



**Antes de Radicar una Solicitud de Investigación
Lea la Sigulente Información**

Cómo radicar una Solicitud de Investigación por incumplimiento de la organización de servicios de salud de Medicare Advantage con la Ley Núm. 90 del 1 de agosto de 2019:

Si la controversia está relacionada con la tarifa establecida en el contrato acuerdo, *addendum* o estipulación firmado con la organización de servicios de salud de Medicare Advantage:

- ❖ Por cada Organización de Servicios de Salud, complete la “Solicitud de Investigación por Incumplimiento con la Ley Núm. 90-2019.
- ❖ Acompañe copia del contrato, acuerdo, *addendum* o estipulación firmado con la organización de servicios de salud de Medicare Advantage, incluyendo las enmiendas realizadas al mismo.
- ❖ Si la tarifa establecida en el contrato, *addendum* o estipulación con el proveedor de servicios, es menor a la tarifa mínima establecida por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid Services (CMS), acompañe prueba documental que demuestre que la organización de servicios de salud de Medicare Advantage no emitió el pago de las reclamaciones con servicios ofrecidos conforme a dicha tarifa mínima, por ejemplo, copia de cheque y explicación de pagos.
- ❖ Acompañe la forma 1500, 1450 ó J512 de cada reclamación en controversia (por paciente), por la cual la organización de servicios de salud de Medicare Advantage no emitió su pago conforme a la tarifa mínima establecida por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid Services (CMS).
- ❖ Acompañe cualquier otra documentación que considere necesaria y que aporte a la solución de su controversia.

Si la controversia está relacionada con la terminación o cancelación del contrato firmado con la organización de servicios de salud de Medicare Advantage sin justa causa o la integración de una cláusula en el contrato que establezca la terminación o cancelación de contrato o acuerdo sin justa causa:



- ❖ Acompañe copia de la notificación de la organización de servicios de salud de Medicare Advantage mediante la cual esta canceló o terminó el contrato sin justa causa.
- ❖ Acompañe copia de la notificación de la organización de servicios de salud de Medicare Advantage mediante la cual esta integró al contrato, acuerdo, *addendum* o estipulación una cláusula que establezca la terminación o cancelación de contrato o acuerdo sin justa causa.
- ❖ Acompañe cualquier otra documentación que considere necesaria y que aporte a la solución de su controversia.

Envíe sus solicitudes a la siguiente dirección postal:

OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS
División de Investigaciones
B5 Calle Tabonuco Suite 216
Guaynabo, Puerto Rico 00968-3029

O por correo electrónico a la siguiente dirección:

investigaciones@ocs.pr.gov

Para aclarar cualquier duda relacionada con la Ley Núm. 90-2019, puede comunicarse a través del **787-304-8686 ext. 2400** y también nos puede visitar en nuestras oficinas ubicadas en el:

GAM TOWER
Urb. Caparra Hills Ind. Park
2 Calle Tabonuco Suite 400
Guaynabo, Puerto Rico 00968-3029

Una vez recibida la Solicitud:

- ❖ Acusaremos recibo de la misma. En dicha comunicación le proveeremos el número de solicitud asignado.
- ❖ Le será enviada copia de la carta con requerimiento de información, emitida por esta Oficina a la Organización de Servicios de Salud, relacionada con su Solicitud.
- ❖ La Solicitud será evaluada conforme a la información provista por el proveedor de servicios o el Solicitante. Mayor información pudiera ser requerida durante la investigación.
- ❖ Una vez concluida la investigación, usted recibirá una carta con los hallazgos, así como copia de cualquier Orden por incumplimiento, contra la Organización de Servicios de Salud o desestimación, según sea el caso.



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Oficina del Comisionado de Seguros

Para uso de la OCS
Solicitud Número

SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN POR
INCUMPLIMIENTO CON LA LEY NÚM. 90- 2019

Información del Proveedor		
Nombre del Proveedor		Número de Proveedor
Dirección Postal		
Ciudad	Estado	Zip-Code
Persona Contacto Proveedor		Tipo de Proveedor
Teléfono	Fax	Dirección de email
Información de la Organización de Servicios de Salud de Medicare Advantage		
Nombre de la Organización de Servicios de Salud		Teléfono
Dirección		
Ciudad	Estado	Zip-Code
Información Requerida para Proceso de Investigación		
<p>Si la controversia está relacionada con la tarifa establecida en el contrato acuerdo, <i>addendum</i> o estipulación firmado con la organización de servicios de salud de Medicare Advantage:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Acompañe copia del contrato, acuerdo, <i>addendum</i> o estipulación firmado con la organización de servicios de salud de Medicare Advantage, incluyendo las enmiendas realizadas al mismo. ❖ Si la tarifa establecida en el contrato, <i>addendum</i> o estipulación con el proveedor de servicios, es menor a la tarifa mínima establecida por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid Services (CMS), acompañe prueba documental que demuestre que la organización de servicios de salud de Medicare Advantage no emitió el pago de las reclamaciones con servicios ofrecidos conforme a dicha tarifa mínima, por ejemplo, copia de cheque y explicación de pagos. ❖ Acompañe la forma 1500, 1450 ó J512 de cada reclamación en controversia (por paciente), por la cual la organización de servicios de salud de Medicare Advantage no emitió su pago conforme a la tarifa mínima establecida por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid Services (CMS). ❖ Acompañe cualquier otra documentación que considere necesaria y que aporte a la solución de su controversia. <p>Si la controversia está relacionada con la terminación o cancelación del contrato firmado con la organización de servicios de salud de Medicare Advantage sin justa causa o la integración de una cláusula en el contrato que establezca la terminación o cancelación de contrato o acuerdo sin justa causa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Acompañe copia de la notificación de la organización de servicios de salud de Medicare Advantage mediante la cual esta canceló o terminó el contrato sin justa causa. ❖ Acompañe copia de la notificación de la organización de servicios de salud de Medicare Advantage mediante la cual esta integró al contrato, acuerdo, <i>addendum</i> o estipulación una cláusula que establezca la terminación o cancelación de contrato o acuerdo sin justa causa. ❖ Acompañe cualquier otra documentación que considere necesaria y que aporte a la solución de su controversia. 		



Describa en forma breve y concisa su controversia

Declaro que la información que antecede es correcta, por lo cual presento la siguiente solicitud de investigación para que la OCS intervenga en la presente controversia.

Nombre en Letra de Molde

Firma

Fecha