PLAN MÉDICO SERVICIOS DE SALUD BELLA VISTA, INC.,
Examen de Conducta de Mercado
Al 31 de diciembre de 2010

Carmelo Hernández Alicea
Supervisor de Exámenes

Tabla de Contenido

ALCANCE DE EXAMEN 1
HISTORIA 2
TERRITORIO Y PLAN DE OPERACIONES 3
ADMINISTRACIÓN Y CONTROL 5
OPERACIÓN Y ADMINISTRACION 6
MANEJO DE QUERELLAS Y PROCEDIMIENTOS PARA RESOLVER QUERELLAS 9
COMITÉ DE QUERELLAS 10
MERCADEO Y VENTAS 11
AUTORIZACION DE PRODUCTORES DE SEGUROS 12
SERVICIOS A SUSCRIPTORES 14
SUSCRIPCION Y TARIFAS 16
CREDENCIALES DE LOS PROVEEDORES 17
PAGO DE RECLAMACIONES A PROVEEDORES 18
RED DE PROVEEDORES 22
EVALUACIÓN DE UTILIZACIÓN 23
UTILIZACIÓN DE RECURSOS EXTERNOS 24
RESUMEN DE PUNTOS IMPORTANTES 25
RECONOCIMIENTO 27

ANEJO A
ANEJO B

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

16 de mayo de 2013

Angela Weyne Roig
Comisionada de Seguros
Oficina del Comisionado de Seguros
Guaynabo, Puerto Rico

Estimada Comisionada:

Conforme a lo dispuesto en la Orden de Investigación Número CM-2012-02 del 24 de febrero de 2012, y en armonía con las disposiciones del Artículo 19.180(1) del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L. P. R. A. sec. 1918(1), se practicó un examen de las operaciones y conducta de mercado de la organización de servicios de salud:

Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc.,

a quien se hará referencia en adelante como "la Organización". El examen se llevó a cabo en las oficinas principales de la Organización, ubicadas en la Avenida Hostos Núm. 770, Mayagüez, Puerto Rico.

ALCANCE DE EXAMEN

Este examen es el primer examen de conducta de mercado que se le práctica a la Organización, y cubrió el período comprendido entre el 1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2010.

En este examen, se incluyó una revisión de las operaciones subsiguientes al período examinado, para determinar el cumplimiento de la Organización con las prácticas y procedimientos regulados por el Código de Seguros de Puerto Rico y su Reglamento, incluyendo cartas normativas y circulares emitidas por la Oficina del Comisionado de Seguros. En este examen, se utilizó además, como base de evaluación, las normas provistas en el Capítulo 16 del Manual de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC) conocido como "Market Regulations Handbook", Edición del 2010, en adelante el " Market Regulation de la NAIC". Conforme al Capítulo 20 de dicho manual, se revisaron las siguientes áreas:

- Operación y Administración
- Manejo de Querellas y Procedimientos para Resolver Querellas
- Mercadeo y Ventas
- Autorización de Productores de Seguros
- Servicio a Suscriptores
- Suscripción y Tarifas
- Credenciales de los Proveedores
- Pago de Reclamaciones a proveedores
- Red de Proveedores
- Evaluación de Utilización
- Utilización de Recursos Externos

El trabajo de campo fue desde el 28 de febrero de 2012 y concluyó el 30 de marzo de 2012.

HISTORIA

La Organización fue incorporada el 11 de abril del 1985, bajo el nombre de Servicios de Salud Bella Vista, Inc., como una corporación de fines no lucrativos bajo la Ley General de Corporaciones de Puerto Rico.

La Organización está autorizada en la Oficina del Comisionado de Seguros, en adelante "esta Oficina", mediante una licencia que obtuvo el 3 de febrero de 1986 para suscribir seguros de salud. La Organización ha renovado consecutivamente esta licencia para realizar negocios de seguros de salud, bajo la jurisdicción de Puerto Rico.

El 31 de agosto de 2000, la Organización cambió su nombre a Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc., archivando dicho cambio en el Departamento de Estado el 12 de diciembre de 2000.

La Organización está afiliada bajo una administración común con el Hospital Bella Vista y la Policlínica Bella Vista, Inc., ambas incorporadas en 1990, y a su vez a la afiliada, Bella Vista Health System, Inc. Estas entidades mantienen estatus legales separados entre sí, bajo el control de la Iglesia Adventista del Séptimo Día.

TERRITORIO Y PLAN DE OPERACIONES

Al 31 de diciembre de 2010, la Organización suscribió primas de salud para 7,107 vidas aseguradas, según se establece en la siguiente tabla:

	Total Vidas Aseguradas	Total Primas Suscritas	Reclamaciones y Beneficios Pagados[1]	Razón de reclamaciones y beneficios pagados a Primas Suscritas

[1] El Informe Anual de 2010 establece que el total de reclamaciones y beneficios pagados fue de $4,635,094 mientras que el informe de primas suscritas y reclamaciones y beneficios pagados suministrado por la Organización a esta Oficina, establece que la cantidad es $4,823,906, surgiendo una diferencia de $188,812. De acuerdo con la Organización, esta diferencia se debe a que la cantidad presentada el "Report of Premiums written and claims paid " en la sección "Claims and Benefits Paid " que se tomó del sistema de información basado en los pagos realizados en el año 2010 , sobre servicios del mismo año 2010 y pagos

	Total Vidas Aseguradas	Total Primas Suscritas	Reclamaciones y Beneficios Pagados[1]	Razón de reclamaciones y beneficios pagados a Primas Suscritas
Pago Directo	2,359	$1,545,954	$1,336,429	86.45%
Grupos	4,533	3,172,513	3,062,512	96.53%
Medicare Complementaria-Pago Directo	177	178,020	155,319	87.25%
Medicare Complementaria-Grupos	38	227,683	269,646	(18%)
Totales	7,107	$5,124,170	$4,823,906	94.14%

Para el año 2010, la Organización tuvo el 0.10% del "Market Share" entre un total de doce (12) organizaciones de servicios de salud autorizadas por esta Oficina, al amparo del Capítulo 19 del Código de Seguros de Puerto Rico. **Véase Anejo A**.

Durante el 2011, la Organización se mantuvo con una posición de "Market Share" similar al 2010, entre el total de las primas suscritas de todas las organizaciones de servicios de salud autorizadas en Puerto Rico. Para el año 2011, las organizaciones de servicios de salud experimentaron, en general, un incremento de 14% en las primas suscritas.

La actividad de operaciones de la Organización se concentra en el área oeste de Puerto Rico, cubriendo los siguientes pueblos: Isabela, Aguadilla, Aguada, Rincón, Moca, San Sebastián, Las Marías, Añasco, Mayagüez, Maricao, Hormigueros, Cabo Rojo, San

---

de años anteriores. La cantidad presentada en el "Annual Statement 2010" representa el gasto del 2010 y la acumulación del gasto hasta el 31 de diciembre de 2010.

Germán, Sabana Grande y Lajas. Para el año 2010, la Organización tomó la decisión de que, efectivo en el 2011, no continuaría suscribiendo riesgos para Medicare Complementaria para Pharmacare Drug Program (PDP).

ADMINISTRACIÓN Y CONTROL

Junta de Directores

El Reglamento de la Organización establece que la Junta de Directores se compondrá de cinco (5) personas, los cuales serán elegidos por los miembros de la Organización, y servirán por un término de cinco (5) años.

La dirección y administración general del negocio de la Organización será responsabilidad de la Junta de Directores. Los miembros de dicha Junta ejercerán los poderes, derechos y privilegios permitidos a un Director de una corporación sin fines de lucro bajo las leyes de Puerto Rico, limitados por su Certificado de Incorporación y su Reglamento.

Al 31 de diciembre de 2010, la Junta de Directores de la Organización estaba compuesta, conforme a su Reglamento, por las siguientes cinco (5) personas:

Nombre	Puesto Ocupado
Jesús Nieves Rosario	Presidente
Enrique Rivera Valle	Vicepresidente
Ramón Alberto Santiago Pabón	Secretario
Camil Vega Sánchez	Vocal
Benjamín Astacio Jaime	Tesorero

Una revisión de las minutas de la Junta indicó que la Organización funciona de acuerdo con su reglamento, y que la Junta parece activa y comprometida con la operación de la Organización.

OPERACIÓN Y ADMINISTRACION

La evaluación de esta norma fue considerada para evaluación conforme a lo dispuesto en el "Market Regulation" de la NAIC, está basada en la revisión a las respuestas a información requerida, preguntas, entrevistas y a las representaciones hechas al examinador en este informe por parte de los oficiales de la Organización. La porción a este examen está designada a proveer una visión de cómo la Organización opera estructuralmente en términos generales.

Bajo la evaluación de operaciones y administración, se revisó lo siguiente:

1. Validez del programa de auditorías internas o externas - La Organización no mantiene una oficina de auditoría interna, sin embargo, mantiene una operación relativamente pequeña con un manejo pequeño de empleados administrados bajo la responsabilidad de un director ejecutivo, quien tiene a su vez la supervisión directa de la Junta de Directores de la Organización. La Organización es auditada anualmente por la firma de contadores públicos autorizados, PKF, LLP quienes certifican los estados financieros y evalúa los controles internos de la Organización.

2. Controles y procedimientos apropiados para proteger la integridad de los sistemas de informática – En el presente examen, no evaluamos el sistema de informática de la Organización, aunque obtuvimos información referente al sistema de información utilizado, con los cuales aparentan ser adecuados.

3. Plan para detectar e investigar actividades o prácticas que constituyan fraude en los seguros de salud – Bajo la Ley Número 18 del 8 de enero de 2004 y enmiendas subsiguientes, se le impuso a las organizaciones de servicios de salud la obligación de adoptar el Plan de Acción en los siguientes 3 meses, y un término de 6 meses presentarlo a esta Oficina.

El Artículo 27.230 del Código de Seguros de Puerto Rico estableció, entre cosas, que la Junta de Directores de una organización de servicios de salud adoptará un plan de acción por escrito para detectar, prevenir y combatir actos fraudulentos en el negocio de seguros.

La Organización no cuenta con un plan de acción para detectar, prevenir y combatir actos fraudulentos en la suscripción y los seguros de salud conforme requiere el Artículo 27.230, supra. En este momento, no se posee un voto de la Junta de Directores aprobando un plan de acción por escrito. La Organización está realizando las consultas con el personal profesional necesario en este campo para contar con un plan de acción para detectar, prevenir y combatir actos fraudulentos.

Por otra parte, el Artículo 27.250 del Código de Seguros de Puerto Rico establece, en términos generales, que los aseguradores y organizaciones de servicios de salud estarán obligados a incluir en todo formulario de solicitud de seguro, y en todo formulario de reclamación de seguro, un aviso de forma conspicua y legible que disponga que cualquier persona que, a sabiendas y que con la intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguro, ayude o hiciera una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presente más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y resulte en una convicción, estará sujeto a sanciones con penas de multa o reclusión que fije la ley.

Encontramos que en algunos formularios de solicitud se incluye dicho aviso. La Organización debe hacer extensivo dicho aviso a todos los formularios de solicitud y en los formularios de reclamaciones, si alguno, de uso interno en la Organización, con excepción de los formularios de pago uniforme que establece el Artículo 30.030 del Código de Seguros de Puerto Rico y la Regla 73 del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico.

De la División de Antifraude de esta Oficina, se obtuvo confirmación de que para el período examinado, y subsiguientemente al mismo, no se recibieron notificaciones de actividades fraudulentas que involucraran a la Organización.

4. Plan de recuperación ante desastres - El Plan de Recuperación ante Desastres tiene como objetivo detectar los riesgos presentes, analizar la probabilidad de ocurrencia, establecer puntos críticos, y proponer un plan que logre mitigar los riesgos por desastres naturales o accidentes, que provoquen pérdidas de los bienes o la interrupción del negocio.

   La Organización no cuenta por escrito con un plan de recuperación ante desastres, como indica el "Market Regulation" de la NAIC, para mitigar los posibles efectos de riesgos en la eventualidad de desastres naturales o de interrupción de negocio. La

Organización está realizando las consultas con el personal profesional necesario en este campo para contar con ese plan. Tampoco, en estos momentos, cuenta con un voto de la Junta de Directores, aprobando un plan de acción por escrito. La Organización informa que están realizando consultas con el personal profesional necesario en este campo, para contar con el referido plan.

5. Monitoreo adecuado en las actividades en la contratación de representantes autorizados, productores y agencias generales de seguros (MGA) - La Organización realiza la suscripción de sus negocios a través de representantes autorizados independientes, no mantienen contratos con agencias generales.

6. Registros adecuados, accesibles, consistentes y ordenados - Conforme a las pruebas realizadas, la Organización mantiene registros adecuados y razonablemente ordenados conforme requiere el Artículo 3.300 del Código de Seguros de Puerto Rico y la Regla IX del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico.

7. Líneas de Negocios autorizados - La Organización opera únicamente en Puerto Rico, suscribiendo negocios de seguros de salud en el área oeste.

8. Cooperación de la Organización en el examen - La Organización designó al Sr. Juan Ramón Rosado, Contralor de la Organización, como la persona contacto de la coordinación del examen de conducta de mercado. Aunque en términos generales se obtuvo la información de forma agilizada, en ciertas ocasiones hubo demora en entregar cierta información, requerida a través de correos electrónicos, que en cierta medida afectó completar en tiempo razonable este informe. Se le requiere a la Organización que en lo sucesivo tenga la debida diligencia en facilitar la información y documentos solicitados por examinadores de esta Oficina, según requerido por el Artículo 19.180 (3) del Código de Seguros de Puerto Rico.

9. Procedimientos de la Organización en la colección, uso, y divulgación de política sobre confidencialidad y flujo de información financiera de salud y seguro - La Organización mantiene una Política de Privacidad de la Información Personal necesaria para salvaguardar la seguridad y confidencialidad de la información personal de los suscriptores, en armonía de lo dispuesto en la Regla 75 del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico y la Carta Normativa N-L-9-9-2001 de 23 de octubre de 2001. Los suscriptores deben cumplimentar la solicitud de exclusión de divulgación de información y se archiva en el expediente del suscriptor o grupos asegurados.

MANEJO DE QUERELLAS Y PROCEDIMIENTOS PARA RESOLVER QUERELLAS

La Organización mantiene un sistema de querellas aprobado por el Comisionado de Seguros. Conforme a nuestra revisión, dicho sistema provee procedimientos adecuados y razonables para la pronta resolución de querellas escritas incoadas por cualquier suscriptor o proveedor. Los procedimientos contemplan asuntos para la resolución de reclamaciones de reembolsos, cancelación, no renovación o denegación de un plan de cuidado de salud o de algún beneficio bajo el mismo, y querellas en cuanto a la calidad de los servicios de cuidado de salud, que ofrecen los proveedores de salud.

De igual forma, toda organización de servicios de salud, a través de su Comité de Querellas, debe dar una contestación razonable a cada querella escrita que reciba dentro del período de treinta (30) días, a partir de la radicación de la querella escrita. De nuestro examen, se determinó que para el 2010 surgió solamente una querella la cual fue presentada en esta Oficina, y estaba relacionada con una carta de cobro por parte del Hospital Bella Vista a un suscriptor. La Organización alegó que la cantidad corresponde a deducibles que el suscriptor debe pagar por concepto de hospitalización. En dicho caso, esta Oficina concluyó que el Hospital Bella Vista le brindó al referido suscriptor los servicios de emergencias, facturando a la Organización la cantidad por dichos servicios, y que la parte correspondiente al uso de la sala de emergencia, debía ser cubierta por el suscriptor.

Conforme a nuestro análisis, la Organización mantiene procedimientos adecuados y razonables para resolver las querellas de los suscriptores del plan médico, en el término establecido por ley.

Por otra parte, toda organización de servicios de salud, además de establecer un expediente individual de cada querella, deberá mantener un registro completo de todas las querellas que reciba. Dicho registro debe incluir, por lo menos, el nombre y dirección del querellante, el asunto de la querella, la fecha de resolución de la querella, el modo en que se dispuso de la querella y el tiempo que tomó resolverla, y estarán sujetos a inspección por el Comisionado o por el Secretario de Salud. De acuerdo a nuestra revisión, la Organización mantiene un registro de querellas conforme requiere la ley.

Por otra parte, cada organización de servicios de salud debe someter al Comisionado 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. La Organización cumplió con someter el informe anual de querella para el período examinado, así como el informe correspondiente a los años 2010 y 2011, en el término prescrito por la ley.

COMITÉ DE QUERELLAS

El Artículo 19.120 (1) (b) del Código de Seguros de Puerto Rico, establece que el sistema de querellas incluirá la designación de un Comité de Querellas, el cual no excederá de cinco (5) miembros, y en el cual estarán representados los suscriptores de contratos individuales, los suscriptores de planes grupales, y los proveedores. Tales representantes de contratos individuales, suscriptores de planes grupales y de

proveedores, no podrán ser a la vez empleados, funcionarios, directores o accionistas de la organización de servicios de salud, y serán miembros del Comité por un período no menor de un (1) año ni mayor de tres (3).

Al 31 de diciembre de 2010, el Comité de Querellas para el período examinado, era el siguiente, cumpliendo con el Artículo 19.120 (1) (b), supra:

Nombre	Posición Ocupada	Tiempo en Comité	Sector que Representa
Elizabeth Ruiz	Suscriptores	1 año	Suscriptora Pago Directo
Edilberto Montalvo	Planes Grupales	1 año	Empleado Imprenta Rivera
Arvilda Torres	Proveedores	1 año	Empleada Hospital Bella Vista
Rosa Pecunia	Organización	1 año	Empleada Organización

El Comité de Querellas se reúne al menos una vez al mes, para discutir cualquier reclamación o querellas que hayan surgido contra la Organización.

MERCADEO Y VENTAS

En la evaluación de esta norma, se revisó el material utilizado en los anuncios y propaganda de la venta de los productos de seguros de salud, ofrecidos por la Organización a sus suscriptores a tono con lo requerido en el Artículo 19.150 del Código de Seguros de Puerto Rico.

La Organización utiliza la agencia de publicidad, Sandra Caro Public Relations, P.S.C. para la promoción de los productos de seguros de salud. Las políticas y procedimientos de ventas para grupos se rigen por orientaciones en promociones a compañías privadas, gestionadas a través de representantes autorizados por esta Oficina, y en el caso de

pago directo, usualmente se realiza por medio de visitas directas de los prospectos asegurados a la Organización, por comunicación telefónico o Internet, los cuales son atendidos por la Sra. Zid Y. López Rivera, empleada de la Organización.

La Organización utiliza, como medios de mercadeo del plan médico, folletos que resumen la cubierta para pago directo y grupal, cruzacalles, paneles digitales (Digital Board), banderines (banners), anuncios en radio, guía telefónica, taxis rotulados, ferias de salud, souvenir, e internet.

AUTORIZACION DE PRODUCTORES DE SEGUROS

La Organización no mantiene contratos con agencias generales que lleven a cabo funciones del otorgamiento y las operaciones de servicio de planes de cuidado de salud, conforme a los términos de un contrato, y de acuerdo como se define en el Artículo 9.040 del Código de Seguros de Puerto Rico.

El Artículo 9.063 del Código de Seguros de Puerto Rico, establece lo siguiente:

> (1) Ningún productor actuara como representante autorizado de un asegurador, a menos que suscriba un contrato con el asegurador mediante el cual este le confiera la autoridad para tramitar seguros a nombre y en representación del asegurador.
>
> (2) El nombramiento de un productor como representante autorizado del asegurador deberá notificarse al Comisionado en la forma prescrita por este dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en la que se suscriba el contrato para tales propósitos. El asegurador mantendrá accesible para la inspección del Comisionado el contrato suscrito entre este y el productor.
>
> (3) La cancelación del contrato suscrito entre el asegurador y el productor para la tramitación de seguros deberá notificarse al Comisionado en la

forma prescrita por este dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en la que se canceló el contrato.

La Organización utilizó, durante el período que comprende este examen, las siguientes personas que facilitan el mercadeo del plan médico:

	National Producer Number (NPN)	Número Licencia	Fecha de carta de Representación
Néstor Geraldo Pagán Sosa	6876511	7408	1/30/2002
Luis Ángel Ortiz Rodríguez	6878080	3931	5/1/2004
Ramón Alberto Santiago Pabón	6877950	1715	12/7/2006
Soto Pacheco & Associates, Inc.	6885095	13786	**
Zid Y. López Rivera	10389233	45876	10/29/2008 ***
Nelson González González	6882902	3419	4/9/2012 *

* La carta de representación del representante autorizado Nelson González González, se gestionó con esta Oficina el 9 de abril de 2012, mientras se estaba realizando este examen.
** Soto Pacheco & Associates, Inc. no tiene carta de representación para realizar negocios de seguros de salud a nombre de la Organización contrario al Artículo 9.063, supra.
*** La licencia de la señora López expiró desde el 30 de junio de 2009 contario a lo dispuesto en el Artículo 9.061 del Código de Seguros de Puerto Rico.

Después del contrato antes referido, la Organización está obligada a notificar los nombramientos. Para que el nombramiento pueda registrarse, los nombrados deben ostentar la misma clase de seguros que el que los nombras, en este caso planes de cuidado de salud. Si los nombrados son personas autorizadas de una entidad con licencia de representante de seguros, el nombramiento debe hacerse a favor de la entidad y no de los individuos.

La Organización no notificó a la OCS el nombramiento de Soto Pacheco & Associates, Inc., como su representante autorizado, conforme a lo dispuesto en el Artículo 9.063 del

Código de Seguros de Puerto Rico. Se le requiere a la Organización estricto cumplimiento con esta disposición de ley.

Por otra parte, como parte de eventos subsiguientes al período examinado, durante el 2011, los siguientes representantes autorizados comenzaron a mercadear el plan médico de la Organización:

	National Producer Number (NPN)	Número Licencia	Fecha de carta de Representación
César Augusto Vargas Velázquez	6872494	5957	4/9/2012
Denny Valentín Sánchez	6880431	7245	4/9/2012
Edgardo Vargas Vargas	6875798	15710	4/9/2012

SERVICIOS A SUSCRIPTORES

La evaluación de esta norma se basó en información requerida, preguntas, entrevistas, representaciones hechas al examinador y muestras tomadas a los archivos mantenidos por la Organización. Sobre esta norma, verificamos en los casos de grupos las renovaciones se realizaron con anticipación y la emisión de las pólizas, y las solicitudes de cancelaciones solicitadas se realizaron con prontitud.

La Organización mantiene normas y procedimientos para la prestación de los distintos servicios del plan de salud para grupos y los suscriptores de pago directo. Con relación a los cambios en cubiertas, éstas se realizan al año de renovación. Los cambios en cubiertas que se pueden realizar están el añadir o eliminar dependientes, añadir o eliminar cubierta de medicamentos en pagos grupales. Toda solicitud de ingreso a grupos que se reciban en o antes del día diez (10) del mes, será procesada para el

próximo mes. Cualquier baja del plan debe ser oficializada por el suscriptor directamente en las oficinas de la Organización, finalizado cada mes o durante los primeros cinco (5) días del mes siguiente. Cada suscriptor o dependiente que cumpla la edad de 65 años, se requiere cambie su cubierta por una complementaria con Medicare.

Para efectos de reingreso, toda persona que se haya dado de baja del plan y desee reingresar tiene que esperar por la próxima campaña con los períodos de espera que proceda. No observamos discrepancias en estas áreas.

Otros servicios provistos a los suscriptores son los siguientes:

- Servicios de Pago mediante tarjetas bancarias de débito, transferencias electrónicas, o que el suscriptor pague la prima a través del Banco Popular.
- Tarjeta de Descuentos para Medicamentos mediante la cual se ofrecen beneficios de hasta un 50% del precio regular sugerido, cada vez que el suscriptor compre sus medicamentos recetados en las farmacias participantes.
- Uso del internet para que los suscriptores soliciten información de la Organización, o se le aclaren dudas con respecto a los servicios que se ofrecen, o mejoran la calidad de los mismos y se resuelva cualquier situación de la prestación de servicios con efectividad.
- Pago de reembolsos al suscriptor por la utilización de proveedores no contratados por la Organización. Para procesar dichos reembolsos, se debe llenar la forma establecida por la Organización para esos fines y cumplir con los requisitos de acompañar la solicitud con el recibo original del servicio médico recibido, en un término no mayor de treinta (30) días de haber recibido dicho servicio.

Con relación a los anteriores servicios, en el área de reembolsos, observamos que al 31 de diciembre de 2010, la Organización tenía ciento un (101) solicitudes de reembolso a suscriptores, las cuales fueron reembolsadas a los suscriptores en el 2011. De estas 101 solicitudes, cincuenta y nueve (59) de ellas se reembolsaron a los suscriptores en

términos que fluctuaban entre trece (13) y veintinueve (29) días, en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 27.160 (3) del Código de Seguros de Puerto Rico. Las restantes cuarenta y dos (42) solicitudes de reembolso de los 101 casos, excedieron más de treinta días (30), sin pagar los intereses legales correspondientes, contrario al Artículo 27.160 (3), supra.

Por otra parte, la Organización mantiene una evidencia de cubierta para pago directo y grupal que provee a cada suscriptor los servicios de cuidado de salud y sus beneficios, limitaciones, pagos de deducibles o copagos. Dicha evidencia de cubierta provee a los suscriptores una descripción clara y sencilla del método utilizado para que los suscriptores presenten querellas, procedimiento para solicitar reembolsos, preautorización para recibir ciertos servicios médicos y la cláusula de conversión (Ley COBRA) en pólizas grupales.

La evidencia de cubierta provista por la Organización durante el examen, fue aprobada por esta Oficina en conformidad con lo dispuesto en el Artículo 19.080 del Código de Seguros de Puerto Rico.

SUSCRIPCION Y TARIFAS

Para el período examinado, la Organización mantiene las siguientes tarifas, según fueron aprobadas por esta Oficina en el 2002 y enmendadas en el 2006, para la Cubierta Grupal con Medicinas, Pago Directo y Complementaria Medicare:

Tipo de Cubierta	Tarifa	Tipo de Cubierta	Tarifa

Tipo de Cubierta	Tarifa	Tipo de Cubierta	Tarifa
Cubierta de Pago Directo		**Cubierta Grupal sin Medicinas**	
Individual	$ 63.00	Individual	$ 55.00
Familiar	$ 130.00	Familiar	$ 115.00
Individual con Dependiente	$ 125.00	Individual con Dependiente	$ 110.00
Medicare	$ 69.00	**Medicare**	$ 55.00
Cubierta Grupal con Medicinas		**Cubierta Dental Extendida**	
Individual	$ 72.00	Individual	$ 13.00
Familiar	$ 181.00	Familiar	$ 35.00
Individual con Dependiente	$ 147.00	Individual con Dependiente	$ 25.00

Con el propósito de verificar si la Organización utilizó en sus suscriptores las tarifas aprobadas por esta Oficina, se tomó una muestra de sesenta y cinco (65) casos de facturas procesadas únicamente en los meses de junio y diciembre de 2010, tanto de pago directo como de grupos. De este análisis, se concluye que la Organización utilizó las tarifas aprobadas por esta Oficina, conforme a lo dispuesto en el Artículo 19.080(2)(a) del Código de Seguros de Puerto Rico.

CREDENCIALES DE LOS PROVEEDORES

La evaluación de las normas en esta área de negocio se basa en la revisión de las respuestas de la Organización a las solicitudes de información, preguntas, entrevistas y presentaciones hechas al examinador.

Esta parte del examen está diseñado para comprobar que la Organización ofrece programas de verificación que asegure la participan profesionales de la salud que cumplan con las normas mínimas de calificación profesional.

Conforme a la información obtenida de la Organización, para pertenecer a la red de proveedores es requisito los siguientes documentos:

1. Certificación de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico
2. Tarjeta de Recertificación y Registro
3. Certificación de Relevo del Departamento de Hacienda
4. Seguro de Responsabilidad Profesional Médico Hospitalaria de al menos $100,000/$300,000.
5. Certificación de Médico Especialista (si aplica)
6. Certificación de la División de Drogas y Narcóticos de Puerto Rico o de los Estados Unidos
7. Diploma de Estudios Posgraduados
8. Certificación Negativa de Antecedentes Penales
9. Identificación con Foto
10. Seguro Social
11. Confirmación del National Provider Identifier (NPI)

PAGO DE RECLAMACIONES A PROVEEDORES

Conforme a las disposiciones del Capítulo 30 al Código de Seguros de Puerto Rico, se fijó plazos a los aseguradores y a las organizaciones de servicios de salud, para el pago de reclamaciones a los proveedores de servicios de salud; se dispuso el procedimiento para objetar las reclamaciones y estableció penalidades.

En su origen, la legislación permitió que el asegurador u organización de servicios de salud pagaran 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 recibiera la misma. Por otro lado, la legislación concedía un período de cuarenta (40) días calendario para que el asegurador u organización de servicios de salud notificara a los proveedores participantes, por escrito o por medios electrónicos, aquellas reclamaciones que no serían procesables para pago.

De igual forma, se estableció la Regla 73 del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico, a los fines de establecer las normas necesarias para asegurar y regular el pago puntual de Reclamaciones de proveedores participantes por concepto de servicios de salud prestados a suscriptores de aseguradores u organizaciones de servicios de salud.

Mediante la Ley Núm. 150 del 27 de julio de 2011, se estableció legislación para enmendar el Capítulo 30 con el propósito de reducir los términos para el pago de reclamaciones procesables, reclamaciones procesables para pago y reclamaciones no procesables para pago, de manera que el proceso se agilizara y brindara mayor estabilidad al sistema de salud.

En nuestro análisis, se evaluó el proceso de pago de reclamaciones a proveedores, tanto para el período examinado durante el 2010, así como el período subsiguiente hasta el 31 de diciembre de 2011, con las siguientes observaciones:

1. Con relación al año 2010, la Organización nos entregó un listado de todas las reclamaciones pagadas entre el 20 de enero de 2010 al 23 de diciembre de 2010. Conforme a ese listado, la Organización pagó 105,174 reclamaciones a los proveedores. Durante el período de tiempo antes establecido, la Organización pagó reclamaciones a proveedores por $3,820,244 de la siguiente forma:

12,794	$1,000,848	26%	Reclamaciones que los proveedores sometieron para pago a la Organización, después de los 90 días de prestado los servicios médicos a los suscriptores del plan
92,380	2,819,396	74%	Reclamaciones que los proveedores sometieron para pago a la Organización, antes de los 90 días de prestado los servicios médicos a los suscriptores del plan
105,174	$3,820,244	100%	

2. De la cantidad del 26% representado de reclamaciones sometidas por los proveedores después de los 90 días de ofrecido los servicios a suscriptores, encontramos que el 94% correspondían al Hospital Bella Vista ($936,505 de $1,000,848) y el 6% restante era de otros proveedores de salud.

3. Encontramos que del total de $1,008,848 de las reclamaciones que los proveedores sometieron para pago a la Organización, después de los 90 días de prestado los servicios médicos a suscriptores del plan, la Organización pagó la cantidad de $368,205 después de los 50 días que requiere el Artículo 30.030 del Código de Seguros, la cual representa el 37% de los $1,000,848. Adicionalmente, se encontró que $632,643 (63% de $1,000,848) en reclamaciones que, aunque los proveedores sometieron las mismas después de 90 días, la Organización honró su pago, en un término igual o menor de 50 días que requiere la ley.

4. Del total de $2,819,396 para las reclamaciones sometidas para pago, antes de los 90 días de prestado los servicios médicos a suscriptores del plan, encontramos que $1,273,078 fueron pagadas por la Organización a los proveedores después de los cincuenta (50) días requerido por ley. Esta cantidad representaba el 45% del total pagado en las reclamaciones sometidas para pago, antes de los 90 días de prestado los servicios médicos a los suscriptores del plan.

5. Con relación al año 2011, la Organización nos entregó un listado de todas las reclamaciones pagadas entre el 12 de enero de 2011 al 21 de diciembre de 2011. Conforme a ese listado, la Organización pagó 114,689 reclamaciones a sus proveedores. Durante el período de tiempo antes establecido, la Organización pagó reclamaciones a proveedores por $3,670,833 de la siguiente forma:

24,194	$1,116,636	30%	Reclamaciones que los proveedores sometieron para pago a la Organización, después de los 90 días de prestado los servicios médicos a suscriptores del plan
90,495	2,554,197	70%	Reclamaciones que los proveedores sometieron para pago a la Organización, antes de los 90 días de prestado los servicios médicos a suscriptores del plan
114,689	$3,670,833	100%	

6. De la cantidad total pagada, encontramos que el 33% ($1,212,175 de $3,670,833) correspondían al Hospital Bella Vista y el 67% ($2,458,658) correspondía a otros proveedores de salud.

7. Si comparamos las cifras del 2011 con la información correspondiente al 2010, se observa que la relación de pagos al Hospital Bella Vista para las reclamaciones sometidas después de los 90 días, se redujo significativamente, esto es de 94% a 33%.

Por otra parte, revisamos el desarrollo de reservas para el 2010 y 2011 en donde observamos que el estimado por la Organización, al 31 de diciembre de 2010, presentaba una deficiencia de 17% a base de los pagos realizados hasta el 31 de diciembre de 2011. **Véase Anejo B**.

Por otra parte, obtuvimos información de la Unidad de Pago Puntual adscrita a esta Oficina, en la que confirma que de acuerdo a sus registros, no se encontró que para el período examinado ninguna solicitud de intervención recibida de proveedores de servicios en contra de la Organización.

De nuestro análisis también surge que la Organización mantiene una política de pagos de reclamaciones a proveedores, en cumplimiento con las Cartas Normativas 2007-85-PP de 21 de diciembre de 2007 y 2009-97-PP de 10 de febrero de 2009.

RED DE PROVEEDORES

La evaluación de esta norma se basa en la revisión a las respuestas de la Organización, solicitud de información, entrevistas, y representaciones hechas al examinador. Esta parte del examen está designada para asegurar que la Organización ofrece a los suscriptores en los planes de cuidado de salud, a través de la red de proveedores, sean suficientes y se asegure su accesibilidad sin retrasos o demoras irrazonables.

La Organización mantiene una red de proveedores concentrada en el área oeste que consta de aproximadamente setecientos (700) miembros, que brindan servicios médicos a los suscriptores de la Organización, siendo los principales proveedores el Hospital Bella Vista y la Policlínica Bella Vista, Inc.

De la evaluación que realizamos en esta área, reflejó que la Organización mantiene una red de proveedores para asegurar que todos los servicios sean accesibles sin retrasos y demoras irrazonables, particularmente con los servicios médicos de emergencia.

En adición, cada proveedor de servicios de salud formaliza con la Organización un contrato de servicios de salud, en el que se establecen la compensación al proveedor, los deducibles que cobrará a los suscriptores al momento de prestado los servicios médicos. Ningún proveedor podrá cobrar a sus pacientes una cantidad de dinero adicional al

deducible o coaseguro establecido en el contrato con el proveedor o la evidencia de cubierta provista a los suscriptores conforme a lo requerido en la Carta Normativa Número N-L-1-19-2003 de 23 de enero de 2003. En estos contratos, los proveedores se comprometen a facturar a la Organización por los servicios médicos prestados a los suscriptores, conforme a los requerimientos del Capítulo 30 del Código de Seguros de Puerto Rico y la Regla 73 del Reglamento del Código de Seguros.

La Organización mantiene a los proveedores con información al día, a través de cartas circulares, sobre diversos asuntos como lo son nuevas reglamentaciones en cuanto al proceso de someter a la Organización reclamaciones para pago.

EVALUACIÓN DE UTILIZACIÓN

Desde el 2002, la Organización contrató los servicios del Dr. Luis Jiménez Maldonado para evaluar e implementar cambios en la cubierta que responda a los mejores intereses de las necesidades de servicios de salud, establecer procesos de seguimiento en la verificación de utilización de servicios de salud, tanto de los proveedores como de suscriptores, identificar posibles incidentes de sobre-utilización de procedimientos médicos en exceso de lo permitido en las cubiertas, y establecer recomendaciones que eviten la sobre-utilización de servicios de salud. En este contrato se estipuló una compensación de $1,000 mensuales para la prestación del servicio contratado, el cual se ha mantenido inalterado desde su inicio. De nuestra evaluación, no surgen posibles incidentes de sobre-utilización de servicios por parte de proveedores y suscriptores del plan.

Además, desde octubre de 2010, el Dr. Aramis Martínez fue contratado por la Organización, y está encargado del Departamento de Preautorización y Auditoría Médica, como parte del proceso interno de evaluación de reclamaciones de proveedores.

UTILIZACIÓN DE RECURSOS EXTERNOS

La Organización mantiene contratos con Co-Pharma Integrated Solutions, Inc. (CISO) para proveer apoyo administrativo para la cubierta de beneficios de farmacia, contratación de red de farmacias, procesamiento y adjudicación de reclamaciones de farmacia, proveer servicio en proyectos especiales, según se discuta y acuerde entre las partes, la recopilación de datos y producción de reportes, contratación y administración de rebates (Pharmacy Rebates), Formulario de Medicamentos, y la administración de la tarjeta de descuentos de farmacia.

Además, la Organización mantiene contrato "Pharmacy Benefit Management" (PMB) con WHI (antes conocida como Walgreens Health Iniciatives, Inc.) para el proceso y adjudicación de medicamentos de Walgreens.

RESUMEN DE PUNTOS IMPORTANTES

1. La Organización no mantiene una oficina de auditoría interna como indica el "Market Regulation" de la NAIC, ya que mantiene una operación relativamente pequeña con un manejo pequeño de empleados administrados bajo la responsabilidad de un director ejecutivo, quien tiene a su vez la supervisión directa de la Junta de Directores de la Organización. Página 6.
2. En el presente examen, no evaluamos el sistema de informática de la Organización, aunque obtuvimos información referente al sistema de información utilizado, los cuales parecen ser adecuados. Página 6.
3. La Organización no cuenta con un plan de acción para detectar, prevenir y combatir actos fraudulentos en la suscripción y los seguros de salud conforme requiere el Artículo 27.230 del Código de Seguros de Puerto Rico. Páginas 6-7.
4. Encontramos que en algunos formularios de solicitud se incluye el aviso de prevención de las consecuencias por cometer actos fraudulentos requerido por el Artículo 27.250 del Código de Seguros de Puerto Rico. La Organización debe hacer extensivo dicho aviso a todos los formularios internos de solicitud de suscriptores y pago de reclamaciones a proveedores. Página 7.
5. La Organización no cuenta por escrito con un plan de recuperación ante desastres, como indica el Market Regulation de la NAIC, para mitigar los posibles efectos de riesgos en la eventualidad de desastres naturales o de interrupción de negocio. Páginas 7-8.

6. En ocasiones hubo demora en entregar cierta información, requerida durante el examen que afectó completar a tiempo este informe, conforme a lo establecido en el Artículo 19.180 (3) del Código de Seguros de Puerto Rico. Página 8.
7. La Organización no notifico a la OCS el nombramiento de Soto Pacheco & Associates, Inc., como su representante autorizado, conforme a lo dispuesto en el Artículo 9.063 del Código de Seguros de Puerto Rico. Página 13.
8. En el área de reembolsos a suscriptores, observamos que para el 2010, la Organización tenía acumulado por pagar ciento un (101) solicitudes de reembolso, que fueron pagados a los suscriptores en el 2011. Cincuenta y nueva (59) de estos de los ciento un (101) casos de reembolsos se devolvieron en términos que fluctuaban entre trece (13) y veintinueve (29) días, en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 27.160 del Código de Seguros de Puerto Rico, y los restantes cuarenta y dos (42) casos de los ciento un (101) casos, fueron pagados en términos que excedieron más de treinta días (30), sin pagar los intereses legales correspondientes, contrario al Artículo 27.160 (3) del Código de Seguros de Puerto Rico. Páginas 15-16.
9. El desarrollo de reservas por pagar para el 2010 estimado por la Organización presentaba una deficiencia de 17% a base de los pagos realizados hasta el 31 de diciembre de 2011. Página 21.

RECONOCIMIENTO

Se hace reconocimiento a la cooperación prestada al Sr. Ramón Alberto Santiago Pabón, Director Ejecutivo y al Sr. Juan R. Rosado, Oficial de Cuentas del Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc., en el transcurso de este examen.

Respetuosamente,

Carmelo Hernández Alicea
Supervisor de Exámenes

Market Share 2010 y 2011

Anejo A	Primas Suscritas 2010	% Participación 2010	Primas Suscritas 2011	% Participación 2011
MMM Healthcare, Inc.	$1,328,295,559	24.75%	$1,531,826,371	25.02%
MCS Advantage, Inc.	1,165,090,013	21.71%	1,181,226,191	19.29%
Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc.	689,362,885	12.85%	917,724,977	14.99%
MCS Health Management Options, Inc.	683,813,126	12.74%	928,308,741	15.16%
First Medical Health Plan, Inc.	562,744,517	10.49%	585,703,965	9.57%
PMC Medical Choice, Inc.	510,399,812	9.51%	462,734,956	7.56%
American Health, Inc.	380,733,273	7.10%	473,748,463	7.74%
Mennonite General Hospital,Inc.	21,437,210	0.40%	19,340,372	0.32%
Pharmacy Insurance Corporation of America	14,584,808	0.27%	13,822,265	0.23%
Plan Médico Servicios de Salud Bella Vista, Inc.	5,124,170	0.10%	4,747,078	0.08%
Ryder Health Plan, Inc.	2,770,378	0.05%	2,580,174	0.04%
Golden Cross Health Plan, Inc.	1,484,500	0.03%	917,860	0.01%
	$5,365,840,251	100%	$6,122,681,413	100%

Nota:

En este anejo no se incluyen a los aseguradores, Triple S Salud, Inc. y Global Health Plan and Insurance Company, por tratarse de aseguradores autorizados al amparo de las disposiciones del Capítulo 3 del Código de Seguros de Puerto Rico.

Anejo B

Plan Médico de Servicio de Salud Bella Vista, Inc.
Análisis de Pagos Reclamaciones a Proveedores para 2009 y 2010

Reserva de reclamaciones por pagar 12/31/2009	$ 1,293,992	
Pagos de Reclamaciones 2009 en el 2010	$ 967,249	77.25%
Pagos de Reclamaciones 2008 en el 2010	228,303	18.23%
Pagos de Reclamaciones 2007 en el 2010	48,255	3.85%
Pagos de Reclamaciones 2006 en el 2010	8,264	0.66%
	$1,251,071	100.00%
Redundancia en Reserva	$ 41,919	
% de Redundancia en el 2009	3%	
Reserva de reclamaciones por pagar 12/31/2010	$ 1,103,388	
Pagos de Reclamaciones 2010 en el 2011	$ 1,020,060	79.15%
Pagos de Reclamaciones 2009 en el 2011	192,228	14.92%
Pagos de Reclamaciones 2008 en el 2011	74,398	5.77%
Pagos de Reclamaciones 2007 en el 2011	1,915	0.149%
Pagos de Reclamaciones 2006 en el 2011	108	0.01%
	$1,288,709	100.00%
Deficiencia en Reserva	($ 185,324)	
% de Deficiencia en el 2010	-17%	