

1 de enero de 2025

## **A TODOS LOS PROVEEDORES PARTICIPANTES DE THERAPY NETWORK OF PUERTO RICO**

### **Resumen de beneficios Productos Individuales y Grupales HUMANA MA 2025**

Estimado Proveedor:

En Therapy Network de Puerto Rico deseamos orientarle sobre los beneficios de los productos individuales y grupales de Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc. (HMO) and Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. (PPO), efectivos el 1 de enero de 2025.

#### **Servicios Cubiertos por el Plan**

Es de suma importancia saber que el Centro de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) establece que cuando los afiliados reciben **servicios incluidos en su cubierta del plan**, no se les debe cobrar un costo compartido mayor al establecido por el plan. De igual manera, CMS establece que los proveedores contratados no deben cobrarle al afiliado la diferencia entre la tarifa propietaria de su oficina y la cantidad pagada por el plan. Por lo tanto, antes de ofrecer el servicio, el proveedor debe validar si está cubierto por el plan del paciente y cuál es el copago o coaseguro aplicable. De esta manera, el proveedor puede explicarle al afiliado cuál es su responsabilidad de pago. CMS desapruueba la práctica de que el afiliado firme un acuerdo, en el que consienta pagar la diferencia. El proveedor debe regirse por los términos de la cubierta del afiliado.

Para su referencia, le incluimos la tabla con los copagos y coaseguros de los productos individuales y grupales de Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc. (HMO) and Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. (PPO) que aplican específicamente a sus especialidades, indicándoles el copago o coaseguro que corresponde pagar a los afiliados, según aplique.<sup>1</sup>Le exhortamos a compartir esta información con su personal de facturación y las áreas que usted entienda necesarias para que también estén informadas. Recuerde que la información de beneficios provista en esta comunicación es un resumen y no una descripción detallada. Limitaciones podrían aplicar.

#### **Servicios Cubiertos por el Plan**

En caso de que el paciente decida recibir **servicios no cubiertos por el plan**, debe asegurarse de documentar por escrito el acuerdo de pago con el paciente antes de brindarle el servicio. Dicho acuerdo escrito debe:

- indicar claramente que el servicio no está cubierto por el plan.
- desglosar los códigos y costos por cada servicio no cubierto.
- ser firmado por el paciente y archivarse en el expediente del paciente.

---

<sup>1</sup> Esta comunicación es de carácter informativo. Para detalles sobre los beneficios debe referirse a la Explicación de Cubierta (EOC) aplicable.

Valoramos y agradecemos su compromiso con la prestación de servicios a los afiliados de Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc. (HMO) and Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. (PPO), en cumplimiento con los requisitos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).

Para más información sobre este particular, puede comunicarse al 1.877.614.5056 (libre de costo) y marcar la opción 2 para contactar al Departamento de Relaciones con el Proveedor, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 pm. También puede contactar a su Representante de Servicio al Proveedor asignado.

Cordialmente,



Ricardo Grover Colón  
Director de la Red  
Therapy Network of Puerto Rico

<b>BENEFICIOS DE HUMANA MA 2025</b>			
<b>PLAN DESCRIPTION (Descripción de Cubierta)</b>	<b>CÓDIGO DE CUBIERTA</b>	<b>ESPECIALISTA</b>	<b>TERAPIA</b>
BECTON DICKINSON	H2029801	\$12.00	\$8.00
ELA-CENTRAL RETIREMENT (Rubi Max)	H4007843	\$0.00	\$0.00
ELA-CENTRAL RETIREMENT (Zafiro)	H4007837	\$0.00	\$0.00
ELA-TEACHER RETIREMENT (Rubi Max)	H4007843	\$0.00	\$0.00
ELA-TEACHER RETIREMENT (Zafiro)	H4007837	\$0.00	\$0.00
Humana Gold Plus (HMO)	H4007012	\$0.00	\$6.00
	H4007021	\$0.00	\$6.00
	H4007024	\$0.00	\$6.00
	H4007025	\$0.00	\$6.00
	H4007029	\$0.00	\$6.00
Humana Gold Plus (HMO-POS)	H4007028	\$0.00	\$6.00
Humana Gold Plus HMO SNP-DE (HMO D-SNP)	H4007016	\$0.00	\$0.00
	H4007018	\$0.00	\$0.00
Humana Gold Plus SNP-DE (HMO D-SNP)	H4007030	\$0.00	\$0.00
	H4007031	\$0.00	\$0.00
Humana Gold Plus SNP-DE (HMO-DSP)	H4007026	\$0.00	\$0.00
	H4007027	\$0.00	\$0.00
HumanaChoice Value (PPO)	H2029001	\$8.00	\$20.00