

**ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS**

**INFORME DE EXAMEN
RYDER HEALTH PLAN, INC.**
Al 31 de diciembre de 2007

ENMENDADO

María I. Pedrosa Rosa
Examinadora

TABLA DE CONTENIDO

ALCANCE	1
HISTORIA.....	2
LIBROS CORPORATIVOS	3
ARTÍCULOS DE INCORPORACIÓN Y ESTATUTOS	3
JUNTA DE DIRECTORES	4
FUNCIONARIOS.....	6
CONTRATO DE PROVEEDOR.....	6
CONTRATO PER CÁPITA.....	8
COMITÉ DE QUERELLAS	8
TARIFAS Y EVIDENCIAS DE CUBIERTA	10
EVIDENCIA DE CUBIERTA	10
PERSONAL PRODUCTOR	11
SISTEMA DE CONTABILIDAD.....	11
ESTADOS FINANCIEROS	12
ESTADO DE SITUACIÓN.....	13
ESTADO DE INGRESOS Y GASTOS.....	14
COMENTARIOS SOBRE ALGUNAS PARTIDAS DEL INFORME ANUAL 2007.....	15
EFECTIVO	15
INTERESES POR COBRAR.....	15
DEPÓSITO ESTATUTARIO.....	15
PRIMAS POR COBRAR.....	16
GASTOS GENERALES POR PAGAR.....	17
SOBRANTE NO ASIGNADO	17
RECLAMACIONES POR PAGAR	17
OTROS ASUNTOS.....	18
PRÉSTAMO SIN LA GARANTÍA DEL ACTIVO	18
RESUMEN DE PUNTOS IMPORTANTES	21
ANEJO A	



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

23 de abril de 2010

Sr. Ramón L. Cruz-Colón, CPCU, ARe, AU
Comisionado de Seguros
Guaynabo, Puerto Rico

Estimado Comisionado:

Conforme a la Orden de Investigación Número EX-2008-183 del 5 de septiembre de 2008, y en armonía con las disposiciones del Artículo 19.180(1) del Código de Seguros de Puerto Rico, se le practicó un examen regular a la Organización de Servicios de Salud

RYDER HEALTH PLAN, INC.

a quien se hará referencia en este informe como "la Organización" o "Corporación".

ALCANCE

El examen de las operaciones de la Organización cubrió el período comprendido entre el 1 de enero de 2003 al 31 de diciembre de 2007, incluyendo todas aquellas transacciones subsiguientes que se consideraron necesarias. Este examen se llevó acabo en las oficinas principales de la Organización, ubicadas en la Avenida Font Martelo #353, Suite 1, Humacao, Puerto Rico.

El propósito de este examen fue verificar el cumplimiento de la Organización con las disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico y su Reglamento, para determinar la situación financiera de la Organización de acuerdo con los procedimientos y prácticas de contabilidad estatutarias aplicables a las organizaciones de servicios de salud. Se verificó, además, el cumplimiento de la Organización con las diferentes cartas circulares y normativas emitidas por la Oficina del Comisionado de Seguros, en adelante, "esta Oficina", particularmente con la Carta Normativa Número C-A-I-2-1232-91 de 21 de febrero de 1991, sobre la contratación de proveedores de servicios de salud a base per cápita.

HISTORIA

La Organización se registró el 7 de mayo de 1984, en el Departamento de Estado del Estado Libre Asociado de Puerto Rico con el nombre de Ryder Health Plan, Inc., con el número de registro 14576, como una corporación sin fines de lucro. La Organización se creó para proveer servicios médico- hospitalarios a través del Ryder Memorial Hospital, Inc. Su certificado de autoridad fue emitido el 1 de octubre de 1984.

Los incorporadores de la Organización fueron las siguientes personas:

Sr. Oscar E. Rodríguez
Lcdo. Hipólito Marcano
Sra. Mary Jo S. Espasas
Sr. Estanislao García

LIBROS CORPORATIVOS

ARTÍCULOS DE INCORPORACIÓN Y ESTATUTOS

En el Caso E-2001-255 del 8 de octubre de 2001 relacionado con el Informe de Examen, al 31 de diciembre de 2000, esta Oficina, le señaló a la Organización haber hecho uso de la palabra “seguros” en sus Artículos de Incorporación y Reglamento. Como medida correctiva, la Organización presentó, en este examen, una Resolución de su Junta de Directores, del 25 de agosto de 2007, en la que aprobó enmendar el Artículo II, inciso (a) de los Artículos de Incorporación, a los efectos de sustituir la palabra “seguros” por “cubierta de salud prepagada”.

Conforme se verificó, en este examen, mediante la Moción de Cumplimiento de Orden, del 31 de agosto de 2007, la Organización, archivó en esta Oficina las referidas enmiendas y mediante la carta del 31 de agosto de 2007, sometió las mismas enmiendas al Departamento de Estado del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, el cual, las archivó mediante la carta del 3 de diciembre de 2007.

La Organización, también, como parte de la referida enmienda, incluyó enmendar el Artículo I de los Estatutos, para reconocer, en éstos, que el nombre de la Organización es Ryder Health Plan, Inc., pero que dicho nombre en el idioma español era reconocido como “Plan de Salud Ryder”.

La Organización cumplió con el Artículo 29.070(3) y 29.080(3) del Código de Seguros de Puerto Rico, según enmendado, al presentar, a esta Oficina, las enmiendas efectuadas a sus Artículos de Incorporación y Estatutos.

ADMINISTRACIÓN Y CONTROL

JUNTA DE DIRECTORES

De acuerdo con la certificación del 23 de octubre de 2008, sometida durante este examen, y con las minutas de la Junta de Directores de la Organización, para el período examinado, la Junta de Directores estaba, conforme con las disposiciones del Artículo 19.060 del Código de Seguros de Puerto Rico, compuesta por las siguientes 20 personas:

Nombre	Puesto
Lic. Michael Díaz Guzmán	Presidente
Sr. Roque Lebrón	Vicepresidente
Sr. Gerardo Pérez	Tesorero
Sra. Elisama Velázquez	Secretaria
Dra. Francisca Rodríguez	Representante de la Comunidad
Lic. Miriam Alicea	Representante de la Comunidad
Ing. Heriberto Silva	Representante de la Comunidad
Ing. Jesús M. Reina	Representante de la Comunidad
Lic. Juan Marcano	Representante de la Comunidad
Sra. Elsa Berríos	Representante de la Comunidad
Sr. Boanerges García	Representante de la Comunidad
Sr. Luis López	Representante de la Comunidad
Sra. Saribelle Reyes	Representante Iglesia Evangélica Unida
Sra. Joaquina De León	Representante Iglesia Evangélica Unida
Rev. Edward Rivera	Representante Iglesia Evangélica Unida
Sra. Bárbara T. Baylor	Representante Iglesia Unida de Cristo
Sra. Carmen Alicia Nebot	Representante Iglesia Unida de Cristo
Rev. Richard Sparrow	Representante Iglesia Unida de Cristo
Rev. Alfonso Román	Representante Iglesia Unida de Cristo
Dr. Raúl Ramos Pereira	Representante Facultad Médica

El Artículo III de los Estatutos de la Organización, establece:

“This Corporate will no members and its affairs shall be conducted by a board of nineteen (19) directors...”. “Those members of the Board of

Directors who are not residents of Puerto Rico will name a regular alternate who would be free to attend all Board meetings and who will have voice...". "Given the situation where the regular Board member would be unable to attend a regular or a special meeting of the Board, for that occasion the alternate would have the right to vote...".

Conforme al Artículo III, antes referido, la figura del director alterno se activará únicamente sobre aquellos miembros de la Junta de Directores, que no sean residentes de Puerto Rico.

En nuestra revisión se observó, para los años examinados, que a la celebración de las reuniones de la Junta de Directores, por lo general, asistían entre 15 y 23 directores, indistintamente, de la composición máxima requerida de 19 directores, y de que éstos fueran directores regulares o alternos. También, mediante la certificación del 23 de octubre de 2008, arriba mencionada, la Organización informó que su Junta de Directores, al 31 de diciembre de 2007, se componía de 20 directores y no hacía distinción entre directores regulares o alternos.

Lo anterior, es contrario a las disposiciones del referido Artículo III de los Estatutos de la Organización, por lo que la Organización no cumplió, para el período examinado, con sus Estatutos. No obstante, la Organización, como medida correctiva, presentó a esta Oficina, una certificación del 9 de noviembre de 2012, corrigiendo la composición de 19 directores (una posición estaba vacante), y distinguiendo entre éstos en regulares y alternos, conforme lo requiere el Artículo III de sus Estatutos.

Se le requiere a la Organización, que en lo sucesivo, cumpla a cabalidad con la composición de sus 19 directores en las reuniones de Junta de Directores y distinga en las minutas de dichas reuniones, la asistencia de directores regulares y alternos,

conforme lo establecen sus Estatutos. La Organización cumplió con el Artículo 29.080(3) del Código de Seguros de Puerto Rico, según enmendado.

FUNCIONARIOS

Al 31 de diciembre de 2007, los funcionarios de la Organización eran:

Nombre	Puesto
Sr. José R. Feliciano Sepúlveda	Director Ejecutivo
Sr. Juan L. De La Rosa	Director Plan de Salud

CONTRATO DE PROVEEDOR

Al 31 de diciembre de 2007, la Organización poseía vigente un contrato de proveedor con su afiliada Ryder Memorial Hospital, Inc., (Hospital), cuya fecha de efectividad fue el 1 de octubre de 1984, y año por año, consecutivamente, había sido renovado hasta el año 2007.

Mediante dicho contrato, el Hospital, a través de la subcontratación de proveedores médicos-hospitalarios, se compromete a suministrar los beneficios y servicios de salud ofrecidos por la Organización en sus distintos planes de cubiertas de salud. La remuneración al Hospital, según se establece en la Cláusula III de dicho contrato, es como sigue:

1. La Organización, mensualmente, adelantará al Hospital no menos del 90% de las primas facturadas, entendiéndose que periódicamente o a final de año se hará una liquidación final basada en los cargos usuales y acostumbrados del Hospital.
2. Si surgiera en la liquidación final alguna diferencia en exceso, entre lo facturado y la remuneración adelantada, y la misma fuera a favor del Hospital, éste último

considerará hacer un descuento a la Organización que pudiera ser hasta el total de la diferencia o hacer un plan de pago a la Organización.

En la Cláusula XV, del referido contrato, se establece que en caso de insolvencia o de incapacidad real de la Organización que le impidiera cumplir con sus obligaciones hacia el Hospital, este último asumiría toda obligación pendiente de pago.

Por otro lado, mediante acuerdo verbal, la Organización y el Hospital, convinieron que los pagos a los proveedores subcontratados por el Hospital, para ofrecer los servicios médicos hospitalarios a los suscriptores de la Organización, fueran efectuados por la Organización. Posteriormente, el Hospital le rembolsa a la Organización dichos pagos.

En el Caso E-2001-255 del 8 de octubre de 2001- Informe de Examen, al 31 de diciembre de 2000, esta Oficina le señaló a la Organización que el contrato de proveedor, arriba mencionado, era operado por la Organización como uno de base per cápita, por consiguiente, el mismo no cumplía con las disposiciones de la Carta Normativa Núm. C-A-I-2-1232-91 de 21 de febrero de 1991.

Mediante la Resolución del 24 de julio de 2007 del Caso E-2001-255 del 8 de octubre de 2001, esta Oficina concluyó que la Organización operaba el contrato de referencia como uno de base per cápita, por lo que ordenó a la Organización que sometiera un contrato nuevo, con fecha de efectividad al 1 de enero de 2008, ya fuera uno de base "Fee For Services" o Per Cápita, que cumpliera con la Carta Normativa Número C-A-I-2-1232-91, supra. La Organización optó por someter un contrato per capita, el cual, se discute en este informe, bajo el tópico Contrato per cápita.

CONTRATO PER CÁPITA

De conformidad con la Resolución del 24 de julio de 2007, Caso Núm. E-2001-255, la Organización sometió a esta Oficina el 31 de octubre de 2007, para aprobación, un contrato per cápita, entre la Organización y el Hospital, cuya fecha de efectividad fue el 1 de enero de 2008. La tasa per cápita establecida es de \$45, basada en la experiencia real de la utilización de los servicios, según el correspondiente estudio actuarial. El acuerdo tendría vigencia por un (1) año y se renovarían, por acuerdo de ambas partes, de año en año, a menos que alguna de las partes, con 30 días de anticipación, entregara a la otra parte una notificación escrita de terminación del contrato. Mediante carta AF- 228 del 17 de enero de 2008, esta Oficina aprobó dicho contrato, disponiendo que la Organización deberá notificar la renovación del mismo con 60 días de anticipación.

En este examen, se verificó el desarrollo de los pagos mensuales efectuados por la Organización al Hospital, de enero a agosto de 2008, según la tasa per cápita presentada en el referido contrato, encontrándose que la Organización utilizó dicha tasa conforme le fue aprobada por esta Oficina.

COMITÉ DE QUERELLAS

El Artículo 19.120 del Código de Seguros de Puerto Rico, dispone que toda organización de servicios de salud deberá establecer y mantener un sistema de querellas aprobado por el Comisionado de Seguros, que provea los procedimientos adecuados y razonables para la pronta resolución de las querellas de los suscriptores o proveedores, que incluirá la designación de un comité cuyos miembros representen a los suscriptores

individuales, planes grupales y proveedores, los cuales, a su vez, no podrán ser empleados de la organización de servicios de salud.

Al 31 de diciembre de 2007, el Comité de Querellas de la Organización, según el informe de querellas sometido a esta Oficina, estaba compuesto por las siguientes personas:

Nombre	Representando a:
Sr. Roberto Escudero Casanova	Suscriptores Individuales
Sra. Edna M. Rivera Silva	Suscriptores Planes Grupales
Dr. Miguel Rodríguez Torres	Proveedores

Conforme se revisó en este examen, a través del listado de los empleados y de los directores de la Organización, se encontró que el Comité de Querellas establecido por la Organización, estaba compuesto por miembros que cumplían con las disposiciones del Artículo 19.120, supra.

Por otro lado, conforme a las disposiciones del Artículo 19.120 (1)(f) del Código de Seguros de Puerto Rico, para el período examinado, la Organización archivó en esta Oficina, el informe de querellas correspondiente al año 2007. En el mismo, la Organización informó no haber recibido querellas, por lo que el Comité de Querellas no se reunió durante el período examinado. La Unidad de Servicios al Consumidor, de esta Oficina, informó que, en el período examinado, no recibió querellas contra la Organización. La Organización cumplió con las disposiciones del Artículo 19.120(e) del Código de Seguros de Puerto Rico.

TARIFAS Y EVIDENCIAS DE CUBIERTA

Las tarifas utilizadas por la Organización en los planes de cubiertas del año 2006-2007, para los empleados de gobierno y grupos privados, fueron aprobadas por esta Oficina. En una muestra de 16 expedientes de los suscriptores de la Organización, se encontró que las tarifas cobradas por la Organización a sus suscriptores eran las aprobadas por esta Oficina. Ver Anejo A.

EVIDENCIA DE CUBIERTA

Conforme a las disposiciones del Artículo 19.080(d) del Código de Seguros de Puerto Rico, las evidencias de cubiertas utilizadas por la Organización, durante el período examinado, fueron aprobadas por esta Oficina.

Sin embargo, en la revisión de las evidencias de cubiertas, para los empleados públicos y grupos privados, presentadas para examen, se encontró que en éstas la Organización hacía uso de palabras descriptivas del negocio de seguros como: “asegurado”, “el asegurador (a)”, “póliza”, “honorarios” y “co aseguro”.

Lo anterior es contrario al Artículo 19.150(4) del Código de Seguros de Puerto Rico, según enmendado. No obstante, la Oficina de Seguros Públicos del Departamento de Hacienda de Puerto Rico, mediante la Carta Circular Número 01-2006 del 10 de marzo de 2006 por la Ley Número 95 del 29 de junio de 1963- Ley de Beneficios de Salud para Empleados Públicos, dispone el lenguaje que las Organizaciones que proveen servicios de salud en Puerto Rico, deben utilizar en sus evidencias de cubiertas para empleados públicos, el cual, incluye hacer uso de las palabras descriptivas del negocio de seguros, antes mencionadas. Por lo que la Organización al hacer uso de las

palabras señaladas estaba cumpliendo con la mencionada Ley 95, supra, dejando así, sin efecto las disposiciones del Artículo 19.150(4) del Código de Seguros de Puerto Rico.

PERSONAL PRODUCTOR

Al 31 de diciembre de 2007, la suscripción de los servicios de salud ofrecidos por la Organización, era gestionada por el personal de la Organización. En nuestra revisión, se encontró que los servicios de suscripción fueron efectuados en las facilidades de la Organización. No obstante, como parte del plan de mercadeo de la Organización, ésta ofrece orientaciones, sobre sus planes de salud a los prospectos suscriptores en las áreas adyacentes a las oficinas de la Organización. Estas orientaciones son llevadas a cabo por el Sr. Carlos Báez Lamouth, quién en la Organización ocupa el puesto de Representante de Servicios. Mediante certificación del 10 de diciembre de 2008, la Organización informó que el señor Báez no efectuaba las suscripciones a la Organización, sino que refería las mismas directamente a las facilidades de la Organización.

SISTEMA DE CONTABILIDAD

Para el período examinado, la Organización fue auditada por el contador público autorizado, Marcelino Torres de Jesús. Los registros de contabilidad, llevados de forma manual y mecanizada, consistían principalmente de:

1. Mayor General
2. Diario General
3. Balance de Comprobación

ESTADOS FINANCIEROS

A continuación se presentan los estados financieros de la Organización, al 31 de diciembre de 2007:

1. Estado de Situación Ajustado
2. Estado Ingresos y Gastos

RYDER HEALTH PLAN, INC.
ESTADO DE SITUACIÓN
AL 31 DE DICIEMBRE DE 2007

	Informe Anual	Dr	Cr	Examen
Activos				
Efectivo	\$ 434,734			\$ 434,734
Intereses por Cobrar	18,938			18,938
Primas por Cobrar	287,808			287,808
Depósito Estatutario	600,000			600,000
Total de Activos	\$1,341,480			\$1,341,480
Pasivos				
Primas cobradas por Adelantado	21,899			21,899
Gastos Generales Acumulados	21,639			21,639
Reserva Estatutaria	600,000			600,000
Total Pasivos	\$ 643,538			\$ 643,538
Sobrante				
Sobrante no Asignado	697,942			697,942
Total de Sobrante	697,942			697,942
Total Pasivos y Sobrante	\$ 1,341,480			\$ 1,341,480

RYDER HEALTH PLAN, INC.
ESTADO DE INGRESOS Y GASTOS
AL 31 DE DICIEMBRE DE 2007

Ingresos	
Primas Ganadas	\$ 3,128,695
Otros Ingresos	<u>58,395</u>
Total Ingresos	\$ 3,187,090
Gastos	
Hospitalización	\$ 837,817
Otros Servicios Médicos	1,083,430
Emergencias	308,033
Farmacia	598,087
Gastos Administrativos	<u>343,775</u>
Total de Gastos	<u>\$ (3,171,142)</u>
Ingreso Neto de operaciones	<u><u>\$ 15,948</u></u>

COMENTARIOS SOBRE ALGUNAS PARTIDAS DEL INFORME ANUAL 2007

A continuación se presentan comentarios a varias partidas del Informe Anual, que por su naturaleza ameritan comentarse o porque en este examen se efectuaron ajustes sobre las mismas.

EFFECTIVO **\$ 434,734**

Al 31 de diciembre de 2007, el balance presentado por la Organización para la cuenta de efectivo en el Informe Anual, ascendió a \$434,734, el cual se componía de \$134,434 en efectivo, mantenidos en el banco, y el Certificado de Depósito, Número 01020000003, con el Banco Popular de Puerto Rico, por \$300,000.

En nuestra revisión, se encontró que el balance presentado por la Organización en el Informe Anual 2007, para las cuentas de efectivo estaba en orden.

INTERESES POR COBRAR **\$18,938**

Al 31 de diciembre de 2007, el balance presentado por la Organización para Intereses por Cobrar en el Informe Anual, ascendió a \$18,938. Dicho balance se componía de los intereses generados por el Certificado de Depósito, Número 01020000003, y los certificados de depósito que poseía la Organización para cumplir con el Depósito Estatutario, según requerido por el Artículo 19.140 del Código de Seguros de Puerto Rico.

DEPÓSITO ESTATUTARIO **\$ 600,000**

Al 31 de diciembre de 2007, la Organización mantenía depositado \$600,000, en certificados de depósito, con el Secretario de Hacienda, a través de esta Oficina, para

garantizar sus obligaciones con los suscriptores y proveedores en cumplimiento con el Artículo 19.140 del Código de Seguros de Puerto Rico. En conformidad con el Artículo 19.142 del Código de Seguros de Puerto Rico, el depósito estatutario de \$600,000 fue reconocido como un pasivo en el estado de situación de la Organización.

PRIMAS POR COBRAR **\$287,808**

Al 31 de diciembre de 2007, el balance de las primas por cobrar presentado por la Organización en el Informe Anual, ascendió a \$287,808. Dicho balance se componía de primas por cobrar, según se presenta a continuación:

Suscriptor	Informe Anual 2007
Grupales- Privados	\$177,002
Pago Directo	39,569
ELA- Gobierno	140,830
Reserva cuentas incobrables	<u>(69,595)</u>
Balance al 31 diciembre 2007	<u><u>\$287,808</u></u>

Conforme a la revisión realizada durante nuestro examen se determinó que el balance presentado, por la Organización, para las primas por cobrar, al 31 de diciembre de 2007, era correcto.

En la revisión de los cobros, efectuados por la Organización, subsiguientes al 31 de diciembre de 2007, se determinó que la Organización había cobrado la totalidad de las primas por cobrar al 31 de diciembre de 2007.

GASTOS GENERALES POR PAGAR**\$ 21,639**

Al 31 de diciembre de 2007, el balance presentado por la Organización para los gastos generales por pagar, ascendió a \$21,639. Dicho balance se componía de los salarios de empleados, vacaciones de empleados, servicios profesionales, etc.

En nuestra revisión de los pagos, efectuados por la Organización, subsiguientes al 31 de diciembre de 2007, se determinó que la acumulación para los gastos generales, presentada por la Organización en su Informe Anual, estaba en orden.

SOBRANTE NO ASIGNADO**\$ 697,942**

Al 31 de diciembre de 2007, el balance presentado por la Organización para el Sobrante no Asignado, ascendía a \$697,942.

RECLAMACIONES POR PAGAR**\$ 0**

Al 31 de diciembre de 2007, la Organización no efectuó acumulaciones estimadas para las reclamaciones pendientes de pago del año 2007, por los servicios de salud rendidos por su proveedor de servicios de salud, Ryder Memorial Hospital, Inc., (Hospital). Esto en conformidad con la Cláusula III, inciso 2 del contrato de proveedor, mantenido entre la Organización y el Hospital, este último, mediante la resolución del 24 de enero de 2008, a través, del Sr. José Oscar Ortiz, Contralor, concedió a la Organización un descuento, ascendente a \$696,997, por concepto de la diferencia surgida, a favor del Hospital, entre la utilización facturada por el Hospital, durante el año 2007, y la remuneración adelantada al Hospital por la Organización en el mismo año. Ver tópico Contrato de Proveedor.

En la revisión de los pagos adelantados, por la Organización, por concepto de la utilización facturada por el Hospital durante el año 2007, se encontró lo siguiente:

Total facturado por el Hospital a la Organización	\$ 3,524,364
- Total de los pagos adelantados por la Organización al Hospital	<u>(2,827,367)</u>
Total Neto por Pagar al Hospital	\$ 696,997
- Descuento	<u>(696,997)</u>
Balance Reclamaciones por Pagar, al 31 de diciembre de 2007	<u><u>-</u></u>

OTROS ASUNTOS

PRÉSTAMO SIN LA GARANTÍA DEL ACTIVO

Al momento de este examen, la Organización mantenía un préstamo sin la garantía del activo, cuyo balance, al 31 de diciembre de 2007, ascendía a \$203,258, del cual \$50,000, correspondían al principal de la deuda y \$153,258 a los intereses acumulados. Dicho préstamo en el origen se efectuó, por \$100,000 con un interés de 12% anual, el cual fue aprobado por esta Oficina, en octubre de 1984^a.

Mediante la carta E-631(61) del año 1997^b, esta Oficina autorizó a la Organización a efectuar un primer desembolso por \$105,000, para el pago del préstamo sin la garantía del activo, aprobado en el 1984, del cual \$50,000, serían para el principal y \$55,000, para los intereses acumulados. Al efectuar el repago de los \$50,000 al principal, el balance del referido préstamo se redujo a \$50,000.

Mediante la carta del 19 de octubre de 2007, la Organización solicitó autorización a esta Oficina para efectuar un segundo repago al referido préstamo sin la garantía del activo, el cual, al 1 de diciembre de 2007, según la Organización, ascendería a un

^a No surge del expediente de la Organización, archivado en esta Oficina, la fecha exacta de la aprobación.

^b Dicha carta no establece la fecha exacta en que fue suscrita.

balance total acumulado de \$202,465, incluyendo el principal más los intereses acumulados.

Mediante la carta AF-332 del 12 de marzo de 2008, esta Oficina autorizó a la Organización a efectuar el desembolso de sólo \$50,000, ya que, de acuerdo con la situación financiera, presentada por la Organización, al tercer trimestre del año 2007, la Organización no tenía activos líquidos suficientes para efectuar el repago total, solicitado por la Organización. Esta Oficina, en la referida carta AF-332, no le especificó a la Organización cómo se aplicaría el desembolso de los \$50,000, si el mismo era aplicable al principal, o a los intereses acumulados, al 1 de diciembre de 2007, o a cualquiera otra distribución del balance total acumulado en el referido préstamo.

Durante este examen, la Organización expresó verbalmente su preocupación de que el balance de la deuda sobre el referido préstamo continúa aumentando, afectando sus operaciones.

De acuerdo con los resultados obtenidos, en este examen, la situación financiera de la Organización, al 31 de diciembre de 2007, es solvente, por lo que si esta Oficina autorizara el repago de la totalidad del balance acumulado por el préstamo sin la garantía del activo, aprobado en octubre de 1984, ascendente a \$203,258, la Organización aún poseería activos líquidos para cumplir con sus demás obligaciones, presentadas al 31 de diciembre de 2007.

No obstante, dado a que esta Oficina, mediante la carta AF-332, autorizó a la Organización el desembolso de \$50,000, pero no especificó cómo se aplicaría dicho desembolso, se recomienda que la Organización aplique el referido repago al principal

del referido préstamo. Además, se recomienda que la Organización exprese, por escrito, a esta Oficina, su preocupación respecto a que el referido préstamo afecta sus operaciones y solicite nuevamente el repago de la totalidad del mismo.

Respetuosamente sometido,



María I. Pedrosa Rosa

Examinadora

RESUMEN DE PUNTOS IMPORTANTES

1. La Organización cumplió con el Artículo 29.070(3) del Código de Seguros de Puerto Rico, al presentar a esta Oficina las enmiendas efectuadas a sus Artículos de Incorporación para sustituir la palabra “seguros” por “cubierta de salud prepagada”. Página 3.
2. La Organización, como medida correctiva, presentó a esta Oficina, una certificación del 9 de noviembre de 2012, corrigiendo la composición de 19 directores y distinguiendo entre éstos en regulares y alternos, conforme lo requiere el Artículo III de sus Estatutos. Página 5.
3. La Organización al hacer uso de las palabras descriptivas del negocio de seguros en sus Evidencias de Cubiertas para empleados públicos, estaba cumpliendo con la Ley Número 95 del 29 de junio de 1963- Ley de Beneficios de Salud para Empleados Públicos. Por lo que las disposiciones del Artículo 19.150(4) del Código de Seguros de Puerto Rico, quedaban sin efecto. Páginas 10.
4. La Organización, al 31 de diciembre de 2007, no efectuó acumulaciones estimadas para las reclamaciones pendientes de pago del año 2007. Esto en conformidad con las disposiciones en la Cláusula III, inciso 2, del contrato de proveedor mantenido entre la Organización y el Ryder Memorial Hospital, Inc. Página 16.
5. Se recomienda a la Organización que aplique el repago de los \$50,000, autorizados, por esta Oficina, mediante la carta AF-332 del 12 de marzo de 2008, al principal del préstamo sin la garantía del activo, aprobado en octubre de 1984.

Además, se recomienda que la Organización exprese, por escrito, a esta Oficina, su preocupación respecto a que el referido préstamo afecta sus operaciones.

Páginas 18-19.

Ryder Health Plan, Inc.
 Tarifas 2006- 2007
 Examen Regular 12-31-2007

ANEJO A

Empleados Activos y Pensionados sólo con Parte A o sin Medicare partes A & B

Categoría	Básica	Básica con Farmacia 9.1	Básica con Farmacia 9.2	Major Medical	Vida	Otra
Individual	\$ 79	\$ 104	\$ 153	\$ 14.50	N/A	N/A
Pareja	\$ 158	\$ 198	\$ 271	\$ 29.00	N/A	N/A
Familiar 3 ó más	\$ 220	\$ 312	\$ 468	\$ 32.50	N/A	N/A
Dependiente Opcional < 65 años	\$ 105	\$ 155	\$ 234	\$ 21.50	N/A	N/A
Dependiente Opcional ≥ 65 años sin Medicare A+B	\$ 190	\$ 240	\$ 358	\$ 32.50	N/A	N/A
Dependiente Complementaria Medicare	\$ 87	\$ 112	\$ 179	N/A	N/A	N/A

Pensionados con Medicare sólo partes A & B

Categoría	Básica	Básica con Farmacia 9.1	Básica con Farmacia 9.2	Major Medical	Vida	Otra
Individual Complementaria Medicare	\$ 87	\$ 112	\$ 179	N/A	N/A	N/A
Pareja Uno con A & B Complementaria Medicare	\$ 172	\$ 212	\$ 311	N/A	N/A	N/A
Pareja Ambos con A & B Complementaria Medicare	\$ 174	\$ 224	\$ 296	N/A	N/A	N/A
Familiar Uno ó más con A & B Complementaria Medicare	\$ 224	\$ 316	\$ 477	N/A	N/A	N/A