Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Oficina del Comisionado de Seguros

MCS ADVANTAGE, INC.

Informe de Examen de Organización de Servicios de Salud

Periodo del examen 1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2013

Caso Núm. EX-2014-03

ENMENDADO

Lourdes E. Rivera Fontánez, APIR
Examinadora

TABLA DE CONTENIDO

ALCANCE DE EXAMEN 1
HISTORIA 2
ADMINISTRACIÓN Y CONTROL 3
- ACCIONISTA 3
- JUNTA DE DIRECTORES 3
- FUNCIONARIOS 4
- ACTAS 4
- DIVIDENDOS 4
- CONTRATOS DE ADMINISTRACIÓN 5
- POLÍTICA DE INVERSIONES 7
- ARTÍCULOS DE INCORPORACIÓN Y REGLAMENTO 8

TERRITORIO Y PLAN DE OPERACIONES 8
- PRIMA SUSCRITA 8
- REQUISITO DE DEPÓSITO ESTATUTARIO 9
- FIANZA DE FIDELIDAD 9

CONFLICTO DE INTERÉS 11
OTROS ASUNTOS 11
- SISTEMA DE QUERELLAS 11
- INFORME DE QUERELLAS 12
- PERSONAL PRODUCTOR 13
- REGLA NÚM. 76 – SISTEMA DE ALMACENAJE ELECTRÓNICO 14
- REGLA NÚM. 92 – CAPITAL COMPUTADO EN FUNCIÓN DE RIESGO (RBC) 15
- REGLA NÚM. 95 - REQUISITO DE LA OPINIÓN ACTUARIAL 17
- FONDOS NO RECLAMADOS 18
- ESTADOS DE SITUACIÓN FINANCIERA COMPARATIVO 20
- ESTADOS DE INGRESOS Y GASTOS COMPARATIVO 21

COMENTARIOS SOBRE ALGUNAS PARTIDAS DEL INFORME ANUAL 22
- BONOS 22
- PRIMAS POR COBRAR 25
- "UNINSURED PLANS- MEDICARE" 26
- CUIDADO DE SALUD 27
- RECLAMACIONES POR PAGAR 28

CONCLUSIÓN 29
RESUMEN DE PUNTOS IMPORTANTES 30

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

24 de marzo de 2015

Ángela Weyne Roig
Comisionada de Seguros
Guaynabo, Puerto Rico

Estimada Comisionada:

En armonía con las disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico, su Reglamento y la Orden de Investigación Número EX-2014-03 de 3 de abril de 2014, se practicó un examen de regular a:

MCS ADVANTAGE, INC.
Ave. Ponce de León Núm. 255 Suite 105
Edificio MCS Plaza
San Juan, Puerto Rico

a quien en adelante se hará referencia como "la Organización".

ALCANCE DE EXAMEN

Este examen cubrió el período comprendido entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2013, y todas aquellas transacciones subsiguientes, que a juicio del examinador fueron relevantes.

Se examinaron los activos y las obligaciones, según fueron presentados en el informe anual al 31 de diciembre de 2013, así como los desembolsos hechos por la Organización, aplicando los procedimientos indicados en el Manual de Prácticas y Procedimientos de Contabilidad promulgados por la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros ("NAIC", por sus siglas en inglés). Se verificó además, el

cumplimiento con las disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico, en adelante "el Código de Seguros", su Reglamento y aquellas Cartas Normativas y Circulares emitidas por el Comisionado de Seguros, incluyendo el Código de Salud de Puerto Rico.

HISTORIA

La Organización fue incorporada en el Departamento de Estado el 17 de marzo de 2004, bajo el nombre de MCS Advantage, Inc. Su única incorporadora lo fue la Sra. Jeannette Rodríguez.

Fue autorizada por la Oficina del Comisionado de Seguros, en adelante "esta Oficina", el 1 de julio de 2006, para proveer planes de cuidados de salud en esta jurisdicción, bajo el Programa Medicare.

La Organización es una subsidiaria de MCS Medical Card System, Inc., en adelante "MCS, Inc.". Además, es una afiliada de MCS Life Insurance Company y de MCS Health Management Options, Inc. Ver tópico de Entidades Relacionadas.

La Organización se dedica a brindar servicios de salud a beneficiarios del medicare ofreciendo el producto de "Medicare Advantage", denominado como "MCS Classicare Plan" y "MCS Classicare Premiums". La Organización opera bajo un contrato con "Centers for Medicare & Medicaid Services", en adelante CMS, bajo la Ley Federal conocida como "Medicare Prescription Improvement and Modernization Act, (MMA)". Dicha Ley, permite a los beneficiarios del Programa Medicare adquirir cubierta de medicamentos a través de entidades bajo el programa "Prescription Drug Plan (PDP)". Además, la Compañía provee una mayor cobertura de beneficios a los

miembros elegibles de Medicaid Programa Platino a través del contrato con la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, en adelante "ASES".

La Organización opera bajo la supervisión de una Junta de Directores, compuesta al 31 de diciembre de 2013, por nueve (9) miembros de conformidad a lo dispuesto en su Reglamento, que establece un mínimo de tres (3) miembros.

ADMINISTRACIÓN Y CONTROL

ACCIONISTA

Al 31 de diciembre de 2013, la Organización mantenía una acción común emitida y en circulación con un valor par de $1.00. MCS, Inc., era el único accionista de la Organización a la fecha del examen.

JUNTA DE DIRECTORES

Al 31 de diciembre de 2013, la Junta de Directores de la Organización estaba compuesta por los siguientes:

Directores	Puesto
Robert VanHees	Presidente
James P. O'Drobinak	Director
Carmen Conde	Directora
Gerald Landgraf	Director
Cyril Meduña	Director
Daniel Agroskim	Director
Jay H. Wagner	Director
Alexander Castildi	Director
Paul Levy	Director

La sección 4.2 del Artículo IV del Reglamento Corporativo de la Organización, establece entre otras cosas, que la Junta de Directores se compondrá de tres (3) o más miembros. Para el periodo examinado, la Organización cumplió con su Reglamento.

FUNCIONARIOS

La sección 5.1 del Artículo V del Reglamento de la Organización, establece, entre otras cosas, que la Junta de Directores es el ente encargado de elegir al presidente, secretario, tesorero y otros funcionarios que habrán de administrar la Organización. Al 31 de diciembre de 2013, los Funcionarios de la Organización que fueron electos por la Junta de Directores eran los siguientes:

Funcionarios	Puesto
David Scanavino	Presidente
David Schaffer	CFO y Tesorero
Maritza I. Mucich	Secretaria

ACTAS

Se revisaron las actas de las reuniones efectuadas por el Accionista, la Junta de Directores y los Comités de la Organización para el periodo examinado, encontrándose que las mismas fueron celebradas conforme lo establece el Reglamento Corporativo de la Organización.

DIVIDENDOS

La Junta de Directores aprobó en reunión de 11 de enero de 2010 pagar un dividendo a MCS, Inc., de $24,500,000. Este dividendo fue conforme al Artículo 29.340(1) del Código de Seguros, el cual establece que un asegurador por acciones del país no pagará ningún dividendo en efectivo a los accionistas si no es de aquella parte

de sus fondos sobrante disponibles que se deriven de cualquier beneficio neto realizado en su negocio.

Dicho dividendo fue pagado mediante dos plazos, el 21 de enero de 2010, $14.5 millones y el 15 de octubre de 2010, $10.0 millones, en forma de transferencias electrónicas.

CONTRATOS DE ADMINISTRACIÓN

La Organización para el período examinado, mantenía un contrato de administración y servicios con MCS, Inc. Ésta última llevaría a cabo la administración y el manejo de las operaciones de la Organización, en la cual se incluía los servicios financieros, legales, de recursos humanos, tecnológicos, mercadeo y la administración de las reclamaciones.

Dicho contrato fue enmendado y aprobado por esta Oficina mediante carta C-605 el 31 de octubre de 2012, sujeto a que al término de un (1) año, la Organización, revisara los contratos de servicios demostrando un grado mayor de participación en el desempeño de sus negocios.

Mediante carta de 23 de diciembre de 2013, la Organización solicitó a esta Oficina la confirmación de la aprobación del contrato de 31 de octubre de 2012. Con carta AF-334/GS de 4 de abril de 2014, esta Oficina le confirmó a la Organización que se mantiene vigente la aprobación de dicho contrato con MCS, Inc. Para el periodo examinado, el contrato de administración tenía un costo por miembro, por mes, de $80.43 basado en el estudio realizado por Sherlock Company.

Para el periodo examinado y basado en las Notas de los Estados Financieros del Informe Anual, la Organización pagó a MCS, Inc., por el contrato de administración, lo siguiente:

Años	Cantidad Pagada (Millones)	Aumento porcentual
2013	$127.8	17 %
2012	109.5	(5)%
2011	114.7	148 %
2010	46.2	

Conforme lo aquí presentado y el Estado de Ingresos y Gastos del Informe Anual, la principal fuente de ingresos de la Organización fue la que provino de los fondos de primas de programas de Gobierno. Para el año 2010, la Organización realizó la cantidad de $70.7 millones en pagos a MCS, Inc. Esta cantidad fue por concepto de dividendos de $24.5 millones (Ver tópico de Dividendos) y por concepto del referido contrato de administración de $46.2 millones.

En términos generales la cantidad pagada por concepto del contrato de administración ha aumentado significativamente a través del periodo bajo examinación. No obstante, la prima suscrita no reflejó un aumento de igual proporción[1] a la del aumento en el costo por el contrato de administración. Cabe mencionar que la Organización sólo ofrece servicios para proveer cubierta de salud a los participantes del programa de medicare del Gobierno Federal, a través de un contrato con CMS. Del

[1] Ver tópico de Prima Suscrita para referencia del cambio porcentual.

examen realizado a la Organización, y de otros que esta Oficina ha realizado en el pasado surge que una entidad relacionada con la Organización, obtiene una ganancia a base del contrato de administración siendo la principal fuente de ingresos de la Organización prima procedente de un programa federal. Se recuerda a la Junta de Directores de la Organización que conforme al Artículo 19.070 del Código de Seguros deberá velar por el buen uso y manejo de los fondos recibidos por la Organización.

POLÍTICA DE INVERSIONES

El Artículo 6.040(1) del Código de Seguros establece, entre otras cosas, que la Junta de Directores de un asegurador adoptará un plan escrito para adquirir y mantener inversiones y para delinear sus prácticas de inversiones. El Plan de Inversiones deberá expresar las calificaciones profesionales de las personas que habrán de hacer las decisiones rutinarias de inversión para asegurar su competencia y su comportamiento ético. Para el periodo examinado, la Organización mantuvo una política de inversiones, en adelante, "el Plan".

La Organización cumplió con el Artículo 6.040(1) del Código de Seguros ya que en su Plan incluía sus prácticas de inversiones y las calificaciones profesionales de las personas que habrán de hacer las decisiones rutinarias de inversión.

El Artículo 6.040(2) del Código de Seguros dispone que la Junta de Directores deberá certificar por escrito, vía resolución formal a adoptarse al menos una vez al año, que todas las inversiones se han realizado de acuerdo a la delegación, normas, limitaciones y objetivos de inversiones establecidas por la Junta de Directores, o por un comité autorizado por la Junta de Directores con la responsabilidad de administrar las

inversiones del asegurador. Para el periodo examinado, la Organización cumplió con lo establecido en el Artículo 6.040(2) del Código de Seguros al certificar por escrito mediante resolución formal, que todas las inversiones se realizaron de conformidad con el Artículo de Ley antes mencionado.

El Artículo 6.040(3) del Código de Seguros establece que, al menos trimestralmente, y más a menudo si fuere necesario, la Junta de Directores del asegurador o un comité debidamente autorizado, deberá revisar y actualizar, según sea apropiado, el plan escrito. La Organización cumplió con lo que establece el referido Artículo 6.040(3), al revisar su Plan, al menos trimestralmente.

ARTÍCULOS DE INCORPORACIÓN Y REGLAMENTO

Para el periodo examinado la Organización no enmendó sus Artículos de Incorporación, ni su Reglamento.

TERRITORIO Y PLAN DE OPERACIONES

PRIMA SUSCRITA

Para el periodo examinado, la Organización mantenía una licencia expedida por esta Oficina para tramitar negocios de seguros de salud (planes de cuidado de salud). Principalmente, se dedica a los programas de Medicare Advantage mediante contratos con CMS. Le ofrece a sus miembros los beneficios completos de Medicare y otros que Medicare mismo no ofrece. Al 31 de diciembre de 2013, sus grupos (miembros) incluían individuos privados, AEELA, y retirados.

Para el período examinado, y tomando como base el "Exhibit Five-Year Historical Data" del informe anual al 31 de diciembre de 2013, las primas suscritas de la Organización fueron las siguientes:

Descripción	2013	2012	2011	2010	2009
Primas Suscritas	$1,173,785,058	$1,146,434,799	$1,183,600,987	$1,165,090,013	$818,417,310
Cambio porcentual	2%	(3)%	2%	42%	

REQUISITO DE DEPÓSITO ESTATUTARIO

El Artículo 19.140 del Código de Seguros establece que, como garantía de que las obligaciones para el suscriptor, proveedor y acreedores se cumplan; cada organización de servicios de salud al momento de autorizarse depositará con el Comisionado la cantidad de seiscientos mil dólares ($600,000), en activos elegibles.

El Artículo 19.042 del Código de Seguros establece que, las organizaciones de servicios de salud presentarán en los pasivos el depósito requerido en el Artículo 19.140 del Código de Seguros de Puerto Rico.

Al 31 de diciembre de 2013, la Organización mantenía como parte de sus pasivos la cantidad de $641,694, en valor amortizado, en certificados de depósito bancario, como protección contra insolvencia según lo establecido, por lo que la Organización cumplió con los Artículos de Ley antes mencionados.

FIANZA DE FIDELIDAD

Al 31 de diciembre de 2013, MCS, Inc., mantenía varias pólizas de responsabilidad profesional para sus accionistas, directores, oficiales, empleados y sus afiliadas con los aseguradores Ace Insurance Company y Liberty Mutual Insurance

Company. Estas pólizas tenían un límite de $7,500,000, y $5,000,000, respectivamente, con una retención de $25,000 e incluía a la Organización, como asegurado adicional. Cabe mencionar que el límite establecido en la póliza de MCS, Inc., en la cual se incluía a la Organización, estaba en cumplimiento con lo recomendado en el *"Financial Examiner Handbook"* promulgado por NAIC.

ENTIDADES RELACIONADAS

Para el periodo examinado, la Organización pertenecía a un sistema de compañías tenedoras, según definido en la Regla Núm. 83 del Reglamento del Código de Seguros la cual establece las normas y procedimientos para reglamentar las afiliadas.

Al 31 de diciembre de 2013, la Organización estaba controlada en un 100% por MCS, Inc., con quien mantenía varios contratos de servicios, entre los cuales se encontraba un contrato administrativo, el cual incluye servicio del procesamiento de reclamaciones.

La Sección 13 de la Regla Núm. 83 del Reglamento de Código de Seguros, establece que, todo asegurador u organización de servicios de salud autorizada a tramitar seguros en Puerto Rico y que pertenezca a un sistema de compañías tenedora deberá suministrar anualmente la información requerida en el Formulario B, el cual forma parte de la referida Regla.

Para el periodo examinado la Organización cumplió con lo establecido en la Regla Núm. 83 del Reglamento del Código de Seguros.

CONFLICTO DE INTERÉS

Para el período examinado la Organización utilizaba el Código de Conducta de MCS, Inc., al igual que las demás afiliadas. Este Código incluía una política de conflicto de interés utilizado para el monitoreo de la ética y la independencia de su personal. El Código de Conducta, monitoreo de la Organización para mantener cumplimiento con el Artículo 29.230 del Código de Seguros era distribuido a los empleados, funcionarios y directores de la Organización, los cuales completaron el formulario de Conflicto de Interés para el período examinado.

OTROS ASUNTOS

SISTEMA DE QUERELLAS

El Artículo 19.120(1)(b) del Código de Seguros requiere, entre otras cosas, incluir la designación de un comité de querellas el cual no excederá de cinco (5) miembros en los cuales estarán representados los suscriptores de contratos individuales, los suscriptores de planes grupales, y los proveedores. Tales representantes no podrán ser a la vez empleados, funcionarios, directores o accionistas de la Organización. Además, los miembros del comité estarán por un periodo no menor de un (1) año no mayor de tres (3) años.

Para el período examinado la Organización mantenía las siguientes personas en el Comité de Querellas:

2011

Nombre	Represente	Período en Comité
Ángel Rivera Ortiz	Suscriptor Individual	4 años

Nombre	Represente	Período en Comité
Carmen Berrios	Suscriptor Plan Grupal	4 años
Dra. María García	Representante de Proveedores	4 años
Patricia Hernández Pérez	Representante de la Organización	5.5 años

2012

Nombre	Represente	Período en Comité
Ángel Rivera Ortiz	Suscriptor Individual	5 años
Carmen Berrios	Suscriptor Plan Grupal	5 años
Dra. María García	Representante de Proveedores	5 años
Patricia Hernández Pérez	Representante de la Organización	6.5 años

Luego de verificar los registros de la Organización, se determinó, que aunque la Organización mantuvo un comité de querellas, ésta incumplió con lo que establece el Artículo 19.120(1)(b), al excederse del período máximo requerido de 3 años a los miembros.

Mediante carta de 27 de marzo de 2014, la Organización mencionó que no presentó el informe de querellas del 2014 requerido en el Capítulo 22 del Código de Salud, ya que la Organización entiende que las disposiciones de éste son incompatible con los Capítulos 13 y 18 del Manual de Salud de Medicare y el Capítulo 42 de Regulaciones Federales. Esta Oficina ésta evaluando la referida carta.

INFORME DE QUERELLAS

El Artículo 19.120(f) del Código de Seguros, establece lo siguiente:

"Cada organización de servicios de salud deberá someter al Comisionado de Seguros y al Secretario de Salud un informe anual, en la forma prescrita por el Comisionado, en o antes del 31 de marzo siguiente al año del informe. ... "

Para el año 2010 la Organización incumplió con el referido Artículo de Ley, al no someter a esta Oficina el referido informe.

El Artículo 22.050(F)(2)(a) del Código de Salud de Puerto Rico, establece que:

"Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores presentarán al Comisionado, por lo menos una vez al año, un informe en el formato especificado por el Comisionado."

Para los años 2011, 2012 y 2013 la Organización cumplió con el referido Artículo de Ley al someter a esta Oficina los informes de querellas.

PERSONAL PRODUCTOR

El Artículo 19.160(3) del Código de Seguros dispone, entre otras cosas, que ninguna organización de servicios de salud efectuará la solicitación y suscripción de un plan de cuidado de salud si no es por conducto de un agente autorizado de dicha organización de servicios de salud que resida en Puerto Rico. Al 31 de diciembre de 2013, las suscripciones fueron realizadas por los representantes autorizados de la Organización, en cumplimiento con el referido Artículo de Ley.

REGLA XIV- A - ENTREGA DE LOS ESTADOS FINANCIEROS AUDITADOS

La Regla XIV-A del Reglamento del Código establece, entre otras cosas, que los aseguradores deberán someter a esta Oficina sus estados financieros auditados, preparados por un contador público autorizado independiente, que incluya la condición financiera y los resultados de las operaciones del asegurador. Para el periodo examinado, la Organización sometió los estados financieros auditados por la firma de contadores públicos autorizados KPMG LLP.

El inciso E del Artículo 3 de Regla XIV-A del Reglamento del Código de Seguros requiere, entre otras cosas, que todo asegurador designe un grupo de individuos para constituir un Comité de Auditoría. La Organización cumplió con el inciso E del Artículo 3 de la referida Regla, ya que la Organización mantenía un Comité de Auditoría para el período examinado.

El inciso A del Artículo 16 de la Regla XIV-A del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico, establece entre otras cosas que, todo asegurador al que se le requiere los estados financieros auditados y que tiene primas directas suscritas y asumidas de $500,000 o más, deberá preparar un informe sobre los controles internos utilizados para el informe financiero por parte del asegurador o grupo de aseguradores, según estos se definen en el Artículo 3 de la referida Regla. También, dicho informe se deberá radicar en esta Oficina junto al Informe de Controles Internos dentro de un término de sesenta (60) días subsiguientes a la fecha de radicación de los estados financieros auditados, según lo establece el inciso A del Artículo 11 de la referida Regla.

La Organización cumplió con el inciso y Artículo de la referida Regla al radicar dicho informe. No obstante, incumplió con la Regla XIV-A al radicar el Informe de 2013 a esta Oficina el 8 de octubre de 2014, 68 días en atraso.

REGLA NÚM. 76 – SISTEMA DE ALMACENAJE ELECTRÓNICO

El Artículo 7 de la Regla Núm. 76 del Reglamento del Código de Seguros establece, entre otras cosas, que toda organización de servicios de salud que utilice un sistema de almacenaje electrónico estará obligado a obtener una opinión de un auditor certificado de sistema de información, a los efectos de que el sistema de almacenaje

electrónico cumple con los requisitos establecidos por el Código y esta Regla. Las certificaciones requeridas en el referido Artículo deberán ser sometidas a esta Oficina una vez cada tres años.

La Organización cumplió con lo que establece el Artículo 7 de la referida Regla, al someter a esta Oficina el 21 de mayo de 2012, las certificaciones de los sistemas utilizados.

REGLA NÚM. 92 – CAPITAL COMPUTADO EN FUNCIÓN DE RIESGO (RBC)

La Regla Núm. 92 del Reglamento del Código de Seguros establece las normas para implantar las disposiciones relacionadas con el requisito de capital computado en función del riesgo (RBC, por sus siglas en inglés). El Artículo 45.030(1) del Código de Seguros, establece lo siguiente:

> "En o antes del 31 de marzo de cada año, todo asegurador del país preparará y presentará ante el Comisionado un informe sobre su nivel de capital computado en función del riesgo al cierre del año natural anterior, con la información y en la manera que se requiere en las instrucciones sobre capital computado en función del riesgo."

La Organización presentó, para el período examinado, los informes sobre su nivel de capital computado en función del riesgo en la fecha y formato establecido.

El Artículo 45.060 del Código de Seguros define un evento de nivel de control autorizado como, entre otros eventos, la presentación por parte del asegurador de un informe de capital computado en función de riesgo que indique que el capital ajustado del asegurador es mayor o igual al nivel de control obligatorio pero menor que el nivel de control autorizado.

Luego de revisar el informe del RBC de la Organización al 31 de diciembre de 2011, se encontró que ésta mantenía un nivel de RBC *ratio* de 171.4%.

Al 31 de diciembre de 2011 la Organización se encontraba en un evento de nivel de control autorizado, según descrito en el Artículo 45.060 del Código de Seguros.

Mediante carta AF-211/GS de 11 de junio de 2012, esta Oficina, le notificó a la Organización que se encontraba en un evento de acción por el asegurador de conformidad con el Artículo 45.040(1)(a)(ii) del Código de Seguros de Puerto Rico.

Esta Oficina le requirió preparar y presentar un plan de capital computado en función de riesgo el cual incluyese, entre otras cosas:

a. Condiciones que propiciaron el evento de nivel de acción.
b. Acciones correctivas que propone implantar con el propósito de eliminar el evento de nivel de acción.
c. Proyecciones de los resultados financieros del asegurador para el año en curso y por los siguientes cuatro (4) años.
d. Identificación de la calidad de las operaciones del asegurador y los problemas asociados con las mismas.

El 17 de julio de 2012, la Organización sometió en esta Oficina su *RBC Capital Plan*. El referido Plan incluyo los factores que llevaron a la Organización al evento de nivel de acción según se presenta a continuación:

a. Dificulta en la estimación de las reservas para reclamaciones.
b. Dificultad y retrasos en el procesamiento de reclamaciones médicas debido a la salida del MCS-HMO del programa de Mi Salud.

c. Reorganización de sus gerenciales, incluyendo al CFO.

Mediante de carta de 26 de septiembre de 2012 esta Oficina le requirió información adicional a la Organización. Luego de evaluar la información adicional suministrada por la Organización, mediante carta del 13 marzo de 2013 esta Oficina aprobó el referido plan sujeto a las siguientes condiciones:

1. Cualquier pago de dividendos por la Organización estará sujeto a la previa autorización de esta Oficina.
2. . La Organización deberá someter a esta Oficina trimestralmente un resumen de las proyecciones logradas y no logradas en comparación al 2012.

A pesar que el *RBC Capital Plan* de la Organización proyectaba que se alcanzaría un 200% de RBC para el 31 de diciembre de 2013 a esta fecha la Organización mantenía un RBC *ratio* de 174%.

REGLA NÚM. 95 - REQUISITO DE LA OPINIÓN ACTUARIAL

El Artículo 6 de la Regla Núm. 95 del Reglamento del Código de Seguros establece los requisitos que deberá contener la Opinión Actuarial a ser sometida a esta Oficina, así como las reglas aplicables a la designación de un actuario nombrado. La opinión actuarial de la Organización para el 2010, fue preparada por el actuario Scott Allen, FSA, MAAA, fecha de nombramiento el 15 de noviembre de 2007.

En resolución de reunión de Junta de Directores de 22 de diciembre de 2011, fue nombrada la firma de actuario Milliman, Inc, para llenar la vacante dejada por el actuario Scott Allen. La Opinión actuarial de los años 2011 y 2012 fueron preparadas

por el actuario Courtney R. White, FSA, MAAA, y la del año 2013, por Matt Chamblee, FSA, CERA, MAAA, ambos de la firma de actuario Milliman, Inc.

Luego de una revisión minuciosa de los documentos de la Organización en esta Oficina, se encontró, que la Organización no sometió a esta Oficina la notificación del cambio del actuario. La Organización incumplió con el Artículo 6 de la Regla Núm. 95 del Reglamento del Código de Seguros al no notificar por escrito a esta Oficina el cambio de actuario.

FONDOS NO RECLAMADOS

El Artículo 26.040(1) del Código de Seguros establece, entre otras cosas, que cada asegurador deberá, en o antes del 1 de mayo de cada año, presentar un informe escrito al Comisionado de todos los fondos no reclamados que tengan más de cinco (5) años de emitidos y sean adeudados al 31 de diciembre inmediatamente precedente.

El Artículo 26.040(3) del Código de Seguros establece, entre otras cosas, que cada asegurador que no posea fondos no reclamados deberá radicar una certificación negativa a esos efectos. Para los años 2011, 2012 y 2013 la Organización cumplió con el referido Artículo al someter la certificación negativa sin días en atraso.

No obstante, para el año 2010 la Organización incumplió con el Artículo 26.040(3) del Código de Seguros, al no someter a esta Oficina la certificación negativa.

ESTADOS FINANCIEROS

Como se mencionara en el tópico de la Regla XIV-A del Reglamento del Código de Seguros, los estados financieros auditados de la Organización fueron preparados por la firma de contadores públicos autorizados, KPMG, LLP.

A continuación se incluyen los estados financieros según presentados en el informe anual de la Organización al 31 de diciembre de 2013 y 2012:

- Estado de Situación Comparativo
- Estados de Ingresos y Gastos
- Estado de Situación Ajustado
- Conciliación del Sobrante no Asignado al 31 de diciembre de 2013

MCS Advantage, Inc.
ESTADOS DE SITUACIÓN FINANCIERA COMPARATIVO
al 31 de diciembre de 2013 y 2012

	2013	2012
Activos		
Bonos	$ 82,762,139	$ 64,309,478
Efectivo	16,135,466	73,128,029
Intereses por Cobrar	454,302	326,339
Primas por Cobrar	55,076,727	21,601,433
Otras Primas por Cobrar	1,076,579	3,932,473
"Unisurance Plan"	17,384,483	15,277,501
Contribuciones por Cobrar	6,684,518	7,087,219
Cuentas de Afiliadas por Cobrar	4,885,060	6,560,527
Cuidado de Salud	4,563,859	7,872,082
Total	$ 189,023,133	$ 200,095,081
Pasivos		
Reclamaciones por Pagar	$ 81,794,619	$ 99,010,158
Incentivos Médicos Acumulados	22,518,413	19,705,871
Gastos Generales por Pagar	11,149,826	8,208,375
Cantidades Retenidas	1,928,098	1,871,685
Remesa y Partidas no Distribuidas	7,936,942	7,916,327
Pasivos Agregados	600,000	600,000
Total	$ 125,927,898	137,312,416
Capital y Sobrante		
Capital - Acciones Comunes	$1	$1
Sobrante Pagado y Contribuido	639,999	639,999
Sobrante no Asignado	62,455,236	62,142,663
Total Capital y Sobrante	$ 63,095,236	62,782,663
Total Pasivo, Capital y Sobrante	$ 189,023,134[2]	$ 200,095,079

[2] Diferencia de $1.00 (redondeo)

MCS Advantage, Inc.
ESTADOS DE INGRESOS Y GASTOS COMPARATIVO
al 31 de diciembre de 2013 y 2012

Ingreso de Suscripción	**2013**	**2012**
Primas Suscrita	$ 1,173,785,058	$ 1,146,434,799
Gastos		
Beneficios Médicos y Hospital Pagados	$ 761,145,362	$ 755,315,480
Medicina	195,054,547	184,366,003
Incentivos Pagados	32,873,781	29,135,274
Gastos de Ajustes de Pérdidas	14,123,687	8,287,230
Gastos Generales	166,572,950	145,496,121
Total Gastos Generales	$ 1,169,770,327	$ 1,122,600,108
Ganancia Neta en Suscripción	$ 4,014,731	$ 23,834,691
Ingreso de Inversiones		
Ingresos Neto de Inversiones	$ 1,616,292	$ 2,223,916
Pérdida o ganancia Neta del Capital	(429,526)	1,313,730
Ingreso Neto de Inversiones	$ 1,186,766	$ 3,537,646
Ingresos Neto Antes de Contribución Federal	$ 5,201,497	$ 27,372,336
Contribuciones Federales	(1,476,159)	(34,692)
Ingreso Neto	$ 3,725,338	$ 27,337,644

COMENTARIOS SOBRE ALGUNAS PARTIDAS DEL INFORME ANUAL

A continuación se presenta un resumen de algunas partidas del informe anual al 31 de diciembre de 2013.

BONOS **$82,762,139**

La Organización presentó al 31 de diciembre de 2013, en la cuenta de Bonos un balance ascendente a $82,762,139. Este balance representaba el 43.78% de los activos admitidos y se componía de lo siguiente:

Descripción	Valor Amortizado	%
Bonos del Gobierno USA	$73,132,614	88%
Bonos Territorios de USA	8,490,769	10%
Bonos de Puerto Rico	1,138,756	1%
Total	$ 82,762,139	100%

Como se observó en la tabla anterior las inversiones en valores de Puerto Rico representaba el uno (1%) por ciento de la cartera de bonos de la Organización.

Las inversiones en bonos de la Organización aumentó en un veintinueve por ciento (29%) para el año 2013, en comparación con el año anterior. Este aumento se atribuyó a que la Organización adquirió varias inversiones. A continuación comportamiento de los bonos para el periodo examinado:

Año	Balance	Por ciento
2009	$42,056,312	-
2010	72,767,478	73%
2011	106,834,544	47%
2012	64,309,478	-40%
2013	82,762,139	29%

La Organización mantenía al 31 de diciembre de 2013, a Merrill Lynch Wealth Management y UBS Financial Services Incorporate of Puerto Rico como los custodios de la cartera de inversiones.

El Artículo 6.070(1) del Código de Seguros establece, entre otras cosas, que un asegurador no podrá adquirir inversión alguna bajo dicha sección si, como resultado de y luego de realizar la inversión, el asegurador tendrá más del cinco por ciento (5%) de sus activos admitidos o más del diez por ciento (10%) de su capital excedente, lo que fuere menor, en inversiones de todo tipo de entidad, asumidas o garantizadas por una sola persona o entidad comercial, incluyendo valores garantizados por activos o garantizado por préstamos asegurados por un solo conjunto de activos.

Para el 31 de diciembre de 2013, la Organización cumplió con lo que establece el referido Artículo de Ley al mantener las inversiones diversificadas.

Se verificaron todas las inversiones presentadas por la Organización en el Schedule D-Part I del Informe Anual con la información presentada por los manejadores de inversiones. También se solicitaron y revisaron las confirmaciones financieras, encontrándose en orden.

De la revisión a los bonos se encontró que la Organización presentó las inversiones a su valor amortizado y presentó correctamente clasificados aquellos bonos de designación 3. Los restantes bonos eran designación 1 y 2 como se presentan en el Schedule D del Informe Anual y según confirmado con los estados de los custodios. La Organización cumplió con el SSAP Núm. 26, párrafo 7 del Manual de Prácticas y Procedimientos de NAIC. El Artículo 6.030(9) del Código de Seguros establece que un asegurador deberá poseer documentos que

demuestre que cada inversión fue adquirida de acuerdo con las disposiciones de las sección 648 a 662 de este título.

Se verificó la amortización de todas las inversiones, no se encontró excepciones entre la cantidad computada y la presentada en el informe anual.

Se verificó las compras y ventas de las inversiones, se realizó una búsqueda de las mismas en los libros del asegurador al 31 de diciembre de 2013, no se encontró excepciones.

EFECTIVO **$16,135,466**

Al 31 de diciembre de 2013, la Organización mantenía en la partida de Efectivo un balance ascendente a $16,135,466, el cual representaba el 8.54% de los activos admitidos y se componía de lo siguiente:

Núm. de Cuenta	Descripción	Cantidad
030-476658	Operacional	(1,372,095)
030-476631	Reclamaciones de Médicos	(10,364,017)
030-476666	Reclamaciones Dental	(231,211)
030-476623	Money Market Concentración	21,629,784
6F05114VR	Money Market UBS	4,192,167
5PR-07371	Money Market Merrill Lynch	1,266,630
5PR-07759	Money Market Merrill Lynch - Muni Portfolio	122,515
Varios	Certificados de Depósito	891,693
	Total	$16,135,466

Se verificaron los balances presentados por la Organización en el Informe Anual para la cuenta de Efectivo con las confirmaciones bancarias y, se encontraron que estaba sin excepciones.

PRIMAS POR COBRAR **$55,076,727**

La Organización presentó al 31 de diciembre de 2013 en la cuenta de Primas por Cobrar un balance ascendente a $55,076,727, el cual representaba el 29.14% de sus activos admitidos. Este balance consistía de primas de menos de 90 días de vencidas, y se desglosa de la siguiente manera:

Descripción	Balance
Cuenta por Cobrar Contrato CMS	$2,257,251
Reserva Incobrables CMS	(696,729)
Reserva Incobrables CMS	(134,068)
Reserva de Perdidas Incobrables CMS	(327,301)
Reserva CMS	51,885,552
Primas por Cobrar Suspense CMS	3,586
Primas por Cobrar ASES	1,050,180
Cuentas por Cobrar ELA	3,264,986
Reserva Incobrables ELA	(2,259,236)
Primas por Cobrar Grupo	78,841
Reserva Incobrable Grupo	(46,335)
Total	$55,076,727

El balance de $51.9 millones se compone de una reserva estimada que según surgen cambios en la condición de salud de los suscriptores beneficiarios de medicare, los más probables es que aumente los beneficios de prima a cobrar. CMS trimestralmente realiza una evaluación de los suscriptores y realiza el desembolso de la prima a la Organización de los contratos H4006 Y H5577.

El SSAP Núm. 6 del Manual de Prácticas y Procedimientos de Contabilidad de la NAIC, establece que las primas por cobrar de más de noventa (90) días de vencidas serán consideradas activos no admitidos. En este examen se encontró que el balance

presentado por la Organización cumplía con el referido SSAP, ya que el mismo correspondió a primas por cobrar dentro de los 90 días. Además, se verificó que la Organización realizó cobros subsiguientes, durante los meses de enero a marzo de 2014.

"UNINSURED PLANS- MEDICARE" **$17,384,483**

La Organización presentó al 31 de diciembre de 2013 en la cuenta de *"Uninsured Plans - Medicare"* un balance ascendente a $17,384,483, el cual representaba el 9.20% de sus activos admitidos y se componía de las siguiente partidas:

Descripción	Balance
"Reinsurance Accrual"	7,305,280
"Coverage Gap Discount"	10,079,203
Total	$17,384,483

La cuenta *"Uninsured Plans"* es una cuenta relacionada al contrato con CMS mantenidos por la Organización para el reembolso a ésta por servicios rendidos. Conforme a la opinión actuarial de Milliman, Inc., actuario de la Organización, sometida durante el examen, la referida cuenta *"Uninsured"*, según identificados por el CMS posee cuatro (4) componentes a saber:

- "Low Income Cost Sharing "
- "Federal Reinsurance "
- "Coverage Gap Discount Program"
- "Risk Sharing"

En este examen se corroboró que la Organización mantenía dos (2) de los cuatro componentes como parte de la cuenta *"Uninsured Plans"*. El SSAP Núm. 47 del Manual de Prácticas y Procedimientos de Contabilidad del NAIC establece, entre otras cosas que, en la cuenta de *"Uninsured"* se incluyen los costos del contrato de Medicare.

También, en el inciso 9(a) establece que para los planes de Medicare y planes similares del gobierno federal, no se le considerará activos no admitidos aquellos balances sobre los noventa (90) días.

En el examen se verificaron los cobros subsiguientes de enero a marzo de 2014, encontrándose que la Organización había cobrado aproximadamente el 64% del total de cuenta por cobrar.

CUIDADO DE SALUD **$4,563,859**

La Organización presentó al 31 de diciembre de 2013 en la cuenta de Cuidado de Salud un balance ascendente a $4,563,859, el cual representaba el 2.41% del total de sus activos admitidos y se componía de lo siguiente:

Descripción	Balance
Cuentas por Cobrar Parte D	$12,149
Rebate por Cobrar	4,551,710
Total	$4,563,859

El SSAP Núm. 84 del Manual de Prácticas y Procedimientos de la NAIC establece, entre otras cosas, que las cuentas por cobrar de rebate de farmacias, préstamos y adelantos con relación a los planes del Gobierno Federal.

Al 31 de diciembre de 2013, la Organización mantenía un contrato de farmacia con el intermediario Catamarán PD of Puerto Rico, LLC., quien se encargaba de la administración de las redes de farmacias participantes. Los balances que se presentan por cobrar en las facturas son estimados la cual la Organización somete al administrador federal. El Gobierno Federal trimestralmente realiza una evaluación del reporte sometido y le desembolsa a la Organización por el servicio de pago de farmacia.

Se verificó el balance que la Organización presentó en el informe anual contra los cobros subsiguientes y se encontró sin excepción.

RECLAMACIONES POR PAGAR **$104,313,032**

La Organización presentó al 31 de diciembre de 2013, en las partidas de Reclamaciones por Pagar e Incentivos Médicos Acumulados un balance de $104,313,032 el cual representaba el 82.84% del total de sus pasivos.

El Artículo 5.050(2) del Código de Seguros establece, que:

> "Si la experiencia en pérdidas de algún asegurador demostrare que su reserva de pérdidas, no importa cómo se calculen, son inadecuadas, el Comisionado exigirá al asegurador que mantenga reserva de pérdidas en la suma aumentada que fuere necesaria hacerlas adecuadas."

La Organización efectuó pagos para el período del 1 de enero al 30 de septiembre de 2014, por concepto de reclamaciones médicos, farmacia e incentivos de fechas de incurridas del 2013 o antes ý mantenía reclamaciones pendientes para el mismo período, como se presenta a continuación:

Descripción	Reserva Según Informe Anual	Reclamaciones Pagadas y Pendientes
Reclamaciones por Pagar	$ 81,794,619	$76,636,552
Incentivos Médicos Acumulados	22,518,413	15,585363
Total	$104,313,032	$92,221,915

Al 31 de diciembre de 2013, las reservas mantenidas por la Organización para el pago de reclamaciones e incentivos médicos eran adecuadas, según el análisis realizado al reporte de reclamaciones por pagar y el trimestral de 30 de septiembre de 2014.

CONCLUSIÓN

La situación financiera de la Organización, para el período examinado fue la siguiente:

Total Activos	$189,023,133
Total Pasivos	$125,927,898
Total Sobrantes	63,095,236
Total Pasivo y Sobrantes	$189,023,134

Respetuosamente,

Lourdes E. Rivera Fontánez, APIR
Examinadora

RESUMEN DE PUNTOS IMPORTANTES

1. La Organización incumplió con el Artículo 19.120(1)(b) del Código de Seguros de Puerto Rico, ya que los miembros del Comité de Querellas se excedieron del período máximo requerido de 3 años. Páginas 11-12
2. Para el año 2010, la Organización incumplió con el Artículo 19.120(f) del Código de Seguros de Puerto Rico al no someter el Informe Anual de Querellas. Páginas 12-13
3. La Organización incumplió con el inciso A del Artículo 11 de la Regla XIV-A del Reglamento de Código de Seguros de Puerto Rico, al radicar el Informe de Controles Internos del año 2013 con 68 días de atrasos. Páginas 13-14
4. La Organización se encontraba en un evento de nivel de control autorizado al 31 de diciembre de 2011, según descrito en el Artículo 45.040(1)(a)(ii) del Código de Seguros de Puerto Rico. Páginas 15-18
5. A pesar que el *RBC Capital Plan* de la Organización proyectaba que se alcanzaría un 200% de RBC para el 31 de diciembre de 2013 a esta fecha la Organización mantenía un RBC *ratio* de 174%. Páginas 15-18
6. La Organización incumplió con el Artículo 6 de la Regla Núm. 95 del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico al no notificar por escrito a esta Oficina el cambio de actuario. Páginas 18-19
7. La Organización incumplió con el Artículo 26.040(3) del Código de Seguros de Puerto Rico, al no someter a esta Oficina para el año 2010 la certificación negativa de los fondos no reclamados. Página 19