



GOBIERNO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

15 de noviembre de 2016

CARTA NORMATIVA NÚM.: CN-2016-208-CM

A TODOS LOS ASEGURADORES U ORGANIZACIONES DE SEGUROS DE SALUD QUE MERCADEAN PLANES MÉDICOS EN PUERTO RICO

Asunto: Cobro de cargos adicionales al coaseguro o copago de la cubierta de plan médico por parte de proveedores de servicios de salud

Estimados señoras y señores:

Esta Oficina ha recibido información sobre la práctica de algunos proveedores de servicios de salud de cobrar a sus pacientes una cantidad de dinero adicional al coaseguro o copago contratado con el asegurador u organización de seguros de salud. Advertimos que todo proveedor de servicios de salud de un plan de cuidado coordinado que cobre a los pacientes cantidades adicionales al coaseguro o copago establecido en la cubierta de plan médico, por servicios cubiertos, incurre en violación al Artículo 26.060 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, el cual dispone en parte lo siguiente:

Requisitos para las organizaciones de seguros de salud o aseguradores y los proveedores participantes

Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que ofrezcan planes de cuidado coordinado deberán satisfacer todos los requisitos siguientes:

(a) ...La organización de seguros de salud o asegurador deberá establecer un mecanismo mediante el cual se les notifique recurrentemente a los proveedores participantes los servicios de cuidado de la salud específicos por los cuales dichos proveedores participantes serán responsables, incluida toda limitación o condición para prestar dichos servicios.

(b) Todo contrato entre una organización de seguros de salud o asegurador y un proveedor participante deberá incluir una cláusula de

relevo de responsabilidad (“hold harmless provision”) fundamentalmente similar a la siguiente:

“Bajo ninguna circunstancia, incluidas, entre otras, la falta de pago a los proveedores, la insolvencia de la organización de seguros de salud o asegurador, o el incumplimiento de este contrato, el proveedor facturará, cobrará o recaudará de la persona cubierta o asegurado cantidad alguna por servicios que se hayan provisto conforme a lo dispuesto en este contrato, ni iniciará ninguna acción judicial en contra de dicha persona cubierta o asegurado. Disponiéndose, que esta cláusula no le prohíbe al proveedor cobrar a la persona cubierta o asegurado el coaseguro, deducible o copago que corresponda, conforme lo establecido en la póliza o evidencia de cubierta, ni los servicios no cubiertos que se le hayan ofrecido a las personas cubiertas o asegurados en la modalidad de “pago por servicio”. Con excepción a lo aquí dispuesto, este contrato no le prohíbe al proveedor recurrir a otros remedios judiciales que pueda tener disponibles”.

(c) ...

(e) Bajo ninguna circunstancia el proveedor participante cobrará o intentará cobrar de una persona cubierta o asegurado alguna cantidad de dinero que la organización de seguros de salud o asegurador le adeude a dicho proveedor.

(f) ...

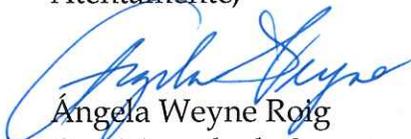
(n) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores notificarán a los proveedores participantes cuáles son, si alguna, sus obligaciones de cobrar el coaseguro, copago o deducible aplicable a las personas cubiertas o asegurados, conforme a lo dispuesto en la póliza o evidencia de cubierta, o sus obligaciones de notificar a las personas cubiertas o asegurados sobre obligaciones financieras personales con respecto a los servicios no cubiertos. (Subrayado nuestro.)

En cuanto a los demás planes médicos, entiéndase los que no son de cuidado coordinado, bien el contrato de plan médico aprobado por esta Oficina o el contrato entre el asegurador u organización de seguros de salud y el proveedor participante prohíben expresamente que éste cobre o intente cobrar al paciente cualquier cantidad adicional al coaseguro o copago por un servicio cubierto, o cualquier cantidad adeudada por el asegurador u organización de servicios de salud al proveedor.

Considerando que la práctica de que se le cobre a los consumidores cantidades adicionales al coaseguro o copago pactado en la póliza, contrato o evidencia de cubierta incide directamente en la cubierta del plan médico en detrimento del consumidor de seguros y del acceso a los servicios de salud, mediante la presente carta se aclara la obligación de todos los aseguradores u organizaciones de seguros de salud de exigir el cumplimiento estricto con sus contratos, el plan médico y el Código de Seguros de Salud, a aquéllos proveedores de servicios de salud que están incurriendo en las prácticas descritas anteriormente. Confiamos, en beneficio de los asegurados, se descontinúe inmediatamente la práctica aquí descrita.

Se requiere estricto cumplimiento con lo anterior.

Atentamente,



Ángela Weyne Roig
Comisionada de Seguros