



GOBIERNO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

19 de marzo de 2010

CARTA NORMATIVA NÚMERO 2010-110-PP

A TODOS LOS ASEGURADORES Y ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD QUE SUSCRIBEN PLANES "MEDICARE ADVANTAGE" EN PUERTO RICO

APLICABILIDAD DEL CAPÍTULO 30 DEL CÓDIGO DE SEGUROS DE PUERTO RICO AL PAGO DE RECLAMACIONES POR SERVICIOS PRESTADOS A SUSCRIPTORES BAJO UN PLAN "MEDICARE ADVANTAGE"

Estimados señoras y señores:

Como es de su conocimiento, la Ley Núm. 104 de 19 de julio de 2002, conocida como "Ley para el Pago Puntual de Reclamaciones a Proveedores de Servicios de Salud", enmendó el Código de Seguros de Puerto Rico para incorporar el Capítulo 30 (e n adelante Capítulo 30 o Ley de Pago Puntual). En dicho Capítulo se fijan términos a los aseguradores y a las organizaciones de servicios de salud para el pago de reclamaciones por servicios prestados por sus proveedores participantes, y se regula el procedimiento y las exclusiones aplicables, entre otros extremos.

La Regla Núm. LXXIII del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico (Regla Núm. LXXIII), promulgada posteriormente por esta Oficina, estableció directrices más específicas para asegurar el cumplimiento estricto del Capítulo 30. Tanto el Capítulo 30 como la Regla Núm. LXXIII procuran propiciar el pago oportuno a los proveedores participantes, todo ello con el propósito de garantizar mejores servicios de salud para la población de Puerto Rico.

Desde que el Capítulo 30 y la Regla Núm. LXXIII entraron en vigor el 15 de enero de 2003, hemos emitido varias Cartas Normativas y Circulares a los fines de establecer directrices, notificar la interpretación de nuestra Oficina sobre determinados asuntos y establecer los procedimientos para dar cumplimiento fiel a las mismas.

Hemos advenido en conocimiento de que recientemente se han generado interrogantes en cuanto al alcance del Capítulo 30 sobre el pago de los servicios prestados a suscriptores de planes "Medicare Advantage" en Puerto Rico. Ello así, se nos ha solicitado que aclaremos si las disposiciones del Capítulo 30 y de la Regla LXXIII aplican al pago de dichas reclamaciones.

A continuación exponemos el análisis que nuestra Oficina ha realizado sobre el referido asunto, de conformidad con la legislación federal y la reglamentación promulgada por los "Centers for Medicare and Medicaid Services" (CMS).

La reglamentación de CMS exige que todos los contratos entre proveedores y aseguradores u organizaciones de servicios de salud (en adelante "las partes") incluyan una cláusula sobre el pago puntual de las reclamaciones. Dicho requisito surge del 42 C.F.R. 422.520 (b)(1) y (2), el cual dispone lo siguiente:

"(b)(1) Contracts between MA organization and providers and suppliers- contracts or other written agreements between MA organizations and providers must contain a prompt payment provision, the terms of which are developed and agreed to by both the MA organization and the relevant provider.

(2) The MA organization is obligated to pay contracted providers under the terms of the contract between the MA organization and the provider."

Para cumplir con el referido requisito, debe existir en los contratos una cláusula que establezca los términos que regirán el pago de las reclamaciones de los proveedores participantes ("contracted providers"). Adviértase que, en el caso de los proveedores participantes, la reglamentación federal no establece un término específico dentro del cual deben hacerse los pagos.¹ Lo que se requiere es que las partes, por mutuo acuerdo,

¹ La reglamentación federal sólo establece términos para pago en los casos de reclamaciones de proveedores no participantes ("non-contracted providers"). Véase 42 C.F.R. 422.520 (a), que establece:

"(a) Contract between CMS and the MA organization.

(1) The contract between CMS and the MA organization must provide that the MA organization will pay 95 percent of the 'clean claims' within 30 days of receipt if they are submitted by, or on behalf of, an enrollee of an MA private fee-for-services plan or are claims for services that are not furnished under a written agreement between the organization and the provider.

(2) The MA organization must pay interest on clean claims that are not paid within 30 days in accordance with sections 1816(c)(2)(B) and 1842(c)(2)(B).

establezcan en sus contratos los términos que tendrá el asegurador u organización de servicios de salud para pagar a sus proveedores participantes los servicios prestados a los suscriptores bajo un plan "Medicare Advantage". Cuando dicho requisito se satisface, el inciso (2) antes transcrito dispone que se seguirá lo estipulado por las partes en cuanto al pago de las reclamaciones. Es decir, el asegurador u organización de servicios de salud estará sujeto al cumplimiento de los términos acordados.

Debido a que las partes están facultadas para fijar los términos de pago puntual que a bien hayan tenido negociar, es válido que en el contrato éstas estipulen adoptar los términos y disposiciones de la ley estatal, que en el caso de Puerto Rico sería el Capítulo 30. En vista de que nuestra Oficina es la agencia gubernamental encargada de asegurar el cumplimiento de las disposiciones del Capítulo 30, cuando las partes acuerdan regirse por dicho Capítulo, o lo que es lo mismo, por la Ley de Pago Puntual, nuestra Oficina tiene jurisdicción para hacer cumplir lo pactado. Adviértase que en el escenario descrito, las partes voluntariamente optan porque la Ley de Pago Puntual les sea de aplicación.

Por otro lado, el Capítulo 30 también aplica cuando el contrato entre las partes no contiene una cláusula sobre pago puntual de reclamaciones o cuando, a pesar de haberla, la cláusula no es clara ni delimita con especificidad el término de tiempo en que el asegurador u organización de servicios de salud deberá pagar las reclamaciones de los proveedores. Nótese que el propósito de exigir la inclusión de una cláusula sobre pago puntual en los contratos es, precisamente, que se establezcan términos para el pago de las reclamaciones de los proveedores, independientemente de cuáles éstos sean. Cuando dicho requisito se cumple, los términos establecidos contractualmente constituyen, en esa materia, "la ley entre las partes". No obstante, si el requisito de establecer una cláusula sobre pago puntual se incumple, no existen parámetros que rijan el asunto dado que la reglamentación federal no establece el término en que deberán pagarse las reclamaciones presentadas por proveedores participantes. Por consiguiente, en estos casos la Ley de Pago Puntual de Puerto Rico aplicará de forma supletoria.

Además, aquellos contratos que no contengan provisión alguna sobre el pago puntual de reclamaciones serán referidos por nuestra Oficina a CMS para propósitos de investigación puesto que, como dijéramos, la reglamentación federal expresamente requiere que los contratos incluyan una cláusula al respecto.

En conclusión, y a tenor con todo lo previamente expuesto, cuando se trate de reclamaciones presentadas al amparo de un plan "Medicare Advantage", nuestra

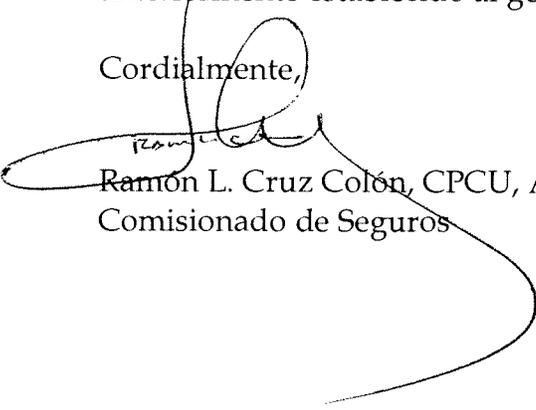
(3) All other claims from non-contracted providers must be paid or denied within 60 calendar days from the date of the request."

Oficina tiene y ejercerá su jurisdicción para hacer valer las disposiciones de la Ley de Pago Puntual sólo en dos instancias:

1. Cuando las partes en el contrato hayan pactado expresamente adoptar la Ley de Pago Puntual para regir los procedimientos de pago de reclamaciones;
2. Cuando el contrato no contenga una cláusula sobre el pago puntual de reclamaciones ("prompt payment provision"), o cuando, a pesar de haberla, la cláusula no sea clara ni delimite con especificidad el término de tiempo en que el asegurador u organización de servicios de salud deberá pagar las reclamaciones de los proveedores.

Se requiere a todos los aseguradores y organizaciones de servicios de salud que suscriben planes "Medicare Advantage" en Puerto Rico que tomen en consideración lo anteriormente establecido al gestionar los pagos a sus proveedores.

Cordialmente,



Ramón L. Cruz Colón, CPCU, ARe, AU
Comisionado de Seguros