

9 de diciembre de 2024

CARTA NORMATIVA NÚM.:CN-2024- 363-D

A TODOS LOS ASEGURADORES SUJETOS A LAS DISPOSICIONES DEL *MEDICARE SECONDARY PAYER*, LOS CUALES SUSCRIBEN PLANES DE SALUD GRUPALES (GHP) Y QUE SUSCRIBEN PLANES DE SALUD NO GRUPALES (NGHP) TALES COMO: SEGUROS DE RESPONSABILIDAD (*LIABILITY*), RESPONSABILIDAD SIN CULPA (*NO-FAULT*) Y COMPENSACIÓN LABORAL (*WORKER'S COMPENSATION*)

IMPLEMENTACIÓN DE INFORMES DE LA SECCIÓN 111 DE *MEDICARE SECONDARY PAYER* Y SUS IMPLICACIONES EN EL AJUSTE DE RECLAMACIONES EN VIRTUD DEL CÓDIGO DE SEGUROS DE PUERTO RICO.

Estimados señores y señoras:

La legislación federal del Medicare, Medicaid y el SCHIP Extension Act de 2007 (MMSEA), añadió los párrafos (7) y (8) a la Sección 1862(b) del *Social Security Act*¹ en el que se establecieron nuevos requisitos de presentación de informes obligatorios con respecto a los beneficiarios de Medicare que tienen cobertura bajo planes médicos de salud grupales (*GHP - Group Health Plans*), así como cuando el seguro de responsabilidad -incluido el autoseguro-, seguro sin culpa (“no-fault”) o compensación laboral (“workers’ compensation”²), (colectivamente conocidos como planes de salud no grupales o *NGHP - Non-group Health Plans*), ofrecen acuerdos, sentencias, premios o asumen otra responsabilidad de pago por la atención y cuidados de beneficiarios del Medicare. Ello, porque Medicare es pagador secundario de algunos *GHP- Group Health Plans* o planes de salud grupales grandes (*LGHP*) para los servicios brindados a los siguientes grupos de beneficiarios de Medicare; “*working aged*”, personas con insuficiencia renal permanente, y ciertas personas discapacitadas³.

La Sección 111 del MMSEA (Sección 111), requiere estos reportes a las entidades definidas en ley como *Responsible Reporting Entities* o *RRE*⁴ para cumplir con las disposiciones del Pagador

¹ U.S. Congress. (1934) United States Code: Social Security Act, 42 U.S.C. §§ 301- Suppl. 4 1934.

² U.S. Department of Labor, Office of Workers’ Compensation Programs

³ MMSEA Section 111 MSP Mandatory Reporting – GHP User Guide, Version 7.3. (<https://www.cms.gov/files/document/mmsea-section-111-ghp-user-guide-version-73-october-2024.pdf>)

⁴ Las Secciones 1862(b)(7)(A) y (b)(8)(F) de la MMSEA define las partes responsables de esta presentación de informes que se denominan colectivamente entidades informantes responsables o *Responsible Reporting Entities* o *RRE*).

Secundario de Medicare (*Medicare Secondary Payer o MSP*)⁵ del *Social Security Act*. La Sección 111 contiene un mandato a las RRE que suscriben planes médicos de salud grupales (*GHP - Group Health Plans*) y a las RRE que se designan como planes médicos de salud no grupales (*NGHP - Non-group Health Plans*), para que reporten trimestralmente cierta información respecto a los beneficiarios de Medicare al *Center for Medicare and Medicaid Services* (CMS), ente responsable de proteger la integridad fiscal del programa Medicare.

El proceso de reportes de la Sección 111 permite al CMS que pague correctamente los beneficios del seguro médico de los beneficiarios de Medicare al determinar la responsabilidad que corresponde al pagador primario y al secundario. Con ello, se evita que Medicare pague por servicios o equipo médico cuya responsabilidad primaria corresponde a otro asegurador o, en caso de haber realizado pagos condicionales, que este pueda solicitar un reembolso. Para ello, la Sección 111 autoriza a CMS y a las RRE a intercambiar electrónicamente información sobre los derechos a los beneficios del seguro médico. El proceso de intercambio de datos real se lleva a cabo entre las RRE y el Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios de CMS (BCRC por sus siglas en inglés). El BCRC administra los aspectos técnicos del proceso de intercambio de datos de la Sección 111 para todos los RRE.⁶

El CMS publicó el 11 de octubre de 2023 el Reglamento Final de Sanciones Monetarias Civiles (*Civil Monetary Penalties*)⁷ en las que se incluye las sanciones a las que los RRE se verían expuestos por incumplir las disposiciones del Pagador Secundario de Medicare. La aplicación de dicho reglamento entró en vigor el 11 de octubre de 2024⁸, y los aseguradores que incumplan con notificar los reportes requeridos por la Sección 111 en el término previsto para ello, se exponen a la imposición de sanciones por parte de CMS de hasta \$1,000 por día de incumplimiento con respecto a cada reclamante⁹ (sujeto al ajuste anual por concepto de inflación¹⁰) de no demostrar la diligencia desplegada para conseguir la información necesaria del reclamante.

Para estar en posición de realizar los reportes requeridos dentro del término dispuesto para ello, los aseguradores sujetos a las disposiciones de la Sección 111, necesitan obtener cierta

⁵Pagador Secundario de Medicare o *Medicare Secondary Payer (MSP)* como se conoce en inglés es el término utilizado por Medicare cuando Medicare no es responsable de pagar como pagador primario una reclamación.

⁶El *CMS Benefits Coordination & Recovery Center* (BCRC) consolidó las actividades que apoyan la recopilación, gestión y presentación de informes de otras coberturas de seguro para los beneficiarios de Medicare. El CMS ha ordenado al BCRC que implemente los requisitos de MSP de la Sección 111 como parte de sus responsabilidades de recopilar información para que CMS coordine beneficios para los beneficiarios de Medicare.

⁷ *Federal Register* / Vol. 88, No. 195 / October 11, 2023, Pages 70363-70373, 45 CFR Part 102 - *Medicare Program; Medicare Secondary Payer and Certain Civil Money Penalties*. "SUMMARY: This final rule will specify how and when CMS must calculate and impose civil money penalties (CMPs) when group health plan (GHP) and non-group health plan (NGHP) responsible reporting entities (RREs) fail to meet their Medicare Secondary Payer (MSP) reporting obligations by failing to register and report as required by MSP reporting requirements. This final rule will also establish CMP amounts and circumstances under which CMPs will and will not be imposed.

⁸ Véase, *Medicare Program; Medicare Secondary Payer and Certain Civil Money Penalties*. "DATES: Effective date: This final rule is effective on December 11, 2023. Applicability date: The provisions of this rule are applicable on or after October 11, 2024."

⁹ 42 USC 1395y (b)(8)(E)

¹⁰ 42 CFR Part 405, *Adjustment of Civil Money Penalties for Inflation*

información del reclamante. En el caso de los Planes Médicos Grupales (Group Health Plans - (GHP))¹¹, cada RRE debe enviar trimestralmente la información del plan de salud grupal sobre los empleados y dependientes al BCRC. A cambio, el BCRC le proporcionará al RRE información sobre los derechos a Medicare de aquellas personas en un GHP que puedan identificarse como beneficiarios de Medicare. Este intercambio mutuo de datos ayuda a garantizar que las reclamaciones se paguen por la organización apropiada en la primera facturación.¹² En el caso de los GHP, el asegurador tiene que proveer, además, información de cobertura, como las fechas de inicio y finalización, el tipo de cobertura y cualquier cambio en la cobertura. Además, tiene que ofrecer información del patrono que ofrece el GHP.

En el caso de aquellos beneficiarios de Medicare que reciben compensación por acuerdos, sentencias, laudos u otro pago por el seguro de responsabilidad -incluido el autoseguro-, seguro sin culpa (“no-fault”) o compensación laboral (“workers’ compensation”), agrupados bajo un plan de salud no grupal o NGHP -Non-group Health Plan, la forma y modo de presentación de informes comienza con el requisito de consulta (*query*) para validar si el reclamante es beneficiario de Medicare. Los informes requeridos por Sección 111 a las entidades NGHP ayudan a CMS a determinar cuándo otra cobertura de seguro es primaria para Medicare, lo que significa que debe pagar los artículos y servicios primero, antes de Medicare considerar sus responsabilidades de pago. En esta primera parte del proceso, CMS le requiere a la NGHP para la identificación del beneficiario las siguientes **cuatro piezas iniciales** de información del reclamante para verificar sus registros:

1. Nombre y apellidos
2. Fecha de Nacimiento (DOB)
3. Sexo
4. Número de Seguro Social (SSN) o los últimos 5 dígitos o número de identificación del beneficiario de medicare (MBI o HICN).

Una vez completada la consulta inicial (*query*) a Medicare, el BCRC genera un informe¹³ que provee a la RRE información del reclamante identificado como beneficiario de Medicare según la información presentada, proporcionando el ID de Medicare y otra información actualizada que

¹¹ Véase, MMSEA Section 111 MSP Mandatory Reporting – GHP User Guide, Version 7.3. ([GHP User Guide v7.3 October 2024 \(cms.gov\)](#))

¹² Los RRE deben proveer a CMS información sobre la cobertura hospitalaria y médica de GHP que ponen a disposición de los beneficiarios de Medicare. Según requerido por la Ley *Substance Use-Disorder Prevention that Promotes Opioid Recovery and Treatment* (SUPPORT) for Patients and Communities Act (“the SUPPORT Act”), los GHP que ofrecen cobertura primaria de medicamentos recetados también deben informar esta cobertura en el reporte trimestral requerido. CMS responderá con información sobre la cobertura de Medicare Parte A (hospital), Parte B (médica), Parte C (Medicare Advantage) y Parte D (medicamentos recetados) de un beneficiario. Los detalles del cumplimiento con los requerimientos por parte de los RRE los establece CMS. (Véase, <https://www.cms.gov/medicare/coordination-benefits-recovery/mandatory-insurer-reporting-group-health-plans>)

¹³ *Query Response Record*

se encuentre en la base de datos de beneficiarios de Medicare ¹⁴. El asegurador debe continuar su obligación de reportar a CMS durante el proceso de ajuste de la reclamación, proveyendo -entre otros- los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (*ICD codes*)¹⁵ y de la existencia de un acuerdo transaccional, fecha y el monto de la oferta. También, el asegurador tiene que notificar detalles de la reclamación que envuelve al beneficiario de Medicare, incluyendo los acuerdos, sentencias, compensación y otros pagos, así como el número de póliza, fechas de cubierta y tipo de cubierta. La entidad NGHP tiene la responsabilidad de considerar los gastos condicionales incurridos por Medicare como parte del ajuste y de reembolsar a Medicare por cualquier gasto médico incurrido como resultado del evento reclamado. Medicare utiliza la información para determinar si pagó primero cuando no debía hacerlo, y para solicitar el reembolso del otro asegurador o del beneficiario de Medicare.

La función de informar a CMS bajo la regulación dispuesta en la Sección 111 es una tarea requerida al asegurador para identificar aquellos reclamantes que son beneficiarios de Medicare e informar a Medicare de la existencia de un evento que podría estar relacionado a pagos por gastos médicos cubiertos por el plan médico que, de ordinario, no habría incurrido sin la ocurrencia del incidente por el que el Beneficiario de Medicare reclama.

En vista de lo anterior, reafirmamos la obligación de los aseguradores de cumplir con el proceso inicial de consulta para validar las listas de los Beneficiarios Reclamantes, ajustar las reclamaciones (tomando en consideración los gastos incurridos por Medicare) y así cumplir con toda la regulación aplicable. Reconocemos que el proceso de cumplimiento de algunos aseguradores podría verse limitado por las dificultades propias de obtener del reclamante las **cuatro piezas iniciales** de información requeridas por CMS. Los NGHP necesitan obtener la información personal de los beneficiarios de Medicare tan pronto como sea posible después de que se resuelva una reclamación o se realice un pago. Esto es crucial para garantizar la presentación de informes oportunos y precisos a los CMS en virtud de la Sección 111. Cuanto antes se recopile la información, mejor será para el cumplimiento y para evitar posibles sanciones. La ausencia o el retraso en la obtención de estos datos por parte de las NGHP, conllevaría una demora en la resolución de las reclamaciones.

En atención a ello, procedemos mediante la presente normativa a reiterar que todo aquel reclamante que sea a su vez beneficiario de Medicare, deberá proveer al asegurador la información requerida para completar el proceso de consulta (*query*) a CMS, a saber: nombre, fecha de nacimiento, sexo y número de seguro social o MBI. De no proveer esta información se podría exponer al cierre de la reclamación de conformidad con lo dispuesto en el Artículo

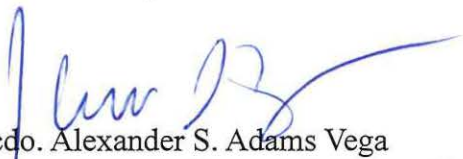
¹⁴ MMSEA Section 111 MSP Mandatory Reporting - Liability Insurance (Including Self-Insurance), No-Fault Insurance and Workers' Compensation USER GUIDE, version 7.7. (<https://www.cms.gov/files/document/mmsea-111-october-7-2024-nghp-user-guide-version-77-chapter-i-introduction-and-overview.pdf>)

¹⁵ Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.a revisión, Estandarización Mundial de la Información de Diagnóstico en el Ámbito de la Salud.

27.163(3) del Código de Seguros de Puerto Rico¹⁶ por falta de cooperación, al no contar con la información necesaria para ajustar y resolver la reclamación. El cierre será sin perjuicio de permitir nuevamente la presentación de dicha reclamación.

Se requiere que se tome conocimiento de lo expuesto en esta carta normativa.

Cordialmente,



Lcdo. Alexander S. Adams Vega
Comisionado de Seguros de Puerto Rico

¹⁶ El Artículo 27.163 del Código de Seguros de Puerto Rico dispone los actos que constituyen resolver una reclamación que son, a saber:

“(1) El pago total de la reclamación.

(2) La denegación escrita y debidamente fundamentada de la reclamación.

(3) El cierre de la reclamación por inactividad del reclamante, cuando el reclamante no coopere o no entregue la información necesaria para que el asegurador pueda ajustar la reclamación. Disponiéndose, que el asegurador notificará inmediatamente al reclamante del cierre de esta, salvo que en tales circunstancias el cierre será sin perjuicio de permitir nuevamente la presentación de dicha reclamación.”