



ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

25 de enero de 2005

**A TODAS LAS ASEGURADORAS Y GRUPOS PARTICIPANTES DEL SEGURO
DE SALUD DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO**

Frank R. Díaz Ginés
Director Ejecutivo Interino

CARTA NORMATIVA #EAT-01-01-05

**Procedimiento para la Contratación por Excepción de Proveedores en más de
Un Grupo Médico**

Con el propósito de establecer un procedimiento a seguir en los casos en que únicamente como excepción se podría contratar al mismo proveedor en más de un grupo médico, se presenta el procedimiento que se acompaña para su debida cumplimentación en tales casos.

Debe quedar claro que solamente se considerará como favorable dicha contratación en los casos en que se evidencie la escasez de la especialidad en cuestión y siempre que se cumpla con el procedimiento que aquí se establece, demostrando que se han agotado los recursos para el reclutamiento de dicha especialidad.

Al someter el procedimiento deberá asegurarse de el proveedor que se recomienda no exceda el "ratio" establecido contractualmente de 1:1,700 y para ello deberá incluir toda la data al respecto que evidencie que éste no se verá afectado.

El mecanismo que hemos desarrollado persigue que la aseguradora nos provea la información que permita validar si es meritorio el que un proveedor pueda estar en más de un grupo médico. Una vez llevadas a cabo todas las actividades que requiere el formulario, ASES verificará la información provista contra los informes mensuales o trimestrales que someten las aseguradoras y en caso de encontrar alguna incongruencia notificará a la Aseguradora para que clarifique los datos.

PARTE I

FAVOR CUMPLIMENTAR LA SIGUIENTE INFORMACION Y SOMETER EVIDENCIA QUE DEMUESTRE LA BUSQUEDA DE NUEVOS PROVEEDORES PARA ATENDER ESCASEZ EN AREAS O MUNICIPIOS:

PRACTICA O ESPECIALIDAD QUE SE SOLICITA: _____
 MUNICIPIO: _____

METODO UTILIZADO PARA SOLICITAR PROVEEDORES :

Prensa _____: Nombre de Publicación _____ Fecha(s) _____
 Radio _____: Nombre de Programa _____ Fecha(s) _____
 Otro (Explique) _____

CANTIDAD DE ENTREVISTAS REALIZADAS: _____

RAZONES PARA DECLINAR OFERTA O DESCALIFICAR CANDIDATOS:

No está de acuerdo con el modelo _____
 No aceptó capitation _____
 No cumple con las credenciales exigidas _____
 Otro (explique) _____

PARTE II

FAVOR CUMPLIMENTAR LA SIGUIENTE INFORMACION PARA PROVEEDORES ACTIVOS EN REFORMA QUE PODRIAN E INTERESARIAN TRABAJAR EN MAS DE UN CENTRO CON EL PROPOSITO DE SATISFACER ESCASEZ DE PROVEEDORES:

NOMBRE PROVEEDOR: _____
 NUMERO GRUPO AL CUAL PERTENECE: _____ NUMERO NUEVO GRUPO: _____
 DIRECCION FISICA GRUPO ACTUAL: _____
 DIRECCION FISICA NUEVO GRUPO: _____

HORARIO EN GRUPO MEDICO ACTUAL				HORARIO EN NUEVO GRUPO MEDICO			
Lunes		Viernes		Lunes		Viernes	
Martes		Sabado		Martes		Sabado	
Miércoles		Domingo		Miércoles		Domingo	
Jueves				Jueves			
Matrícula:				Matrícula:			
Capitation Acordado:				Capitation Acordado:			