

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

MENNONITE GENERAL HOSPITAL, INC.

Calle Pedro Ortiz
Desvío Salesianos
Aibonito, Puerto Rico

Company Code - 95730

1 de enero al 31 de diciembre de 2010

Rosa I. Vázquez Lugo
Examinador a Cargo

Eduardo Hernández
Examinador

Tabla de Contenido

ALCANCE DEL EXAMEN	1
PERFIL DE LA ORGANIZACIÓN	3
COMPañÍAS AFILIADAS	3
VOLUMEN DE PRIMAS SUSCRITA Y TERRITORIOS	4
TOTAL DE PRIMA POR TIPO DE GRUPO.....	5
RESUMEN EJECUTIVO	6
RESUMEN DE HALLAZGOS DEL EXAMEN ANTERIOR.....	6
ACTIVIDADES DE CONDUCTA DE MERCADO	8
OPERACIONES.....	8
<i>Comité de Auditoría Interna</i>	11
<i>Comité Antifraude</i>	11
<i>Comité de Querellas</i>	12
<i>Efectivo</i>	12
SUSCRIPCIÓN Y TARIFAS	14
MERCADEO Y VENTA.....	15
PERSONAL AUTORIZADO	15
TRAMITACIÓN DE RECLAMACIONES	16
SUSCRIPTORES:	16
PROVEEDORES:	20
OTROS ASUNTOS.....	21
RESUMEN DE PUNTOS IMPORTANTES	24
ANEJO A	
ANEJO B	
ANEJO C	
ANEJO D	



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
Oficina del Comisionado de Seguro

26 de marzo de 2013

Ángela Weyne Roig
Comisionada de Seguros de Puerto Rico
Guaynabo, Puerto Rico

Señora Comisionada:

Conforme a la Notificación y Orden de Investigación Número CM-2012-01 del 17 de febrero de 2012, y en armonía con las disposiciones del Artículo 2.140 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A., sec. 214, se practicó un examen de conducta de mercado a la organización de servicios de salud, en adelante "la Organización":

MENNONITE GENERAL HOSPITAL, INC.

Calle Pedro Ortiz, Desvío Salesianos

Aibonito, Puerto Rico

ALCANCE DEL EXAMEN

Este es el primer examen de Conducta de Mercado que se practica a la Organización. El mismo se llevó a cabo en las oficinas principales de la Organización ubicadas en la Calle Pedro Ortiz, Desvío Salesianos, Aibonito, Puerto Rico. El examen cubrió el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2010, y todas aquellas transacciones subsiguientes que a juicio del examinador fueron relevantes.

El propósito del examen fue determinar si la Organización cumplió con las disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico y su Reglamento. El mismo

comprendió además, una revisión de las actividades del comportamiento en el mercado, considerando las normas y prácticas recomendadas por la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC, por sus siglas en inglés), en su Manual de Conducta de Mercado, así como otros procedimientos de examen, según se consideraron apropiados en la revisión. Se examinaron las operaciones y controles de la Organización, incluyendo las áreas de:

- Tramitación de Reclamaciones a Proveedores
- Mercadeo y Venta
- Personal Autorizado
- Ajuste y Manejo de Reclamaciones
- Suscripción y Tarifas

Durante la fase de planificación y revisión, se examinó el informe anual y el estado financiero auditado correspondiente al año 2010, dando mayor atención a las notas presentadas en ambos estados. Esto con el propósito de identificar cualquier divulgación relacionada a los controles internos de la Organización. De esta revisión se observó, que no hubo señalamientos adversos en contra de la Organización.

Los expedientes examinados en cada una de las pruebas, fueron seleccionados de los archivos de datos provistos por la Organización. Los procedimientos del examen incluyeron, entre otras cosas, lo siguiente:

- Revisión de los Artículos de Incorporación y Reglamento de la Organización.
- Revisión de las actas de reuniones de Junta de Directores.
- Revisión de los estados financieros auditados y el informe de auditoría interna.
- Revisión de la estructura organizacional.
- Revisión de los sistemas de información.
- Verificar si la Organización cumplió con las recomendaciones hechas en el examen anterior, y con lo ordenado por el Comisionado.

PERFIL DE LA ORGANIZACIÓN

La Organización se incorporó el 8 de abril de 1976, bajo las disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico. Fue autorizada por la Oficina del Comisionado de Seguros, en adelante, "la OCS", el 1 de noviembre de 1979, para proveer planes de cuidado de salud, bajo el nombre de "Mennonite General Hospital, Inc."

A pesar de que la Organización fue autorizada por la OCS, bajo el nombre de "Mennonite General Hospital, Inc.", siempre ha operado y se ha identificado como "Plan de Salud del Hospital Menonita, Inc., situación que le ha sido señalada por la OCS, en informes de exámenes. A la fecha de nuestro examen, continuaba utilizando el referido nombre, contrario a lo que dispone el Artículo 3.250(1) del Código de Seguros.

La Organización opera bajo la supervisión de una Junta de Directores, compuesta al 31 de diciembre de 2010, por 14 miembros. Refiérase al tópico de "Operaciones".

Compañías Relacionadas

Al 31 de diciembre de 2010, la estructura organizacional de la Organización y el de la Corporación a la cual está adscrita, estaban constituidas como se presentan en los Anejos A y B, respectivamente, de este Informe.

Es importante señalar, que la principal estructura corporativa es la del Hospital, "Mennonite General Hospital, Inc., en adelante, "HGM", que lleva el mismo nombre de la Organización. HGM, es la entidad con capacidad jurídica, y la que mantiene los Artículos de Incorporación y Estatutos, que fueron presentados a la OCS en el proceso de autorización de la Organización. La Organización no es un ente con capacidad jurídica, ésta ha operado como una División adscrita a HGM, por lo que no mantiene

Artículos de Incorporación ni Estatutos que rijan sus operaciones, aunque mantiene sus propios libros contables para la preparación del informe anual y de los estados financieros auditados requeridos por la OCS.

Con el propósito de subsanar los señalamientos de la OCS, con respecto a la situación antes señalada, y a la forma en que se manejaban las operaciones de la Organización, ésta inscribió ante el Departamento de Estado, una corporación bajo el nombre de "Plan de Salud del Hospital Menonita, Inc.", con capacidad jurídica, con sus propios Artículos de Incorporación y Estatutos, para transferir a esta corporación sus negocios, situación que no se ha concretado.

Dado la forma en que opera la Organización, HGM le provee servicios a través de un acuerdo, tales como:

- Reclutamiento, Selección, Nombramiento y Administración de los servicios de Recursos Humanos.
- Procesamiento de Nómina para el pago de los empleados de la Organización.
- Servicios de Mantenimiento y Reparación de la planta física de la Organización.
- Servicios de Mantenimiento y diseño de redes de comunicación, salvaguardar y protección de los servidores de la Organización que están localizados en las facilidades de HGM.
- Servicios de Telefonía.

Este contrato no fue sometido a la OCS para su evaluación y aprobación, contrario a lo que establece el Artículo 19.050(2)(a) del Código de Seguros de Puerto Rico.

Volumen de Primas Suscrita y Territorios

El negocio suscrito por la Organización fue gestionado a través de representantes autorizados. La Organización mantiene facilidades en los pueblos de Cayey y Aibonito.

En ambas oficinas, se proveen servicios de afiliación de suscriptores, recibo de pagos de primas, orientación de productos, recibo de reclamaciones de suscriptores y proveedores, recibo de solicitud de pre-autorizaciones y solicitudes de reembolso. Los pagos por concepto de reembolso a suscriptores y pago a proveedores, así como el procesamiento de pre-autorizaciones clínicas son efectuados sólo en las oficinas de Aibonito.

Conforme se reportó en el informe anual al 31 de diciembre de 2010, la Organización mantuvo un volumen de prima suscrita, como se presenta a continuación:

Año	Prima Suscrita		Gran Total
	Puerto Rico	Otras Jurisdicciones	
2010	\$ 21,437,210	\$ 0	\$ 21,437,210
2009	\$ 20,261,850	0	\$ 20,261,850

Total de Prima por Tipo de Grupo

El total de prima suscrita al 31 de diciembre de 2010, segregado en los diferentes tipos de grupos, conforme los registros de la Organización, fueron las siguientes:

Tipo de Grupo	Prima Suscrita	%
		Prima Suscrita / Total de Grupos
Gobierno	\$ 10,345,653	48.57%
Cooperativas	1,150,090	5.40%
Grupos	1,249,762	5.87%
Menonita Personal (Pago Directo)	2,005,228	9.41%
Empleados Sistema Menonita	6,551,092	30.75%
Total Grupos	\$ 21,301,825	100.00%
Otros Ingresos	\$ 135,385	
Total Prima Suscrita - Informe Anual	\$ 21,437,210	

RESUMEN EJECUTIVO

En el examen, se identificaron varias prácticas de la Organización que estuvieron en contravención con las siguientes disposiciones legales: Artículos 3.250(1), 19.050(2), 19.080(2)(a), 19.180(3) y 27.230(2) del Código de Seguros de Puerto Rico, con el Artículo 6, Incisos (3) y (8) de la Regla I-A, la Regla IX del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico y con la Estipulación Caso Número EX-2007-43 del 10 de agosto de 2011. La Organización deberá tomar las debidas medidas correctivas, de modo que se dé estricto cumplimiento a las disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico, su Reglamento y a lo ordenado por la OCS.

Hágase referencia a los diferentes tópicos de este informe, donde se explica en detalle cada uno de los hallazgos que dieron origen a estas violaciones de ley.

RESUMEN DE HALLAZGOS DEL EXAMEN ANTERIOR

A continuación se presenta, en términos generales, los hallazgos señalados en el informe de examen anterior, excluyendo aquellos relacionados a ajustes en la situación financiera, dado que nuestro examen no es uno financiero. El referido informe cubría el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2002 al 31 de diciembre de 2006, Caso Número EX-2007-43, del 26 de abril de 2007:

- La Organización incumplió con el Artículo 19.030(4) del Código de Seguros de Puerto Rico, al no someter a la OCS, la enmienda de sus Estatutos.
- La Organización incumplió con sus Estatutos al mantener en su Junta de Directores menos miembros que los establecidos en los Estatutos.
- La Organización incumplió con la Regla IX del Reglamento del Código de Seguros al no mantener en sus oficinas principales las actas de las reuniones de Junta de Directores.

- La Organización incumplió con el Artículo 3.250(1) del Código de Seguros al utilizar un nombre diferente al del certificado de autoridad emitido por la OCS.
- Durante el examen no fue posible reconciliar partidas consideradas en el ajuste contractual y cifras que surgían de los registros de la Organización, lo que no permitió a la OCS evaluar si la operación de la Organización era una eficiente, en particular, si las tarifas cobradas a los suscriptores eran adecuadas, de conformidad con el Artículo 19.080 del Código de Seguros.
- La Organización incumplió con el Artículo 19.080(2) del Código de Seguros al mantener contratos Grupales con tarifas diferentes a las aprobadas por la OCS.
- La Organización incumplió con lo dispuesto en los Artículos 19.030(1) y 19.080 del Código de Seguros, al utilizar el nombre "Plan de Salud Menonita", en la evidencia de cubierta que distribuyó a sus suscriptores.
- La Organización incumplió con el Artículo 19.120(1)(b) del Código de Seguros, al mantener en los años 2002 al 2005, en el Comité de Querellas, a dos miembros por más de tres (3) años.
- La Organización no mantenía un registro completo de todas las querellas que recibió, conforme lo dispone el Artículo 19.120(1)(e) del Código de Seguros.
- La Organización incumplió con el Artículo 19.120(f) del Código de Seguros, al entregar el Informe de Querella del 2006, el 10 de abril de 2007.
- La Organización no actuó conforme al Artículo 19.180(3) del Código de Seguros, al no mantener sus registros de contabilidad de manera que facilitara el examinar las cuentas de la Organización.
- La Organización incumplió con lo dispuesto en el Artículo 6 de la Regla I-A del Reglamento del Código de Seguros.
- La Organización incumplió con el Artículo 19.090(1) del Código de Seguros, al no completar, en todas sus partes, los informes anuales de los años 2002 al 2006.
- Se le requirió a la Organización reconciliar apropiadamente sus cuentas de efectivo y separar los fondos del hospital de los ingresos que pertenecen a la Organización.

Con respecto a los señalamientos del examen anterior, la OCS, no emitió Resolución y en su lugar, se suscribió entre la OCS y la Organización una Estipulación, Caso Número EX-2007-43 del 10 de agosto de 2011, mediante la cual se acordó lo siguiente:

- La Organización tomaría las medidas necesarias para evitar que los señalamientos que surgen del Informe de Examen sean susceptibles de repetición.

La OCS, habiendo un compromiso por parte de la Organización de evitar señalamientos similares en el futuro, acordó imponer una multa administrativa ascendente a \$7,500, la cual fue cubierta por la Organización.

Mediante Orden Caso Número EX-2007-43, del 4 de septiembre de 2008, se Ordenó se radicara para inspección pública el Informe Enmendado.

ACTIVIDADES DE CONDUCTA DE MERCADO

Se revisaron varios elementos de las actividades de Conducta de Mercado de la Organización que afectaban servicios a suscriptores, reclamantes y otros beneficiarios con el propósito de determinar el cumplimiento con las disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico, su Reglamento y el reglamento operacional de la Organización.

OPERACIONES

Para el período finalizado al 31 de diciembre de 2010 y 2011, las operaciones de la Organización fueron dirigidas por una Junta de Directores, la cual estaba constituida por los siguientes miembros.

Nombre	Posición
José E. Veguilla Cartagena	* Presidente
Víctor Ortiz Quiñones	Vicepresidente
José L. Vargas Flores	Tesorero
Hermán Bauer Míseses	Secretario
José E. Rivera Lupiañez	* Vocal
Carlos Camacho Delgado	* Representante de la Comunidad
Juan C. Colón Rodríguez	Representante de la Comunidad
Larry Bonilla Fauder	Representante de la Comunidad
María de los A. Echevarría Cardona	Representante de la Comunidad

Nombre	Posición
Daniel Olivera Alomar	Representante de la Comunidad
Virginia Rivera Suárez	Representante de la Comunidad
Rubén Santos Madera	* Representante de la Comunidad
María V. Irizarry Centeno	Representante de la Comunidad
Víctor Hernández Miranda	Representante de la Comunidad

* - Estos miembros componen el Comité de representación de Junta de Directores de la Organización. Éstos son los que se reúnen con funcionarios de la Organización para atender cualquier asunto que se presente en la Organización.

Para el 31 de diciembre de 2010, la mayoría de los miembros de la Junta de Directores había completado y firmado el cuestionario sobre Conflicto de Interés. No obstante, conforme los documentos entregados en el examen, cuatro (4) de los miembros no completaron dicho formulario, a saber: Hermán Bauer Miseses, José E. Rivera Lupiañez, Carlos Camacho Delgado y Rubén Santos Madera. Se observó además, que la Junta de Directores no requirió a los funcionarios de la Organización completar este formulario. Como sana política de administración, se recomienda a la Junta de Directores que requiera que el referido cuestionario sea, a su vez, completado por cada funcionario de la Organización y por cada miembro de la Junta que no lo había completado.

A la fecha del examen, el manejo de las operaciones de la Organización estaba a cargo de las siguientes personas, distribuidos en las siguientes áreas:

- **Sr. Félix Ortiz Figueroa**
Administrador
Responsable de la administración y de todas las áreas operacionales dentro de la Organización y de implementar iniciativas estratégicas.
- **Sr. Fernando Norat Rodríguez, Director**
Departamento de Finanzas
Responsable de todas las transacciones financieras y servicios a proveedores.
- **Sra. Evelyn Roqué Ortiz, Directora**
Departamento de Cumplimiento y Servicio al Cliente

Responsable de todos los asuntos relacionados con Servicio al Cliente y Cumplimiento.

- **Dra. Marta Vega Fernández**
Directora Clínica Interina
Responsable del Departamento Clínico y Medicina, basado en evidencias a través de casos clínicos
- **Reinaldo Collazo Ortiz**
Gerente de Sistema de Información
Responsable de todos los servicios de comunicación y sistema de datos.
- **Ziomary Claudio Meléndez**
Representante de Ventas
Responsable del desarrollo de las ventas de la cartera comercial.
- **Edward Figueroa Acosta**
Auditor Clínico - Departamento Clínico
Responsable del seguimiento de casos clínicos, pre-autorizaciones y auditorías clínicas concurrentes.

Todas las operaciones de la Organización eran manejadas principalmente a través de su oficina principal. Como medidas de control interno en el manejo de sus operaciones y para resguardar las operaciones de la Organización, contaba con lo siguiente:

- **Manual del Empleado** – establece las normas y beneficios a cada empleado conforme las normas y políticas de la institución.
- **Procedimientos para Empleados** – establece las normas para que cada empleado desempeñe sus funciones de conformidad con las metas y objetivos de la Organización.
- **Protocolo de Prevención y Detección contra el Fraude** – el propósito es prevenir, educar, identificar, alertar y documentar cualquier caso que surja como política ilegal en contra de los estándares y regulaciones de la Organización y la OCS, en áreas susceptibles al fraude.
- **Plan de Desastres** – provee medidas y procedimientos necesarios para atender todos los asuntos que pudiese causar un evento natural o humano que ocasionen daños a la propiedad, pérdidas de vidas o interrupción de operaciones.
- **Procedimientos de Sistemas de Información** – establece procedimientos para salvaguardar la base de datos de los sistemas de información.

- **Políticas para el uso de Internet** – establece las normas y procedimientos con los que debe cumplir cada empleado como usuarios del Internet.
- **Departamento Auditoría Interna Corporativa** – responsables de las auditorías internas a todo el Sistema Menonita, incluyendo los hospitales, mediante la cual se revisan áreas de cumplimiento, financiera y de controles internos, entre otros.
- **Comité de Auditoría Interna** – asiste a la Junta de Directores en el cumplimiento de sus responsabilidades de supervisión en los procesos de informes financieros, del sistema de control interno, de auditoría y en el proceso de la Organización para monitorear el cumplimiento con las leyes y reglamentos, y con el Código de Conducta.

Comité de Auditoría Interna

El Comité de Auditoría Interna fue constituido en reunión extraordinaria de Junta de Directores del 31 de marzo de 2011, y está compuesto por las siguientes personas: CPA José A. Veguilla, Sr. José E. Rivera y Sra. Virginia Rivera.

Comité Antifraude

Como se mencionó anteriormente, la Organización mantiene un “Protocolo de Prevención y Detección de actos fraudulentos”. El propósito es prevenir, educar, identificar, alertar y documentar cualquier caso que surja como política ilegal en contra de los estándares y regulaciones de la Organización y la OCS, en áreas susceptibles al fraude, como por ejemplo: suscriptores, proveedores y áreas clínicas.

Conforme al referido Protocolo, el Comité de Antifraude estará compuesto por el Administrador, Evaluador Clínico y el Director de Finanzas.

El Protocolo de Prevención y Detección de actos fraudulentos no cumple con las disposiciones del Artículo 27.230(2) del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A., sec. 2731, ya que el mismo no contiene una descripción del plan de educación y adiestramiento de su personal, particularmente el personal encargado de la Unidad de Antifraude, que en

el caso de la Organización, es el que identificaron como el Comité Antifraude. El Protocolo sólo establece que se educará y orientará al personal sobre los indicadores.

Comité de Querellas

Al 31 de diciembre de 2010 y 2011, la Organización cumplió con las disposiciones del Artículo 19.020(1)(b) del Código de Seguros de Puerto Rico, al mantener un Comité de Querellas que no excedía de cinco (5) miembros y que estaba representado por proveedores y por suscriptores de contratos individuales y grupales. Además, como se presenta en la tabla a continuación, los miembros del Comité de Querellas no han estado por un periodo que exceda los tres (3) años:

Nombre	Representa	Fecha de Ingreso
Grisselle Hernández Rivera	Individual	19 de marzo de 2010
Víctor Ortiz Quiñonez	Grupal	19 de marzo de 2009
Lumen Vera Colón	Proveedores	19 de marzo de 2009

Efectivo

Las fuentes de ingresos estaban mantenidas en las siguientes instituciones bancarias:

- Banco Popular de PR #211-007239 - Reclamaciones
- Banco Popular de PR #211-000011 (003) - Concentración (HGM)
- Banco Popular de PR #211-867773 - Operacional (HGM)
- Banco Popular de PR #208-017689 - Nómina (HGM)

Las cuentas identificadas con (HGM), pertenecen al Hospital General Menonita. La cuenta concentración recibe todos los ingresos (Hospital y Organización), de ésta se transfieren fondos a las cuentas de Reclamaciones, Operacional y Nómina, que son cuentas corrientes (cheques).

Mensualmente, la Organización reconciliaba la cuenta de Reclamaciones y la porción de la cuenta Concentración que les pertenece, clasificada con el sufijo "003", el cual identifica los fondos pertenecientes a la Organización. Las cuentas de Nómina y Operacional son cuentas "zero balance", reconciliadas por el Hospital.

En cuanto a las firmas autorizadas en los cheques, sólo la Organización firma los de la cuenta de Reclamaciones. Las personas autorizadas para firmar cheque de las cuentas de Nómina y Operacional son empleados de HGM.

Las facturas operacionales y los cuadros de la nómina relacionados a la Organización se llevan a cabo por el Departamento de Finanzas de la Organización. En estos casos, HGM, sólo imprime el cheque y lo refiere a la Organización.

Sobre esta situación, la OCS señaló en el informe de examen anterior, que la forma en que se manejaban los fondos de la cuenta Concentración no permitía verificar si todos los fondos de primas se contabilizaban correctamente como ingresos de la Organización. Por lo que requirió, entre otras cosas, hubiese segregación entre los fondos de HGM y los ingresos de la Organización.

Durante el transcurso de este examen, fue que la Organización subsanó esta situación, al aperturar tres (3) cuentas bancarias a su nombre para cumplir con los señalamientos de la OCS. Éstas son:

- Banco Popular de P.R. - Cuenta Concentración - #030-837804
- Banco Popular de P.R. - Cuenta Proveedores - #030-837790
- Banco Popular de P.R. - Cuenta Operacional & Administrativa - #030-837782

Dado a que nuestro examen no es uno financiero, consideramos que esta situación es un asunto prioritario que recomendamos se atienda en un examen financiero

que la OCS practique a la Organización. En el cual, se deberá establecer si en efecto todos los ingresos de la Organización se están depositando y/o transfiriendo sólo en cuentas bancarias que pertenezcan exclusivamente a la Organización. Se deberá considerar además, como medida correctiva permanente, el que la Organización asuma totalmente el manejo y control de todos sus ingresos, sin posibilidad de que en el futuro pudiesen ser manejados o controlados por terceros.

SUSCRIPCIÓN Y TARIFAS

Se analizó y revisó las tarifas que tenía aprobada la Organización por la OCS y con el área de Seguros Públicos para el año contrato 2010. Se tomó una muestra de las facturas que emitió la Organización en cada una de las categorías que suscribió durante el 2010, tales como: Gobierno (Ley 95), Grupos y Pago Directo. Esto con el propósito de establecer si la Organización facturó a los suscriptores de acuerdo a lo que le fue aprobado.

De este análisis concluimos que sólo se encontró discrepancias que fluctuaban de \$3.00 a \$23.00, en los casos pertenecientes a Menonita Personal (Pago Directo), como se presenta a continuación:

Tipo Plan	Tarifa Aprobada		Cantidad Facturada		Discrepancia	
	Con Medicina	Sin Medicina	Con Medicina	Sin Medicina	Con Medicina	Sin Medicina
Familiar	\$250.00	\$206.00	\$273.00	\$229.00	\$23.00	\$23.00
Individual	\$111.00	\$91.00	\$120.00	\$94.00	\$9.00	\$3.00

En los casos de Menonita Personal, la Organización no cumplió con las disposiciones del Artículo 19.080(2)(a) al facturar a los suscriptores en la categoría familiar e individual una cantidad mayor a la tarifa que fue inscrita en la OCS. Véase Anejo C.

MERCADEO Y VENTA

Se examinó los archivos de la Organización relacionados a publicidad y a las actividades de venta de sus productos. Para el período examinado, la Organización sólo mercadeó su producto para la Campaña de Gobierno (Ley 95), con el propósito de minimizar gastos. En cuanto a la venta de los productos que ofreció la Organización, refiérase al tópico de “Personal Autorizado”.

PERSONAL AUTORIZADO

Para el período examinado, la venta de los productos mercadeados por la Organización, se llevó a cabo a través de los siguientes representantes autorizados:

Nombre	Año	Tipo de Licencia
María Aponte Santini	2010	Representante Autorizado
María del Rosario Pagán Torres	2010	Representante Autorizado
Daniamarie Rodríguez Torres	2010	Representante Autorizado
Astrid J. Espada Barrios	2010	Representante Autorizado
Nilda W. Rivera Soto	2010	Representante Autorizado
Carlos A. Rivera Esparra	2010	Productor
Félix A. Rivera Rivera	2010	Productor

Se verificó el 100% del personal utilizado por la Organización durante el 2010, para la solicitud de su plan médico. De esta revisión se encontró, que la Organización cumplió con las disposiciones del Artículo 19.160(3) del Código de Seguros de Puerto Rico, debido a que durante el 2010, efectuó la solicitud y suscripción de su plan de cuidado de salud, por conducto de representantes autorizados de la Organización que mantenían licencias emitidas por la OCS, como se presenta en la tabla anterior.

TRAMITACIÓN DE RECLAMACIONES

SUSCRIPTORES:

Los procedimientos para la tramitación de las reclamaciones de suscriptores estaban establecidos en los manuales de “Guías al Suscriptor”, que mantenía la Organización para cada una de las categorías (Grupal, Ley 95 y Menonita Personal).

Estos procedimientos, entre otras cosas, establecían los pasos a seguir y la documentación requerida a ser sometida por los suscriptores para el manejo de reclamaciones, solicitud de reembolso por servicios médicos o para efectuar cambios al contrato, ya fuesen para añadir o eliminar dependientes, cambio en categoría del tipo de Plan (individuo, pareja, familiar), entre otros.

Para propósitos de examen, se tomaron muestras de expedientes de suscriptores para las áreas de reembolsos por concepto de gastos médicos y cumplimiento con la Guía al Suscriptor, en cuanto a la documentación requerida para procesar cambios al contrato. Previo a la inspección de expedientes, nos reunimos con la Directora del Departamento de Cumplimiento y Servicio al Cliente, con el propósito de tener un entendimiento de la documentación en los expedientes y la forma de archivo de la Organización. De nuestro análisis e inspección de expedientes, se concluye lo siguiente:

Reclamaciones de Suscriptores (Querellas)

Para el año 2010, la Organización sólo recibió dos (2) querellas de sus suscriptores. Durante el mismo 2010, se emitió los pagos y se procedió con el cierre de las mismas.

Reembolsos a Suscriptores (Gastos Médicos)

En el Anejo D de este informe, se establecen, en términos generales, los requisitos en las diferentes Guías del Suscriptor para el reembolso a suscriptores por concepto de servicios médicos.

Para este análisis, se tomó una muestra de 140 expedientes, la cual representó el 10% del universo de reembolsos a suscriptores durante el año calendario 2010. En cada uno de los 140 casos examinados, se encontró toda la evidencia requerida, y en original, para procesar el reembolso, cumpliendo con los requerimientos establecidos por la Organización en las Guías del Suscriptor.

Revisión de Expedientes - Cambios en el Contrato

Como parte de nuestros análisis, se revisaron documentos con el propósito de establecer si la Organización cumplió con los requerimientos establecidos en sus manuales de Guías al Suscriptor, en cuanto a la documentación necesaria para procesar un cambio al contrato.

Se solicitó a la Organización nos proveyera un registro de los casos donde el suscriptor solicitó a la Organización efectuar un cambio al contrato que estuvo vigente en el año calendario 2010, ya fuese para añadir o eliminar dependientes, modificar su composición familiar, entre otros.

El registro provisto por la Organización sólo identificó 18 casos, los cuales fueron considerados en su totalidad. Se solicitó a la Organización el expediente de estos suscriptores y otros expedientes al azar, no identificados en el registro, y de nuestra revisión y análisis, se concluye lo siguiente:

- No se entregó expedientes, sólo hojas suelta agrupadas por suscriptor, y hubo demora, no justificada, en la entrega de los 18 casos.
- La Organización no mantiene expedientes para cada suscriptor, su forma de archivo es un expediente o caja para cada Grupo. Esta forma de archivo no representa medidas de control adecuado, toda vez, que los documentos relacionados a cada suscriptor no tenían ningún orden, secuencia o agrupación. Para poder considerar un suscriptor en particular, había que revisar uno a uno cada documento en la caja o expediente lo que no facilitaba la inspección y revisión de las transacciones de la Organización y no garantizaba que estuviesen todos los documentos necesarios y requeridos para la prueba realizada.
- No había uniformidad en la documentación que requerían sus Guías del Suscriptor para procesar un cambio, particularmente, en la Grupal. Se observó mayor flexibilidad en la documentación que se permitía sometieran aquellos suscriptores que pertenecían a los empleados del Sistema Menonita, los cuales no cumplían con las políticas establecidas en la Guía del Suscriptor - Grupos.
- La Organización procesó cambios sin cumplirse con el sometimiento de toda la documentación requerida en sus Guías del Suscriptor.
- Se observó formularios de Ingresos, que fueron firmados por terceras personas que no era el suscriptor, los cuales fueron aceptados y procesados por la Organización.
- En la mayoría de los casos, se observó formularios de ingresos que no fueron completados en todas sus partes, los cuales fueron aceptados y procesados por la Organización.
- Se observó discrepancia entre la información establecida en el formulario de ingresos y los registros de la Organización, particularmente en la sección del costo del plan médico.
- En los expedientes que se solicitaron al azar, se encontraron casos que representaban cambios a contratos vigentes en el 2010, los cuales no fueron incluidos en el registro de cambios que entregó la Organización.
- La Organización emitió algunas hojas de compromisos de pagos al suscriptor donde no se identificaba los meses adeudados por el suscriptor, que justificara el balance adeudado. En uno de los casos, el compromiso de pago estableció una cantidad incorrecta a la que era la deuda del suscriptor.

En cuanto a la inspección de los expedientes tomados para la muestra de “Cambios en el Contrato”, se observó incompatibilidad entre lo que nos fuera representado por la

Organización, con respecto al tipo de documento, manejo y archivo de los mismos, y lo que realmente se detectó en la revisión.

Todo lo anterior, representa incumplimiento de la Organización a las siguientes disposiciones legales: Artículo 6, Incisos (3) y (8) de la Regla I-A del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico, a la Regla IX del Reglamento del Código de Seguros, y al Artículo 19.180(3) del Código de Seguros de Puerto Rico.

Nos llama la atención, que el departamento de la Organización responsable de manejar toda la información y documentación relacionada a los suscriptores, es a su vez, el responsable del área de Cumplimiento. Se espera que un Departamento de Cumplimiento sea el más enérgico en exigir y velar que se cumplan con todos los procedimientos que se adoptan. Éste tiene la responsabilidad de promover sanas políticas de administración y de controles internos con el propósito de garantizar el cumplimiento con aquellas reglamentaciones, no sólo internas, sino también las que se exigen a una organización de servicios de salud por diferentes entidades regulatorias.

Por otro lado, la forma como la Organización mantiene la documentación de sus suscriptores, no promueve buenas medidas de controles internos y no facilita la inspección y análisis de las transacciones de seguros por parte de la OCS. Por lo anterior, recomendamos requerir a la Organización mantener expedientes por suscriptor, en lugar de Grupos, de modo que promueva buenas medidas de controles internos y facilite las investigaciones de la OCS o de cualquier entidad reguladora.

PROVEEDORES:

Al 31 de diciembre de 2010, la Organización mantenía unas guías para el recibo y ajuste de las reclamaciones de Proveedores. El procedimiento para el recibo de las reclamaciones establecía, en términos generales, lo siguiente:

- El proveedor deberá someter las facturas limpias y completas a la Organización dentro de los 90 días, contados a partir de la fecha de servicio. En el caso de Instituciones Hospitalarias, la fecha de los 90 días se contará a partir de la fecha de Alta del caso. En el caso de facturas en las cuales la Organización fuese el Plan Secundario o Complementario, los 90 días se contarán a partir de la fecha de recibo de la Explicación de Pago del Plan Primario o Medicare por parte del proveedor.
- Las facturas se recibirán en las oficinas de la Organización en Aibonito y/o Cayey, las cuales serán ponchadas en la fecha de recibo de las mismas. En caso de envíos electrónicos, el ponche se sustituirá por el listado de aceptación de facturas electrónicas provisto por INMEDIATA.
- Una vez las facturas son procesadas en el área de Finanzas, aquellas facturas que presenten errores se devolverán al proveedor junto con una hoja de rechazo donde se explicará las razones de la devolución. El proveedor tendrá 45 días contados a partir de la fecha de recibo del rechazo para someter la reclamación en las oficinas de la Organización en Aibonito y/o Cayey. De lo contrario, se entenderá que el proveedor está de acuerdo con el rechazo de la factura y no se pagará. En el caso de envíos electrónicos, aquellos rechazados por INMEDIATA, se considerarán casos no recibidos por la Organización, por lo que es de suma importancia el que se le dé atención inmediata y se re-sometan los casos antes del término de 90 días, mencionados en el inciso # 1.
- La Organización generará un ciclo mensual de cheques a proveedores, la primera semana de cada mes.
- Se pagarán las facturas que estuviesen completas y correctas que tuviesen de 45-50 días a partir de la fecha de recibo de las mismas en la Organización.

El procedimiento para el pago de reclamaciones a proveedores, de conformidad con las disposiciones establecidas en la Ley de Pago Puntual de la OCS, establecía en términos generales, lo siguiente:

- Las reclamaciones podrán recibirse por correo, personalmente o de forma electrónica.
- Las reclamaciones deberán recibirse en la Organización dentro de los 90 días a partir de la fecha del servicio.

- La Organización pagará la reclamación dentro de los 45 días a partir de la fecha de recibida.
- Si existiera algún error en la reclamación, se devolverá al proveedor, quien tendrá 45 días desde la fecha de recibida por el proveedor, para re enviar una correcta.
- Las reclamaciones se procesan diariamente por oficiales de reclamaciones de la Organización adscritos al Departamento de Finanzas.
- El ciclo de pago está desarrollado para un pago mensual en la primera semana de cada mes. El mismo deberá tener la aprobación del Director de Finanzas, previo a que se procese la corrida de pagos.
- El cheque requerirá de dos (2) firmas, en cualquiera combinación de las tres (3) personas que hay autorizadas a firmar cheques, que son: Administrador, Director de Finanzas y Directora de Servicio al Cliente y Cumplimiento, generalmente firmados por el Administrador y el Director de Finanzas.

Para el 2010, particularmente para HGM, se encontró casos donde la Organización no cumplió con la reglamentación de Pago Puntual de la OCS, al exceder por más de 50 días el pago a proveedores.

OTROS ASUNTOS

De la revisión a varios documentos de la Organización, nos llamó la atención que tanto en el informe anual como en los estados financieros auditados del 2010, no se reconoció ganancia o pérdida en la situación financiera de la Organización. No existe discrepancia entre el total de activos y el total de pasivos.

Es importante señalar que durante el 2010, 2011, y en años anteriores al 2010, la Organización realizó entradas de ajustes contractuales, que afectaban las transacciones con afiliadas. En acta de reunión de Junta de Directores del 10 de febrero de 2009, se sugirió llevar una autorización a la Junta de Directores de HGM, para que cada tres (3) meses se hiciera un ajuste contractual para asumir cualquier pérdida de la Organización y evitar un menoscabo.

En el último informe financiero que la OCS practicó a la Organización, se estableció que al finalizar el año se realizaba un ajuste cuyo propósito era eliminar de los libros de la Organización cualquier ganancia o pérdida que resultara de la contabilización de los ingresos y gastos que se registraban mensualmente.

En nuestro examen, este tipo de transacción nos levantó preocupación ya que la Organización pudiese no haber reportado, al cierre de cada año, la situación real de sus operaciones. Por lo que existe la posibilidad que pudiese haber finalizado, en un año en particular, con una deficiencia.

Nuestro examen no fue uno financiero, y aunque se solicitó a la Organización información relacionada con esta transacción no se proveyó la documentación que sustentaba este ajuste. Por lo que no pudimos identificar qué partidas se incluían en el referido ajuste, para al menos identificar en qué magnitud, si alguna, hubiese afectado la situación financiera de la Organización al cierre del 2010.

Por lo anterior, y habiendo la posibilidad de que con este tipo de transacción la Organización pudiese estar incumpliendo con las disposiciones del Artículo 27.090(2) del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A. sec. 2706, recomendamos a la OCS, realice de inmediato a la Organización un examen financiero que cubra las operaciones de los últimos cinco (5) años.

En el examen financiero, recomendamos se de énfasis al referido ajuste contractual, para determinar cuál fue la situación financiera real de la Organización. Además de atender otras situaciones que fueron detectadas en nuestro examen, tales como:

- No se está completando en todas sus partes el informe anual que se radica en la OCS y en NAIC. Que fue objeto de señalamientos en el examen anterior.
- Para el año 2010, el sometimiento de los estados financieros auditados no cumplió con los requerimientos de la nueva reglamentación de la Regla XIV-A del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico.
- Si en efecto los ingresos de la Organización están siendo depositados en las cuentas que aperturó la Organización, como se mencionara en el tópico de Efectivo de este informe.
- Identificar y enfatizar todas las transacciones entre la Organización y HGM, y cómo se contabilizan cada una de éstas en los libros de la Organización.
- Si las reservas en cada uno de los años auditados, resultó ser adecuada en comparación con el desarrollo de años futuros.
- Que la Organización esté tomando las debidas medidas correctivas para subsanar los señalamientos que ha levantado esta Oficina en este y en exámenes anteriores. Esto debido a que se observó, que algunos de los señalamientos de años anteriores no habían sido subsanado al momento del examen de Conducta de Mercado.

Respetuosamente,



Rosa I. Vazquez Lugo

Directora

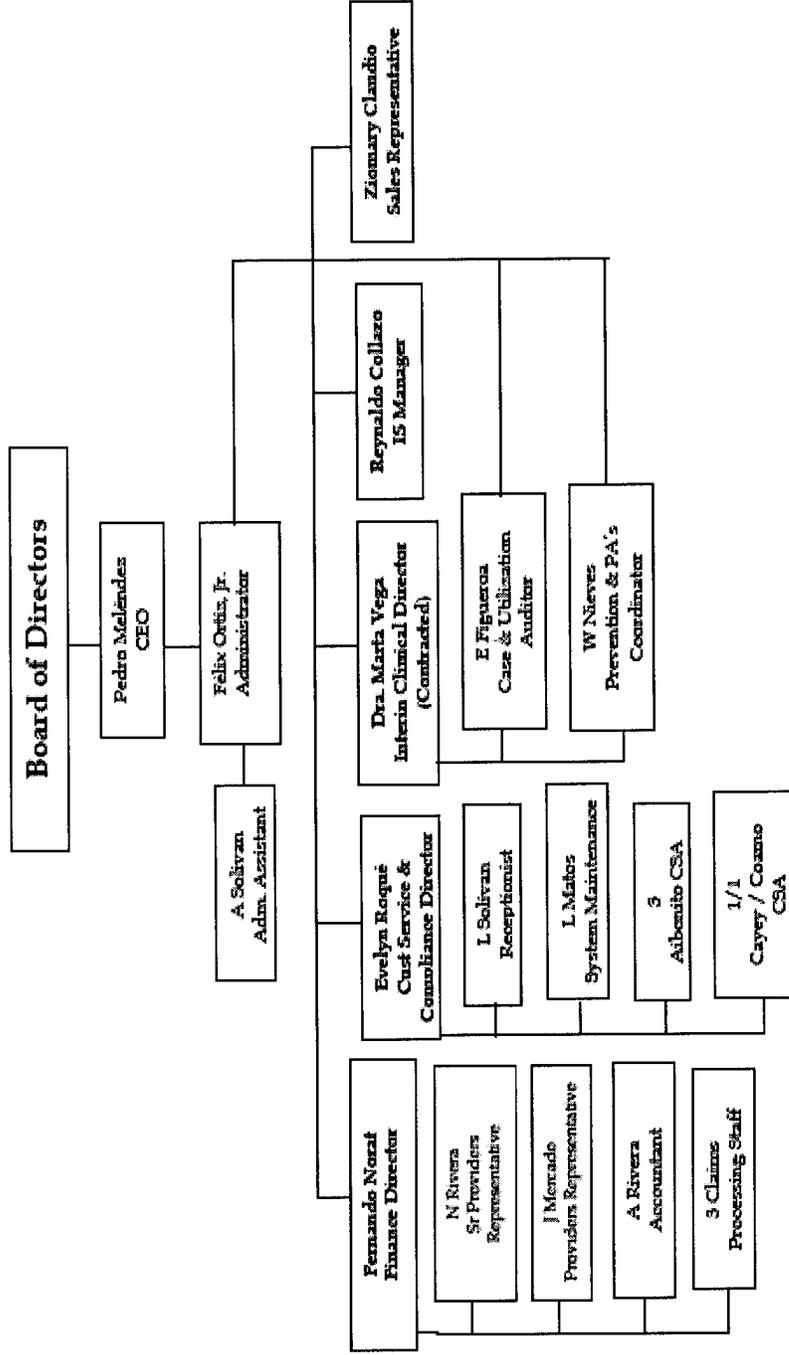
División Conducta de Mercado

RESUMEN DE PUNTOS IMPORTANTES

1. La Organización continuó incumpliendo con las disposiciones del Artículo 3.250(1) del Código de Seguros de Puerto Rico, al continuar utilizando un nombre distinto al que aparece en el certificado de autoridad emitido por la OCS. Sin embargo, reconocemos que la Organización hizo las gestiones correspondiente en la OCS, para subsanar esta situación. Página 3
2. La Organización incumplió con las disposiciones del Artículo 19.050(2) del Código de Seguros de Puerto Rico, al no someter para evaluación y aprobación el contrato que mantiene con HGM. Página 5
3. La Organización incumplió con las disposiciones del Artículo 27.230(2) del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A., sec. 2731, ya que el Protocolo de Prevención y Detección de actos fraudulentos no contiene la descripción del plan de educación y adiestramiento de su personal, particularmente el personal encargado de la Unidad de Antifraude. Página 12
4. Como sana política de administración, se recomienda a la Junta de Directores de la Organización que requiera a cada funcionario de la Organización, que completen el formulario de Política de Conflicto de Interés. Así como a cada uno de los cuatro (4) miembros de la Junta de Directores que no lo completó. Página 10
5. La Organización incumplió con las disposiciones del Artículo 19.080(2)(a) del Código de Seguros de Puerto Rico, al facturar a los suscriptores en la categoría de familiar e individual una cantidad mayor a la tarifa que fue inscrita en la OCS. Página 15

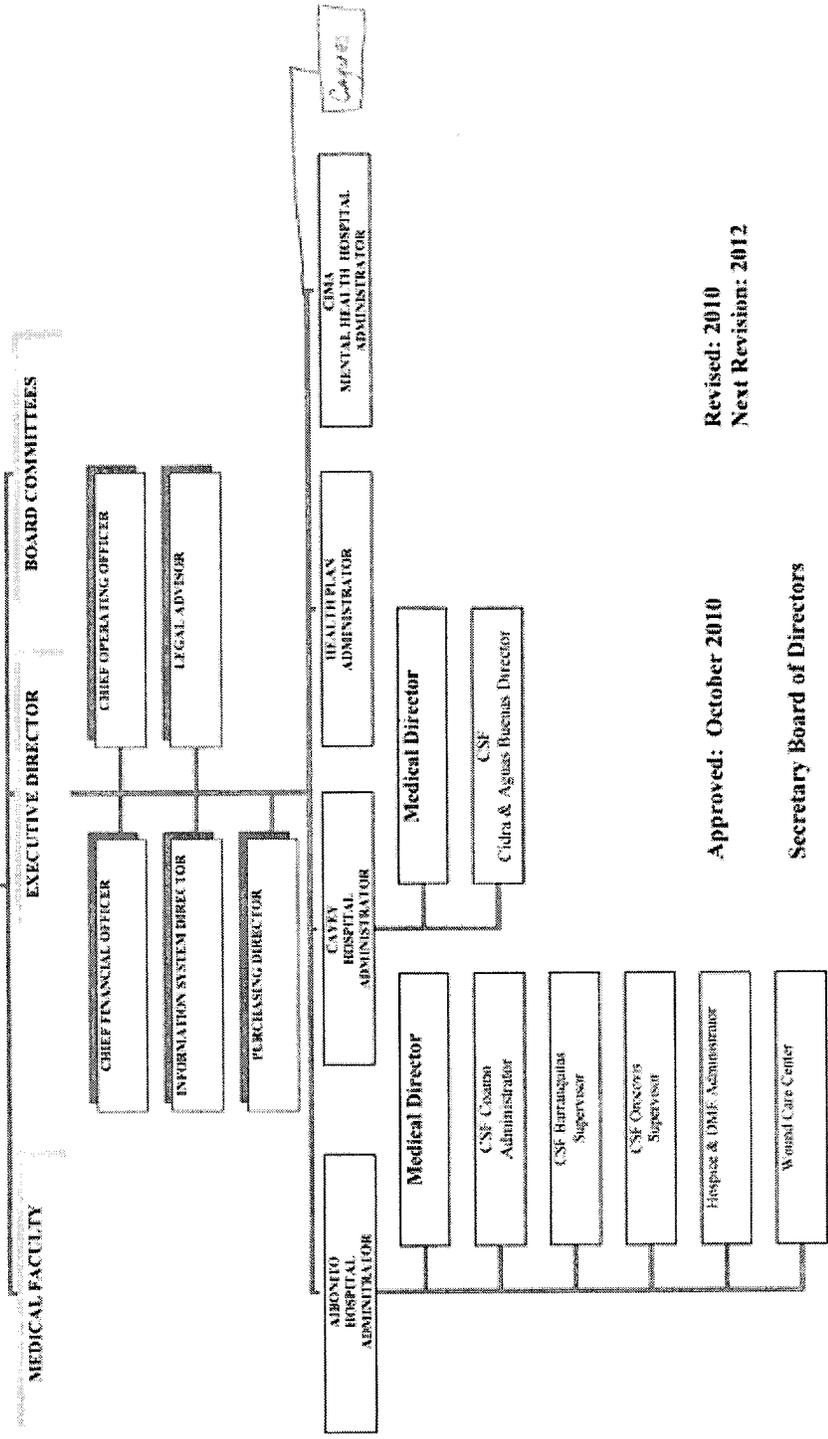
6. En cuanto a la inspección de los expedientes tomados para la muestra de “Cambios en el Contrato”, se observó incompatibilidad entre lo que nos fuera representado por la Organización, con respecto al tipo de documento, manejo y archivo de los mismos, y lo que realmente se detectó en la revisión. Páginas 17-19
7. La forma como la Organización mantiene la documentación de sus suscriptores, no promueve buenas medidas de control interno y no facilita la inspección y análisis de las transacciones de seguros por parte de la OCS. Esta situación es contraria a las disposiciones del Artículo 6, Incisos (3) y (8) de la Regla I-A del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico, a la Regla IX del referido Reglamento y al Artículo 19.180(3) del Código de Seguros de Puerto Rico. Páginas 17-20
8. Se recomienda requerir a la Organización mantener expedientes por suscriptor, en lugar de por Grupos, de modo que promueva buenas medidas de control interno, y facilite las investigaciones de la OCS. Páginas 17-20
9. Existen transacciones entre la Organización y HGM, que levantan preocupación en cuanto a la situación financiera de la Organización, y a un posible incumplimiento a lo que dispone el Artículo 27.090(2) del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A., sec. 2706. Por lo que recomendamos a la OCS lleve a cabo un examen financiero a la Organización que cubra las operaciones de los últimos cinco (5) años. Páginas 20-24
10. La Organización incumplió con la Estipulación, Caso Número EX-2007-43, del 10 de agosto de 2011, al no haber subsanado algunos de los señalamientos que le hizo la OCS, en el examen anterior. Páginas 20-24

Mennonite General Hospital, Inc.
Organigrama de la Organización



**MENNONITE GENERAL HOSPITAL, INC.
CORPORATE ORGANIZATION CHART**

Board of Directors



Revised: 2010
Next Revision: 2012

Approved: October 2010

Secretary Board of Directors

ANEJO C

MENNONITE GENERAL HOSPITAL, INC.

Tarifas vs Facturación

Examen regular al 31 de diciembre de 2010

Suscriptor / Tipo Cubierta	Tarifa Aprobada	Tarifa Facturada
Sin Medicamentos:		
Rodolfo Hernández Morales (Individual)	\$91.00	\$94.00
Ivelisse Rodríguez Guzmán (Familiar)	\$206.00	\$229.00
Con Medicamentos:		
Carlos Vázquez Basco (Individual)	\$111.00	\$120.00
Ana Torres Casiano (Familiar)	\$250.00	\$273.00
Migdalia Rosa Flores (Individual)	\$111.00	\$120.00
Luz Z. Díaz Delgado (Individual)	\$111.00	\$120.00

ANEJO D

Mennonite General Hospital, Inc.

Requisitos para el Proceso de Reembolso

Examen a 31 de diciembre de 2010

Ley 95	Menonita Personal (Pago Directo)	Grupos
<p>Radicación Solicitud de Reembolso</p> <p>Dar Aviso -Tan pronto sea razonablemente posible, sin exceder de 6 meses, a partir de la fecha de servicio.</p>	<p>30 días a partir de la fecha de servicio</p>	<p>Tan pronto sea razonablemente posible, a partir de la fecha de servicio.</p>
<p>Fecha limite para solicitar Reembolso</p> <p>Para dar aviso, hasta 6 meses. Una vez reciba los formularios que envió la Organización 90 días a partir del recibo de los formularios o tan pronto sea razonablemente posible, pero no más tarde de un (1) Año.</p>	<p>30 días. Si excede los 30 días no tendrá derecho a menos que demuestre que fue imposible someter la reclamación en el tiempo establecido.</p>	<p>1 Año. Si excede el año no tendrá derecho a menos que demuestre que fue imposible someter la reclamación en el tiempo establecido.</p>
<p>Para tener derecho al reembolso, el asegurado o suscriptor deberá presentar evidencia del pago efectuado.</p>	<p>Nombre y Dirección del Médico que prestó el Servicio. Recibo del Pago en Original Nombre del Proveedor que prestó el Servicio.</p>	<p>Nombre y Dirección del Médico que prestó el Servicio. Recibo del Pago en Original Nombre del Proveedor que prestó el Servicio.</p>
<p>Documentos Requeridos</p>	<p>Fecha de Ingreso y alta del Hospital. Fecha de Visitas o consultas por la cual se está pagando. Diagnóstico final y/o tipo de operación o procedimiento efectuado. Firma del Médico en el Recibo Original. Número de licencia médica del Proveedor de Servicios.</p>	<p>Fecha de Servicio, Ingreso y alta del Hospital. Fecha de Visitas o consultas por la cual se está pagando. Diagnóstico final y/o tipo de operación o procedimiento efectuado. Firma del Médico en el Recibo Original. Numero de licencia médica del Proveedor de Servicios.</p>