



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Oficina del Comisionado de Seguros

30 de marzo de 2020

CARTA NORMATIVA NÚM. CN-2020-272-D

A TODOS LOS ASEGURADORES DE SALUD Y ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD AUTORIZADOS A CONTRATAR SEGUROS EN PUERTO RICO

RE: PROCESO EXPEDITO PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES PROCEDENTES DE INSTITUCIONES HOSPITALARIAS Y LABORATORIOS DURANTE EL PERIODO DE EMERGENCIA POR EL COVID-19

Estimados señores y señoras:

El 12 de marzo de 2020, la Gobernadora de Puerto Rico, Honorable Wanda Vázquez Garced, decretó mediante la Orden Ejecutiva 2020-020, un estado de emergencia en todo Puerto Rico con relación al brote del COVID-19. Esta determinación responde al deber constitucional y la imperiosa necesidad del Gobierno de Puerto Rico y sus dependencias de implementar todas las medidas necesarias para prevenir y controlar la diseminación del COVID-19 en nuestra Isla, en protección de la vida y seguridad de la población. Ante el estado de emergencia provocado por el brote del COVID-19, resulta de medular importancia garantizar la continuidad de los servicios provistos por las instituciones hospitalarias y laboratorios que representan la primera línea de respuesta en esta emergencia.

En atención a la referida orden ejecutiva, y de conformidad con los poderes y facultades bajo las disposiciones del Artículo 2.030 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, la Oficina del Comisionado de Seguro (OCS), mediante la presente normativa, establece un proceso expedito para el pago de reclamaciones provenientes de instituciones hospitalarias y laboratorios, para facilitar la disponibilidad de los recursos económicos necesarios para sufragar sus operaciones durante la emergencia. Disponiéndose que, en torno a las reclamaciones procedentes de instituciones hospitalarias y laboratorios, los aseguradores y organizaciones de servicios de salud que suscriben planes médicos en sector privado habrán de seguir las siguientes normas:

- a) Procurar la transmisión electrónica para el procesamiento de las reclamaciones;
- b) Procesar las reclamaciones y pagar la totalidad de las reclamaciones procesables para pago dentro de un plazo no mayor de quince (15) días calendario a partir del recibo de la reclamación. Será aplicable para ello los siguientes criterios:



1. Si el asegurador u organización de servicios de salud no notifica objeción alguna a una reclamación de pago dentro del término de diez (10) días desde recibida, se entenderá que dicha reclamación es procesable para pago;
 2. Las objeciones a reclamaciones deberán ser notificadas dentro de los siguientes diez (10) días calendario de haber sido recibida la reclamación, exponiendo en detalle las razones específicas por las cuales entiende que la reclamación no es procesable para pago. La objeción infundada no interrumpirá el término para el pago de la reclamación;
 3. Las objeciones deberán ser contestadas por la institución hospitalaria o laboratorio dentro de los siguientes diez (10) días calendario de haber sido notificada, o término mayor prorrogado a solicitud del proveedor. La omisión en responder se entenderá como una admisión a las objeciones notificadas;
 4. En los casos en donde el asegurador u organización de servicios de salud tenga objeción sobre alguna línea de servicios contenida en la reclamación, éste deberá procesar el pago de aquella porción no objetada de la reclamación, dentro del término de quince (15) días calendario de reciba la reclamación;
 5. Expirado el término de quince (15) días desde recibida la reclamación, sin que se haya pagado una reclamación procesable para pago u objetado oportunamente, el asegurador u organización de servicios de salud vendrá obligado al pago de intereses a partir del día siguiente a la expiración de dicho término. Los intereses serán computados a base del interés prevaleciente, según fijado por el Comisionado de Instituciones Financieras.
- c) No se requerirá obtener autorización previa para la prestación de los servicios médico-hospitalarios o laboratorio, aun cuando dichos servicios hayan sido provistos por una institución hospitalaria o laboratorio que no forme parte de la red de proveedores del asegurador u organización de servicios de salud;
- d) Si los servicios médico-hospitalarios o de laboratorio fueron provistos por un proveedor no participante, dichos servicios estarán sujetos al pago de una tarifa no menor de la negociada con los proveedores participantes para tales servicios.
- e) No será necesario agotar los procedimientos internos del asegurador u organización de servicios de salud, para la institución hospitalaria o laboratorio solicitar la intervención de la OCS, en caso de incumplimiento con los términos y las disposiciones establecidas en esta normativa.

Las disposiciones contenidas en esta Carta Normativa comenzarán a regir inmediatamente luego de la fecha de su aprobación, hasta la fecha en que culmine el estado de emergencia, salvo se disponga y notifique lo contrario.

Se requerirá el más estricto cumplimiento con las directrices aquí indicadas. El incumplimiento con las referidas directrices acarreará la imposición de severas sanciones.

Cordialmente,

f/ Lcdo. Rafael Cestero Lopategui, CIC
Subcomisionado de Seguros