



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

AL CONTESTAR,
FAVOR REFERIRSE A:

9 de marzo de 2004

CARTA NORMATIVA NÚM.: N-E-3-51-2004

**A TODAS LAS ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD Y A TODOS
LOS ASEGURADORES DE INCAPACIDAD QUE SUSCRIBEN PLANES DE
CUIDADO DE SALUD EN PUERTO RICO**

**ASUNTO: LEY NÚM. 104 DE 19 DE JULIO DE 2002 (PAGO PUNTUAL DE
RECLAMACIONES)**

Estimados señoras y señores:

Mediante la Ley Núm. 104 del 19 de julio de 2002, la Asamblea Legislativa de Puerto Rico aprobó la "Ley para el Pago Puntual de Reclamaciones a Proveedores de Servicios de Salud". Dicha ley adicionó un Capítulo 30 al Código de Seguros de Puerto Rico con el propósito de fijar plazos a los aseguradores y a las organizaciones de servicios de salud para el pago de reclamaciones a los proveedores de servicios de salud, al igual que para disponer el procedimiento para objetar las reclamaciones presentadas para pago, entre otros extremos.

Posteriormente, la Oficina de la Comisionada de Seguros (OCS) promulgó la Regla LXXIII del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico, con el propósito de complementar la Ley Núm. 104. A pesar de ello, varios componentes de la industria de seguros han planteado ciertas interrogantes respecto a la implantación de esta Ley Núm. 104 y su Reglamento. En ánimo de aclarar tales interrogantes, la OCS establece las directrices aplicables a los siguientes asuntos:

1. Aplicación de la Ley Núm. 104 de 19 de julio de 2002 y la Regla LXXIII a las reclamaciones adjudicadas previo a la efectividad de la ley.

Apartado 8330 • San Juan, Puerto Rico 00910-8330

Tel. (787) 722-8686 • Fax (787) 722-4400

www.ocs.gobierno.pr

La Ley Núm. 104 aplica a toda reclamación procesable para pago que, al momento de entrar en vigor esa legislación, haya sido sometida por proveedores participantes y esté pendiente de procesar, al igual que cubre cualquier reclamación que esté en controversia al momento de entrar en vigor dicha legislación.

Las reclamaciones en controversia incluyen aquellas reclamaciones adjudicadas previo a la efectividad de la Ley 104 y que, al momento de entrar en vigor la misma, estuvieran pendientes de revisión. De igual forma se considerarán reclamaciones en controversia aquellas reclamaciones para las cuales, al momento de entrar en vigor la Ley 104, el proveedor participante haya entablado o iniciado alguna negociación, diálogo o polémica entre el proveedor y el Asegurador u Organización de Servicios de Salud. Es decir, incluyen las reclamaciones rechazadas parcial o totalmente, denegadas u objetadas, ya sea en poder del Asegurador, de la Organización de Servicios de Salud o de los proveedores, sujeto a lo antes establecido.

Estas reclamaciones también están sujetas al pago de los intereses correspondientes, según dispuesto por el Artículo 30.070 del Código de Seguros de Puerto Rico, que establece que, "cualquier reclamación procesable para pago que no sea pagada dentro del término dispuesto, devengará intereses a favor del proveedor participante, sobre el importe total no pagado de dicha reclamación o de aquella parte de la misma que sea procesable para el pago hasta la fecha de su saldo total, según el interés prevaleciente fijado por el Comisionado de Instituciones Financieras".

Por otro lado, de existir alguna diferencia o disputa en cuanto a la cantidad reclamada, la misma debe ser procesada de acuerdo a lo que dispone el Artículo 30.050 del Código de Seguros de Puerto Rico que trata sobre "Reclamaciones no Procesables para Pago". No se considerará que una reclamación está en disputa, si la cantidad que se propone adjudicar o adjudica el Asegurador u Organización de Servicios de Salud como pago está conforme a lo acordado entre las partes, independientemente de la cantidad que haya facturado el proveedor.

2. Aplicación de Ley Núm. 104 y la Regla LXXIII al Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

La Ley 104 y la Regla LXXIII aplicarán a las siguientes reclamaciones por servicios que estén cubiertas con fondos del Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, administrados o retenidos por el Asegurador u Organización de Servicios de Salud:

- Cualquier reclamación hecha por un proveedor participante cuyo pago se efectúe directamente por el Asegurador u Organización de Servicios de Salud contra los fondos institucionales o fondos catastróficos.

- Cualquier reclamación hecha por un proveedor participante cuyo pago se efectúe directamente por el Asegurador u Organización de Servicios de Salud, contra los fondos médicos retenidos.

Aquellas reclamaciones que no estén comprendidas dentro de las descritas anteriormente no estarán sujetas a las disposiciones de la Ley 104 ni de la Regla LXXIII.

3. Coordinación de Beneficios

En aquellos casos en los que se requiera la coordinación de beneficios, y en los que el Asegurador u Organización de Servicios de Salud no pueda constatar la fecha en la que el proveedor recibió la determinación de pago del plan primario, se establece como parámetro para comenzar a contar el término de los noventa (90) días, tres (3) días laborables después de la fecha en que se emitió el pago del plan primario.

Aclaremos que este parámetro se utilizará única y exclusivamente para los casos en los que no haya forma alguna de determinar la fecha en la que el proveedor recibió la determinación de pago del plan primario.

4. Incongruencia entre el Apéndice I y III de la Regla LXXIII del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico

Para corregir la incongruencia existente entre los Apéndices I y III de la Regla LXXIII del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico, se aclara que el periodo correcto es seis (6) meses, por lo que se modifica el Apéndice III (A) a esos efectos.

5. Re-sometimiento de reclamaciones

Con el propósito de evitar que la aplicación estricta del Artículo 30.050 del Código de Seguros de Puerto Rico pueda resultar irrazonable en algunas circunstancias, ya que éste ordena al Asegurador u Organización de Servicios de Salud a proceder con el pago de una reclamación una vez recibe del proveedor la información o documentación solicitada, determinamos lo siguiente:

- En aquellos casos en que se reciba la información o documentación requerida, según le fuera solicitada al proveedor, dentro de los términos establecidos y el Asegurador u Organización de Servicios de Salud detecte que era necesaria otra información no solicitada previamente, éste vendrá obligado a pagar la reclamación.

- Si el Asegurador u Organización de Servicios de Salud no estaba en posición de detectar la necesidad de dicha información al momento de objetar inicialmente la reclamación, entonces el Asegurador u Organización de Servicios de Salud procederá nuevamente a objetar y podrá solicitarle al proveedor la información o los documentos necesarios, dentro del término de treinta (30) días provistos por el referido Artículo 30.050 del Código de Seguros de Puerto Rico. El proveedor, a su vez, tendrá treinta (30) días para someter la documentación solicitada. Una vez recibida la información, el Asegurador u Organización de Servicios de Salud procederá conforme al Artículo 30.050 del Código de Seguros de Puerto Rico.
- En aquellos casos en que se reciba de parte del proveedor la documentación o información requerida y la misma demuestre que el servicio prestado no estaba cubierto por el plan de cuidado de salud, el Asegurador u Organización de Servicios de Salud podrá rechazar la reclamación.
- En aquellos casos en los que el proveedor someta de forma parcial los documentos solicitados inicialmente, el Asegurador u Organización de Servicios de Salud procederá nuevamente a objetar y solicitarle al proveedor la información o los documentos que faltan dentro del término de treinta (30) días provistos por el referido Artículo 30.050 del Código de Seguros de Puerto Rico. El proveedor, a su vez, tendrá treinta (30) días para someter la documentación solicitada. Una vez recibida la información, el Asegurador u Organización de Servicios de Salud procederá conforme lo dispuesto en los apartados anteriores.

6. Reclamaciones recibidas por el asegurador sin identificar el proveedor o el asegurado

Para aquellas reclamaciones que no contengan el nombre del proveedor o asegurado, cada Asegurador u Organización de Servicios de Salud deberá establecer un procedimiento para identificar al proveedor o asegurado de cualquier otra forma, ya sea mediante el número asignado, la dirección, el teléfono o cualquier otro método razonable de identificación. Si el Asegurador u Organización de Servicios de Salud no puede razonablemente identificar al proveedor o asegurado dentro del término de cuarenta (40) días que tiene para objetar la reclamación, la reclamación en cuestión no estará bajo las disposiciones de la Ley 104 ni la Regla LXXIII. El Asegurador u Organización de Servicios de Salud deberá conservar para inspección de la Oficina de la Comisionada de Seguros evidencia fehaciente del trámite realizado para identificar positivamente al proveedor o asegurado.

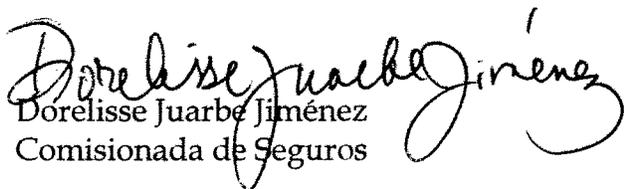
7. Reclamaciones recibidas en formato electrónico

En aquellos casos en los que las reclamaciones se reciban en formato electrónico, el Asegurador u Organización de Servicios de Salud, deberá establecer los procedimientos que entienda necesarios para impedir el rechazo de la totalidad de un archivo electrónico por que una o parte de las reclamaciones dentro de dicho archivo, estén incompletas.

Si el Asegurador u Organización de Servicios de Salud, por razón de limitaciones tecnológicas, se viera obligado a devolver todo el archivo electrónico, los términos dispuestos por la Ley 104 y la Regla LXXIII para procesar las reclamaciones, se interrumpirán y comenzarán a contar a partir de la fecha en la que el Asegurador u Organización de Servicios de Salud reciba el archivo electrónico corregido.

Se requiere a todas las organizaciones de servicios de salud y a todos los aseguradores de incapacidad que suscriban planes de cuidado de salud en Puerto Rico, que tomen conocimiento y cumplan estrictamente con lo aquí dispuesto.

Cordialmente,


Dorelisse Juarbe Jiménez
Comisionada de Seguros