



NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA: ____/____/____

QUERIDOS PACIENTES:

Durante los últimos meses, el estado de ProHealth como proveedor dentro de la red para los beneficiarios de HealthFirst ha sido cuestionado.

ProHealth nunca ha recibido comunicación escrita de HealthFirst indicando de que no estamos en la red servicios.

Sin embargo, algunos de nuestros pacientes nos han informado que recibieron cartas de HealthFirst indicando que ProHealth ya no está en red con HealthFirst.

Varios pacientes nos han informado que han llamado a HealthFirst para preguntar sobre el vínculo entre HF and PH, y les han dicho que ProHealth ya no desea participar en la red de servicios de HealthFirst, *esto no es cierto*.

El 5/24/23, después de múltiples consultas, ProHealth recibió un correo electrónico de HealthFirst's Ancillary Contratista de servicios, quien escribió: " Please note, our records indicate the facility is in network". (Tenga en cuenta que nuestros registros indican que la instalación está en la red de servicios).

ProHealth ha recibido algunas solicitudes de autorización aprobadas casi a diario, sin embargo, algunos pacientes han recibido cartas que indican que ProHealth no está en red con HealthFirst.

Sin embargo, la confusion existe, y nosotros sentimos la necesidad de proporcionar toda informacion que tenemos en este momento y continuaremos haciendolo, mientras trabajamos incansablemente para permitir que los beneficiarios de HealthFirst se continuen beneficiando de la atencion especializada que brindan nuestros proveedores y personal en general.

- Hay discusiones en curso sobre la relación futura entre HF y ProHealth;
- Hasta que se resuelva el problema con HF, ProHealth continuará brindando servicios de conformidad con una autorización de HF;
- En el caso de que HF posteriormente se niegue a reembolsar los servicios que fueron autorizados, ProHealth apelará las reclamaciones y no tiene intención de facturar el saldo a los pacientes.
- Sin embargo, bajo ninguna circunstancia se exonerara a los pacientes de sus obligaciones de participación en los gastos (copago, coseguro y/o deducible).

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ REP. ADMIN: _____

FIRMA: _____ FIRMA: _____

FECHA: ____/____/____ FECHA: ____/____/____