



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

10 de julio de 2013

CARTA CIRCULAR NÚMERO: CC-2013-1832-D

A TODAS LAS ORGANIZACIONES DE SEGUROS DE SALUD, ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD LIMITADAS O ASEGURADORES QUE SUSCRIBEN PLANES MÉDICOS EN PUERTO RICO QUE NO SEAN MEDICARE ADVANTAGE O PLANES SUPLEMENTARIOS A MEDICARE

ADOPCIÓN DEL NUEVO CÓDIGO DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO, REQUISITOS DE PRESENTACIÓN DE INFORMACIÓN Y MODELOS ESTÁNDARES

Mediante la aprobación de las Leyes Núm. 194 de 29 de agosto de 2011 (en adelante, "Ley 194") según enmendada, se adoptó el nuevo Código de Seguros de Salud de Puerto Rico (CSSPR). El CSSPR faculta al Comisionado de Seguros a emitir cartas normativas y circulares a los fines de aclarar las normas y viabilizar la implementación ordenada de las disposiciones legales. En virtud de dicha autoridad, emitimos la presente carta circular a los fines de notificar los formularios y solicitudes que utilizarán nuestros regulados para cumplir cabalmente con todos los nuevos requisitos de presentación de información y solicitudes impuesto por este Código.

I. Manejo de Medicamentos de Receta - Capítulo 4

El Capítulo 4 sobre el Manejo de Medicamentos de Receta, establece las normas para desarrollar, conservar y manejar los formularios de medicamentos de receta y otros procedimientos, que establecen las organizaciones de seguros de salud y los aseguradores.

En particular, el Artículo 4.050 establece que toda organización de seguros de salud o asegurador, que provea beneficios de medicamentos de receta y maneje dichos beneficios mediante el uso de un formulario u otro procedimiento, establecerá uno o más comités de farmacia y terapéutica, según entienda apropiado, para desarrollar, mantener y manejar dichos formularios y los procedimientos relacionados. Con el fin de verificar el cumplimiento con este artículo, todas las organizaciones de seguros de salud y aseguradores deberán completar al 31 de marzo de cada año, y tener disponible para ser examinado e inspeccionado por el Comisionado la Certificación Sobre el Cumplimiento del

Comité de Farmacia y Terapéutica, Forma CSS-AS-04-001 que se incluye como Anejo A de esta carta.

Por su parte, el Artículo 4.070 requiere que toda organización de seguros de salud y asegurador que provea beneficios de medicamentos de receta mediante el uso de formulario o utilice mecanismos de limitaciones de dosis o procedimientos manejo, incluyendo terapia escalonada, debe establecer y mantener un procedimiento para solicitar excepciones médicas por escrito, cuando la persona que expide la receta ha determinado que el medicamento recetado es necesario para el tratamiento de la enfermedad del paciente. Como parte de este procedimiento, la organización de seguros de salud o asegurador podrá requerir que el paciente, o su representante personal, provean la solicitud suscrita por la persona que expide la receta. La solicitud que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores utilizarán para estos propósitos es la Forma CSS-AS-04-002 y se incluye como Anejo B.

Finalmente, el Artículo 4.080(B) requiere a todas las organizaciones de seguros de salud y aseguradores mantener registros con respecto a las solicitudes de excepción médica recibidas durante el año natural anterior. Con el fin de verificar el cumplimiento con este artículo, todas las organizaciones de seguros de salud y aseguradores deberán haber completado al 31 de marzo de 2013, el formulario titulado Informe sobre Solicitudes de Excepciones Médicas, Forma CSS-AS-04-003, provista como Anejo C de esta carta, y tener el mismo disponible para ser examinado e inspeccionado por el Comisionado cuando éste lo solicite. En caso de solicitudes de excepción médica denegadas se deberá especificar, en un documento aparte, las razones para la denegación y las disposiciones del contrato en las que se apoyó tal denegación.

II. Disponibilidad de Planes Médicos para los Patronos de Pequeñas y Medianas Empresas

De conformidad con el Artículo 8.030 del Código de Seguros de Salud, todo patrono de pequeñas y medianas empresas ("PYMES") será evaluado anualmente con el propósito de determinar la continuidad de la elegibilidad. En vista de lo anterior, y con el propósito de cumplir estrictamente con la definición de PYMES, se requiere a toda organización de seguros de salud o asegurador cumplimentar el formulario titulado Certificación sobre Elegibilidad de Planes PYMES, Forma CSS-AS-08-001, incluida como Anejo D de esta carta y mantener el mismo disponible para ser examinado e inspeccionado por el Comisionado.

Asimismo, el Artículo 8.050(E)(1) requiere a todas las organizaciones de seguros de salud presentar una certificación actuarial acreditando que cumple con las disposiciones del Capítulo 8 del Código de Seguros de Salud, certificando que los métodos de tarificación utilizados son actuarialmente razonables y que las tarifas se desarrollan de acuerdo con las normas y principios actuariales y las leyes de Puerto Rico. La referida certificación debe establecer, entre otros, que las tarifas se desarrollaron de acuerdo a los Actuarial Standards of Practice (ASOPs), que las tarifas para grupos idénticos sólo varían por diseño del plan y no reflejan las diferencias debido a la naturaleza de los grupos supuestos a seleccionar los

planes de salud, son adecuadas para financiar los beneficios y los gastos administrativos asociados, no son excesivas, son razonables en relación con los beneficios, que las tarifas se desarrollaron a base de un cálculo comunitario ajustado y sólo pueden variar el cálculo de comunidad ajustado por área geográfica, la composición familiar, edad y tabaquismo. La certificación debe estar firmada por un actuario cualificado y presentarse ante la Oficina del Comisionado de Seguros ("OCS") en o antes del 1 de septiembre de 2013 y subsiguientemente el 31 de marzo de cada año. Favor de remitir la misma, vía correo regular, a la División de Análisis Actuarial.

Por otro lado, según establecido por el Artículo 8.080, las organizaciones de seguros de salud y aseguradores que ofrecen cubierta para patronos de PYMES proveerán un formulario de certificación de cubierta acreditable cuando la persona deje de estar cubierta por otro plan médico o tiene cubierta por una disposición de continuación, según la Ley COBRA y en el caso que la persona cubierta por disposición de continuación según la Ley COBRA, cuando la persona ya no esté cubierta por dicha disposición. Con el propósito de uniformar el formulario de certificación de cubierta acreditable, se requiere que todas las organizaciones de seguros de salud utilicen la Forma CSS-AS-08-002, que se incluye como Anejo E de esta carta.

Como medida de transición, los Artículos 8.100(A)(1) y (2) requieren que todas las organizaciones de seguros de salud y aseguradores que interesen seguir ofreciendo planes médicos para patronos de PYMES, presenten ante el Comisionado una notificación incluyendo la información especificada en los mencionados artículos de ley. La presentación de esta información deberá realizarse en o antes del 1 de septiembre de 2013, utilizando los formularios CSS-AS-08-003 y CSS-AS-08-003 (2), que se incluyen como Anejo F(1) y F(2) de esta comunicación. La información solicitada deberá ser entregada en un CD utilizando el programa Excel sin que contenga ningún tipo de protección que impida que la OCS pueda manejar la misma. Favor de remitir la información solicitada, vía correo regular, a la División de Análisis Actuarial.

III. Protección de la Información de Salud

A tenor con el Artículo 14.060 del Código de Seguros de Salud, toda organización de seguros de salud y asegurador tendrá por escrito las políticas, normas y procedimientos para el manejo de la información de salud. Por lo tanto, se notifica que dicho escrito debe estar disponible en el lugar principal de negocios de la organización de seguros de salud, para ser examinado e inspeccionado por el Comisionado cuando éste lo solicite.

IV. Organizaciones de Servicios de Salud Limitados

Conforme al Artículo 16.060 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, las organizaciones de servicios de salud limitado que estén operando en Puerto Rico sin un certificado de autoridad, deben presentar dentro de los próximos noventa (90) días a partir de la fecha de vigencia de este capítulo una solicitud de autorización conforme al Artículo 16.040 del Código.

En vista de que los noventa (90) días a partir de la fecha de vigencia de este capítulo han transcurrido, se está concediendo un término de sesenta (60) días a partir de la fecha de esta carta normativa para que todas las organizaciones de servicios de salud limitado que operan en Puerto Rico presenten una solicitud de autorización en esta Oficina. A tales efectos, se deberá utilizar la Solicitud de Autorización para las Organizaciones de Servicios de Salud Limitadas y la lista de los documentos que se deben incluir con la solicitud, Formas CSS-AF-16-001 y CSS-AF-16-001(2). Ver Anejo G.

V. Evaluación y Mejora de Calidad en las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores

El Artículo 20.050 del Código de Seguros de Salud requiere el establecimiento de un sistema para evaluar la calidad de los servicios de cuidado de salud que se proveen a las personas cubiertas para los tipos de planes de cuidado coordinado que ofrecen las organizaciones de seguros de salud y aseguradores. Por lo tanto, se requiere a toda organización de seguros de salud y asegurador disponer por escrito el sistema diseñado para estos propósitos y mantener el mismo para ser examinado e inspeccionado por el Comisionado cuando éste lo solicite.

Asimismo, el Artículo 20.080 del Código de Seguros de Salud requiere que toda organización de seguros de salud y asegurador provea al Comisionado una certificación anual en la que acredite que los programas de evaluación y mejoras de calidad, así como los materiales que le proporciona a los proveedores y a los consumidores cumplen con los requisitos del Capítulo 20 del referido código. La certificación de cumplimiento con los requisitos de calidad de servicios que se debe utilizar para estos propósitos es la Forma CSS-AS-20-001, que se incluye como Anejo H de esta carta. Al 31 de marzo de cada año, se deberá completar y firmar la certificación por un oficial ejecutivo de la organización de seguros de salud que acredite el cumplimiento con los requisitos del Capítulo 20, y deberá mantenerse disponible para ser examinada e inspeccionada por el Comisionado, cuando éste así lo solicite.

VI. Procedimientos Internos de Querellas de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores

De conformidad con las disposiciones del Artículo 22.060(B) del Código del Seguros de Salud, y con el propósito de verificar el cumplimiento con las disposiciones de los Artículos 22.080(A), 22.090(A)(1) y 22.100(A) del mencionado código, toda organización de seguros de salud que suscriba planes médicos en Puerto Rico deberá establecer y mantener disponible para ser examinado e inspeccionado por el Comisionado copia de los siguientes procedimientos escritos:

- Procedimientos para las revisiones ordinarias de querellas no relacionadas a una determinación adversa, incluyendo todos los formularios utilizados para procesar tales querellas.

- Procedimientos para las revisiones voluntarias, incluyendo todos los formularios utilizados para procesar tales revisiones.
- Procedimientos para las revisiones aceleradas de cuidado urgente, incluyendo los formularios utilizados para procesar tales revisiones.

Con el propósito de hacer cumplir estas disposiciones se requiere que al 31 de marzo de cada año, todas las organizaciones de seguros de salud y aseguradores completen la certificación de cumplimiento de los procedimientos de revisiones, Forma CSS-I-22-001, incluida como Anejo I de esta comunicación. La certificación debe estar disponible para ser examinada e inspeccionada por el Comisionado, cuando éste lo solicite.

Es meritorio, recordar que cualquier modificación sustancial a dichos procedimientos escritos deberá estar fundamentada y evidenciada, de conformidad con las disposiciones del Capítulo 22.

VII. Revisión de Utilización y Determinación de Beneficios

De conformidad con el Artículo 24.070 del Código de Seguros de Salud, toda organización de seguros de salud implementará por escrito un programa de revisión de utilización en el que se describan todas las actividades y procedimientos de las revisiones de utilización. Por lo tanto, dicho escrito en conjunto con un informe que resuma las actividades del programa de revisión de utilización debe estar disponible para ser examinado e inspeccionado por el Comisionado. El mismo debe cumplir a cabalidad con las disposiciones del Capítulo 24 del mencionado Código de Seguros.

VIII. Suficiencia de Redes de Proveedores para Planes de Cuidado Coordinado

El Artículo 26.050 establece que toda organización de seguros de salud y asegurador que ofrezca planes de cuidado coordinado, debe mantener una red compuesta por una cantidad y variedad suficiente de proveedores para garantizar que todos los servicios para las personas cubiertas permanezcan accesibles. Por lo tanto, se requiere la presentación ante el Comisionado, para su evaluación y aprobación, de un plan de acceso de cuidado coordinado que cumpla con los requisitos dispuestos en el Capítulo 26 del Código de Seguros de Salud, para cada uno de los planes de cuidado coordinado que se ofrezcan en Puerto Rico. Tales planes de acceso deben radicarse a la OCS en o antes del 1 de septiembre de 2013.

Por otro lado, el Artículo 26.060 requiere que las organizaciones de seguros de salud y aseguradores establezcan un mecanismo para notificar a los proveedores participantes, los servicios de cuidado de salud específicos por los cuales serán responsables, incluyendo toda limitación o condición para prestar dichos servicios. Este Artículo establece, además, las normas necesarias para regular la creación y mantenimiento de las redes de proveedores y para asegurar que los servicios de cuidado de salud, se ofrezcan de manera adecuada,

accesibles y de calidad conforme a los planes de cuidado coordinado. A tenor con lo anterior, toda organización de seguros de salud y asegurador que ofrezca planes de cuidado coordinado, deberá mantener los criterios de selección de proveedores participantes disponibles para ser examinados e inspeccionados por el Comisionado. Las organizaciones de seguros de salud y aseguradores serán responsables de notificar a los proveedores participantes las responsabilidades que éstos tendrán con respecto a los programas y políticas administrativas aplicables.

Asimismo, el Artículo 26.080 establece las normas necesarias para regular el cumplimiento de las organizaciones de seguros de salud y aseguradores en cuanto a los modelos de contratos que utilizarán con sus proveedores participantes e intermediarios¹. A tenor con lo dispuesto en el mencionado artículo de ley, toda organización de seguros de salud y asegurador que ofrezca planes de cuidado coordinado deberá mantener los modelos de contratos que utilizarán con sus proveedores participantes e intermediarios, para la inspección, evaluación y determinación del Comisionado cuando este así lo solicite. Todo cambio sustancial a un contrato, que afectaría alguna de las disposiciones del Capítulo 26 del Código de Seguros de Salud o cualquier Reglamento asociado con éste, también estarán sujetos a la evaluación y determinación de esta Oficina.

IX. Revisión Externa Independiente

El Código de Seguros de Salud de Puerto Rico reconoce el derecho de las personas cubiertas a solicitar revisiones independientes de aquellas decisiones adversas tomadas por las organizaciones de seguros de salud y los aseguradores. A estos efectos, se requiere la implantación de un mecanismo de revisión independiente externa. Con el objetivo de cumplir con la implantación del mecanismo de revisión independiente externa, la OCS ha establecido las siguientes directrices:

1. **Selección y notificación del proceso de revisión externa, por parte las organizaciones de seguros de salud o asegurador.**

Las organizaciones de seguros de salud y los aseguradores tienen la opción de escoger uno de los siguientes procesos de revisión externa:

- a. El proceso de revisión independiente externa establecido por la Oficina del Comisionado de Seguros;
- b. El proceso de revisión independiente externa establecido por el Departamento de Salud Federal; o
- c. La contratación de entidades privadas de revisión independientes.

¹ "Intermediario" significa una persona autorizada a negociar y otorgar contratos con las organizaciones de seguros de salud, a nombre de los proveedores individuales o de las redes de proveedores de cuidado de salud. Artículo 26.030(A) del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico

De conformidad con el Artículo 28.050(A)(2), todas las organizaciones de seguros de salud y los aseguradores deberán informar al Comisionado el mecanismo de revisión independiente externa seleccionado. Esta determinación debe ser informada a nuestra oficina en o antes del 1 de septiembre de 2013, mediante comunicación escrita enviada por correo postal, a la atención de la División de Investigaciones.

En el caso de aquellas organizaciones de seguros de salud que hayan optado por contratar entidades privadas de revisión independiente, corresponde que también se informe al Comisionado el nombre y las credenciales de las entidades contratadas.

2. Notificación a las personas cubiertas por la organización de seguros de salud o asegurador, sobre su derecho a solicitar revisión externa.

El Artículo 28.050(A)(1) del Código requiere a las organizaciones de seguros de salud y asegurador a notificar a las personas cubiertas, que se vean afectados por alguna determinación adversa, determinación adversa final o la rescisión de cubierta, sobre su derecho a solicitar una revisión externa de dicha determinación. Asimismo, el Artículo 28.050(A)(2) dispone la utilización de un lenguaje específico para dicha notificación. A esos efectos, se requiere la utilización de uno de los modelos de notificación de denegación y divulgación del procedimiento de revisión externa independiente, Formas CSS-I-28-001, CSS-I-28-001(2) o CSS-I-28-001(3), incluidos como Anejo J de esta carta, según aplique al método de revisión externa elegido por la organización o asegurador.

3. Documentos que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores deben facilitar a las personas cubiertas para instar procesos de revisión externa

A tenor con el Artículo 28.050(B)(3), las organizaciones de seguros de salud y aseguradores deben facilitar a las personas cubiertas y que han sido afectados por una determinación adversa, determinación adversa final o la rescisión de cubierta, una copia del formulario disponible para solicitar la revisión externa, así como los documentos autorizando que la organización de seguros de salud, el asegurador y el organismo de revisión externa puedan obtener y divulgar aquella información médica protegida por la Ley HIPAA. Para cumplir con todos los requisitos dispuestos en el Código de Seguros de Salud sobre el Proceso de Revisión Externa, se requiere el uso de los siguientes formularios:

- a. Formulario de Solicitud de Revisión Externa Independiente, Forma CSS-I-28-002. (Ver Anejo K);
- b. Autorización para el Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida Organización de Seguros de Salud y Asegurador, Forma CSS-I-28-003. (Ver Anejo L); y

- c. Autorización para el Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida Entidad de Revisión Externa Independiente, Forma CSS-I-28-004. (Ver Anejo M).

Se requiere además, que a tenor con el Artículo 28.180, las pólizas, certificados, folletos, resumen de cubierta o cualquier otra evidencia de cubierta incluyan el lenguaje de divulgación de los procedimientos de revisión externa. Para ello deberá utilizarse el siguiente lenguaje como modelo cuando el asegurador haya optado por realizar el proceso de revisión externo independiente a través de la Oficina del Comisionado de Seguros.

DIVULGACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE REVISIÓN EXTERNA

Toda póliza, certificado, folleto, resumen de cubierta o cualquier otra evidencia de cubierta deberá incluir como parte de sus disposiciones el siguiente lenguaje:

Derecho a solicitar una Revisión Externa Independiente

Toda persona cubierta que haya recibido una determinación adversa o una determinación adversa final, incluyendo casos de cancelación de cubierta tendrá derecho a radicar ante el Comisionado de Seguros de Puerto Rico una solicitud de revisión externa.

La revisión externa puede ser radicada, en el formato que se establezca para estos propósitos, en la Oficina del Comisionado de Seguros:

Dirección Física
Edificio GAM Tower
Urb. Caparra Industrial Park
2 Calle Tabonuco
Suite 400 (4to) piso
Guaynabo, PR

Dirección Postal
B5 C/Tabonuco Suite 216
PMB 356
Guaynabo, PR 00968-3029

La revisión externa está disponible cuando una determinación adversa o determinación adversa final se fundamenta en la necesidad de salud, la idoneidad, el lugar donde se provee el servicio de cuidado de la salud, el nivel de eficacia del servicio o la rescisión de cubierta. Se requiere autorización de la persona cubierta para divulgar la información de salud necesaria y relevante que se tuviera que revisar con el fin de tomar una determinación con respecto a la revisión externa.

La persona cubierta pagará un costo nominal no mayor de \$25.00 por cada revisión externa solicitada, disponiéndose que el costo para una misma persona cubierta no podrá exceder de \$75.00 por año póliza.

Para información adicional comuníquese con la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico

Teléfono (787) 304-8686
Libre de Costo 1-888-722-8686

Toda organización de seguros de salud o asegurador deberá tomar las medidas necesarias para que aquellas personas que, de alguna manera, intervengan con las materias o asuntos contenidos en esta carta circular, tengan conocimiento de las directrices aquí dispuestas.

Se requiere estricto cumplimiento con las disposiciones de esta Carta Circular.

Cordialmente,



Ángela Weyne Roig
Comisionada de Seguros



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

ANEJO A

**CERTIFICACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DEL COMITÉ DE FARMACIA Y
TERAPEUTICA (ARTÍCULO 4.050)**

Yo, _____ Oficial de Cumplimiento de _____
organización de seguros de salud o asegurador certifico lo siguiente:

- a) Somos una organización de seguros de salud o asegurador que provee cubierta para beneficios de medicamentos de receta;
- b) Dichos beneficios son manejados mediante el uso de un formulario u otro procedimiento;
- c) Contamos con un comité de farmacia y terapéutica para desarrollar, mantener y manejar dicho formulario y los procedimientos relacionados conforme a los requisitos del Art. 4.050(A) este artículo;
- d) No hemos Hemos contratado a otra u otras personas para que realicen las funciones del comité de farmacia y terapéutica. Reconocemos y aceptamos nuestra responsabilidad de responder ante el Comisionado por el incumplimiento y violaciones al Capítulo 4 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico en que incurra dicho comité de farmacia y terapéutica.
- e) El comité de farmacia y terapéutica no participa, ni participará en los procesos de determinación de beneficios que hubiera establecido o establezca la organización de seguros de salud para el despacho de medicamentos de receta;
- f) El comité de farmacia y terapéutica ha establecido o establecerá políticas y requisitos de divulgación en los que se contemple la identificación de posibles conflictos de interés entre los miembros de los comités y los desarrolladores o fabricantes de los medicamentos de receta;
- g) Ningún miembro del comité de farmacia y terapéutica tiene o podrá tener relación o interés alguno, financiero o de otra índole, con los desarrolladores o fabricantes de los medicamentos de receta;
- h) El comité de farmacia y terapéutica ha adoptado por escrito los procedimientos para evaluar la seguridad y eficacia de los medicamentos, para inclusión, en el formulario, de medicamentos para un uso no indicado y un procedimiento para considerar e implantar actualizaciones y cambios en el formulario o procedimiento de manejo a tenor con el Artículo 4.050.
- i) El comité de farmacia y terapéutica realizará la evaluación de nuevos medicamentos de receta aprobados por la Food Drug Administration (FDA) en un término no mayor de noventa (90) días, contados a partir de la fecha de aprobación emitida por la FDA; y
- j) El comité de farmacia y terapéutica emitirá su determinación en torno a si incluirá o no en el formulario dicho nuevo medicamento de receta en un término no mayor de noventa (90) días, contado a partir de que el nuevo medicamento de receta entre al mercado.

Y PARA QUE ASÍ CONSTE: suscribo la presente Certificación en _____ Puerto Rico, a
_____ de _____ de _____.

Firma del Oficial de Cumplimiento: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Forma: CSS-AS-04-001

LOGO DE LA ENTIDAD

ANEJO B

SOLICITUD DE EXCEPCIÓN MÉDICA

Nombre del Paciente y Representante Personal (si aplica): _____

Núm. Contrato _____ Núm. de Grupo: _____

Se solicita la aprobación de:

- Medicamento no está incluido en el formulario
- Cubierta continuada para medicamento que se discontinuará del formulario
- Excepción a un procedimiento de manejo de medicamento (ei, terapia escalonada)
- Excepción a un procedimiento de limitación de dosis.

Razones para la solicitud de excepción médica:

- En el formulario no figura un medicamento clínicamente aceptable para tratar la condición del paciente.
- El medicamento que procede conforme a la terapia escalonada es ineficaz para la condición o el paciente, es probable que cause daño al paciente o y ya el paciente se encontraba en un nivel más avanzado bajo otro plan médico.
- La dosis disponible para el medicamento probablemente sea ineficaz para la condición o para el paciente.

Historial breve del paciente:

Diagnóstico primario relacionado con el medicamento de receta objeto de la solicitud (incluya código y descripción):

Descripción de la necesidad médica de medicamento para el cual se solicita la excepción:

Nombre de la Persona que expide la receta_____
de Proveedor (NPI)_____
Firma_____
Fecha

Forma: CSS-AS-04-002



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

ANEJO C

INFORME SOBRE SOLICITUDES DE EXCEPCIONES MÉDICA

Nombre de la Organización de Seguros de Salud o Asegurador: _____

Año: _____

Excepciones Médicas	Cantidad Total	Solicitudes Aceptadas	Solicitudes Denegadas *	Solicitudes Denegadas que originaron querellas
Solicitudes de Excepción Médica				
Cantidad de Solicitudes relacionadas a medicamentos que no figuran en el formulario				
Cantidad de Solicitudes relacionadas a medicamentos sujetos a terapia escalonada				
Cantidad de Solicitudes relacionadas a limitaciones de dosis de medicamentos				
Cantidad de solicitudes relacionadas a la discontinuación del medicamento en el formulario				

* En relación a las denegaciones, detalle en una hoja aparte el nombre del medicamento, condición de la persona cubierta y razón de la denegación

Nombre _____

Fecha _____

Firma _____

Correo electrónico _____

Posición _____

Teléfono _____

Forma: CSS-AS-04-003



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

LOGO Y NOMBRE DE LA
ORGANIZACIÓN DE SEGUROS
DE SALUD

Anejo D

CERTIFICACION SOBRE ELIGIBILIDAD DE PLANES PYMES - ARTÍCULO 8.030

YO, _____ Oficial de Cumplimiento de _____
_____ certifico que todo patrono de pequeña y mediana
empresa (PYMES) al que se haya emitido un plan médico cumple con lo siguiente:

1. Ha empleado durante al menos cincuenta (50) por ciento de sus días laborables del año natural anterior, al menos dos (2), pero no más de cincuenta (50) empleados.
2. Al determinar el número de empleados elegibles, las compañías que sean afiliadas, o que sean elegibles para presentar una planilla de impuestos combinada para propósito de tributación en Puerto Rico, se consideraron como un solo patrono.
3. Después de emitido el plan médico, el tamaño del grupo dicho patrono de pequeña y mediana empresa (PYMES) se determina anualmente para determinar la continuidad de la elegibilidad.
4. Todo patrono de pequeña y mediana empresa (PYMES) al que se haya emitido un plan médico paga parte o la totalidad de la prima, de los beneficios, o rembolsa al empleado elegible alguna porción de la prima.

Y PARA QUE ASI CONSTE: suscribo la presente Certificación de Cumplimiento en
_____ Puerto Rico, a _____ de _____ de _____

Firma

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Forma: CSS-AS-08-001



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

NOMBRE Y LOGO DE LA ORGANIZACIÓN
DE SEGUROS DE SALUD O ASEGURADOR

ANEJO E

CERTIFICACIÓN DE CUBIERTA ACREDITABLE

Fecha

Certificamos que _____, estuvo cubierto(a) por un plan
(Nombre de la persona cubierta)

médico suscrito por _____, bajo el contrato número
(Organización de Seguros de Salud)

_____ para los siguientes

períodos: _____.

El período de espera aplicable, si alguno es:

De necesitar información adicional puede comunicarse a nuestro Centro de Servicio al Cliente
al _____.

Firma

Nombre del Representante (letra de molde)

Puesto

Forma: CSS-AS-08-002



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

INFORME DE PLANES MÉDICOS EMITIDOS A PATRONOS DE PYMES **ANEJO F(1)**

Organización de Seguros de Salud o Asegurador

Fecha en que comenzó a ofrecer, mercadear o administrar el Plan Médico de Patrono de PYMES	Nombre del Patrono de PYMES	Modelo, Número de Identificación o Nombre del Plan Médico	Clasificación del Plan Médico (Marque con una cruz el espacio aplicable)			Cantidad de Asegurados ²	Tarifa ³	Base para determinar las mismas ⁴	Prima Neta ⁵
			Uso General	Carácter Exclusivo	Contrato de Administración				

¹ Indique si el plan médico tiene algún tipo de cubierta "stop loss".
² Incluye asegurados o suscriptores principales y dependientes para cada categoría aplicable, entiéndase individual, pareja, familiar, etc.
³ Desglosar las tarifas para cada categoría de asegurado o suscriptor aplicable, entiéndase individual, pareja, familiar, etc.
⁴ Como por ejemplo edad, área geográfica, crédito, experiencia en reclamaciones, etc.
⁵ La información de primas netas debe estar basada en el pasado año natural.

Forma: CSS-AS-08-003



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

ANEJO G

SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA LAS
ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD LIMITADOS

(Fecha de Radicación) _____

Estimado señor Comisionado:

A tenor con el Capítulo 16 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico se solicita, a nombre de la organización que adelante se describe, un certificado de autoridad para operar como organización de servicios de salud limitados. Junto con la solicitud, se acompañan los documentos requeridos por el Artículo 16.030 del referido Código, y listados en esta solicitud.

Nombre de la entidad _____

Núm de Seguro Social Patronal _____ Teléfono _____

Dirección _____

Tipo (corporación, mutualista, asociación, sociedad, etc.) _____

Fecha de organización o incorporación _____

Certificado Número (si alguno) _____

(Firma del Oficial o representante
autorizado de la organización)

AFFIDAVIT NUM. _____

Ante mí _____, (nombre, status civil, profesión y
capacidad en la que comparece, mayor de edad y vecino de...) _____
a quien doy fe de haber identificado mediante _____,
quien declara y suscribe el presente documento. De todo lo antes expuesto doy fe hoy día
de _____ de _____, en la ciudad de _____.

Notario Público

Forma: CSS-AF-16-001



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

ANEJO G

**DOCUMENTOS A INCLUIR CON LA SOLICITUD PARA CERTIFICADO DE
AUTORIDAD DE ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD LIMITADOS**

(NOTA: Todos los documentos deberán radicarse en duplicado a excepción de los requeridos en los incisos 9 y B que deberán someterse en triplicado)

- _____ 1. Copia del documento constitutivo o de organización, si alguno, y sus enmiendas, debidamente autenticados.
- _____ 2. Copia de los estatutos corporativos o reglamento que regule los asuntos internos de la organización.
- _____ 3. Sello corporativo y logo que se ha de utilizar en las comunicaciones.
- _____ 4. Lista de los nombres, direcciones, puestos oficiales e información biográfica de las personas responsables de los asuntos internos de la Organización, incluyendo miembros de la Junta de Directores, junta de fideicomisarios, comité ejecutivo o cualquier junta de gobierno o comité administrativo, oficiales principales y toda persona o entidad que posea diez (10) por ciento o más de los valores de derecho de voto de la organización o que tenga el derecho de adquirirlos, así como socios o miembros de un sociedad o asociación. (Incluya para cada una de tales personas: resumes, certificado de buena conducta, informe de crédito, estado financiero compilado y certificado de archivo de petición de quiebra por el U.S. Bankruptcy Court).
- _____ 5. Un organigrama o declaración describiendo la organización; sus instalaciones, el personal, y los servicios de salud limitados que se ofrecerán, demostrando que son suficientes para proveer los servicios contratados.
- _____ 6. Copia de todo contrato utilizado o a utilizarse entre la organización y los proveedores para la prestación de servicios de salud limitados.
- _____ 7. Copia de todo contrato utilizado o a utilizarse entre la organización y las personas nombradas en el inciso cuarto (4) anterior.
- _____ 8. Copia de todo contrato utilizado o a utilizarse entre la organización y cualquier persona para llevar a cabo las funciones de administración, suscripción, manejo de inversiones y subcontratación de servicios de salud limitados prestados a las personas cubiertas.

Forma: CSS-AF-16-001(2)

- _____9. Copia de todo contrato grupal y de todo tipo de evidencia de cubierta que se emitirá a cada uno de sus personas cubiertas.
- _____10. Estados financieros de la organización más recientes que hayan sido auditados por contadores públicos autorizados e independientes.
- _____11. Copia del plan financiero de la organización que incluya proyecciones para los próximos tres (3) años, indique el capital operacional y otras fuentes de fondos, y disposición en caso de contingencias.
- _____12. Descripción del método de mercado propuesto.
- _____13. Poder otorgado por la organización no domiciliada en Puerto Rico, designando al Comisionado y a sus sucesores en el cargo como apoderado para recibir emplazamientos por causas de acción que surjan contra éste en Puerto Rico.
- _____14. Descripción del procedimiento para la tramitación de querellas de los suscriptores, que cumpla con el Artículo 16.130 y los Capítulos 22 y 28 del Código de Seguros de Puerto Rico.
- _____15. Una descripción de los procedimientos de evaluación de calidad de los servicios y la revisión de utilización, de conformidad con los Capítulos 20 y 24 del Código de Seguros de Puerto Rico.
- _____16. Una descripción de la forma en que la organización solicitante cumplirá con el Artículo 16.180 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, sobre protección contra insolvencia.
- _____17. Derechos por \$300 por concepto de presentación de la solicitud, en cheque certificado a nombre del Secretario de Hacienda.
- _____18. Cheque certificado a nombre del Secretario de Hacienda por la cantidad de \$5,000.00 por concepto de derechos para el certificado de autoridad.
- _____19. Requisito de depósito para la protección contra insolvencia, por la cantidad de de \$600,000 en activos elegibles, según se dispone en el Artículo 8.020 del Código de Seguros de Puerto Rico.
- _____20. Tarifas a utilizarse en el plan de servicios de salud limitado incluyendo el estudio actuarial que contenga la certificación de un actuario calificado, requerido por el Artículo 16.100 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

LOGO DE LA ORGANIZACIÓN DE SEGUROS DE SALUD
O ASEGURADOR

ANEJO H

**CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO
CON REQUISITOS DE CALIDAD DE SERVICIOS**

YO, _____ Oficial Ejecutivo de la Organización de Seguros de Salud o asegurador _____ certifico que el programa de evaluación de calidad de los servicios de cuidado de salud que se proveen a las personas cubiertas para los tipos de planes de cuidado coordinado diseñados y establecidos en nuestra organización, cumple a cabalidad con los requisitos establecidos en el Capítulo 20 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. Certifico, además, que el material que se proporciona a los proveedores y consumidores sobre el mencionado programa de evaluación de calidad de servicio cumple con los requisitos dispuestos en el referido capítulo.

Y PARA QUE ASI CONSTE: suscribo la presente certificación en _____ Puerto Rico, a ____ de ____ de 2____.

Firma

Teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Forma: CSS-AS-20-001



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

LOGO DE LA ENTIDAD

ANEJO I

**CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS DE
QUERELLAS**

YO, _____ Oficial de Cumplimiento de _____
certifico lo siguiente:

1. Se ha establecido y se mantiene, para cada uno de los planes médicos que ofrecemos, procedimientos escritos de revisiones de querellas.
2. Las pólizas, los certificados, folletos de ofrecimiento, resúmenes de cubierta, guías o cualquier otra evidencia de cubierta, provistas a las personas cubiertas, incluyen una descripción de los procedimientos de querellas según requiere el Artículo 22.060.
3. La descripción de los procedimientos de querellas que consta en los documentos mencionados en el inciso 2, advierte el derecho de la persona cubierta a comunicarse en todo momento, con la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico o la Oficina del Procurador del Paciente para obtener ayuda, incluyendo el número telefónico y la dirección del Comisionado y el Procurador del Paciente.

Y PARA QUE ASI CONSTE suscribo la presente Certificación hoy, ___ de _____ de
_____, en _____ Puerto Rico.

Firma

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Forma: CSS-I-22-001



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

ANEJO J(1)

Notificación de Denegación y Divulgación del Proceso de Revisión Externa Independiente a través de la Oficina del Comisionado de Seguros

Fecha

Persona Cubierta

Dirección

Dirección

Número de reclamación: _____

Número de contrato: _____

Servicio de salud reclamado: _____

Razón para denegación: _____

Estimado _____:

Hemos denegado su solicitud de servicios de cuidado de salud, curso de tratamiento o el pago de los mismos. Usted tiene derecho a que esta denegación sea revisada por profesionales de la salud independientes a (asegurador), en aquellos casos en que la determinación conllevaba una valoración de la necesidad de salud, la idoneidad, el lugar donde se provee el servicio de cuidado de salud, o el nivel o eficacia del servicio. Para ello es necesario que usted radique una solicitud de revisión externa independiente ante la Oficina del Comisionado de Seguros, dentro del término de 120 días, contado a partir de la fecha de la notificación de esta carta. Para mayor información, puede comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros al (787) 304-8686 ext. _____.

Cordialmente,

Firma _____

Nombre _____

Puesto _____

Forma: CSS-I-2-001

**Notificación de Denegación y Divulgación del Proceso de Revisión Externa Independiente
Conducido a tenor con el Sistema de Revisión del Departamento de Salud Federal**

Fecha

Persona Cubierta

Dirección

Dirección

Número de reclamación: _____

Número de contrato: _____

Servicio de salud reclamado: _____

Razón para denegación: _____

Estimado _____:

Hemos denegado su solicitud de servicios de cuidado de salud, curso de tratamiento o el pago de los mismos. Usted tiene derecho a que esta denegación sea revisada por profesionales de la salud independientes a (asegurador), en aquellos casos en que la determinación conllevaba una valoración de la necesidad de salud, la idoneidad, el lugar donde se provee el servicio de cuidado de salud, o el nivel o eficacia del servicio. Para ello es necesario que usted radique una solicitud de revisión externa independiente ante (entidad correspondiente al proceso de revisión del Departamento de Salud Federal), dentro del término de 120 días, contado a partir de la fecha de la notificación de esta carta. Para mayor información, puede comunicarse con la (entidad correspondiente al proceso de revisión del Departamento de Salud Federal) al _____ ext. _____.

Cordialmente,



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

Fecha _____

ANEJO K

SOLICITUD DE REVISIÓN EXTERNA INDEPENDIENTE

I. Información del Solicitante:

Nombre del Solicitante: _____

Dirección Postal: _____

Números de Teléfono:

Residencial: _____ Trabajo: _____

Celular: _____ Correo electrónico: _____

II. Información del Plan Médico

Organización de Seguros de Salud o Asegurador _____

Asegurado o suscriptor principal _____

Número de contrato _____ Grupo: _____

III. Tipo de Revisión Externa (*favor seleccionar uno*)

- Externa Ordinaria
- Externa Acelerada
- Por Tratamiento Experimental o Investigativo

IV. Tipo de Determinación:

- Adversa
- Adversa Final
- Rescisión de Cubierta

V. Objeto de la Revisión Externa: (*Identifique el asegurador u Organización de Seguros de Salud*)

Solicito que se revise la determinación tomada en la reclamación núm. _____
la cual fue denegada por la siguiente razón: _____

VI. Descripción de la controversia: (*Sea conciso, limitándose al tipo de determinación indicada*)

VII. Autorización de contacto:

Autorizo a _____, (relación o parentesco) _____
de teléfono _____, a recibir información sobre mi solicitud.

CERTIFICO que la información arriba indicada es correcta, y que la descripción de la controversia plantea adecuadamente mi posición en torno a la determinación que deseo que se revise.

Firma del Solicitante

Recordatorio al Solicitante:

Como requisito para comenzar la revisión externa que usted nos solicita, es necesario que usted complemente, firme y presente las autorizaciones de uso y divulgación que aquí se anejan. De igual forma, usted tiene el derecho a presentar la documentación médica que estime necesaria para la evaluación de su solicitud. Esta solicitud, junto a las autorizaciones adjuntas, deberán ser presentadas ante (_____), dentro del término de 120 días, contados desde la fecha de la notificación adversa a revisarse.



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

ANEJO L

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA
ORGANIZACIÓN DE SEGUROS DE SALUD

Persona afectada: _____
Asegurado o suscriptor principal (de no ser el afectado): _____
Número de Contrato: _____
Número de reclamación: _____

Yo _____, mayor de edad, y vecino(a) de _____, Puerto Rico, por la presente autorizo a _____ (nombre de organización de seguros salud o asegurador), a que entregue, comparta y/o divulgue aquella información médica que tenga en sus archivos relacionada a la reclamación antes mencionada, y que fue denegada. (Nombre de organización de seguros de salud) podrá entregar, compartir y/o divulgar copia física o electrónica de dicha información, según sea más conveniente.

Renuncio por este medio a toda disposición de la ley que pueda prohibir o limitar la revelación de la información que aquí se autoriza como también relevo de responsabilidad a (nombre de asegurador u organización de seguros de salud) por suministrar a la entidad de revisión externa correspondiente, la información solicitada.

Asimismo, acepto que la antedicha información podrá ser suministrada con la entrega de una fotocopia de esta autorización aceptando igualmente que dicha copia será tan válida como su original.

En testimonio de lo cual, firmo la presente en _____, Puerto Rico a ____ de _____ de _____.

Nombre en letra de molde

Firma

Si la información solicitada es sobre otra persona o un menor de edad, favor completar la siguiente sección. Si usted comparece como representante de la persona cuya información se solicita, deberá proporcionar documentación que demuestre su autoridad legal. (Por ejemplo: un formulario de autorización, poder de abogado, documentos de tutela, Orden de Corte o Cartas de Administración).

Representante Legal
Nombre en letra de molde

Firma del Representante Legal

Relación del Representante Legal

Fecha

Forma: CSS-I-28-003



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

ANEJO M

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA
ENTIDAD DE REVISIÓN EXTERNA INDEPENDIENTE

Persona afectada: _____
Asegurado o suscriptor principal (de no ser el afectado): _____
Número de Contrato: _____
Número de reclamación: _____

Yo _____, mayor de edad, y vecino(a) de _____, Puerto Rico, por la presente autorizo a que la entidad de revisión externa designada _____, en adelante "la Entidad", solicite, comparta y/o divulgue aquella información médica que estime necesaria para evaluar la solicitud de revisión externa relacionada a la reclamación antes mencionada, y que fue denegada. La Entidad podrá entregar, compartir y/o divulgar copia física o electrónica de dicha información, según sea más conveniente.

Renuncio por este medio a invocar las disposición de la ley que pueda prohibir o limitar el acceso de la información que aquí se autoriza como también relevo de responsabilidad a la Entidad de solicitar, compartir y/o divulgar a otras personas naturales o jurídicas, la información solicitada, para fines exclusivamente relacionados con la revisión externa solicitada.

Asimismo, acepto que la antedicha información podrá ser suministrada con la entrega de una fotocopia de esta autorización aceptando igualmente que dicha copia será tan válida como su original.

En testimonio de lo cual, firmo la presente en _____, Puerto Rico a ____ de _____ de _____.

Nombre en letra de molde

Firma

Si la información solicita es sobre otra persona o sobre un menor de edad, favor completar la siguiente sección. Si usted comparece como representante de la persona cuya información se solicita, deberá proporcionar documentación que demuestre su autoridad legal. (Por ejemplo: un formulario de autorización, poder de abogado, documentos de tutela, Orden de Corte o Cartas de Administración).

Representante Legal
Nombre en letra de molde

Firma del Representante Legal

Relación del Representante Legal

Fecha
Forma: CSS-I-28-004