los proveedores deben ayudar a identificar beneficiarios con posibles barreras lingüísticas.
- En coordinación con el Departamento de Servicios al beneficiario, estos reciben servicios de intérpretes libre de costo para acceder a los servicios cubiertos.
- Los servicios de intérprete incluyen interpretación para beneficiarios con limitaciones en el idioma español o impedimentos auditivos.
- Los contratistas que brinden servicio a nuestros beneficiarios deben cumplir con el Plan de Competencia Cultural aprobado.
- Los materiales escritos estarán disponibles tanto en español como en inglés, y tendrán un lenguaje entendible por un menor de cuarto grado de escuela.

Competencia Cultural

Componentes del Plan de Competencia Cultural

- **Creencias religiosas:**
 - Asegurar que todos los empleados traten con respeto a los beneficiarios conforme a sus creencias religiosas.
 - Los proveedores deben cumplir con respetar las creencias religiosas de los beneficiarios al momento de brindar servicios de tratamiento médico.
- **Anti discriminación población LGBTQIA2S+:**
 - Existe una guía básica a proveedores para manejo sensible y adecuado al brindar servicios de salud a beneficiarios LGBTQIA2S+, la cual es distribuida a los proveedores.
 - Respetar las leyes relacionadas aplicables en Puerto Rico, como la Ley 22-2013, primera legislación contra el discriminación por orientación sexual.
 - El proveedor es responsable de adiestrar a su personal sobre sensibilidad hacia la población LGBTQIA2S+.
 - La aprobación y despachos de medicamentos, así como de los servicios médicos, no deben tener restricción por razón de sexo.

Competencia Cultural

Componentes del Plan de Competencia Cultural

- **Educación a los proveedores:**
 - El proveedor debe educarse acorde al Plan de Competencia Cultural.
- **Medios electrónicos:**
 - Los beneficiarios tienen acceso a línea TTY para servicios audio impedidos
 - El Departamento de Servicios al Afiliado brindará los servicios de seguimiento necesarios adicionales a la llamada.

Beneficiarios de Vieques y Culebra

- Existe una política de turnos preferenciales para exigir a los proveedores dar prioridad a los beneficiarios residentes de Vieques y Culebra, de modo que sean atendidos en un tiempo razonable después de llegar a la oficina.
- Este tratamiento preferencial es necesario debido a la ubicación de estas islas municipio, considerando el mayor tiempo de viaje necesario de sus residentes para obtener atención médica.

Directriz Anticipada

- **Declaración Previa de Voluntad Sobre Tratamiento Médico (Ley 160 del 17 de noviembre de 2001, según enmendada):** Una instrucción escrita, como un testamento en vida o un poder legal, otorgando responsabilidad sobre la atención médica de un individuo mayor de 21 años de edad, según se define en 42 CFR 489.100, y reconocido en la Ley de Puerto Rico Número 160 de 2001, según enmendada, por la provisión de atención médica cuando el individuo está discapacitado.
- Reconoce el derecho de toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, a declarar previamente su voluntad sobre lo referente a tratamiento médico en caso de sufrir una condición de salud terminal y/o de estado vegetativo persistente.
- El declarante podrá nombrar un mandatario o representante para que, en caso de una eventualidad que le impida tomar decisiones, y de no haber dispuesto sobre alguna situación médica en la declaración de voluntad, tome las decisiones según los valores e ideas del declarante.

Directriz Anticipada

- Recae bajo la responsabilidad del declarante el notificar a su médico y/o a la institución de salud sobre la existencia de una directriz anticipada y proveerles una copia de dicho documento.
- La directriz anticipada puede ser firmada: (i) en presencia de un notario público y dos testigos que sean mayores de 21 años de edad;
- También puede ser firmada en la presencia de un médico y dos (2) testigos que sean mayores de 21 años de edad.
- El beneficiario puede modificar en cualquier momento el documento de directrices anticipadas, en parte o totalmente.
- La revocación del documento solo puede solicitarse por escrito.

Directriz Anticipada

Limitaciones:

- En caso de las mujeres embarazadas, quedará sin efecto cualquier declaración previa hasta que termine el estado de embarazo.
- El declarante no podrá prohibir que se le administren tratamientos para alivio de dolor, hidratación y alimentación.
 - Excepto cuando la muerte ya sea inminente o su cuerpo no pueda absorber alimentos y/o hidratantes, **solo el médico tendrá la autoridad para tomar una decisión.**
 - Esta ley no autoriza la práctica de la eutanasia ni de la misericordia.

Derechos y Responsabilidades del Paciente

Ley 194 del 25 de agosto de 2000, según enmendada

- Creada para establecer la “Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente”.
- Dispone los derechos y responsabilidades de los pacientes y usuarios de servicios de salud médico-hospitalarios en Puerto Rico, así como de los proveedores de tales servicios y sus aseguradores.
- Su propósito es definir términos, fijar procedimientos de solución de querellas, imponer penalidades, entre otros.
- Los padres, hijos mayores de edad, custodio, encargado, cónyuge, parientes, representante legal, apoderado o cualquier otra persona designada por los tribunales o por el paciente, podrá(n) ejercer estos derechos si el paciente carece de la capacidad de tomar decisiones, es declarado incapaz por ley o es menor de edad.

Derechos de los pacientes

- Obtener información del Plan sobre el cuidado coordinado, facilidades, profesionales de la salud, servicios y los accesos de servicios.
- Recibir servicios de salud de la más alta calidad.
- Ser tratado con respeto, igualdad y consideración ante la dignidad y privacidad.
- Obtener información sobre opciones y alternativas de tratamiento.
- No ser discriminado por ninguna razón.
- Participar en decisiones sobre su cuidado de salud, incluyendo el derecho a rehusar tratamiento.
- Recibir servicios de emergencia 24 horas al día, siete días a la semana.
- Continuidad de servicios de salud.
- Solicitar y recibir copia de sus expedientes médicos.
- Confidencialidad de su información y expedientes de salud.
- Radicar una queja, querella o apelación libremente y sin afectar adversamente la manera en que es tratado(a).
- Poder ejercer todos sus derechos sin represalias.
- Recibir información sobre la Declaración Previa de Voluntad sobre Tratamiento Médico.

Responsabilidades del paciente

- Mantenerse informado sobre su cubierta del plan, sus límites y exclusiones.
- Informar a su médico sobre: (i) Cambios en su salud, (ii) Información que no haya entendido, (iii) Razones por las cuales no pueda cumplir con el tratamiento recomendado.
- Proveer a su médico toda la información sobre su salud, así como seguir los tratamientos recomendados por sus médicos y llevar un estilo de vida saludable.
- Comunicar su *Declaración Previa de Voluntad sobre Tratamiento Médico*.
- Mantener un comportamiento adecuado que no perjudique, dificulte o evite que otros pacientes reciban la atención médica necesaria.
- Proveer la información requerida por su plan.
- Notificar sobre cualquier actividad posiblemente fraudulenta o acción inapropiada relacionada con servicios, proveedores o facilidades de salud.

Rol de la Oficina del Procurador del Paciente (OPP), incluyendo penalidades

- Todo asegurador, plan de cuidado de salud, profesional de la salud o proveedor de servicios de salud médico-hospitalarios o persona o entidad que incumpla con cualquiera de las provisiones de la Ley 194, incurrirá en falta administrativa y será sancionado con pena de multa no menor de \$500 ni mayor de \$5,000 por cada incidente o violación de ley.
- La OPP está facultada por la Ley para investigar y dirigir cualquier querella relacionada con la violación de las disposiciones legales consignadas en la *Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente*.

Contactos OPP

Dirección postal: PO Box 11247 San Juan , Puerto Rico 00910-2347

Dirección física: Edificio Mercantil Plaza, piso 9, Hato Rey, Puerto Rico.

Cuadro telefónico: 787-977-1100 (metro) 1-800-981-0031 (isla)

Para radicar querellas: 787-977-1100

Fax: 787-977-0915

info@opp.pr.gov

www.opp.pr.gov



Ley Núm. 57-2023

Ley para la Prevención del Maltrato, Preservación de la Unidad Familiar y para la Seguridad, Bienestar y Protección de los Menores - Ley Núm. 57-2023, según enmendada

- Se establece esta ley a fin de garantizar cumplimiento con las partes B y E del Título IV de la Ley del Seguro Social según enmendada por la Family First Prevention Services Act, USC §§621-629m y 42 USC §§670-679c; 42 y erogó la Ley Núm. 246 de 2011, conocida como “Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores”.
- Incorpora varios términos y conceptos nuevos en nuestra jurisdicción, necesarios para la modificación del paradigma programático del sistema de protección de menores. Uno de los términos más importantes es el de “menor en riesgo a ingresar a cuidado sustituto”: menor de edad y su familia que pueden beneficiarse de tratamiento y servicios dirigidos a la preservación de la unidad familiar ante una situación de riesgo de maltrato o negligencia, y evitar que dicho menor ingrese a cuidado sustituto.
El término se utiliza también para distinguir situaciones donde los esfuerzos de preservación sean viables
- cuando se requiera la remoción de un menor de su hogar, su ubicación en cuidado sustituto, y el comienzo de la acción judicial correspondiente.
- Tiene, además, el propósito de garantizar el bienestar de los menores de edad, y asegurar que los procedimientos en los casos de maltrato se atiendan con diligencia.
- Define el abuso infantil como cualquier tipo de daño; humillación; abuso físico o psicológico; descuido; omisión o trato negligente, maltrato, explotación sexual; incluyendo la agresión sexual y el comportamiento obsceno; y cualquier tipo de agresión violenta dirigida a un niño o joven por sus padres, tutores legales o cualquier persona.

Ley Núm. 57-2023

- Conforme esta ley, “mejor interés del menor” se refiere de forma universal al conjunto de acciones y procesos tendentes a garantizarle a un menor su desarrollo integral y una vida digna, así como las condiciones materiales y afectivas que le permitan vivir plenamente y alcanzar su máximo potencial, incluyendo, pero sin limitarse a factores que afecten la seguridad, bienestar físico, mental, emocional y otros.
- “Persona responsable del menor”, incluye a toda persona que esté a cargo de este de forma temporal o permanente, como a los progenitores, un familiar, entre otros.
- Establece, además: las prerrogativas y límites que tiene el Departamento de la Familia en cuanto a la determinación de dónde ubicar a un menor.

Ley Núm. 57-2023

- Aclara el rol de los manejadores de casos en la preparación de diferentes planes dirigidos a preservar la unidad familiar a través de fomentar el regreso del menor a su hogar en caso de ser removido, su ubicación permanente con algún recurso familiar o mediante el mecanismo de la adopción.
- En cuanto a las acciones judiciales, detalla los pasos a seguir en todas las etapas de los procesos de protección de menores ante nuestros tribunales. Esto incluye los términos de tiempo para la celebración de vistas críticas, el lenguaje que debe utilizarse en las órdenes, resoluciones y sentencias, entre otros. Los términos de tiempo para llevar a cabo esfuerzos razonables de reunificación también fueron revisados, ante la necesidad y posibilidad de proveer servicios de esta índole a las familias por más de seis (6) meses, con el objetivo de fomentar la implementación de esta ley de una manera uniforme a través de todos los tribunales de Puerto Rico.

Ley Núm. 57-2023

Responsabilidades del Departamento de Salud

- Proporcionar servicios de diagnóstico y tratamiento médico a los niños maltratados y a sus familias.
- Proporcionar formación a los profesionales de salud sobre los aspectos médicos del maltrato infantil.
- Proporcionar evaluación y atención médica prioritaria a los niños bajo la custodia del Departamento, y suministrar los medicamentos prescritos.
- Garantizar los servicios sanitarios a los niños bajo el cuidado del Departamento, independientemente del lugar en el que se encuentren.
- Coordinar la prestación de servicios de adicción y salud mental con el Plan de Servicios del Departamento.
- Establecer programas de servicios para niños maltratados con necesidades especiales de atención sanitaria.
- Proporcionar asesoramiento experto en cuestiones de salud y experiencia en situaciones de abuso institucional y/o negligencia institucional en instituciones educativas.
- Desarrollar acuerdos de colaboración con las entidades gubernamentales obligadas por esta Ley a proveer servicios de salud mental o de adicción a menores, padres, madres o persona responsable de un menor, que haya incurrido en una conducta abusiva.

Contactos del Programa de ADFAN del Departamento de la Familia

Dirección física

- Roosevelt Plaza Building
185 Avenida Roosevelt
Hato Rey, Puerto Rico 00918

Dirección postal

- P.O. Box 194090
San Juan, PR 00919-4090

Teléfono:

- 787-625-4900

Línea de ADFAN

Hotlines

787-749-1333/ 1-800-981-8333

Líneas directas de orientación

787-977-8022 1-888-359-7777

Prevención e intervención contra violencia doméstica

Ley para la Prevención e Intervención con la Violencia Doméstica - Ley Núm. 54 de 15 de agosto de 1989, según enmendada

- Establecer un conjunto de medidas dirigidas a prevenir y combatir la violencia doméstica en Puerto Rico; definir los delitos de Maltrato, Maltrato Agravado, Maltrato por Amenaza, Maltrato por Restricción de la Libertad y Agresión Sexual Conyugal, y establecer sanciones;
- Facultar a los tribunales a emitir Órdenes de Protección para las víctimas de violencia doméstica y establecer un procedimiento fácil y expedito para la tramitación y adjudicación de estas; establecer medidas dirigidas a la prevención de la violencia doméstica y ordenar a la Oficina de la Procuradora de las Mujeres la divulgación y orientación a la comunidad sobre los alcances de esta Ley.
- Desde el 2022, la ley incluye la amenaza de maltrato o abuso de animales domésticos dentro de las conductas delictivas que forman parte de la definición de violencia doméstica.

Prevención e intervención contra violencia doméstica

Violencia doméstica es un tipo de violencia de género que se da en personas que son o fueron pareja y entre las que hubo una relación consentida. No es necesario que vivan juntos o que hayan tenido hijos juntos.

La violencia doméstica puede manifestarse a través de:

- violencia física y/o psicológica,
- intimidación o amenazas,
- agresión sexual,
- privación de libertad,
- En ocasiones, el(la) agresor(a) no causa daño directamente al(la) superviviente, sino que daña las cosas de(l) (la) superviviente o de otras personas, con el fin de causar un daño emocional al(la) superviviente.

Información de Contacto de la Oficina de la Procuradora de las Mujeres

Dirección Física

- 161 Avenida Juan Ponce de León
San Juan, 00917

Dirección Postal

- Box 11382
Fernández Juncos Station
San Juan, PR 00910-1382

Teléfonos:

- Tel: (787) 721-7676
- Libre de costo: 1-877-722-2977
Fax: 787-721-7711
TTY: 787-725-5921
- Email:
intercesoraslegales@mujer.pr.gov.

Prevención y Seguridad para las Víctimas de la Violencia de Género

Ley del Programa de Prevención y Seguridad para las Víctimas de la Violencia de Género - Ley núm. 3 del 18 de enero de 2022

- La violencia de género se produce cuando una persona muestra comportamientos que causan daño físico, sexual o psicológico a otra persona, motivados por los estereotipos de género creados por la sociedad.
- Estadísticamente, en la mayoría de estos casos las víctimas son mujeres en situaciones de violencia ejercida por hombres. Esto incluye a mujeres de diversas edades y contextos sociales, educativos y económicos. Sin embargo, cualquier persona puede verse afectada por la violencia de género.
- El concepto de violencia incluye amenazas, agresiones, persecución y aislamiento, entre otras acciones similares. Estas acciones pueden ocurrir en lugares públicos y privados, y manifestarse en el trabajo, la comunidad, la familia, las amistades, las relaciones, los profesores e incluso por parte de desconocidos.

Prevención y Seguridad para las Víctimas de la Violencia de Género

- La finalidad de la "Ley del Programa de Prevención y Seguridad para las Víctimas de Violencia de Género" es proteger a las víctimas de violencia de género que tengan una orden de protección, mediante la integración de servicios y alianzas entre la Policía de Puerto Rico, la Policía Municipal y la Rama Judicial; y para otros fines.
- Esta Ley no excluye cualquier otra iniciativa de la Rama Ejecutiva que pueda unir esfuerzos para brindar seguridad a las víctimas de violencia de género al amparo de la declaración de emergencia emitida en la Orden Ejecutiva del Boletín Administrativo Núm. 2021-013.
- Cualquier protocolo o proceso aprobado bajo dicha Orden Administrativa se incluirá como parte del programa de vigilancia y seguridad ordenado en esta Ley, sin perjuicio de las facultades constitucionales de la Asamblea Legislativa de Puerto Rico.

Explotación financiera

Protocolo de Prevención y Detección de Posibles Casos de Explotación Financiera a Personas de Edad Avanzada o Adultos con Impedimentos

- La *explotación financiera* es una modalidad de maltrato hacia las personas de edad avanzada o un adulto con impedimento, incurrida por familiares, amigos, vecinos, personas encargadas del cuidado, entre otros.
- La Ley Núm. 121-1986, según enmendada, define la explotación financiera como el uso improPIO de los fondos de una persona de edad avanzada, de la propiedad, o de los recursos por otro individuo, incluyendo, pero no limitándose, a fraude, falsas pretensiones, malversaciones de fondos, conspiración, falsificación de documentos, falsificación de récords, coerción, transferencia de propiedad, o negación de acceso a bienes.

Explotación financiera

Algunos factores que contribuyen a que ocurra la explotación:

- Aislamiento
- Soledad
- Incapacidad física o mental de la víctima que la hace dependiente de la ayuda de otro
- Falta de destrezas para manejar asuntos financieros o tecnológicos
- Muerte del cónyuge que se encargaba de los asuntos financieros o de los hijos que le ayudaban en esta área
- La situación económica de hijos e hijas y/o riña entre estos por los recursos de los padres
- El uso y abuso de substancias controladas por familiares cercanos
- Confiar u ofrecer información de asuntos económicos a terceras personas
- Condiciones de salud que limitan la capacidad mental del adulto de edad avanzada o adulto con impedimento
- Cambios en los patrones tradicionales de manejo de las cuentas bancarias

Explotación financiera

Algunos indicadores de explotación financiera en personas de edad avanzada son:

- Reducción significativa de los balances en cuentas de ahorros o cuentas corrientes de forma súbita o atípica
- Cancelación de certificados de depósitos antes de la fecha de maduración
- Pagos por débito directo de cuentas de terceras personas
- La víctima carece de atención a sus necesidades básicas en comparación con sus recursos económicos
- Falsificación de firmas
- Cuentas sin pagar
- Suspensión de servicios de agua, luz y teléfono
- Notificaciones de embargo
- Retiro en efectivo de cantidades significativas de sus cuentas o cambios en los patrones de consumo
- Solicitudes o firma de préstamos
- La compra de vehículos o propiedades sin el consentimiento de la víctima
- Venta de vehículos o propiedades
- Compra o cancelación de pólizas de seguros

Explotación financiera

Información que nuestros beneficiarios deben conocer:

- Identificar y seleccionar cuidadosamente a la persona con quien compartirá sus asuntos financieros.
- Proteger y mantener en lugar seguro su chequera, tarjetas de crédito o ahorros, estados financieros, y cualquier otro documento sensitivo.
- No compartir su número de Seguro Social o número secreto del cajero automático (ATH) con ninguna persona, especialmente vía telefónica.

Explotación financiera

El Código Penal de Puerto Rico establece las siguientes penalidades:

- En los casos en que la cantidad de los fondos, activos o propiedad mueble o inmueble envueltos en la explotación financiera de la persona de edad avanzada o con impedimentos sea de hasta \$2,500.00, el ofensor incurrirá en delito menos grave. En los casos mayores de esta cantidad, incurrirá en delito grave.
- En todos los casos, el Tribunal impondrá la pena de restitución en adición a la pena establecida.

Explotación financiera

Las siguientes leyes protegen a las personas de edad avanzada de la explotación financiera:

- Ley Núm. 121-1986, según enmendada, conocida como la “*Carta de Derechos de las Personas de Edad Avanzada*”.
- Ley Núm. 206-2008, la cual ordena al Comisionado de Instituciones Financieras, a la Corporación Pública para la Supervisión y Seguro de Cooperativas de Puerto Rico y a la Oficina del Comisionado de Seguros a requerirle a las instituciones financieras, cooperativas o de seguros que operan en Puerto Rico a que establezcan un protocolo de prevención y detección de posibles casos de explotación financiera a personas de edad avanzada o con impedimentos. Estas entidades están obligadas a referir situaciones en las que se sospecha explotación financiera.
- El *Código Penal de Puerto Rico* establece en sus Artículos 127-C y D la Explotación Financiera de Personas de Edad Avanzada, así como detalla las modalidades y, Penas, entre otros, para personas que cometan este delito.



Gracias por su atención

Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico: Plan Vital



Objetivo

Proveer información general sobre el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, mejor conocido como Plan Vital, y los requisitos regulatorios que aplican a los servicios que MMM Multihealth (MMM) ofrece actualmente a los beneficiarios elegibles al Programa Medicaid en la isla.



Programa de Medicaid

Medicaid es un programa del Gobierno Federal que aporta beneficios a los estados y territorios americanos, incluyendo Puerto Rico, para pagar los gastos médicos de ciertos grupos de personas de bajos recursos.

- Efectivo el 1 de octubre de 2010, el Programa de Salud del Gobierno creó nuevos objetivos de política pública para transformar el sistema de salud de Puerto Rico.
- El propósito era promover un enfoque integrado hacia la salud física y mental, y mejorar el acceso a servicios de cuidado primario y especializado de calidad.
- Bajo esta política, el Programa de Salud del Gobierno, previamente conocido como “Reforma”, se transformó en “Mi Salud”, y posteriormente cambió a Plan de Salud de Gobierno (PSG).
- Desde el 1 de noviembre de 2018, el nombre del programa cambió a Plan Vital. En este modelo, los beneficiarios pueden escoger a su médico primario y grupo médico en cualquier parte de Puerto Rico.

Plan Vital

El modelo de Plan Vital estableció una región de servicio para toda la isla desde el 2018.

En septiembre de 2022, el gobierno de Puerto Rico anunció que las mismas aseguradoras que hasta entonces se mantenían ofreciendo servicios a los beneficiarios del Plan Vital, revalidaron para un nuevo contrato por un término de 3 años. Estas son:

- MMM Multihealth
- First Medical Health Plan
- Plan de Salud Menonita
- Triples S Salud



Población Vital X: Menores en Cuidado Sustituto y Sobrevivientes de Violencia de Género

Población Vital X

- Conocida previamente como la Región Virtual.
- Desde enero 2023, MMM Multihealth se encarga del manejo de las necesidades de esta población.
- MMM Multihealth tiene personal dedicado a atender a esta población.
- Importante: ningún empleado está autorizado a proveer información relacionada con esta población.

Esta región abarca a todos los beneficiarios bajo la custodia de:

- Administración de Familias y Niños (ADFAN) del Departamento de la Familia
- Niños y jóvenes de 0-20 años (al cumplir los 21 años salen del programa) bajo la custodia del Estado
- Oficina de la Procuradora de la Mujer (OPM)
- Población sobreviviente a violencia de género en albergues, incluyendo a sus hijos menores de edad

La población Vital X tiene las siguientes características

- No se asigna Médico Primario (PCP) ni Grupo Médico (PMG)
- Tienen turnos preferenciales en las oficinas e instalaciones médicas
- Tienen acceso a toda la Red de Proveedores de MMM Multihealth
- No necesitan referido
- Las tarjetas y cartas de bienvenida NO se envían por correo
 - Son entregadas una vez a la semana al contacto del organismo que atiende al paciente (ADFAN, Albergues de OPM).

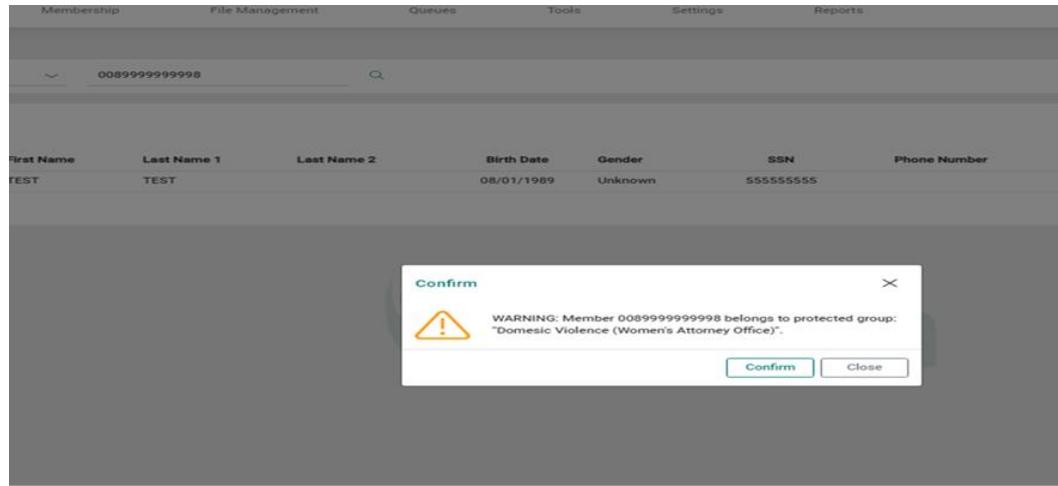
Solo los empleados autorizados tienen acceso a la información de esta población.

Se crearon restricciones en nuestros sistemas con este propósito (C3PO/EMMA).

Si usted recibe cualquier situación relacionada con esta población, por favor, notifique inmediatamente a su supervisor.

Confidencialidad

Ejemplo del mensaje que aparecerá nuestros sistemas:



Programa de Trabajo Social

Unidad Dedicada para la Población Vital X



Determinantes Sociales de la Salud (DSS)

¿Qué son los Determinantes Sociales de la Salud?

- 1 De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, los determinantes sociales de la salud son "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana".
- 2 Las fuerzas y condiciones incluyen el sistema político, factores económicos, ambientales, culturales, sociales y, visto a nivel individual, se refiere a factores relacionados con la educación, empleo, redes de apoyo, vivienda y acceso a servicios médicos y de índole social.
- 3 Todas las condiciones antes descritas varían de persona en persona, así como en los subgrupos poblacionales. Estas diferencias dan paso a desigualdades que, en ocasiones, pueden ser inevitables, pero también pueden ser atendidas y eventualmente prevenibles.

Determinantes Sociales de la Salud

Responsabilidades de MMM Multihealth

- Evaluar las necesidades de los beneficiarios relacionadas con los determinantes sociales de la salud utilizando una herramienta de detección estandarizada proporcionada por ASES.
- Referir los beneficiarios a los servicios y el apoyo de la comunidad, según sea necesario, basado en los resultados de la evaluación de determinantes sociales.
- Ofrecer seguimiento a los referidos para servicios sociales e incluir a los trabajadores sociales o comunitarios de la salud en los equipos de coordinación de la atención y en otras iniciativas de coordinación de la atención que promuevan una atención holística y centrada en el beneficiario en contextos médicos y no médicos.
- En el escenario que los resultados de la evaluación inicial demuestren que el beneficiario necesita servicios específicos relacionados con los determinantes sociales de la salud, se tiene que garantizar que las actividades detalladas en el contrato sean realizadas por un trabajador social o trabajador comunitario de salud.

Es un programa clínico en que la participación será voluntaria, el beneficiario puede optar por no participar y salir de este en cualquier momento.

Se deben establecer asociaciones a lo largo de todo el proceso de atención, incluso con otras organizaciones de atención de salud y organizaciones comunitarias.

Cada plan será establecido de manera individual y con la intervención directa del participante, esto con el propósito que refleje sus prioridades, intereses y necesidades. La participación en el programa es un beneficio que se determinará de manera individual.

Programa de Trabajo Social



Proceso General



Programa de Trabajo Social

¿Quién puede ser referido, o no? Beneficiarios de MMM Multihealth



Necesidades y Determinantes Sociales de la Salud:

- Requiere, pero no cuenta con apoyo social.
- Requiere coordinación de transportación para continuidad de cuidado médico.
- Factores sociales le impiden comer las porciones de alimentos recomendadas.
- Necesita una relocalización/reubicación a un hogar seguro.
- Problemas financieros que impactan su salud



Amenazas a la seguridad:

- Abuso
- Explotación financiera
- Agresiones, violencia de género
- Otros

Estas situaciones deben ser referidas a servicios de protección estatal: Departamento de la Familia, Policía y/o 9-1-1.

*Los casos referidos a agencias estatales pueden ser dirigidos a nuestro programa para ofrecer seguimiento y facilitar los procesos.



¿Cómo completar un referido?



Siempre tienen que incluir el número de contrato.

Identifíquese como la fuente de referido y ofrezca su información de contacto.

Asegúrese de identificar, al menos, un factor social.

**Programa de Trabajo Social
Referido PSG**

El Programa de Trabajo Social de MSO de Puerto Rico, LLC, procura mejorar la calidad de vida y bienestar de los participantes adscritos a las cubiertas de Medicaid. Luego de evaluar los criterios y prioridad de la situación referida, un administrador de casos de trabajo social puede realizar una evaluación biopsicosocial en la residencia de la persona referida, si esta acepta participar. Es importante que este formulario se complete y se envíe por correo electrónico a GHP-SW-Referrals@mmsmhc.com o vía fax al 787-999-1761 para ser evaluado. Incluya toda la información relevante, para facilitar el proceso de evaluación.

INFORMACIÓN GENERAL

Número de identificación:	Fecha de referido:
Nombre de participante:	Teléfono #1:
Persona contacto:	Teléfono #2:
Persona que refiere:	Teléfono:
Según su mejor entendimiento, ¿el/la participante y/o su comunidad podría(n) representar un riesgo de seguridad para el/la Trabajador(a) Social?	

CRITERIOS DEL REFERIDO

FACTORES SOCIALES (Debe cumplir uno o más criterios)	FACTORES CLÍNICOS (Debe cumplir al menos con un criterio social)
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> No tiene hogar (desamparo)<input type="checkbox"/> Inhabilidad para autocontrolar y:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> no cuenta con un cuidador<input type="checkbox"/> no cuenta con apoyo de familiares o personas cercanas<input type="checkbox"/> Problemas de alimentación o preparación de alimentos<input type="checkbox"/> Vive en condiciones infráhumanas (extremadamente inadecuadas para un ser humano)<input type="checkbox"/> Negligente con su cuidado debido a:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> que no existe seguimiento clínico<input type="checkbox"/> que no cumple con recomendaciones clínicas (dieta, instrucciones, tratamiento o medicación)<input type="checkbox"/> Problemas de transporte para cuidado médico o para cubrir necesidades básicas<input type="checkbox"/> Infraestructura del hogar insegura debido a que:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> requiere relocalizar mobiliarios, espacios no apropiados<input type="checkbox"/> tiene problemas eléctricos<input type="checkbox"/> el nivel de salubridad en la comunidad o alrededores, u otro factor, puede amenazar su seguridad física<input type="checkbox"/> Problemas financieros dificultan seguimiento clínico<input type="checkbox"/> Poca o ninguna capacidad funcional para realizar actividades	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Aumenta coordinación de servicios clínicos<input type="checkbox"/> Múltiples admisiones<input type="checkbox"/> Múltiples visitas a sala de emergencias por cuidado inapropiado o falta de recursos (económicos o humanos)<input type="checkbox"/> Múltiples readmisiones<input type="checkbox"/> Manejo inadecuado de úlceras o heridas<input type="checkbox"/> Alzheimer<input type="checkbox"/> Demencia<input type="checkbox"/> Pérdida de memoria<input type="checkbox"/> No adherente a medicamentos<input type="checkbox"/> No adherente a tratamiento

Incluya información adicional relevante:

Provea cualquier información que conozca y que pueda implicar un riesgo a la seguridad de los trabajadores sociales.

Incluya todo dato adicional que pueda ayudar al trabajador social a dirigir su evaluación.

Programa de Trabajo Social

¿Cómo gestionar un referido?

1: Identifique:

- Número de contrato del beneficiario (member ID)
- Las necesidades sociales que afectan adversamente la salud del beneficiario.



2: Envíelo vía:

Fax: 787-999-2191



Email: GHP-SW-Referrals@mmmhc.com

3: Información Adicional:

- 787-622-3000 X. 51524
- **Myriam Rivera Molina**
(787) 398-4602
- **Liza González Cruz**
(787) 379-3487

Regla de Interoperabilidad

Regla de Interoperabilidad

1

¿Qué es la regla de interoperabilidad de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)?

Es un mandato de CMS que permite ampliar el acceso de los pacientes a su información de salud protegida, de manera electrónica. Todos los planes Medicaid y Medicare Advantage deben cumplir este mandato.

2

¿Cuál es el propósito de la regla?

La intención es facilitar un mayor acceso del paciente a su información de salud protegida (PHI), para ayudarle a involucrarse más en sus decisiones de atención médica, reduciendo la probabilidad de pruebas duplicadas y otras ineficiencias. Este acceso a intercambio de información de salud (interoperabilidad) ayuda a garantizar que los proveedores tengan acceso al historial médico de un individuo para tomar decisiones clínicas informadas, lo que puede conducir a un mejor cuidado coordinado.

3

¿Qué implica esta regla?

Nuestros beneficiarios pueden descargar y registrarse en una aplicación externa de su elección, y dirigir esa aplicación para bajar y acceder a la información de salud que tengamos disponible.

Segunda opinión

Segunda opinión

Todo asegurado bajo la cubierta de Plan Vital tiene el derecho de solicitar una segunda opinión médica;

- MMM Multihealth proporcionará una segunda opinión en cualquier situación en la que exista una duda con respecto a un diagnóstico, las opciones de cirugía o los tratamientos alternativos de una afección de salud cuando lo solicite cualquier inscrito, o un parent, tutor u otra persona que ejerza una responsabilidad de custodia sobre el inscrito.
- La segunda opinión será proporcionada por un proveedor de la red cualificado o, si un proveedor de la red no está disponible, MMM Multihealth coordinará con un proveedor fuera de la red, de ser necesario.
- La segunda opinión se proporcionará sin costo alguno para el beneficiario.

Segunda opinión

MMM Multihealth cuenta con esta información en:

- Página Web- <https://www.multihealth-vital.com/proteccion.html>
- Manual del beneficiario
- Guía del proveedor
- Políticas internas



The screenshot shows the homepage of the Multihealth-Vital website. At the top, there are language and text size options. The main navigation menu includes: Inicio, Elegibilidad, Beneficios, Red de Proveedores, Formulario de Medicamentos, Apelaciones y Querellas, Para tu protección, Educación y Prevención, Contáctanos, Términos Importantes, Proveedores, and Sobre Nosotros. A large banner in the center promotes the 'ASES VITAL APP' as 'Agilidad', stating it is available for download on the App Store and Google Play. Below the banner, a section titled 'NOTICIAS E INFORMACIÓN IMPORTANTE' contains a notice about a 'Reunión de la Junta Consultiva' on February 26, 2026, and information about the 'proceso de recertificación'.

Materiales de Mercadeo

Materiales de Mercadeo

- Todo tipo de comunicación por parte de MMM Multihealth a cualquier persona elegible o posible beneficiario que pueda interpretarse razonablemente como una intención de influir en el individuo, para que se inscriba con nosotros, para que no se inscriba en otro plan, o para que se desafilie de otro plan, se considera mercadeo.
- Además, también se describe como material de mercadeo a cualquier material producido en cualquier medio, por MMM Multihealth o en su nombre, y que pueda interpretarse razonablemente como destinado a comercializar con los posibles inscritos.



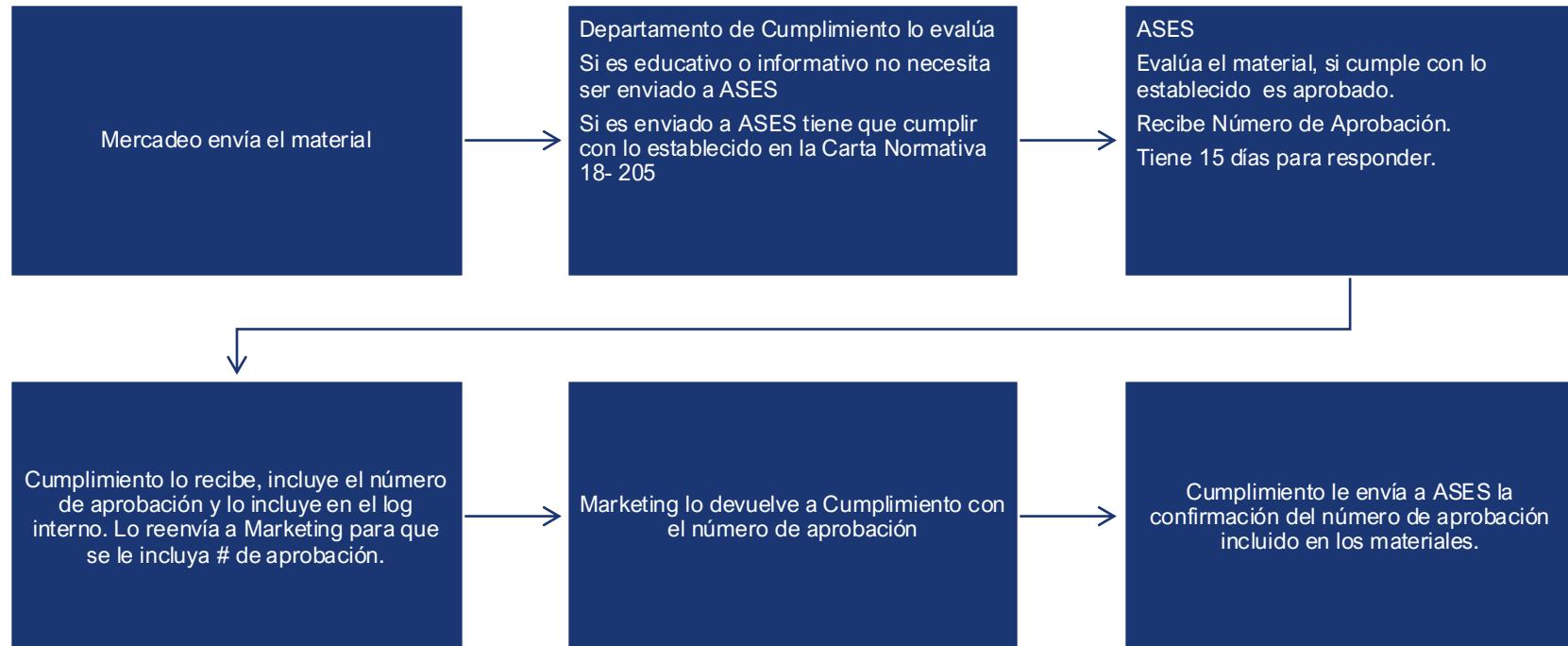
Actividades y materiales permitidos

- Distribuir información general a través de los medios de comunicación (es decir, periódicos, revistas y otras publicaciones periódicas, radio, televisión, Internet, publicidad en el transporte público y otros medios de comunicación);
 - Realizar llamadas telefónicas, envíos por correo y visitas a domicilio solo a los beneficiarios actualmente inscritos en el plan, con el único propósito de educarlos sobre los servicios ofrecidos o disponibles a través de MMM Multihealth.
 - Distribuir folletos y exhibir carteles en las oficinas de los proveedores, que informen a los pacientes que el proveedor forma parte de la Red de Proveedores de MMM Multihealth; y
 - Asistir a actividades que beneficien a toda la comunidad, como ferias de salud u otras actividades de educación y promoción de la salud.
-  Si se realiza una actividad permitida, se debe llevar a cabo esa actividad en toda la isla.

Actividades y materiales no permitidos

- Participar directa o indirectamente en actividades de marketing puerta a puerta, por teléfono, por correo electrónico, por mensajes de texto u otras actividades de marketing, como las llamadas telefónicas conocidas en inglés como “cold call”.
- Ofrecer favores, incentivos o regalos, promociones u otros productos de seguros que estén diseñados para inducir la inscripción en el Plan de MMM Multihealth;
- Distribuir planes y materiales que contengan declaraciones que ASES determine que son inexactas, falsas o engañosas. Las declaraciones consideradas falsas o engañosas incluyen, pero no se limitan a, cualquier afirmación o declaración (escrita u oral) de que el Plan del Contratista (MMM Multihealth) está respaldado por el Gobierno Federal o estatal, o una entidad similar.
- Distribuir materiales que, según ASES, induzcan a error o describan falsamente la Red de Proveedores de MMM Multihealth, la participación o disponibilidad de los proveedores de la red, las calificaciones y habilidades de los proveedores de la red (incluyendo sus habilidades bilingües); o los horarios y ubicación de los servicios de la red;
- Tratar de influir en la afiliación junto con la venta u oferta de cualquier seguro privado;
- Afirmar o declarar por escrito o verbalmente que el beneficiario o posible beneficiario debe inscribirse con MMM Multihealth.

Proceso de aprobación



Operaciones Plan Vital MMM Multihealth

Líneas de Servicio de MMM Multihealth (Plan Vital)

Líneas de servicios

1-844-336-3331 (libre de cargos)
787-523-2656 (área Metro)
787-999-4411 (TTY)



Lunes a viernes
7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Línea de consulta médica *Haciendo Contacto*

1-844-337-3332 (libre de cargos)
787-523-2653 (área Metro)
787-522-3633 (TTY)



24 horas / 7 días a la semana

Servicio al Beneficiario / Unidad de Investigación

Customer Service Research Unit

Primer enlace entre el beneficiario y todas las unidades MMM MH

Coordinación de citas con especialistas

Coordinación de citas de recertificación al Programa de Medicaid

Encuestas de satisfacción

Apoyo en estrategias de retención de membresía

Resolución de casos del sitio web de MMM MH, redes sociales y prensa

Servicio exclusivo para casos recibidos de ASES y Fortaleza

de materiales del beneficiario (Directorio de proveedores, Manual del beneficiario, cartas, EOB y tarjetas de

Servicio al cliente.



Principales oficinas de MMM Multihealth

Hato Rey Oficina Administrativa

**Edificio Torre Chardón
350 Avenida Carlos E. Chardón #500
San Juan, P.R. 00918**

Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

También tenemos áreas que manejan las operaciones de Plan Vital
en las oficinas de la Ave. Kennedy en San Juan.

Oficinas de Servicio (Atlántico)

Carolina	Humacao	Vieques	Fajardo	Manatí	Canóvanas
<p>Carolina Century Business Park Bo. San Antón # 887 Int. 848, Carolina PR</p> <ul style="list-style-type: none">• Lunes, 8:00 a.m. a 7:00 p.m.• Martes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.• Último sábado del mes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.	<p>Boulevard Plaza Office Center</p> <ul style="list-style-type: none">• Boulevard Del Río, Ramal 3• Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.	<p>Centro de Servicios Integrados</p> <ul style="list-style-type: none">• Carr. #200 km 0.4, Urb. Industrial Belén Castaño Vda. Díaz• Lunes a viernes de 7:30 a.m. a 12:00 m. y de 1:00 p.m. a 4:30 p.m.	<ul style="list-style-type: none">• Carr #3 km. 44.1 Local #2 Bo. Quebrada• Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.	<p>El Trigal Plaza</p> <ul style="list-style-type: none">• Carr. #2, km 4.8• Esq. calle 149• Barrio Cotto Norte• Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.	<p>Centro comercial Plaza Rial</p> <ul style="list-style-type: none">• Suite 4A y 4• Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Oficinas de Servicio (Atlántico)

Canóvanas

Centro comercial Plaza Rial
Locales 4A y 4
• Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Carolina

Century Business Park (antes Direct TV)
Bo. San Antón # 887 Int. 848,
• Lunes de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.
• Martes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
• Último sábado del mes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Humacao

Boulevard Plaza Office Center
• Boulevard Del Río, Ramal 3
• Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Vieques

Centro de Servicios Integrados
• Carretera Estatal Núm. 200 km 0.4, Urb. Industrial Belén Castaño Vda. Díaz
• Lunes a viernes de 7:30 a.m. a 12:00 m. y de 1:00 p.m. a 4:30 p.m.

Fajardo

- Carr. #3 km. 44.1 Local #2 Bo. Quebrada
- Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Manatí

El Trigal Plaza
• Carr. #2, km 4.8
• Esquina Carr. 149
• Barrio Cotto Norte
• Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Oficinas de Servicio (Caribe)

Guayama	Ponce	Orocovis	Coamo	Mayagüez	Aguadilla
<p>Edificio FISA I Carr. 54, km 2.2, Solar #6</p> <ul style="list-style-type: none">• lunes de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.• martes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.• Último sábado del mes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m	<p>Carretera #2 Ponce by Pass Edificio San Jorge Mall</p> <ul style="list-style-type: none">•lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.	<p>Edificio Boriquen Carr, 155 km 15.3 Bo. Gato</p> <ul style="list-style-type: none">• lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.	<p>Calle Ruiz Belvis #24</p> <ul style="list-style-type: none">• lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.	<p>Complejo Office Park III Street # 2, KM 157</p> <ul style="list-style-type: none">• lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.	<p>Plaza Victoria Shopping Center Carr. #2, km 129.5</p> <ul style="list-style-type: none">• lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Servicios disponibles en las Oficinas Regionales y Satelitales

Materiales disponibles para los beneficiarios:

- Tarjetas de identificación;
- Manual del Beneficiario;
- Directorio de Proveedores.

Transacciones:

- Entrega de tarjetas de identificación;
- Carta de Certificación de Cubierta;
- Cambios de PCP y GMP;
- Matrículas nuevas;
- Matrículas - recién nacido;
- Matrícula ELA Puro;
- Radicación de quejas, querellas y apelaciones;
- Coordinación de beneficios;
- Trámite y envío de documentos de Preautorizaciones;
- Trámite y envío de documentos de manejo de casos.

Información/Clarificación relacionada a:

- Beneficios y procedimientos;
- Elegibilidad;
- Cubierta;
- Red de proveedores (PCPs / GMPs);
- Programa de Medicaid;
- Salud mental;
- Preautorizaciones;
- Cubierta Especial;
- Manejo de Casos;
- ELA Puro Registration;
- Beneficios de Farmacia;
- Quejas, Querellas y Apelaciones;
- Coordinación de beneficios;
- Información protegida de pacientes;
- Otros.

Elegibilidad

Elegibilidad

Personas elegibles bajo la ley 72 de 7 de septiembre de 1993:

- Ciudadanos americanos
- Personas de bajo o ningún ingreso
- Población Medicaid Federal
- Población Medicaid Estatal
- Niños bajo el programa Children's Health Insurance Program (CHIP)
- Empleados públicos, retirados y sus dependientes
- Policía de Puerto Rico; sus viudas e hijos que les sobrevivan
- Veteranos
- Niños bajo la custodia del Estado – Región Virtual
- Sobrevivientes de violencia doméstica – Región Virtual

Proceso de inscripción

- El Programa Medicaid de Puerto Rico determinará si el beneficiario es elegible a Plan Vital. Si es elegible, Medicaid entrega el formulario de Notificación de Decisión al beneficiario (antes conocido como MA-10). La aseguradora enviará una carta de bienvenida a Plan Vital.
- El documento contiene:
 - Nombre
 - MPI
 - Tipo de elegibilidad
 - Fecha de efectividad de elegibilidad con Plan Vital
 - Fecha de vencimiento de elegibilidad
 - **Código de Cubierta**
 - Tope de copagos
 - El documento contiene la aseguradora seleccionada al momento de realizar su proceso de **certificación**.
 - El beneficiario puede tener acceso a los servicios cubiertos utilizando la **Notificación de Decisión mientras recibe su tarjeta**

Período de Inscripción Abierta (OEP)

- El período de inscripción abierta (OEP) será a partir del 1 de enero al 17 de febrero de 2026.
- Un beneficiario puede solicitar un cambio de aseguradora por justa causa en cualquier momento durante el periodo de inscripción abierta, llamando al consejero de inscripción o a ASES:

Centro de Llamada de ASES- 787-474-3300 / 1-800-981-2737

Consejero de Inscripción- 1-833-253-7721

Aplicación móvil: ASESVITAL APP

- ASESVITAL APP es una aplicación móvil que permite a los beneficiarios elegir el plan médico con el que quieren afiliarse.
- Si el beneficiario no elige libremente su aseguradora de Vital en el periodo abierto de inscripción, ASESVITAL APP le asignará a una.



Tarjeta del Plan

- La tarjeta del plan se enviará por correo postal al beneficiario en o antes de cinco días de haber cargado la elegibilidad en el sistema.
- Si no puede esperar, debe pasar por una Oficina Regional de Servicio o comunicarse a Servicio al Beneficiario.
- Se puede enviar una certificación de cubierta por fax o correo electrónico al beneficiario o a la oficina médica.
- Ningún hospital puede negarle servicios de emergencia a un beneficiario por no tener la tarjeta.

Aplicación Móvil MMM Multihealth

- Diseñada para servir como enlace facilitador.
- Contiene la información de los beneficiarios como aparece en nuestros sistemas.
- Permite a los beneficiarios y cuidadores tener una participación mayor en su atención de salud.
- Gratuita, segura y fácil de usar.
- Se descarga desde las plataformas de App Store y Google Play



Aplicación Móvil Plan Vital



La función de **PERFIL** permite al beneficiario ver su información personal, clínica, tarjeta del plan, médico primario, cuidadores y configuración de la aplicación.



Los datos sobre **SALUD** ayudan a organizar iniciativas de prevención y seguimiento a los cuidados. El beneficiario podrá mostrar su lista de medicamentos de hasta seis meses cuando visite a los especialistas.



La función de **MENSAJES** permite a los beneficiarios o cuidadores recordar datos importantes, recibir invitación y anotar sus próximas citas.



En la función de **CALENDARIO**, el beneficiario puede ver todos los eventos programados en su calendario y los eventos de **MMM Multihealth** disponibles.



En **SERVICIOS**, la aplicación permite recibir notificaciones para conocer el estatus de las preautorizaciones, gastos e información para comunicarse al plan.



Con la función de **DIRECTORIO**, los beneficiarios pueden realizar búsquedas mas específicas de cuidado primario, especialistas y profesionales de la salud, entre otros.

Departamento de Matrícula - Información de Contactos

El beneficiario puede acudir a una de nuestras Oficinas de Servicio: www.Multihealth-vital.com/contacto.html

Llamar a la Línea de Servicio al Beneficiario:

1-844-336-3331 (libre de cargos) o TTY (audio impedidos): 787-999-4411

Correo Electrónico:

PSG_Enrollment@mmmhc.com

Facsímil: 1-844-330-9330

Correo Postal:

PSG Enrollment - ENR-001
PO BOX 72010
San Juan PR 00936-7710

Periodo de Transición

Periodo de Transición

MMM MH garantizará el acceso continuo a los servicios durante la transición de un beneficiario de una aseguradora de salud contratada por ASES, cumpliendo con lo siguiente:

- Garantizar que el beneficiario tenga acceso a los servicios de manera coherente con el acceso que tenía anteriormente, y se le permita conservar a su proveedor actual durante noventa (90) días calendario si ese proveedor no es un proveedor de la Red. Luego, se deberá referir al beneficiario a un proveedor de la Red.
- Cumplir plena y oportunamente con las solicitudes de datos históricos de utilización del nuevo contratista u otra entidad en cumplimiento de las leyes federales y estatales.
- Garantizar que el nuevo proveedor del beneficiario pueda obtener copias de los registros médicos del beneficiario, según corresponda.
- Cumplir con cualquier otro procedimiento necesario especificado por CMS o ASES para   asegurar el acceso continuo a los servicios para prevenir un detrimento grave de la salud del beneficiario o reducir el riesgo de hospitalización.

Programas Clínicos

Condiciones de Cubierta Especial

- Es un componente de los Servicios Cubiertos descrito en el contrato de ASES, en la sección 7.7 y Anejo 7. Estos servicios incluyen beneficios más extensivos que la Cubierta Básica.
- La Cubierta Especial está disponible para los beneficiarios con condiciones específicas que requieren cuidado médico intensivo causado por una enfermedad compleja.
- Los beneficiarios matriculados en el Registro de Cubierta Especial tienen acceso directo a los especialistas que manejan sus situaciones de salud relacionadas con la condición por la cual están registrados.

Anemia Aplásica	Autismo	Cáncer	Niños con Necesidades Especiales	Enfermedad Renal •Niveles 3, 4 & 5
Enfermedad Renal Terminal (ESRD)	Fibrosis Cística	Hepatitis – C	VIH-SIDA	Lepra
Esclerosis Múltiple & ALS	Obstetricia	Hipertensión Pulmonar	PKU- Adulto	Artritis Reumatoide
Escleroderma	Lupus Eritematoso Sistémico	Tuberculosis	Hemofilia	Cernimiento Auditivo Neonatal
Fallo Cardiaco Congestivo (Etapas III & IV)	Post-Trasplantes	Discinesia Ciliar Primaria	Enfermedad Inflamatoria Intestinal	Paladar Hendido y Labio Leporino
	Albinismo Oculocutáneo	Evaluación para Diagnóstico de Cáncer		

Programas de Manejo de Caso Complejo y Manejo de Cuidado

Enfocados específicamente en:
<ul style="list-style-type: none">• Condiciones de Cubierta Especial;• Condiciones complejas de salud física y mental,• Cuidado prenatal y posparto,• Altos utilizadores de salas de emergencias,• Condiciones crónicas - autocuidado

Los candidatos son identificados a través de:
<ul style="list-style-type: none">• Referidos del médico primario o especialista;• Registro de Cubierta Especial;• Análisis de Utilización de Servicios;• Referidos a través de otros programas clínicos

- Proveen apoyo y educación en salud para beneficiarios identificados con condiciones de salud tanto crónicas como complejas.
- Tienen un enfoque holístico incluyendo cambios saludables en hábitos y en estilos de vida.
- Proveen apoyo en la coordinación de cuidado, según sea necesario.
- Integran herramientas de cernimiento tanto de salud física como mental como criterio esencial para el desarrollo del plan de cuidado.
- Desarrollo de un plan de cuidado individualizado.
- Enfocados en la prevención.

Programa Prenatal

Programa de apoyo para mujeres durante su período prenatal y posparto;

El programa está enfocado en:

- Promover un embarazo saludable
- Prevención de complicaciones
- Salud mental
- Educación en salud
- Cuidado del recién nacido

Mujeres participantes del programa reciben intervenciones educativas presenciales incluyendo clases de parto y lactancia.

Meta contractual Medicaid: Asegurar que el 85% de las embarazadas reciban servicios bajo el Programa Prenatal y Maternidad.

¿Qué es EPSDT?

EPSDT son siglas en inglés para Cernimiento, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (*Early, Periodic, Screening, Diagnostic and Treatment*)

Son servicios de salud mandatorios para niños y jóvenes menores de 21 años, elegibles a servicios de Medicaid;

- EPSDT está contemplado dentro de Medicaid desde el 1967, con un enfoque principalmente preventivo:
 - Identificar cualquier problema en etapas tempranas, para brindar los servicios necesarios para aminorar, tratar o curar cualquier condición o enfermedad en la niñez.

Cubierta de Farmacia

Cubierta de Farmacia

Los beneficiarios de Vital tienen acceso a una cubierta de medicamentos acorde a los Formularios de ASES, específicamente los **Listados de Medicamentos Preferidos (PDL)**:

- Los listados de medicamentos están compuestos por medicamentos preferidos que son evaluados para su exclusión o inclusión en el PDL, por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la ASES.
- Para acceder al Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG, utilice los siguientes enlaces:
 - <https://abarcahealth.com/clients/ases-spanish>
 - <https://www.ases.pr.gov/proveedores?tab=Farmacias&categoria=Formularios+de+Medicamentos#Farmacia>
 - [Proveedoreshttps://www.multihealth-vital.com/eng/formulary.html](https://www.multihealth-vital.com/eng/formulary.html)

Los copagos correspondientes a los beneficiarios varían de acuerdo con los niveles de ingreso del beneficiario o grupo familiar.

Adicional al PDL, existe el **Listado de Medicamentos No preferidos (NPDL)**, el mismo está compuesto por medicamentos que han sido evaluados y avalados por el Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T por sus siglas en inglés) para ser cubiertos por el proceso de excepción. Medicamentos fuera del PDL y el NPDL pudieran ser cubiertos por el beneficio de farmacia siempre y cuando el medicamento no sea excluido.

Cubierta de Farmacia

- La cubierta del beneficio de farmacia de Plan Vital establece el uso de genérico bioequivalente o biosimilar mandatorio como primera opción, y se requiere la utilización de genéricos clasificados “AB” por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés).
- El nombre de marca, para medicamentos que tienen un genérico bioequivalente disponible, se menciona en el PDL solo como referencia.
- MMM Multihealth no debe imponer restricciones a los medicamentos recetados disponibles más allá de los establecidos en la PDL, NPDL o cualquier otro formulario de medicamentos aprobado por ASEs.
- **Condiciones agudas:** El máximo de despacho será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea médicalemente necesario, se cubrirán recetas adicionales.
- **Condiciones crónicas:** El máximo de despacho será terapia para treinta (30) días, prescripción original y cinco (5) repeticiones.

Preautorización de medicamentos

- Algunos medicamentos están sujetos a autorización previa según establecido por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la ASES.
- Parámetros de tiempo para ofrecer una determinación sobre la preautorización: Todas las determinaciones de preautorización serán procesadas dentro de 24 horas luego de que MMM Multihealth reciba la información mínima requerida para poder evaluar el caso.
- Si la petición no incluye la información mínima requerida para evaluación, MMM Multihealth debe devolver la petición dentro de las primeras 24 horas. Sin embargo, en el caso de existir una emergencia, MMM Multihealth evaluará la petición solicitada para otorgar un suplido de emergencias donde se pudiera autorizar un suplido de 72 horas.

Preautorización de medicamentos - II

- **Información estándar:** la receta médica (de acuerdo con los requisitos de la Ley de Farmacia de Puerto Rico), una declaración de respaldo que establezca la justificación clínica y la necesidad médica del medicamento prescrito que cumpla con todos los requisitos, y la duración esperada del tratamiento, según lo exige la política médica y/o guías clínicas del medicamento, para descartar cualquier riesgo de seguridad y asegurar su efectividad. Información, según se aplique, como: laboratorios, estudios médicos, patología, estadio de la condición, historial de medicamento y condiciones, peso, estatura, notas de progreso, entre otros. Si se trabaja por el beneficio médico, se requiere confirmar quién suple y quién administra el medicamento.
- Se utilizan como referencias los protocolos clínicos avalados por la ASES, las políticas médicas de MMM Multihealth, y/o las guías clínicas avaladas por el regulador, como la de NCCN.
 - https://drive.google.com/drive/folders/1aMde_HO_pjOwd2VtBq4k1LPn-l_leawx
 - <https://www.mmm-pr.com/planes-medicos/politicas-medicas>
 - <https://www.nccn.org/login>
- Si la solicitud requiere información adicional para completar su criterio clínico, la misma puede pasar por el proceso de RFI (Request For Information) el cual le brinda 72 horas adicionales a las 24 horas iniciales para su evaluación.

Medicamentos por excepción bajo el beneficio de Farmacia

- Cuando se receta un medicamento que no está en el PDL, el mismo tiene que ser evaluado por el plan médico a través del proceso de excepción (el medicamento debe estar aprobado por la FDA para el tratamiento de la condición). Para esto, el médico que prescribe debe proveer al Departamento de Farmacia justificación clínica por escrito y firmada indicando la razón o los motivos clínicos por los cuales el medicamento solicitado es clínicamente necesario para tratar la enfermedad o condición médica del beneficiario, y la duración de la terapia solicitada.
- ✓ Además, para solicitar un medicamento que no se encuentra en el PDL, el médico que prescribe debe evidenciar lo siguiente:
 - ✓ Todas las alternativas en PDL para este medicamento se encuentran contraindicadas con los medicamentos que el paciente está utilizando;
 - ✓ Paciente ha experimentado serias reacciones adversas a las alternativas disponibles en el PDL;
 - ✓ Fallos terapéuticos a todas las alternativas en el PDL, ya sea porque esas alternativas fueron ineficaces o podrían afectar adversamente la salud o condición del paciente.

Medicamentos por excepción bajo el beneficio de Farmacia - II

- ✓ Adicional, para solicitar un medicamento que no se encuentra en el PDL ni se encuentra en el No PDL, el médico que prescribe debe evidenciar lo siguiente:
 - ✓ Todas las alternativas en PDL y en No PDL para este medicamento se encuentran contraindicadas con los medicamentos que el paciente está utilizando;
 - ✓ Paciente ha experimentado serias reacciones adversas a las alternativas disponibles en PDL y en No PDL;
 - ✓ Fallos terapéuticos a todas las alternativas en PDL y en No PDL, ya sea porque esas alternativas fueron ineficaces o podrían afectar adversamente la salud o condición del paciente.

Medicamentos bajo el beneficio médico (JCODES)

Para la evaluación de un medicamento de oncología y/o biológico solicitado a través del beneficio de médico:

■ Se utilizan como referencias las políticas médicas de MMM Multihealth, Determinación de Cobertura Local (LCD) y Determinación de Cobertura Nacional (NCD) de CMS y/o las guías clínicas avaladas por el regulador, como la de NCCN.

- <https://www.mmm-pr.com/planes-medicos/politicas-medicas>
- <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/search.aspx>
- <https://www.nccn.org/login>

■ Parámetros de tiempo regulatorio para tomar una determinación:

○ Todas las determinaciones de autorización se manejarán dentro de las 24 horas si se solicitan de manera expedita, o 72 horas si se solicitan de manera estándar después de que MMM Multihealth reciba la información mínima requerida para evaluar el caso.

○ Si se necesita información adicional para casos de códigos J, se solicitará por fax o teléfono durante el tiempo de procesamiento del caso.

Información de contacto de Farmacia

Cómo llamar al centro de llamadas de Farmacia para proveedores:

- Local: 787-523-2829
- Gratuito: 1-844-880-8820

¿A dónde puedo enviar una solicitud de farmacia?

- Fax Farmacia: 866-349-0514
- Email: GPPPharmacylabel@mmmhc.com
- Fax Jcodes: 787-300-4897
- Email: GHPPharmacyJcodesPA@mmmhc.com
- Para la población de Foster Care y violencia doméstica:
 - Email: VirtualXPharmacyLabel@mmmhc.com

Salud Mental

¿Qué ofrece el Departamento de Salud Mental?

El Departamento de Salud Mental tiene el objetivo de evaluar y manejar efectiva y eficientemente las necesidades clínicas de salud mental de los beneficiarios a los que ofrece servicios mediante:

- Orientación sobre servicios de salud mental;
- Información sobre disponibilidad de Proveedores contratados;
- Autorización de servicios;
- Coordinación servicio al hogar;
- Línea de emergencias;
- Manejo de casos;
- Coordinación de servicios ambulatorios;
- Orientación sobre documentos y procesos para la autorización de medicamentos de salud mental.

Departamento de Salud Mental Integrada: Unidades Operacionales

1

Manejo de Casos

Planificación de altas,
seguimiento post alta y
coordinación de servicios
ambulatorios.

Manejo de casos en
comunidad e integración con
manejo de casos físicos.

2

Manejo de Utilización

Revisión de utilización en 16
hospitales.

38 Programas de
Hospitalización Parcial
(PHPs).

3

Centro de Llamadas

24 horas – Servicio de
coordinación a través de línea
dedicada.

Personal clínico licenciado
para manejo de emergencias

Ê

Centro de Llamadas – Salud Mental

- Orientación y coordinación de servicios ambulatorios;
- Orientación sobre documentos y procesos para la autorización de medicamentos;
- Solicitud de coordinación de servicio al hogar;
- Orientación de proveedores contratados;
- Servicios ambulatorios prestados por psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales;
- Servicios hospitalarios y ambulatorios para abuso de sustancias y alcoholismo;
- Registro de condiciones de salud mental.

Horario: Lunes a viernes, 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Teléfono: 1-844-337-3331

Centro de Llamadas Manejo de Casos, Salud Mental Integrada

Servicios que requieren autorización previa:

- Pruebas neuropsicológicas
- Programas de Hospitalización Parcial
- Terapia electroconvulsiva
- Programas ambulatorios intensivos

* Todos los servicios con proveedores fuera de la red requieren preautorización.

Horario: 24 horas, 7 días a la semana

Teléfono: 1-844-337-3332

Modelo de Cuidado Integrado

Modelo de Colocación

- Es un modelo de cuidado integrado en el cual servicios de salud mental son provistos en el mismo lugar de cuidado primario de salud física.
- El Grupo Médico Primario debe facilitar un espacio al proveedor de salud mental por cada facilidad donde se requiera.
- El proveedor de salud mental debe estar disponible para proveer evaluaciones, consultas, y servicios de salud mental a los beneficiarios.
- Un beneficiario identificado con una condición de salud mental aguda o crónica debe ser referido a una clínica de salud mental contratada o al próximo nivel de cuidado, según sea necesario.
- Desde el 1 de enero de 2023, todos los hospitales de cuidado primario deben contar con un proveedor de salud mental, según definido por el modelo de colocación. En este escenario, un médico primario o especialista puede requerir la intervención de un proveedor de salud mental. El profesional de salud mental proveerá intervenciones clínicas en persona o en consulta con el equipo interdisciplinario (según sea necesario) relacionadas con la salud mental de beneficiarios en sala de emergencia u hospitalizados.

Modelo de Cuidado Integrado

Colocación Inversa

- Modelo de cuidado integrado en el cual servicios médicos están disponibles a beneficiarios tratados en facilidades de salud mental.
- Incluye beneficiarios con condiciones con comorbilidad, las cuales pueden ser crónicas o agudas, con diagnósticos de salud mental.
- Un PCP se encuentra localizado a tiempo completo o parcial en una clínica/facilidad de salud mental para monitorear la salud física de los beneficiarios.
 - Estos utilizan el expediente de salud mental del paciente y coordinan seguimiento con el GMP, según sea necesario.
 - El PCP colocado puede llevar a cabo las mismas intervenciones médicas y referidos que haría un PCP en un GMP.

Ley de Paridad en Salud Mental

MMM Multihealth cumple con el requisito general de paridad (Título 42, CFR, §438.910(b)) que estipula que las limitaciones de tratamiento para los beneficios de salud mental no pueden ser más restrictivas que las limitaciones de tratamiento aplicadas a los beneficios médicos o quirúrgicos. No se requiere un referido del PCP ni una autorización previa para que un beneficiario busque cualquier servicio de salud mental, incluida la evaluación inicial de salud mental por un proveedor de la red.

Coordinación de Beneficios

Coordinación de beneficios

- La coordinación de beneficios es un método utilizado por las aseguradoras de salud para poder determinar los pagos de las reclamaciones médicas que recibe un beneficiario cuando tiene más de un asegurador de salud.
- El plan primario es el pagador de los servicios cubiertos y el mismo pagará primero según las reglas establecidas.
- El secundario pagará por los servicios cubiertos después de que el plan primario pague.
- La cubierta de Plan Vital será pagador secundario a cualquier otro plan o persona a cargo de pagar por servicios médicos.

Elegibilidad dual (Medicare)

Los beneficiarios de Medicare Parte A serán cubiertos bajo el Plan Vital luego de que alcancen el beneficio límite de Medicare.

Los deducibles de la Parte A de Medicare **NO** están cubiertos.

A los beneficiarios de Plan Vital que también tengan Medicare Partes A y B se les cubrirá farmacia y dental.

Los copagos y deducibles de Medicare Parte B están cubiertos por Plan Vital.

El proveedor de servicios de salud debe aceptar Medicare y Plan Vital para realizar la coordinación de beneficios.

“

In Lieu of Services or Setting
(ILOS)

Ê

In Lieu of Service (ILOS)

- “*En lugar de (servicios)*” (ILOS, por sus siglas en inglés) se refiere a servicios o entornos que se ofrecen como sustitutos de aquellos cubiertos bajo un plan de Medicaid estatal, con el objetivo de atender necesidades sociales relacionadas con la salud y mejorar la prestación de atención. De acuerdo con 42 CFR§ 438.3(e)(2).
- Un ILOS puede utilizarse como sustituto inmediato o a largo plazo de un servicio o entorno del Plan Estatal, o cuando se espera que el uso de un ILOS reduzca o prevenga la necesidad futura de utilizar un servicio o entorno del Plan Estatal.
- Si ASES lo aprueba, el contratista (MMM) puede ofrecer el servicio o entorno en lugar de a los beneficiarios, según corresponda y a opción de MMM, pero no deberá exigir a un beneficiario que use un servicio o entorno *en lugar de*.
- Los servicios o entornos aprobados *en lugar de*, están descritos en el Anejo 25 y los requisitos para la prestación de servicios *en lugar de*, se describen en la Sección 7.14 del contrato con ASES.

Preautorizaciones

Preautorización

- Algunos servicios médicos están sujetos a autorización previa según lo establecido por el contrato entre MMM Multihealth y ASES.
- El proceso de preautorización revisa las solicitudes de servicios por proveedores médicos, antes de la prestación de los servicios, excepto en casos de emergencia. Estos se encuentran en una lista selecta de servicios, para determinar si el mismo es un servicio médicalemente necesario. Cada caso es manejado de manera individual según sus necesidades médicas con determinaciones finales basadas en el juicio clínico.

Categorías

Categoría Expedita

- Al procesar una solicitud de preautorización, es importante que la selección de la categoría responda a las necesidades del beneficiario. Los CMS establecen la categoría expedita cuando el beneficiario o su médico entiende que la espera podría poner la vida, la salud o la seguridad del mismo en peligro grave.
- Estas solicitudes se determinan en o antes de 24 horas de haberse recibido en el plan.
- La Categoría Expedita debe ser establecida únicamente por el médico del beneficiario en la orden médica.

Categoría Estándar

- Categoría utilizada cuando la salud del beneficiario no se encuentra en serio riesgo. Estas solicitudes se determinan en o antes de 72 horas de haberse recibido en el plan médico.

Solicitud de Pre-Autorización

Para procesar una solicitud de servicio se requiere de la siguiente documentación e información:

- Formulario para la Solicitud de Preautorizaciones completado en todas las partes
- Referido de PCP
- Nombre y número de NPI de PCP
- Nombre y número de NPI del especialista (si se aplica)
- Nombre y número de NPI de la facilidad o institución hospitalaria (si se aplica)
- Código ICD-10 (diagnóstico) con descripción
- Código CPT (procedimiento) con descripción
- Firma del médico y número de licencia
- Fecha de los servicios (si se aplica)

Información y vías de envío

Información de apoyo

Con el propósito de obtener toda la información del servicio solicitado, el médico debe incluir, aparte de orden médica-referido, lo siguiente:

- Historial clínico sobre servicios relacionados con estudios previos
- Cualquier otra información relevante al servicio solicitado

Vías de envío:

Portal de InnovaMD- Electrónicas

Faxes :

- 1-844-330-1330
- 1-844-220-3220

Quejas, Querellas y Apelaciones

¿Qué son una queja, una querella y una apelación?

Queja: Cualquier expresión de insatisfacción, verbal o escrita, realizada por un asegurado a MMM MH o sus proveedores, relacionada con el trato recibido.

Querella: Una reclamación de insatisfacción, verbal o escrita, realizada por un asegurado a MMM MH o sus proveedores, que se relaciona con los servicios recibidos bajo la cubierta del Plan Vital o aspectos de relaciones interpersonales.

Apelación: Una declaración oral o escrita de insatisfacción con una determinación adversa de las operaciones de la organización, de estudios, laboratorios o rayos X, denegación de un procedimiento, medicamentos o la resolución de la querella.

Tiempos para radicar:

El asegurado/beneficiario puede radicar su planteamiento en cualquier momento, siempre y cuando cumpla con los términos establecidos:

- Queja: 15 días calendario a partir de la fecha del evento.
- Querella: En cualquier momento a partir de la fecha del evento.
- Apelación: 60 días calendario para radicar su apelación desde la fecha en que recibió la determinación.

Términos establecidos para responder al beneficiario

Queja	Querella	Apelación
<ul style="list-style-type: none">• Debe resolverse en 72 horas desde la fecha y hora de recibo. Si no puede resolverse, se convertirá en querella.	<ul style="list-style-type: none">• Debe resolverse en o antes de 90 días y, si requiere extensión, son 14 días adicionales. Se envía a consideración de ASES.	<ul style="list-style-type: none">• Debe resolverse en o antes de 72 horas desde la fecha y hora de recibo si es expedito, y 30 días calendario si es estándar. Si requiere extensión son 14 días adicionales. Se envía a consideración de ASES.

Querellas y Apelaciones - Información de Contactos

¿Cómo reportar una Queja, Querella o Apelación?

El beneficiario puede acudir a una de nuestras Oficinas de Servicios.

- Línea de Servicio al Beneficiario: 1-844-336-3331 (libre de cargos) o TTY (audio impedidos): 787-999-4411.
- Correo electrónico: agplanvital@mmmhc.com
- Facsímil: 1-844-990-1990 | 1-844-990-2990
- Correo postal:
 MMM
 Departamento de Apelaciones y Querellas
 PO Box 72010
 San Juan PR 00936-7710

Programas de Calidad

Indicadores de Calidad y Desempeño

El Plan Vital ha desarrollado una serie de indicadores como parte del proceso de mejoramiento de calidad.

- Servicios de cuidado prenatal proporcionados por su médico
- Educación en salud y promoción de actividades de bienestar
- Coordinación de servicios en el manejo de condiciones agudas
- Educación al beneficiario en el manejo de condiciones médicas crónicas, como:
 - diabetes, hipertensión y asma, entre otras
- Educación a proveedores
- Ayuda a los médicos a brindar una mejor calidad de cuidado
- Nivel de servicios preventivos cubiertos
- Monitoreo de las medidas de desempeño sobre los Determinantes Sociales de Salud (SDOH)

Provisiones generales

- Proveer un cuidado de calidad a sus beneficiarios con el propósito de mejorar su estado de salud o que mantengan una buena condición de salud.
- Trabajar en conjunto con los beneficiarios, proveedores y agencias relacionadas, para continuamente mejorar el cuidado de la salud de los beneficiarios.
- ASES, junto con otros programas federales y según las regulaciones de Puerto Rico, será el encargado de monitorear el cumplimiento del cuidado de salud que se ofrezca.

Red de proveedores

Responsabilidades del médico primario

¿Qué es un médico primario?

- Profesional de la salud debidamente licenciado para ejercer la práctica de la medicina en Puerto Rico.
- Contratado por la aseguradora de salud física como médico participante dentro de un Grupo Médico.

Sus responsabilidades son:

- Realizar las evaluaciones médicas pertinentes al estado de salud de los beneficiarios.
- Brindar, coordinar y ordenar todos los servicios y tratamientos de salud que necesiten los beneficiarios de Plan Vital.
- Proveer los servicios médicos preventivos para mantener saludables a los beneficiarios.
- Informarle al beneficiario cuando entienda que es necesario visitar a un especialista o subespecialista.
- Proveer referidos a los beneficiarios cuando sea necesario.
- Coordinar las visitas a especialistas o subespecialistas fuera de la Red Preferida del Grupo Médico Primario.

¿Quiénes se consideran Médicos Primarios?

- Médicos Generalistas
- Médicos de Familia
- Pediatras
- Ginecólogos/Obstetras
- Internistas

Red Preferida del Grupo/Médico Primario

- Médicos especialistas y subespecialistas
- Servicios médicos anciliares (suplementarios)
- Laboratorios clínicos
- Pruebas diagnósticas especializadas
- Centros de imágenes
- Centros de cirugía cardiovascular y cateterismo
- Hospitales
- Sala de urgencias
- Sala de emergencias

Red General de Proveedores

- Médicos especialistas, subespecialistas y facilidades de servicios de salud.
- Contratados por la aseguradora de salud física para brindar apoyo a los Grupos Médicos Primarios.
- Brinda servicios que el beneficiario no pueda obtener a través de la Red Preferida de su Grupo Médico Primario.
- Para visitar esta red, el beneficiario deberá obtener el referido de su médico primario y se aplicarán los copagos correspondientes.
- ASES establece un tarifario mínimo requerido para el pago de proveedores, basado en un por ciento del Medicare Fee Schedule conforme a la especialidad del proveedor.
- ASES estableció tarifas del 100% para todos los proveedores de salud, mientras que de un 75% para ambulancias y DME
- ASES establece un pago mínimo por beneficiario por mes (PMPM) para el médico primario, que actualmente es de \$18 PMPM.

