



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

16 de marzo de 2006

CARTA NORMATIVA NÚM.: N-PP-3-73-2006

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

**TÉRMINOS ESTABLECIDOS POR LA LEY NÚM. 104 DE 19 DE JULIO DE
2002, MEJOR CONOCIDA COMO "LEY PARA EL PAGO PUNTUAL DE
RECLAMACIONES A PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD"**



La Ley Núm. 104 de 19 de julio de 2002, mejor conocida como "Ley para el Pago Puntual de Reclamaciones a Proveedores de Servicios de Salud", adicionó el Capítulo 30 a la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Puerto Rico", 26 L.P.R.A. secs. 3001 a 3008 (la "Ley"). El propósito de la Ley es fijar plazos a los aseguradores y a las organizaciones de servicios de salud para el pago de reclamaciones a los proveedores de servicios de salud; disponer el procedimiento para objetar las reclamaciones; y establecer penalidades por violaciones a sus disposiciones.

Según se expresa en la Exposición de Motivos de la Ley, los pagos tardíos, incumplimientos contractuales, ofertas de pago por debajo de la cantidad reclamada y la falta de pago por insolvencia económica, fueron algunos de los problemas enfrentados por los proveedores de servicios de salud que motivaron a la Asamblea Legislativa a establecer parámetros a la relación entre asegurador y organizaciones de servicios de salud con los proveedores de salud. Asimismo, la Asamblea Legislativa perseguía propiciar y reglamentar el pago oportuno a los proveedores de servicios de salud, sin que se menoscabasen los derechos contractuales y de propiedad que las partes hubiesen podido pactar. Todo ello con el propósito de garantizar los mejores servicios de salud para toda la población de Puerto Rico.

Apartado 8330 • San Juan, Puerto Rico 00910-8330

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

www.ocs.gobierno.pr

Luego de aprobada la Ley, la Oficina del Comisionado de Seguros (la "OCS") promulgó la Regla LXXIII del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico, la cual tiene el propósito de establecer los procedimientos necesarios para regular el pago puntual de las reclamaciones presentadas por los proveedores de servicios de salud del país a los aseguradores y organizaciones de servicios de salud, de conformidad con las disposiciones de la Ley. Esta Regla y las disposiciones sustantivas de la Ley entraron en vigor el 15 de enero de 2003.

Desde que la Ley y la Regla LXXIII entraron en vigor han surgido varias interrogantes en cuanto al alcance de las mismas. Es por ello que la OCS emitió la Carta Normativa Núm. N-E-3-51-2004 de fecha 9 de marzo de 2004, en la cual establecemos unas directrices con el propósito de aclarar las interrogantes surgidas hasta esa fecha.

 No obstante lo anterior, la OCS ha advenido en conocimiento de ciertas situaciones que están enfrentando algunos proveedores de servicios de salud en el trámite de sus reclamaciones ante los aseguradores que suscriben planes de cuidado de salud y las organizaciones de servicios de salud que no fueron contempladas cuando se emitió la referida Carta Normativa. Según se nos ha planteado, algunos aseguradores y organizaciones de servicios de salud han adoptado la postura de no pagar aquellas reclamaciones que se hayan presentado luego de transcurrido el término de noventa (90) días, que establece el Artículo 30.030 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A. sec. 3002, para que un proveedor participante someta sus reclamaciones de pago por servicios prestados. Así también, se plantea que éstos se niegan a satisfacer el pago de reclamaciones, cuando el proveedor participante no haya radicado todos los documentos necesarios o respondido a la notificación del asegurador u organización de servicios de salud, en torno a que la reclamación no es procesable para pago, dentro del término de cuarenta y cinco (45) días, que establece el Artículo 30.050 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A. sec. 3004.

Siendo la OCS la agencia administrativa que tiene el deber ministerial de velar en todo momento porque se cumplan las disposiciones contenidas en el Código de Seguros de Puerto Rico y su Reglamento¹, es menester que establezcamos los parámetros que serán de aplicación a las situaciones aquí planteadas.

Como es de todos conocidos, el Artículo 30.030 del Código de Seguros de Puerto Rico, supra, establece el término para el pago de reclamaciones a los proveedores de servicios de salud. A esos efectos, dicho Artículo expresa lo siguiente:

¹ Artículo 2.030 (2) del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A. sec. 203 (2).

“El proveedor participante deberá someter sus reclamaciones de pago por servicios prestados dentro de los noventa (90) días siguientes de haber prestado los mismos, y el asegurador u organización de servicios de salud está obligado a pagar en su totalidad toda la reclamación procesable para pago dentro del término de cincuenta (50) días calendario, a partir de la fecha en que el Asegurador u Organización de Servicios de Salud reciba la misma.

En el caso en que el Asegurador u Organización de Servicios de Salud sea pagador secundario, los noventa (90) días comenzarán a contar a partir de la fecha en que el Proveedor Participante recibió la determinación del pagador primario.

Luego de transcurridos los términos antes indicados no serán aplicables a dichas reclamaciones las disposiciones de este capítulo. Disponiéndose que no se interpretará que el término uniforme establecido dejará sin efecto aquellos términos menores que puedan aplicar al pago de reclamaciones por servicios prestados de acordarse por libre contratación otros términos alternos de pago.” (Énfasis suplido.)

Por otra parte, el Artículo 30.050 del Código de Seguros de Puerto Rico, supra, dispone, en lo pertinente, lo siguiente:

“El Asegurador u Organización de Servicios de Salud notificará a los proveedores participantes, por escrito o por medios electrónicos, aquellas reclamaciones que no sean procesables para pago dentro del término de cuarenta (40) días calendario, luego de recibida la objeción total o parcial de la reclamación de pago. La notificación indicará claramente las razones por las cuales el Asegurador u Organización de Servicios de Salud considera que la reclamación no es procesable para pago, indicando los documentos o información adicional que deba someterse para que pueda procesarse.

Dentro de los siguientes cuarenta y cinco (45) días de haber recibido la notificación del Asegurador u Organización de Servicios de Salud, **el proveedor participante deberá responder la misma. La omisión a ello se entenderá como una admisión a los señalamientos notificados.** Una vez el proveedor participante someta la información o documentación requerida, el Asegurador u Organización de Servicios de Salud deberá proceder al pago de la

reclamación dentro de los treinta (30) días siguientes al recibo de la información o documentación." (Énfasis suplido)

De igual forma y reiterando lo dispuesto por los artículos de la Ley antes citados, la Regla LXXIII dispone en su Artículo 4 que: **"...El recibir una Reclamación fuera del término de noventa (90) días o del término establecido por mutuo acuerdo entre las partes implicará que las disposiciones de esta Regla y del Capítulo 30 del Código no serán aplicables."** Asimismo, se dispone que en relación al término de 45 días para responder a las objeciones para el pago de una reclamación: **"... La omisión a responder a la objeción se entenderá como una admisión del Proveedor Participante a los señalamientos notificados."** (Énfasis suplido)



Basados en los artículos de la Ley y de la Regla antes citados, la OCS dispone que las únicas repercusiones que puede conllevar el que un proveedor participante presente una reclamación fuera del término de noventa (90) días, que establece el Artículo 30.030, supra, o de aquel otro término mayor que haya acordado por libre contratación, son: 1) que el asegurador de planes de cuidado de salud u organización de servicios de salud no tendrá que regirse por los términos de pago puntual; 2) que no habrá imposición de intereses por pago tardío; y 3) que la OCS no tendrá jurisdicción original sobre aquellas controversias que surjan, por lo que, a raíz del impago por parte de un asegurador autorizado a suscribir planes de cuidado de salud u organización de servicios de salud, el proveedor participante deberá recurrir mediante una acción civil de cobro por servicios prestados ante el tribunal con jurisdicción.

Por otra parte, en cuanto al término de 45 días dispuesto en el Artículo 30.050, supra, para que un proveedor de servicios de salud responda a las objeciones de un asegurador de planes de cuidado de salud u organización de servicios de salud para el pago de una reclamación, disponemos que el único efecto que tiene sobre un proveedor de servicios de salud el no contestar durante el referido término es que acepta los señalamientos notificados. De ninguna forma debe interpretarse que dicha disposición establece que el proveedor participante queda despojado de su derecho a que se le paguen los servicios de salud que ha prestado de no someter, dentro del plazo aludido, toda la información o documentación que le haya requerido el asegurador u organización de servicios de salud. Asimismo, disponemos que una acción afirmativa, dentro del término de cuarenta y cinco (45) días, por parte de un proveedor participante, dirigida a contestar la objeción del asegurador u organización de servicios de salud, constituya una respuesta a la luz de lo dispuesto en el Artículo 30.050, supra, que tiene el efecto de interrumpir dicho término.

Sólo se entenderá que el proveedor participante se allana a la contención del asegurador u organización de servicios de salud de que su reclamación no es procesable para pago, cuando éste omita respuesta alguna dentro del plazo establecido. Aún así, el proveedor participante únicamente se verá desprovisto de las salvaguardas que le confieren la Ley Núm. 104, supra, para que reciba el pago puntual de los servicios que ha prestado, por lo que deberá recurrir al tribunal con jurisdicción para hacer cumplir las obligaciones pactadas. De igual forma, el asegurador u organización de servicios de salud no tendrá que regirse por los términos de pago puntual y no estará sujeto a la imposición de los intereses por pago tardío, que se establecen en la Ley Núm. 104, supra.



Entender que un asegurador u organización de servicios de salud se libera de su obligación de pagar por los servicios de salud prestados por un proveedor participante, cuando este último no haya sometido su reclamación dentro del término de noventa (90) días, o no haya radicado todos los documentos necesarios para disponer de la reclamación o respondido a su objeción, dentro del término de cuarenta y cinco (45) días, sería contrario a las claras disposiciones de la Ley y de la Regla LXXIII. Debemos enfatizar que la Ley Núm. 104, supra, fue promulgada con el propósito de garantizarles a los proveedores el pago oportuno de sus servicios. Bajo ningún escenario dicho estatuto permite a los aseguradores u organizaciones de servicios de salud librarse de su obligación de pagar por el mero hecho de que los proveedores no cumplan con los términos establecidos en la Ley.

Por otro lado, debido a que aún quedan interrogantes sobre la aplicabilidad de la Ley a las reclamaciones que estaban en controversia al momento de entrar en vigor la misma, se hace necesario que establezcamos las directrices aplicables a dichas reclamaciones.

Es claro que la Ley aplica a toda reclamación procesable para pago que, al momento de entrar en vigor, haya sido sometida por proveedores participantes y esté pendiente de procesar, al igual que cubre cualquier reclamación que esté en controversia al momento de entrar en vigor dicha legislación.² Las "reclamaciones en controversia" incluyen las reclamaciones adjudicadas previas a la efectividad de la Ley y que, al momento de entrar en vigor la misma, estuvieran pendientes de revisión o que existiera una controversia entre el proveedor y el asegurador u organización de servicios de salud o de los proveedores.

Estas reclamaciones también están sujetas al pago de los intereses correspondientes, según dispuesto por el Artículo 30.070 del Código de Seguros

² Artículo 30.090 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A. sec. 3008.

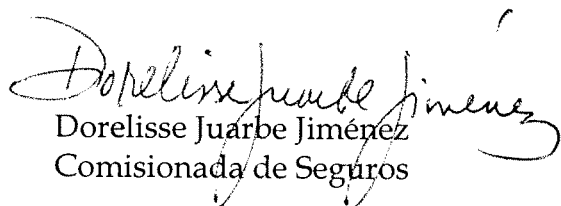
de Puerto Rico, que establece que, "cualquier reclamación procesable para pago que no sea pagada dentro del término dispuesto, devengará intereses a favor del proveedor participante sobre el importe total no pagado de dicha reclamación o de aquella parte de la misma que sea procesable para el pago hasta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

Asimismo, de existir alguna diferencia o disputa en cuanto a la cantidad reclamada, la misma debe ser procesada de acuerdo a lo que dispone el Artículo 30.050, supra, sobre "Reclamaciones no Procesables para Pago". No obstante, no se considerará que una reclamación está en disputa, si la cantidad que se propone adjudicar o adjudica el asegurador u organización de servicios de salud como pago está conforme a lo acordado entre las partes, independientemente de la cantidad que haya facturado el proveedor.

Por último, hemos advenido en conocimiento de que algunos aseguradores y organizaciones de servicios de salud han circulado a sus proveedores de servicios de salud contratos que contienen cláusulas que podrían ser contrarias a las disposiciones de la Ley. A estos efectos, debemos advertir que las relaciones contractuales que se establezcan entre los proveedores de servicios de salud y los aseguradores y organizaciones de servicios de salud deben ser afines a las disposiciones de la Ley Núm. 104 y su claro propósito legislativo. Habida cuenta de que el principio de autonomía contractual entre las partes está subordinado a que los pactos, cláusulas y condiciones establecidas no sean contrarias a las leyes, la OCS, en quién recae el deber ministerial de administrar las disposiciones de la Ley Núm. 104, no avalará el que un asegurador autorizado a suscribir planes de cuidado de salud u organización de servicios de salud utilice sus contratos con los proveedores para establecer condiciones que tengan el efecto de evadir las obligaciones que impone la Ley.

Se requiere a todos los aseguradores de incapacidad autorizados a suscribir planes de cuidado de salud y a todas las organizaciones de servicios de salud en Puerto Rico, el cumplimiento estricto con lo aquí dispuesto.

Cordialmente,


Dorelisse Juarbe Jiménez
Comisionada de Seguros