

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

ENMENDADO

American Health, Inc.
Examen Regular al 31 de diciembre de 2005

Examinadores:
Vanessa Pellot
Eduardo Hernández

TABLA DE CONTENIDO

ALCANCE DEL EXAMEN.....	1
HISTORIA.....	2
ADMINISTRACIÓN Y CONTROL.....	2
ARTÍCULOS DE INCORPORACIÓN Y REGLAMENTO	4
OPERACIONES.....	5
COMITÉ DE QUERELLAS.....	9
INFORME ANUAL DE QUERELLAS.....	9
TARIFAS.....	10
INFORME ANUAL	10
SITUACIÓN FINANCIERA.....	12
ESTADO DE SITUACIÓN COMPARATIVO.....	13
ESTADO DE INGRESOS Y GASTOS.....	14
ESTADO DE SITUACIÓN AJUSTADO.....	15
CONCILIACIÓN DEL SOBRENTE NO ASIGNADO.....	16
COMENTARIOS Y HALLAZGOS DEL EXAMEN	17
ACCIONES COMUNES	17
EFECTIVO	18
PRIMAS POR COBRAR.....	19
EQUIPO ELECTRÓNICO	20
RECLAMACIONES POR PAGAR.....	20
GASTOS ACUMULADOS.....	22
CAPITAL.....	23
CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN - SOCIOS MAYORES EN SALUD, INC.	24
CONTRATOS PARA PROVEER SERVICIOS PROFESIONALES.....	26
CONCLUSIÓN.....	28
RECONOCIMIENTO	29
RESUMEN DE PUNTOS IMPORTANTES	30
ANEJO I	
ANEJO II	
ANEJO III	



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

24 de octubre de 2006

Lcda. Dorelisse Juarbe Jiménez
Comisionada de Seguros
Oficina del Comisionado de Seguros
Santurce, Puerto Rico

Estimada Comisionada:

Conforme a lo dispuesto en la Orden de Investigación Número E-2006-51 del 17 de mayo de 2006, se le practicó un examen de la situación financiera a la organización de servicios de salud,

American Health, Inc.

a la que se hará referencia en este informe como la Organización.

ALCANCE DEL EXAMEN

Este es el primer examen que se le practica a la Organización, el cual cubrió el período comprendido entre el 1 de julio de 2002 al 31 de diciembre de 2005, y se revisaron algunas transacciones subsiguientes. El examen se llevó a cabo en la oficina principal de la Organización, localizada en Avenida F.D. Roosevelt, Calle Resolución #2, Río Piedras, Puerto Rico. Efectivo el 12 de junio de 2006, la Organización trasladó su

oficina principal al Edificio Microsoft, Piso 2, Metro Office Park, San Juan, Puerto Rico, dicho cambio fue debidamente notificado a la Oficina del Comisionado de Seguros.

El propósito del examen fue determinar el cumplimiento con las disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico, su Reglamento y el de las Cartas Circulares y Normativas emitidas por el Comisionado de Seguros de Puerto Rico. Se verificó además, cumplimiento con los procedimientos indicados en el "Accounting Practices and Procedures Manual", publicado por la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC), por sus siglas en inglés.

HISTORIA

La Organización se incorporó el 6 de diciembre de 2000, ante el Departamento de Estado de Puerto Rico, como una corporación con fines de lucro. La Organización fue autorizada efectivo el 1 de julio de 2002, por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, para actuar como una organización de servicios de salud, a tenor con las disposiciones del Capítulo 19 del Código de Seguros de Puerto Rico, con el propósito de ofrecer servicios de salud a toda la isla y proveer servicios de salud a empleados públicos bajo la Ley Núm. 95, aprobada el 29 de junio de 1963.

ADMINISTRACIÓN Y CONTROL

Los negocios y asuntos de la Organización estaban administrados por una Junta de Directores, la cual estaba compuesta por las siguientes personas, según nos fuera certificado mediante memorando del 14 de junio de 2006, cuyos puestos fueron aprobados por los accionistas y la Junta de Directores en sus respectivas reuniones:

Nombre	Puesto	Vigencia del Puesto
Sr. Iván Ríos Toledo	Presidente	2002 al Presente
Sr. Armando Muñoz Bermúdez	Vicepresidente	2002 - 2003
Sr. Armando Muñoz Alvarado	Vicepresidente	2004 al Presente
Sr. José A. Quiñones Tapia	Secretario	2002 - 2003
Sr. Armando Muñoz Bermúdez	Secretario	2004 al Presente
Sr. Héctor L. Cruz Batista	Tesorero	2002 - 2003
Armando Muñoz Bermúdez	Tesorero	2004 al Presente

Los funcionarios de la Organización al 31 de diciembre de 2005, según nos fuera certificado por la Organización y aprobado por la Junta de Directores, eran las siguientes personas:

Nombre	Puesto que Ocupa	Periodo
Sr. Iván Ríos Toledo	Presidente	2002 al Presente
Sr. Armando Muñoz Bermúdez	Director Médico	2002 al Presente
Sr. Humberto A. Piovanetti	Director de Finanzas	Junio - 2006
Sra. Yanina Sulé	Gerente de Oficina	Diciembre, 2005 - Presente
Sr. Gilberto Figueroa	Coordinador de Suscripción	2004 al Presente
Sra. Iris D. Rivera	Gerente de Servicios	2002 al Presente
Sr. Manuel Díaz	Gerente de Sistemas	2004 al Presente
Sra. Edmeé Aguayo	Evaluador de Riesgos	2004 al Presente
Sra. Marí C. Muñoz	Supervisor Reclamaciones	2004 al Presente

Es importante señalar, que el 12 de junio de 2006, comenzó el nuevo Director de Finanzas de la Organización, el cual estará a cargo del manejo de los registros y subsidiarios contables de la Organización, la preparación de los informes anuales y trimestrales que se radican a la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

ARTÍCULOS DE INCORPORACIÓN Y REGLAMENTO

Conforme lo establecen sus Artículos de Incorporación, su oficina principal estaría localizada en la Calle Bolivia #33, Suite 301, Tercer Piso, Hato Rey, Puerto Rico.

Mediante carta del 18 de julio de 2001, la Organización sometió a esta Oficina la enmienda a sus Artículos de Incorporación, con el propósito de establecer su nueva dirección física: Calle Resolución #2, Avenida F.D. Roosevelt, Caparra Heights, Río Piedras, Puerto Rico y la dirección postal: Apartado 195654, San Juan, Puerto Rico, 00919-5654. Con carta E-112 del 2 de octubre de 2003, esta Oficina aprobó la referida enmienda dando por archivada la misma.

Según sus Artículos de Incorporación, el capital autorizado de la Organización consistirá de 500 acciones comunes Clase A y 1,500 acciones comunes Clase B, sin valor par cada una de éstas. El 21 de marzo de 2003, la Organización sometió para su archivo a la Oficina del Comisionado de Seguros, una enmienda a sus Artículos de Incorporación. La enmienda consistía en aumentar de 1,500 a 2,500 el número de las acciones comunes Clase B.

A la fecha del examen la Organización tenía emitidas y en circulación 1,875 acciones comunes que correspondían a la Clase B, a un valor establecido de \$10.00 cada acción para un capital en acciones comunes de \$18,750.

La Organización efectivo el 4 de junio de 2001, enmendó los contratos de compraventa de acciones para establecerle un valor a las acciones comunes Clase B, el cual sería de \$10.00 por acción y el precio de venta de éstas sería de \$1,000.

Mediante memorando del 18 de mayo de 2006, se le solicitó a la Organización como parte de los documentos a revisar en el transcurso del examen, copia de los Artículos de Incorporación y Reglamento de la Organización, con sus respectivas enmiendas, si alguna. La Organización no entregó ninguna enmienda relacionada al valor establecido de las acciones, sólo la enmienda que aumentaba a 2,500, el número de acciones comunes Clase B. La Organización deberá enmendar sus Artículos de Incorporación para incluir en éste el valor de las acciones, conforme al valor par que ésta le designó. La Organización enmendó prospectivamente sus Artículos de Incorporación para asignar un valor par de diez dólares (\$10), a sus acciones comunes Clase B.

Por otra parte, el Reglamento de la Organización establece que las reuniones anuales de Accionistas se celebrarán el 15 de marzo de cada año. Las reuniones anuales de accionistas para los años que cubre el período examinado fueron realizadas durante el mes de mayo incumpliendo con las disposiciones de su reglamento corporativo. Se le requiere a la Organización que enmiende su Reglamento, si interesa continuar llevando a cabo las reuniones de accionista en un mes distinto al que establece su Reglamento. La Organización enmendó su Reglamento, por lo que subsanó prospectivamente el señalamiento de examen, al establecer que la reunión anual de accionistas se llevará a cabo el día quince (15) del mes de mayo de cada año.

OPERACIONES

El negocio de la Organización al 31 de diciembre de 2005, provenía de los contratos grupales de gobierno. Durante el 2006, comenzó a ofrecer sus servicios a grupos privados. A la fecha del examen aún la Organización no emitía contratos individuales.

Durante el transcurso del examen, las preguntas que hicieramos relacionadas con la información presentada en el informe anual y algunas transacciones contables de la Organización, no pudieron ser contestadas en un tiempo razonable. Algunas tuvieron que ser consultadas al asesor externo al que la Organización delegó algunas de las funciones de contabilidad, a través de HC Management Services, Inc. (HCMS). Esta situación demoró la entrega de alguna de la información y no facilitó la realización del examen.

Según los registros del Departamento de Estado, HC Management Services, Inc., es una corporación íntima organizada bajo las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico desde el 14 de febrero de 2005, para proveer servicios de contabilidad. La persona que incorporó dicha corporación lo fue el Sr. Héctor L. Cruz Batista quien se desempeñará como único Director de la Corporación, según se establece en el Artículo Undécimo del Certificado de Incorporación de esta corporación.

El Sr. Héctor L. Cruz Batista fue accionista de la Organización y actualmente es empleado de Medical Card Systems (MCS). Según lo certificara la Vicepresidenta de Recursos Humanos de MCS, éste comenzó a trabajar para ellos a partir del 29 de diciembre de 2003. Actualmente ocupa la posición de Director del Departamento de Administración de IPA's en la Administración de la Red de Proveedores. El señor Cruz Batista ha estado trabajando para el asegurador y a su vez, ofreciendo servicios profesionales a la Organización a través de HC Management Services, Inc.

Entre las funciones que HCMS llevaba a cabo para la Organización, se encontraban las siguientes, las cuales se conceptúan como propias de administración:

- Asesoría de aspectos y procesos contables
- Preparación de estados financieros interinos mensuales
- Preparación de informes trimestrales estatutarios
- Preparación de informes anuales estatutarios
- Enlace con auditores externos

Cada organización de servicios de salud es responsable de llevar los libros y registros relacionados con el plan de cuidado de salud y responsable de facilitar el mismo, conforme lo establece el Artículo 19.180(3) del Código de Seguros. Parte de esta responsabilidad fue delegada a terceras personas, situación que ocasionó que dependiéramos de terceros para aclarar ciertas dudas, lo que en ocasiones demoró la entrega de información. Esto es contrario a lo establecido en el Artículo 19.180(3) del Código de Seguros de Puerto Rico y la Regla IX del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico.

Entre los poderes que tiene una organización de servicios de salud, está el que podrá contratar con cualquier persona para llevar a cabo en su nombre ciertas funciones tales como mercadeo, suscripción y administración. Sin embargo, previo a que se ejerciten dichas funciones, cada organización de servicios de salud deberá notificar al Comisionado la información adecuada que justifique el ejercicio de dichos poderes, con el propósito de determinar que no se afecte la situación financiera de la organización de servicios de salud y el cumplir con sus obligaciones, conforme lo dispone el Artículo 19.050(2)(a) del Código de Seguros de Puerto Rico.

La Organización no notificó al Comisionado tal contratación, lo que violentó las disposiciones del Artículo 19.050(2)(a) del Código de Seguros de Puerto Rico.

La Organización tampoco formalizó un acuerdo o contrato por escrito con HCMS, donde se estableciera algunos aspectos importantes tales como: la cantidad a pagar, los términos y condiciones del contrato, los deberes y funciones que estaría llevando a cabo, entre otras.

Por otro lado, la Organización no tuvo el debido cuidado de llevar a cabo correctamente el manejo de sus transacciones financieras. Ejemplo de esto es que no reconoció en sus libros, registros contables y en el informe trimestral de marzo de 2006, que se radica a la Oficina del Comisionado de Seguros y a NAIC, todas las transacciones correspondientes a su negocio de seguros, en especial la del programa de Medicare Advantage. Esto ocasionó que se sometiera a la Oficina del Comisionado de Seguros, a través del informe trimestral de marzo de 2006, información incorrecta en cuanto a su situación económica y al volumen de su negocio.

La Organización y sus Oficiales son responsables de la información que se incluye en los informes anuales y trimestrales, por lo que deberán mantener mayores controles internos y ejercer mayor supervisión sobre aquellas personas a las que se delega responsabilidad, más aún cuando no se establecieron por escrito las obligaciones a las que estaba obligado.

Se le requiere a la Organización, a través de su Junta de Directores, que en lo sucesivo deberá formalizar contratos o acuerdos por escrito con cada persona o entidad a la que contrate, para garantizar que se cumplan con las obligaciones que se deberán llevar a cabo conforme dispone el Artículo 19.050 del Código de Seguros de Puerto Rico.

COMITÉ DE QUERELLAS

La Organización mantenía un Comité de Querellas el cual al 31 de diciembre de 2005, estaba compuesto por las siguientes personas:

Nombre	Representante
Sra. Iris D. Rivera	Presidenta
Sr. Armando Muñoz	Secretario
Sra. Nilda Laureano	Representante Contratos Grupales
Sr. Pedro Benetti	Representante de los Proveedores
Vacante*	Representante Contratos Individuales

* Debido a que aún no tenían contratos Individuales en vigor.

A la fecha del examen la Organización mantenía su sistema de querellas conforme lo requiere el Artículo 19.120 del Código de Seguros de Puerto Rico. Se cumplió además, con lo que requiere el referido artículo de ley, en cuanto a que los miembros que representan a los suscriptores y proveedores, no son empleados de la Organización.

INFORME ANUAL DE QUERELLAS

El Artículo 19.120(1)(f) del Código de Seguros de Puerto Rico, dispone entre otras cosas, que cada organización de servicios de salud deberá someter al Comisionado y al Secretario de Salud un informe anual, en la forma prescrita por el Comisionado, en o antes del 31 de marzo siguiente al año del informe.

La Organización radicó a la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, sus informes anuales de querellas correspondientes a los años cubiertos en el examen (2004 al 2005), conforme lo dispone el referido artículo de ley.

TARIFAS

Las tarifas aprobadas por la Oficina del Comisionado de Seguros para el año 2005-2006, las cuales estaban siendo utilizadas por la Organización eran las siguientes:

Libre Selección/Empleado Públicos del E.L.A., bajo la Ley 95, y Organizaciones de Empleados, estas últimas incluye aquellas asociaciones o hermandades de gobierno:

	Básica	Farmacia		Major Medical
		9.1	9.2	
Individual	\$80.00	\$20.00	58.00	12.00
Pareja	\$162.00	38.00	70.00	16.00
Familiar más de 3	\$260.00	55.00	83.00	18.00
Dependiente Opcional < 65 Años	\$165.00	27.00	43.00	12.00
Dependiente Opcional > 65 Años Sin A + B Medicare	\$224.00	77.00	87.00	40.00
Complementaria	\$78.00	77.00	70.00	14.00
Matrimonio Pensionado con Ambos Con A + B	\$156.00	154.00	120.00	20.00
Matrimonio Pensionado Uno con A+B	\$170.00	154.00	120.00	20.00
Familiar Pensionado con A+B	\$265.00	168.00	184.00	28.00

La Organización cumplió con las disposiciones del Artículo 19.080(2)(a), ya que las tarifas han sido sometidas a la Oficina del Comisionado de Seguros.

INFORME ANUAL

El Artículo 19.090(1) del Código de Seguros de Puerto Rico, dispone que cada organización de servicios de salud deberá presentar anualmente al Comisionado, con copia al Secretario de Salud, en o antes del 31 de marzo, un estado exacto certificado por un contador público autorizado y suscrito bajo juramento por dos (2) de sus principales funcionarios, cubriendo el año precedente.

La Organización radicó junto con el informe anual que presenta su situación financiera al 31 de diciembre de 2005, los estados financieros certificados por la firma de contadores públicos autorizados Kevane, Soto, Pasarell, Grant Thornton LLP. La opinión del contador público indicó que los referidos estados financieros estaban de conformidad con los estándares de auditoría generalmente aceptados y que los mismos fueron preparados sobre una base estatutaria conforme las disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico.

Se observó, que la Organización radicó a la Oficina del Comisionado de Seguros los informes anuales que presentan su situación financiera correspondiente a los años 2002 al 2005, en formularios que pertenecen a organizaciones de servicios de salud. Sin embargo, los referidos informes contenían páginas que corresponden a formularios que radican los aseguradores de Propiedad y Contingencia, aunque las mismas no fueron completadas.

Se le requiere a la Organización, que en lo sucesivo presente y radique en la Oficina del Comisionado de Seguros los informes anuales en los formularios oficiales aprobados por la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros, según éstos fueren revisados de tiempo en tiempo, conforme lo establece el Artículo 19.090 del Código de Seguros de Puerto Rico, la Regla XIV del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico y las cartas circulares emitidas por la Oficina del Comisionado de Seguros, relacionadas con la radicación de los informes anuales.

SITUACIÓN FINANCIERA

A continuación se presentan los siguientes estados financieros de la Organización:

1. Estado de Situación Comparativo al 31 de diciembre de 2004 y 2005, según presentado en el Informe Anual.
2. Estado de Ingresos y Gastos para el año terminado al 31 de diciembre de 2005, según fue presentado en su Informe Anual.
3. Estado de Situación al 31 de diciembre de 2005, presentando los ajustes de examen.
4. Conciliación del Sobrante no Asignado al 31 de diciembre de 2005.

Luego de la presentación de los estados antes indicados, se presentan los hallazgos y/o comentarios del examen, donde se describen aquellas partidas que fueron objeto de comentarios y/o ajustes.

American Health, Inc.

ESTADO DE SITUACIÓN COMPARATIVO
al 31 de diciembre de 2005 y 2004

	2005	2004
ACTIVOS		
Efectivo	\$ 928,668	\$672,558
Prima por Cobrar	1,117,729	690,292
Intereses por Cobrar	3,878	2,553
Depósito Estatutario	525,000	450,000
Equipo Electrónico	45,267	17,853
Total de Activos	\$2,620,542	\$1,833,256
PASIVOS		
Reclamaciones por Pagar	\$1,635,278	\$747,388
Cuenta por Pagar Accionista	9,639	-0-
Gastos Acumulados	222,372	115,742
Depósito Estatutario	525,000	-0-
Total de Pasivos	\$2,392,289	863,130
CAPITAL Y SOBRANTE		
Capital Pagado	18,750	18,750
Sobrante Pagado Contribuido	1,406,250	1,406,250
Sobrante Especial	480,000	60,167
Sobrante no Asignado	(1,676,747)	(515,041)
Total Capital y Sobrante	\$ 228,253	\$970,126
TOTAL PASIVOS Y SOBRANTE	\$2,620,542	\$1,833,256

American Health, Inc.
ESTADO DE INGRESOS Y GASTOS
al 31 de diciembre de 2005

Ingresos

Primas	\$7,703,916
Otros Ingresos	219,895
Total de Ingresos	<u>\$ 7,923,811</u>

Gastos Servicios Médicos

Ganancia Operacional	<u>(6,063,341)</u>
	<u>\$ 1,860,470</u>

Administración:

Gastos Administrativos	<u>1,661,146</u>
------------------------	------------------

Ingreso antes de la Contribución	\$ 199,324
Contribución sobre Ingresos	<u>(113,902)</u>
Ingreso Neto de Operaciones	<u><u>\$ 85,422</u></u>

American Health, Inc.
ESTADO DE SITUACIÓN AJUSTADO
al 31 de diciembre de 2005

	Balance Informe Anual	Ajustes y/o Reclasificación		Balance según Examen
		DR	CR	
ACTIVOS				
Efectivo	\$928,668			\$928,668
Prima por Cobrar	1,117,729		\$185,702	932,027
Intereses por Cobrar	3,878			3,878
Otras Activos	525,000			525,000
Equipo Electrónico	45,267		17,850	27,417
Total de Activos	\$2,620,542		\$203,552	\$2,416,990
PASIVOS				
Reclamaciones por Pagar	\$1,635,278	\$69,702	\$83,353	\$1,648,929
Gastos Acumulados	222,372		69,702	292,074
Otros Pasivos Corrientes	534,639		480,000	1,014,639
Total de Pasivos	\$2,392,289	\$69,702	\$633,055	\$2,955,642
CAPITAL Y SOBRANTE				
Capital Pagado	\$18,750			\$18,750
Sobrante Especial	480,000	480,000		0
Sobrante Pagado Contribuido	1,406,250			1,406,250
Sobrante no Asignado	(1,676,747)	836,607	549,702	(1,963,652)
Total Capital y Sobrante	\$228,253			\$(538,652)
TOTAL PASIVOS Y SOBRANTE	\$2,620,542			\$2,416,990

American Health, Inc.
 CONCILIACIÓN DEL SOBRANTE NO ASIGNADO
 al 31 de diciembre de 2005

	<u>AJUSTES DE EXAMEN</u>	<u>BALANCE</u>
Sobrante no Asignado según Informe		<u>\$(1,676,747)</u>
ACTIVOS		
Prima por Cobrar	\$185,702	
Equipo Electrónico	17,850	
PASIVOS		
Reclamaciones por Pagar	<u>83,353</u>	
Total de Ajustes de Examen		\$(286,905)
Sobrante sin Asignar, según Examen		<u><u>\$(1,963,652)</u></u>

COMENTARIOS Y HALLAZGOS DEL EXAMEN

A continuación se presentan algunos comentarios y hallazgos relacionados con algunas de las partidas presentadas en el Informe Anual de la Organización al 31 de diciembre de 2005.

ACCIONES COMUNES

-0-

La Organización mantenía en su Mayor General al 31 de diciembre de 2005, una partida de acciones comunes por \$900,000. Sin embargo, la Organización no reconoció dicha cantidad como activo admitido. La Organización utilizó asesoría externa con el propósito de determinar la admisibilidad de dicha inversión conforme al Código de Seguros de Puerto Rico, concluyéndose que la inversión que se hizo en Socios Mayores en Salud Holdings, Inc., era no admitida.

Durante el transcurso de Examen la Organización expresó su interés de que se considerara la posibilidad de permitir como parte de sus activos al 31 de diciembre de 2005, la inversión en estas acciones comunes. Sin embargo, no presentó la información necesaria para la evaluación.

No obstante, y considerando la información recopilada en el transcurso del examen, se evaluó la inversión en acciones comunes, concluyéndose que es una de las inversiones prohibidas por el Artículo 6.050(2) del Código de Seguros de Puerto Rico, según enmendado.

El Artículo 6.050(2) del Código de Seguros de Puerto Rico, establece lo siguiente:

Un asegurador no podrá, directa o indirectamente:

“(2) Invertir en una obligación o valor, otorgar una garantía para el beneficio de o a favor de, o hacer otras inversiones en una entidad comercial de la cual el cinco por ciento (5%) o más de los valores con derecho a voto o intereses en

equidad le pertenezcan directa o indirectamente o sean para el beneficio directo o indirecto de uno o más oficiales o directores del asegurador”.

Por otro lado, el Artículo 6.040(5) del Código de Seguros de Puerto Rico, establece que los directores del asegurador descargarán sus deberes con el grado de cuidado que es propio de la relación de fiducia que tienen con el asegurador.

La Organización no cumplió con el Artículo 6.050(2) del Código de Seguros de Puerto Rico y su Junta de Directores no descargó con el grado de cuidado su deber de asegurar que las inversiones y las prácticas de inversión fueran apropiadas para el negocio llevado a cabo por la Organización. Esto al adquirir una inversión donde uno de sus Directores estaría obteniendo beneficios, situación que está prohibida por el Artículo 6.050(2) del Código de Seguros de Puerto Rico.

Conforme al poder conferido en el Artículo 6.030(11) del Código de Seguros de Puerto Rico, se le requiere a la Organización disponer de las acciones comunes adquiridas de Socios Mayores en Salud Holdings, Inc., y que en lo sucesivo de estricto cumplimiento a las disposiciones del Capítulo 6 del Código de Seguros de Puerto Rico, según enmendado, al momento de adquirir una inversión.

EFFECTIVO

\$928,668

El balance presentando en el informe anual de la Organización al 31 de diciembre de 2005, para la partida de efectivo fue de \$928,668. El efectivo se compone de las distintas cuentas de banco que mantenía la Organización, todas ellas en el First Bank y de inversiones a corto plazo.

En la cuenta Concentradora se depositan todas las primas recibidas, pagos por duplicados de tarjetas e intereses recibidos de los certificados de ahorros. De esta cuenta se transfieren diariamente fondos a la cuenta Operacional, de Nómina y a la de Reclamaciones. Estas últimas tres, se utilizan respectivamente, para efectuar los desembolsos operacionales de la Organización, tales como pago a suplidores, servicios profesionales, y los pagos de los impuestos por concepto de retenciones. Para pagar quincenalmente los salarios de los empleados de la Organización y para efectuar los pagos a los distintos proveedores de la salud, reembolsos de primas y servicios a los suscriptores.

Se corroboraron los balances de las respectivas cuentas bancarias e inversiones a corto plazo mediante confirmación con la institución financiera, no encontrándose discrepancias entre los balances de las confirmaciones y los presentados en los libros de la Organización al 31 de diciembre de 2005.

PRIMAS POR COBRAR

\$932,028

La Organización presentó en su informe anual al 31 de diciembre de 2005, un balance de Primas por Cobrar ascendente a la cantidad de \$1,117,729, el cual fue ajustado por \$185,702, correspondiente a balances con más de 90 días de vencidos, conforme a lo dispuesto en el Artículo 5.030 del Código de Seguros de Puerto Rico, según enmendado, y lo establecido en el SSAP Núm. 6 del Manual de Prácticas y Procedimientos de Contabilidad de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC), por sus siglas en inglés.

El balance de examen, luego del ajuste de la prima por cobrar con más de 90 días y de considerar la reserva de cuentas incobrables, se presenta de la siguiente manera:

Análisis:

Primas en Exceso de 90 días	\$234,825
Reserva de Cuentas Incobrables	<u>(49,124)</u>
Ajuste de Examen	\$185,702

EQUIPO ELECTRÓNICO**\$27,417**

El balance presentado por la Organización en su informe anual al 31 de diciembre de 2005, perteneciente a esta partida fue de \$45,267. Se verificó el detalle de equipo electrónico que mantenía la Organización y se encontró que la Organización reconoció como parte de su equipo algunas partidas consideradas no admitidas.

Entre estas partidas, no relacionadas al equipo electrónico, se encontraban, adiestramientos, flete, arbitrios, programas que no eran de sistemas operativos, pago de licencias, ponchados, entre otros.

Por otro lado, la Organización depreció su equipo electrónico a cinco (5) años en lugar de tres (3), que establece el SSAP Núm. 16, del Manual de Prácticas y Procedimientos de Contabilidad de NAIC, por lo que se hizo un ajuste en la depreciación para reducir a tres (3) el término de años al que debe ser depreciado el equipo electrónico.

El ajuste de examen a esta partida ascendió a la cantidad de \$17,850, pertenecientes a las partidas no relacionadas al equipo electrónico y a la diferencia en el cómputo de la depreciación.

RECLAMACIONES POR PAGAR**\$1,648,929**

La Organización presentó en su informe anual al 31 de diciembre de 2005, la cantidad de \$1,635,278 pertenecientes a las reclamaciones por pagar a proveedores.

El balance según informe anual al 31 de diciembre de 2005, lo componían las siguientes partidas:

Cuentas a Pagar a:	Balance Informe Anual	Ajuste y/o Reclasificación Examen	Balance de Examen
Proveedores	\$ 1,421,600	\$ 40,312 A	\$ 1,461,912
Options Health Care	108,570	43,041 A	151,611
PCS (Farmacia)	95,761	-	95,761
UTICORP	11,815	(11,815) R	-
Telemedik	42,562	(42,562) R	-
lvision	14,645	-	14,645
NALIC	15,325	(15,325) R	-
			<u>\$ 1,723,929</u>
Menos:			
Garantía PCS	(75,000)		(75,000)
	<u>\$ 1,635,278</u>	<u>\$ 13,651</u>	<u>\$ 1,648,929</u>

Con el propósito de determinar si la reserva de \$1,635,278, que presentó la Organización al 31 de diciembre de 2005 era adecuada, procedimos a revisar los pagos efectuados entre el 1 de enero al 8 de junio de 2006, pertenecientes a servicios del 2005, y años anteriores. De nuestro análisis concluimos lo siguiente:

- De la partida de proveedores, la Organización había emitido pagos durante el 1 de enero al 8 de junio de 2006, ascendentes a \$1,427,831.
- La Organización al 31 de mayo de 2006, aún tenía reclamaciones pendientes para el proceso de pagos cuya fecha de servicio era 2005 ó antes, ascendentes a \$20,081.
- Para el 8 de junio de 2006, la Organización había sobrepasado por \$26,312, la acumulación de \$1,421,600, que había establecido al 31 de diciembre de 2005, luego de considerar los pagos a proveedores y las reclamaciones aún pendientes.
- Se ajustó la cantidad de \$26,312, para reconocer la deficiencia que había en la partida de proveedores y se ajustó la cantidad de \$14,000, para reconocer una reserva adicional para cubrir posibles reclamaciones que puedan surgir durante los meses de junio a diciembre de 2006.

- La Organización reconoció la cantidad de \$108,570 en la partida de Options Health Care (OHC), la cual incluye la acumulación de la retención de un 6.50% y un 9% del total facturado por OHC. Se ajustó la cantidad de \$43,041, para aumentar la acumulación de OHC, luego de evaluar las facturas enviadas por OHC y la cantidad pagada por la Organización. Véase Anejo I.
- Se reclasificaron de la partida de Reclamaciones por Pagar a la cuenta de Gastos Acumulados la cantidad de \$69,702, correspondiente a los balances de Uticorp, Telemedik y NALIC.
- El ajuste total a las Reclamaciones por Pagar, conforme a lo dispuesto en el Artículo 5.050(2) del Código de Seguros de Puerto Rico, según enmendado, fue de \$170,676 y la cantidad total reclasificada de esta partida fue de \$69,702.

GASTOS ACUMULADOS**\$292,074**

La Organización reconoció en la partida de Gastos Acumulados al 31 de diciembre de 2005, la cantidad de \$222,372. Esta acumulación incluía aquellos gastos relacionados a servicios de auditoría, renta, retenciones a los empleados, teléfono, mantenimiento, materiales, entre otros.

Se verificó los desembolsos efectuados durante el 2006, con el propósito de determinar si la acumulación fue adecuada o si se dejó de acumular alguna cantidad por concepto de servicios del 2005. No se encontró ninguna excepción.

Sin embargo, dicha cantidad fue aumentada a \$292,074, para reconocer la reclasificación que se hizo de la cuenta de Reclamaciones por Pagar, de la cual se reclasificó aquellos balances pertenecientes a Uticorp, Telemedik y NALIC, los cuales ascienden a \$69,702.

CAPITAL**\$18,750**

A la fecha del examen la Organización tenía emitidas 1,875 acciones comunes Clase B, con un valor establecido de \$10.00 cada acción, para un capital en acciones comunes de \$18,750. A continuación se presentan quienes son los accionistas de la Organización y la cantidad de acciones que cada uno de éstos poseía al 31 de diciembre

de 2005:

Accionista	Número Certificado	Cantidad de Acciones	
Iván Ríos Toledo	1	400	
Héctor L. Cruz Batista	2	0	Cancelado
José A. Quiñones Tapia	3	0	Cancelado
Armando Muñoz Bermúdez	4	100	
Iván Ríos Toledo	5	200	
Armando Muñoz Bermúdez	6	100	
Iván Ríos Toledo	7	60	
Armando Muñoz Bermúdez	8	50	
Iván Ríos Toledo	9	75	
Armando Muñoz Bermúdez	10	100	
Armando Muñoz Bermúdez	11	250	
Armando Muñoz Alvarado	12	100	
Armando Muñoz Alvarado	13	100	
Armando Muñoz Bermúdez	14	105	
Armando Muñoz Bermúdez	15	50	
Armando Muñoz Bermúdez	16	75	
Armando Muñoz Bermúdez	17	35	
Armando Muñoz Bermúdez	18	75	
		<u>1,875</u>	
Total Capital Acciones Comunes			<u>\$18,750</u>

Las acciones de los señores Héctor L. Cruz Batista y José A. Quiñones Tapias fueron adquiridas en su totalidad por el Sr. Armando Muñoz Alvarado. Al momento de la venta de dichas acciones cada uno de éstos mantenía el 14.29% del total de las acciones emitidas. La Organización no cumplió con las disposiciones del Artículo 29.200(1) y (2) del Código de Seguros de Puerto Rico al vender unas acciones con derecho a voto que constituían más del diez por ciento (10%), sin haber hecho un pleno

descubrimiento al Comisionado con respecto al cambio en la administración de la Organización.

Por otro lado, el Artículo 19.030(4)(a) del Código de Seguros de Puerto Rico, dispone, entre otras cosas, que una organización de servicios de salud deberá radicar ante el Comisionado de Seguros, cualquier cambio en las operaciones establecidas en la información requerida en el inciso (3) de este artículo. Una de la información requerida en dicho inciso es el listado de los nombres y direcciones de las personas responsables de los asuntos de la Organización, que incluye la Junta de Directores y los Oficiales principales.

La Organización no notificó al Comisionado sobre el cambio en sus operaciones por lo que no cumplió con el Artículo 19.030(4)(a) del Código de Seguros de Puerto Rico.

CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN - SOCIOS MAYORES EN SALUD, INC.

Según se estableció en la Nota #4 de los estados financieros auditados sometidos por la Organización con el informe anual del año 2005, la Organización subcontrató bajo un "Contrato de Servicios", a una afiliada, Socios Mayores en Salud, Inc. (SMS), para que ésta llevara a cabo las operaciones del programa de Medicare, el cual comenzó el 1 de enero de 2006, conforme a los requerimientos de "Centers for Medicare and Medicaid Services" (CMS).

La Organización suscribió un contrato con CMS para el programa de medicare advantage, el cual fue firmado por el Sr. Ramón J. Rodríguez Iglesias, en carácter de Chief Executive Officer (CEO) de la Organización. El señor Rodríguez no es ni ha sido

Director ni empleado de la Organización, éste ocupa el puesto de CEO en Socios Mayores en Salud, Inc.

Según nos indicó la Organización, en la sección 1.e, del "Letter of Agreement", ésta delegó la potestad para firmar contratos con CMS a Socios Mayores en Salud, Inc. No obstante, este documento es uno de los que formaban parte de la transacción de cambio de control sometida a esta Oficina, la cual fue retirada por la propia Organización, por lo que ninguno de los documentos que fueron sometidos con el cambio de control tenía validez alguna.

La Organización permitió una falsa representación con respecto al negocio de seguros, al consentir que el Sr. Ramón J. Rodríguez firmara dicho contrato como si fuera CEO de la Organización. Esta actuación manifiesta una falsa representación de la que define el Artículo 27.040(5) del Código de Seguros de Puerto Rico.

Por otro lado, el Artículo 27.020 del Código de Seguros de Puerto Rico, establece entre otras cosas, que ninguna persona se dedicará en Puerto Rico a ningún acto o práctica que se prohíba en este capítulo, o que se defina en el mismo como método desleal de competencia o acto o práctica injusta o engañosa en el negocio de seguros.

Por la administración de este negocio la Organización pagaría a SMS el 96% de la prima del programa de "Medicare Advantage", reteniendo la Organización sólo un cuatro por ciento (4%).

La totalidad de la prima de este programa era recibida por SMS mediante transferencia electrónica, la cual era depositada mensualmente directamente en las cuentas bancarias de SMS y no en las cuentas de la Organización.

Tampoco la Organización había reconocido ingresos ni gastos relacionados a este programa, ni había establecido cuentas a pagar y/o cobrar entre ambos, al menos el correspondiente al 4% de la prima.

Al la Organización permitir que la prima del programa Advantage fuera administrada por un tercero, incumplió con las disposiciones del Artículo 19.070 del Código de Seguros de Puerto Rico. Este establece que cada director, oficial o socio es fiduciariamente responsable de los fondos recibidos de los suscriptores.

La forma en la que la Organización ha manejado y presentado las transacciones del programa de "Medicare Advantage, sólo evidencian que la Organización ha hecho disponible su licencia de organización de servicios de salud emitida por esta Oficina. Esto para que SMS pudiera estar operando como una organización de servicios de salud sin la debida autorización de parte de la Oficina del Comisionado de Seguros en abierta violación a lo dispuesto en el Artículo 19.030 del Código de Seguros de Puerto Rico.

Dado que el referido contrato de administración fue desaprobado por esta Oficina mediante carta AF-596 del 5 de junio de 2006, y que CMS con quien contrata es con organizaciones autorizadas por la Oficina del Comisionado de Seguros, requerimos a la Organización tome las medidas necesarias para dejar sin efecto el referido contrato y asuma el total control del programa de "Medicare Advantage".

CONTRATOS PARA PROVEER SERVICIOS PROFESIONALES

La Organización mantiene un contrato con Options Health Care Network, Inc. (Options), entidad dedicada a la prestación de servicios de salud organizada bajo las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Los compromisos y responsabilidades de Options, según se establecen en el referido contrato, entre otras cosas, serán:

- Prestará sus servicios profesionales tales como servicio al cliente, programas de calidad, contratación, credencialización de proveedores, promulgación de políticas clínicas y de pago, asuntos clínicos, procesamiento, adjudicación y pago de reclamaciones, a los suscriptores de la Organización debidamente identificados.
- Mantendrá y tendrá disponible para la Organización un expediente completo de cada paciente para evidenciar los servicios prestados.
- Podrá contratar otros proveedores de servicios que no tenga disponible en determinadas especialidades a fin de garantizar la atención médica, diagnósticas, terapéuticas o institucionales que sean necesarias conforme a la cubierta establecida.
- Suministrará a la Organización reportes trimestrales conteniendo la información de la utilización de los servicios de los suscriptores. Estos incluirán nombre del proveedor, cantidad, fecha del servicio, fecha del pago, días paciente, estadía promedio y los códigos aplicables.

Según lee el contrato, por estos servicios Options estará facturando una tarifa fija por suscriptor o "capitation", únicamente por los suscriptores acogidos a la Organización según las tarifas y las políticas de pago que se presentan en los Anejos II y III de este Informe.

Este contrato es uno tipo per-cápita el cual no fue sometido a la Oficina del Comisionado de Seguros para su previa evaluación, con el propósito de que la Oficina del Comisionado de Seguros tuviese la oportunidad de evaluar si éste contrato incluía todas las condiciones necesarias con las que deben cumplir, conforme lo requiere la Carta Normativa CA-I-2-1232-91 del 21 de febrero de 1991, relacionada a la Contratación per-cápita.

CONCLUSIÓN

La situación financiera de la Organización al 31 de diciembre de 2005, luego de los ajustes de examen es la siguiente:

Activos	\$2,416,990
Pasivos	\$2,955,642
Capital	18,750
Sobrante Pagado y Contribuido	1,406,250
Sobrante no Asignado	\$(1,963,652)
Total Pasivos y Sobrante	\$2,416,990

La Organización al 31 de diciembre de 2005, mantenía un sobrante no asignado de \$(1,963,652), luego de los ajustes de examen, los cuales ascienden a la cantidad de \$286,905, ocasionó que la Organización refleje un menoscabo de activos ascendente a \$538,652.

Mediante Orden Número E-2006-57 del 22 de mayo de 2006, la Oficina del Comisionado de Seguros emitió una Notificación, Requerimiento y Orden sobre un Menoscabo de Activos ascendente a \$456,199. La Organización cubrió el menoscabo al convertir en notas de sobrante un certificado de depósito de \$480,000 de garantía de cumplimiento que mantenían con Socios Mayores, Inc.

Mediante carta AF-4 del 11 de julio de 2006 la Oficina del Comisionado de Seguros le aprobó un préstamo sin la garantía del activo de \$480,000, para cubrir la deficiencia de \$456,199, notificada a la Organización en la referida Orden. No obstante, el menoscabo de activos, según los ajustes de examen ascendió a \$557,402, lo que resultó en un menoscabo mayor al notificado por esta Oficina, por lo que existe una deficiencia de \$77,402, a la ya notificada y cubierta en la referida Orden que la Organización deberá cubrir conforme al Artículo 29.390 del Código de Seguros de Puerto Rico.

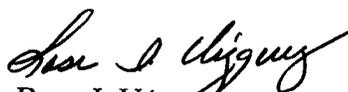
RECONOCIMIENTO

Se hace reconocimiento a la cooperación prestada por los oficiales y empleados de American Health, Inc., en el transcurso de este examen. En este examen participó el Examinador de la Oficina del Comisionado de Seguros el Sr. Eduardo Hernández, y fue supervisado por la Sra. Rosa I. Vázquez, Examinadora Principal de la Oficina del Comisionado de Seguros.

Respetuosamente,



Vanessa Pellot
Examinadora a Cargo



Rosa I. Vázquez
Examinadora Principal

RESUMEN DE PUNTOS IMPORTANTES

1. La Organización deberá enmendar su Artículo de Incorporación para incluir en éste el valor establecido de las acciones. La Organización enmendó prospectivamente sus Artículos de Incorporación para asignar un valor par de diez dólares (\$10), a sus acciones comunes Clase B. Páginas 4 - 5
2. Las reuniones anuales de accionistas para los años que cubre el período examinado fueron realizadas durante el mes de mayo incumpliendo con las disposiciones de su Reglamento corporativo. Se requiere a la Organización enmiende su Reglamento si interesa continuar llevando a cabo las reuniones en una fecha distinta a la establecida en su Reglamento. La Organización enmendó su Reglamento, por lo que subsanó prospectivamente esta situación, al establecer que la reunión anual de accionistas se llevará a cabo el día quince (15) del mes de mayo de cada año. Páginas 4 - 5
3. La Organización no pudo contestar a tiempo algunas de las preguntas que hiciéramos durante el transcurso del examen, en especial las relacionadas a las transacciones contables de la Organización. Estas fueron consultadas a un asesor externo que mantenía la Organización. Páginas 5- 8
4. La Organización no cumplió con las disposiciones del Artículo 19.180(3) del Código de Seguros de Puerto Rico, ni con las disposiciones de la Regla IX del Reglamento del Código de Seguros, al delegar a terceras personas parte de su responsabilidad de llevar los libros contables y facilitar la investigación. Esta situación ocasionó que dependiéramos de terceros para aclarar ciertas dudas por lo que en ocasiones demoró la entrega de información. Páginas 5-8

5. La Organización no formalizó un acuerdo o contrato por escrito con HCMS ni notificó al Comisionado tal contratación, lo que violenta las disposiciones del Artículo 19.050(2)(a) del Código de Seguros de Puerto Rico. Páginas 5 - 8
6. La Organización no tuvo el debido cuidado de llevar a cabo correctamente el manejo de sus transacciones financieras. Páginas 5 - 8
7. La Organización sometió a la Oficina del Comisionado de Seguros información incorrecta en cuanto a su situación económica y al volumen de su negocio. Páginas 5 - 8
8. La Organización y sus Oficiales son responsables de la información que se incluye en los informes anuales y trimestrales, por lo que deberán mantener mayores controles internos y ejercer mayor supervisión sobre aquellas personas a las que se delega responsabilidad, más aún cuando no se establecieron por escrito las obligaciones a las que estaba obligado. Páginas 5 - 8
9. Se le requiere a la Organización, a través de su Junta de Directores, que en lo sucesivo deberá formalizar contratos o acuerdos por escrito con cada persona o entidad a la que contrate, para garantizar que se cumplan con las obligaciones que se deberán llevar a cabo. Páginas 5 - 8
10. La Organización radicó los informes anuales de los años 2002 al 2005, en formularios que pertenecen a las organizaciones de servicios de salud. Sin embargo, los referidos informes contenían páginas que corresponden a formularios que radican los aseguradores de Propiedad y Contingencia, aunque las mismas no fueron completadas. Se le requiere a la Organización que en lo sucesivo presente y radique en la Oficina del Comisionado de Seguros los informes anuales en los formularios

oficiales aprobados por la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros, según éstos fueren revisados de tiempo en tiempo, conforme lo establece el Artículo 19.090 del Código de Seguros de Puerto Rico y la Regla XIV del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico. Páginas 10 - 11

11. La Organización no cumplió con las disposiciones del Artículo 6.050(2) del Código de Seguros de Puerto Rico, al adquirir una inversión prohibida según lo establece el referido artículo de ley. Páginas 17 - 18
12. La Junta de Directores de la Organización no descargó con el grado de cuidado su deber de asegurar que las inversiones y las prácticas de inversión fueran apropiadas para el negocio llevado a cabo por la Organización. Páginas 17 - 18
13. Se le requiere a la Organización disponer de las acciones comunes adquiridas de Socios Mayores en Salud Holdings, Inc., y en lo sucesivo dar estricto cumplimiento a las disposiciones del Capítulo 6, según enmendado, del Código de Seguros de Puerto Rico al momento de adquirir una inversión. Páginas 17 - 18
14. Conforme lo dispone el Artículo 5.030 del Código de Seguros de Puerto Rico y el SSAP Núm. 6 del Manual de Prácticas y Procedimientos de Contabilidad de NAIC, se ajustó la cantidad de \$185,702 del balance de Prima por Cobrar que había al 31 de diciembre de 2005, por tener más de 90 días de vencidos. Páginas 19-20
15. La Organización incluyó como parte de su equipo electrónico algunas partidas no admitidas y depreció el equipo a un término mayor que el permitido en el SSAP Núm. 16 del Manual de Prácticas y Procedimientos de Contabilidad de NAIC, por lo que se ajustó la cantidad de \$17,850. Página 20

16. La Organización al 31 de mayo de 2006, aún tenía reclamaciones pendientes para el proceso de pagos cuya fecha de servicio era 2005 ó antes, ascendentes a \$20,081.
Páginas 20 - 22
17. Para el 8 de junio de 2006, la Organización había sobrepasado por \$26,312, la acumulación de \$1,421,600, que había establecido al 31 de diciembre de 2006, luego de considerar los pagos a proveedores y las reclamaciones aún pendientes.
Páginas 20 - 22
18. Se ajustó la cantidad de \$26,312, para reconocer la deficiencia que había en la partida de proveedores. Páginas 20 - 22
19. Se ajustó además en la partida de proveedores, la cantidad de \$14,000, para reconocer una reserva adicional para cubrir posibles reclamaciones que puedan surgir durante los meses de junio a diciembre de 2006. Páginas 20 - 22
20. La Organización reconoció la cantidad de \$108,570 en la partida de Options Health Care (OHC), la cual incluye la acumulación de la retención de un 6.50% y un 9% del total facturado por OHC. Páginas 20 - 22
21. Se ajustó la cantidad de \$43,041, para aumentar la acumulación de OHC, luego de evaluar las facturas enviadas por OHC y la cantidad pagada por la Organización.
Páginas 20 - 22
22. El ajuste total a las Reclamaciones por Pagar, conforme a lo dispuesto en el Artículo 5.050(2) del Código de Seguros de Puerto Rico, según enmendado, fue de \$83,353.
Páginas 20 - 22

23. Se reclasificaron de la partida de Reclamaciones por Pagar a la cuenta de Gastos Acumulados los balances de Uticorp, Telemedik y NALIC. Páginas 22
24. La Organización reconoció en la partida de Gastos Acumulados al 31 de diciembre de 2005, la cantidad de \$222,372, dicha cantidad fue aumentada a \$292,074, para reconocer la reclasificación que se hizo de la cuenta de Reclamaciones por Pagar, de la cual se reclasificó aquellos balances pertenecientes a Uticorp, Telemedik y NALIC, los cuales ascienden a \$69,702. Página 22
25. La Organización no cumplió con las disposiciones del Artículo 29.200(1) y (2) del Código de Seguros de Puerto Rico, al vender unas acciones con derecho a voto que constituían más del diez por ciento (10%) de las acciones en circulación, sin haber hecho un pleno descubrimiento al Comisionado con respecto al cambio en la administración de la Organización. Páginas 23 - 24
26. La Organización no notificó al Comisionado sobre el cambio en sus operaciones por lo que no cumplió con el Artículo 19.030(4)(a) del Código de Seguros de Puerto Rico. Páginas 23 - 24
27. El contrato que mantiene la Organización con Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), está firmado en representación de la Organización, por una persona que no es Director ni funcionario de la Organización. Páginas 24- 26
28. La Organización permitió una falsa representación con respecto al negocio de seguros, al consentir que el Sr. Ramón J. Rodríguez firmara dicho contrato como si fuera el "Chief Executive Officer" de la Organización. Esta actuación manifiesta una

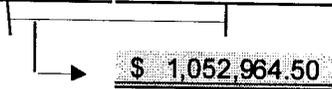
- falsa representación de las que define el Artículo 27.040(5) del Código de Seguros de Puerto Rico. Páginas 24 - 26
29. La Organización mantiene vigente un Contrato de Administración con Socios Mayores en Salud, Inc., el cual fue desaprobado por esta Oficina mediante Carta AF-596 del 5 de junio de 2006. Páginas 24 - 26
 30. La Organización no reconoce como parte de su negocio las operaciones relacionadas al programa de "Medicare Advantage". Páginas 24 - 26
 31. Al la Organización permitir que la prima del programa Advantage fuera administrada por un tercero, incumplió con las disposiciones del Artículo 19.070 del Código de Seguros de Puerto Rico. Páginas 24 - 26
 32. La forma en la que la Organización ha manejado y presentado las transacciones del programa "Medicare Advantage", sólo evidencian que la Organización ha hecho disponible su licencia de organización de servicios de salud emitida por esta Oficina. Esto para que SMS pudiera estar operando como una organización de servicios de salud sin la debida autorización de parte de la Oficina del Comisionado de Seguros en abierta violación a lo dispuesto en el Artículo 19.030 del Código de Seguros de Puerto Rico. Páginas 24 - 26
 33. La Organización no cumplió con las disposiciones de la Carta Normativa Núm. CA-I-2-1232-91 del 21 de febrero de 1991, ya que mantiene un contrato per- cápita el cual no ha sido sometido a la Oficina del Comisionado de Seguros. Páginas 26 - 27
 34. El total de ajustes de examen para el periodo finalizado al 31 de diciembre de 2005, ascendió a la cantidad de \$286,905. Página 28

35. Mediante Orden Número E-2006-57 del 22 de mayo de 2006, la Oficina del Comisionado de Seguros emitió una Notificación, Requerimiento y Orden sobre un Menoscabo de Activos ascendente a \$456,199. La Organización cubrió esta deficiencia con notas de sobrante por \$480,000. No obstante, el menoscabo de activos, según los ajustes de examen ascendió a \$557,402, lo que resultó en un menoscabo mayor al notificado por esta oficina, por lo que existe una deficiencia de \$77,402, a la ya notificada en la referida Orden. Página 28

ANEJO I

American Health, Inc.
 Análisis Acumulación de Options Health Care Network, Inc.
 Examen al 31 de marzo de 2005

	Options Health Care Network, Inc.				PAGOS - 2005	
	Factura OHC	% Retención	Cantidad a Retener	Pago Neto	Cantidad Pagada	Número Cheque
enero	66,752.50	6.50%	4,338.91	62,413.59	60,000.00	116
febrero	67,003.50	6.50%	4,355.23	62,648.27	60,000.00	1164
marzo	67,148.50	6.50%	4,364.65	62,783.85	60,000.00	189
abril	67,913.50	6.50%	4,414.38	63,499.12	60,000.00	234
mayo	67,233.50	6.50%	4,370.18	62,863.32	60,000.00	292
junio	67,233.50	6.50%	4,370.18	62,863.32	60,000.00	337 / 353
julio	67,233.50	6.50%	4,370.18	62,863.32	60,000.00	389
agosto	67,233.50	6.50%	4,370.18	62,863.32	60,000.00	406 / 471
septiembre	127,725.50	9.00%	11,495.30	116,230.21	60,000.00	500
octubre	127,987.50	9.00%	11,518.88	116,468.63	100,000.00	553
noviembre	128,484.50	9.00%	11,563.61	116,920.90	115,000.00	523 / 585
diciembre	131,015.00	9.00%	11,791.35	119,223.65	120,000.00	610 / 632
	<u>\$ 1,052,964.50</u>		<u>\$ 81,323.01</u>	<u>\$ 971,641.50</u> (a)	<u>\$ 875,000.00</u> (b)	



Beginning Balance - 2005	\$ 54,970.00
Balance Adeudado según Pago Neto y Pago	96,641.50 (c)
Total - 2005	<u>\$ 151,611.50</u>
Acumulación Organización	<u>(108,570.47)</u>
AJUSTE DE EXAMEN	<u>\$ 43,041.03</u>

\$ 971,641.50 (a) Pagos Neto
(875,000.00) (b) Cantidad Pagada

American Health, Inc.
 Options Health Care Networks, Inc.
 Tarifas y Políticas de Pago
 1 de agosto de 2004 al 31 de agosto de 2005

EXHIBIT I
 CONTRATO PARA PROVEER SERVICIOS MEDICO-QUIRÚRGICOS
 CELEBRADO ENTRE
 AMERICAN HEALTH, INC.
 Y
 OPTIONS HEALTH CARE NETWORK, INC.
 (2004-2005)

En consideración a los servicios a ser ofrecidos por EL PROVEEDOR a los suscriptores de AMERICAN HEALTH, INC. conforme al contrato de servicios en vigor entre las partes, AMERICAN HEALTH, INC. se compromete a pagar al PROVEEDOR el 93.5% de las tarifas que se hacen formar parte de este acuerdo, las cuales aplican a los empleados públicos suscritos al plan de Cuidado Coordinado de American Health, Inc., los cuales utilizarán los Centros de Servicios Primarios del PROVEEDOR. El capitation neto es según se indica a continuación:

Plan	Básica y Rx, hasta \$1,000	Rx sin Limite	MM
Individual	\$79.50	\$32.70	\$11.20
Pareja o Matrimonio	\$140.25	\$63.60	\$14.95
Familiar 3 o más	\$215.05	93.50	\$16.80
Dep Opcional < 65	\$121.55	46.75	\$11.20
Dep Opcional > 65 sin Medicare	\$214.10	139.30	\$37.40
Complementaria Medicare	\$93.50	163.60	\$13.05
Matrimonio Pensionado ambos con Medicare	\$210.35	109.20	\$18.70
Familiar Pensionado con A y B Medicare	\$280.50	110.30	\$26.15

Estas tarifas aplicarán a servicios ofrecidos por EL PROVEEDOR a partir del 1 de agosto del 2004.

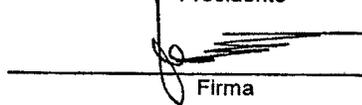
Por: EL PROVEEDOR

Por: AMERICAN HEALTH, INC.

Edgardo Van Rhyn
 Presidente

Iván Ríos Toledo
 Presidente


 Firma


 Firma

Lugar: San Juan, Puerto Rico

Fecha: 28 de julio de 2004

American Health, Inc.
Options Health Care Networks, Inc.
Tarifas y Políticas de Pago
A partir del 1 de septiembre de 2005

EXHIBIT I
CONTRATO PARA PROVEER SERVICIOS MEDICO-QUIRÚRGICOS
CELEBRADO ENTRE
AMERICAN HEALTH, INC.
Y
OPTIONS HEALTH CARE NETWORK, INC.
(2005-2006)

En consideración a los servicios a ser ofrecidos por EL PROVEEDOR a los suscriptores de AMERICAN HEALTH, INC. conforme al contrato de servicios en vigor entre las partes, AMERICAN HEALTH, INC. se compromete a pagar al PROVEEDOR el 91% de las tarifas que se hacen formar parte de este acuerdo, las cuales aplican a los empleados públicos suscritos al plan de Cuidado Coordinado de American Health, Inc., los cuales utilizarán los Centros de Servicios Primarios del PROVEEDOR. El capitation neto es según se indica a continuación:

Plan	Básica	Rx, hasta \$1,000.00	Rx sin Limite	MM
Individual	\$68.25	\$13.65	\$52.80	\$10.90
Pareja o Matrimonio	\$118.30	22.75	\$61.90	\$14.55
Familiar 3 o más	\$174.70	50.05	75.50	\$16.40
Dep Opcional < 65	\$111.00	16.40	39.10	\$10.90
Dep Opcional > 65 sin Medicare	\$149.25	30.95	79.15	\$36.40
Complementaria Medicare	\$71.00	70.05	63.70	\$12.75
Matrimonio Pensionado ambos con Medicare	\$143.80	82.80	109.20	\$18.20
Pareja Pensionado, 1 con Medicare	\$143.80	82.80	109.20	\$18.20
Familiar Pensionado con A y B Medicare	\$213.85	82.80	109.20	\$ 25.50

Estas tarifas aplicarán a servicios ofrecidos por EL PROVEEDOR a partir del 1 de septiembre del 2005.

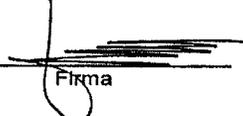
Por: EL PROVEEDOR

Edgardo Van Rhyn
Presidente


Firma

Por: AMERICAN HEALTH, INC.

Iván Ríos Toledo
Presidente


Firma

Lugar: San Juan, Puerto Rico

Fecha: 24 de agosto de 2005