



## PROVEEDORES

### **Preguntas y Respuestas Sobre el Código de Seguros de Salud y la Implementación del “Affordable Care Act (ACA) de Interés para los Proveedores:**

1. [¿Cuáles son las disposiciones legales que aplican a los planes médicos de salud en Puerto Rico?](#)
2. [¿Qué es el OBAMACARE?](#)
3. [¿Aplica OBAMACARE a Puerto Rico?](#)
4. [¿Quién está a cargo en Puerto Rico de implementar el OBAMACARE?](#)
5. [¿Qué gestiones está realizando la Oficina del Comisionado de Seguros para implementar la Reforma de Salud Federal en Puerto Rico?](#)
6. [¿Qué es un Profesional de la salud?](#)
7. [¿Qué es un Proveedor de cuidado de salud o proveedor?](#)
8. [¿Qué es un Proveedor de Cuidado primario?](#)
9. [¿Qué es un Proveedor Participante?](#)
10. [¿Qué es una Organización de Servicios de salud limitados?](#)

11. ¿Qué términos y condiciones deberá incluir un contrato para la prestación de servicios de salud a suscriptores de una Organización de Servicios de salud Limitados? 16.170
12. ¿Qué es una verificación de credenciales de los profesionales de la salud o entidades de la salud?
13. ¿Cuántas clases de verificaciones de credenciales se pueden realizar?
14. ¿Qué información le pueden solicitar a un proveedor para una verificación primaria o secundaria?
15. ¿Qué es una auditoría de reclamaciones?
16. ¿Cuál es el proceso establecido para la Notificación de la Auditoría?
17. ¿Cuál es el término establecido al proveedor para responder a la notificación de la auditoría?
18. ¿Cuál es el tiempo establecido para que el auditor complete la auditoría?
19. ¿Existe alguna prohibición en torno a las auditorías?
20. ¿Qué información incluirá la solicitud de una auditoría?
21. ¿Cuáles son los deberes del coordinador de auditorías?

1. *¿Cuáles son las disposiciones legales que aplican a los planes médicos de salud en Puerto Rico?*

Las disposiciones legales relacionadas a los seguros de salud en Puerto Rico son; 1) el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, Ley Núm. 194 de 29 de agosto de 2011, según enmendada. 2) el Código de Seguros de Puerto Rico, Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada y su Reglamento, y 3) Cartas Normativas y Circulares emitidas por la Oficina del Comisionado de Seguros. También son de aplicación en Puerto Rico algunas de las disposiciones de la legislación Federal conocida como “Patient Protection and Affordable Care Act” y “Health Care and Education Reconciliation Act” y algunas de las cartas emitidas por el Departamento de Salud Federal sobre este tema. En nuestro portal de internet encontrará documentos relacionadas a este tema y/o la conexión o “link” a los mismos.

[\[Regresar\]](#)

2. *¿Qué es el OBAMACARE?*

El OBAMACARE, también conocido como el “Affordable Care Act” (ACA), el “Patient Protection and Affordable Care Act” (PPACA) o en español como la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, es un esfuerzo del Gobierno de los Estados Unidos de reformar el sistema de salud con el propósito de facilitar la obtención de los beneficios que proveen las cubiertas de salud, a millones de ciudadanos norteamericanos a través de la combinación de control de gastos, subsidios y mandatos.

[\[Regresar\]](#)

3. *¿Aplica OBAMACARE a Puerto Rico?*

Algunas disposiciones del OBAMACARE aplican a Puerto Rico y otras no. Por ejemplo, una de las disposiciones más significativas que no aplica a Puerto Rico es el mandato individual. Ello implica que contrario a otras jurisdicciones, los individuos no están obligados por ley, ni estarán sujetos a multas si optan por no adquirir un plan

médico. Sin embargo, no acogerse a un plan médico implica asumir el riesgo de necesitar cubierta y no tenerlo disponible.

[\[Regresar\]](#)

4. *¿Quién está a cargo en Puerto Rico de implementar el OBAMACARE?*

Contrario a otras jurisdicciones, Puerto Rico cuenta con varias agencias encargadas de instrumentar y garantizar la implantación del OBAMACARE. Entre las cuales ésta el Departamento de Salud y la Oficina del Comisionado de Seguros.

[\[Regresar\]](#)

5. *¿Qué gestiones está realizando la Oficina del Comisionado de Seguros para implementar la Reforma de Salud Federal en Puerto Rico?*

En el desempeño de su deber ministerial, la Oficina del Comisionado de Seguros ha realizado, entre otras, las siguientes gestiones:

- a. Se preparó legislación estatal. El Código de Seguros de Salud enmendado por las Ley Núm. 55-2013 y 69-2013 que viabilizan la implementación de las disposiciones del OBAMACARE aplicables a Puerto Rico.
- b. Se han emitido Cartas Normativas y Circulares que proveen orientación al público en general sobre los planes médicos y las guías adecuadas para la suscripción de los mismos.
- c. Hemos unido esfuerzos con la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros y con el resto de jurisdicciones que enfrentan situaciones similares a la de Puerto Rico en cuanto, para informar y alertar al Departamento de Salud Federal sobre las incoherencias que se producen en la implementación de algunas de las disposiciones del OBAMACARE e identificar alternativas viables, como lo fue el periodo de suscripción garantizado.
- d. Se han ofrecido seminarios y orientaciones al público y a la industria sobre los derechos y deberes aplicables en Puerto Rico.
- e. Se ha estandarizado el proceso de sometimiento de tarifas de planes médicos y los procesos de revisión y aprobación de las mismas.

[\[Regresar\]](#)

6. *¿Qué es un Profesional de la salud?*

Es un médico u otro profesional del campo de la salud con licencia, acreditado o certificado por las entidades correspondientes para proveer determinados servicios de cuidado de la salud a tenor con las leyes estatales y reglamentos correspondientes.

[\[Regresar\]](#)

7. *¿Qué es un Proveedor de cuidado de salud o proveedor?*

Es un profesional de la salud o una instalación de cuidado de salud debidamente autorizado a prestar servicios de cuidado de salud.

[\[Regresar\]](#)

8. *¿Qué es un Proveedor de Cuidado primario?*

Es el proveedor participante, seleccionado por la persona cubierta o asegurada; o en su defecto designado por la organización de seguros de salud o asegurador, que tenga a su cargo, la supervisión, coordinación y suministro de cuidado inicial o de seguimiento de la persona cubierta o asegurados.

[\[Regresar\]](#)

9. *¿Qué es un Proveedor Participante?*

El proveedor que, conforme a un contrato con una organización de seguro de salud o asegurador, o con el contratista o subcontratista de esta, haya acordado brindar servicio de cuidado de la salud a las personas cubiertas o asegurados con la expectativa de recibir pago, aparte del porcentaje de coaseguro, el copago o el deducible, directa o indirectamente, de parte de la organización de seguro de salud o asegurador.

[\[Regresar\]](#)

10. *¿Qué es una Organización de Servicios de salud limitados?*

Una Organización de servicios de salud limitados es toda corporación, asociación o entidad que se encarga de proveerles o tramitarles a los suscriptores la prestación de uno o más servicios de salud limitados, en consideración al pago de una cantidad prefijada que se considera devengada independientemente de si el suscriptor utiliza o no los servicios de salud limitados provistos por el plan. Las organizaciones de servicios salud limitados no incluyen:

- a. Una entidad que cumpla con los requisitos dispuestos en el Artículo 16.070 del Código de Seguros de Salud; o
- b. Un proveedor o entidad que provee o tramita la prestación de servicios de salud limitados conforme a un contrato con una organización de servicios de salud limitados o con una entidad que cumpla con lo dispuesto en el inciso (1) de esta definición.

[\[Regresar\]](#)

11. *¿Qué términos y condiciones deberá incluir un contrato para la prestación de servicios de salud a suscriptores de una Organización de Servicios de salud Limitados? 16.170*

Todo contrato entre proveedores y una Organización de servicios de salud limitados, deberá incluir los siguientes términos y condiciones:

- A. En caso de que la Organización de Servicios de salud limitados no cumpla con su obligación de pagar a los proveedores por la prestación de servicios de suscriptores, ya sea por insolvencia, incumplimiento de contrato u otra razón, la responsabilidad de pagar las cantidades adeudadas al proveedor contratado no recaerá en los suscriptores.
- B. Ningún proveedor, agente, cesionario o representante de éste podrá instar una acción judicial ni de alguna otra forma intentar cobrar de los suscriptores las cantidades que la Organización de Servicios de salud limitados pueda adeudarle.
- C. Las disposiciones del Artículo 16.170 no impide que los proveedores cobren al suscriptor aquellos cargos no cubiertos por la una Organización de Servicios de salud limitados como pudieran ser, entre otros, copagos, deducibles o coaseguros, siempre que así se hubiese pactado en el contrato o póliza entre la una Organización de Servicios de salud limitados y el suscriptor.

D. La disposiciones contenidas en el Artículo 16.170 del Código de Seguros de Salud, permanecerán vigentes a pesar de que el contrato entre la Organización de Servicios de salud limitados y el proveedor de cancele, sin tomar en consideración las razones de la cancelación.

E. La cancelación del contrato entre la Organización de Servicios de salud limitados y el proveedor no eximirá al proveedor de continuar ofreciendo los tratamientos que se estén brindando a un suscriptor para una condición específica, por un periodo que no será mayor de treinta (30) días, sujeto a los mismos copagos y cargos vigentes a la fecha de cancelación del contrato. Este periodo de tiempo aplicara solo a los casos en donde no se haya establecido mediante legislación federal o estatal un periodo de transición de continuidad de servicios para un suscriptor por razón de cancelación de contrato entre una organización de servicios de salud limitados y un proveedor.

[\[Regresar\]](#)

12. *¿Qué es una verificación de credenciales de los profesionales de la salud o entidades de la salud?*

Es el proceso de obtener y verificar información acerca de un profesional o entidades de la salud y evaluar a dicho profesional o entidades de la salud cuando éste solicite convertirse en un proveedor participante de un plan de cuidado coordinado ofrecido por una organización de seguros de salud o asegurador.

[\[Regresar\]](#)

13. *¿Cuántas clases de verificaciones de credenciales se pueden realizar?*

Se pueden realizar las siguientes:

1. Verificación primaria, que es aquella realizada por la organización de seguros de salud o asegurador de las credenciales del profesional o entidades de la salud, a base de evidencia obtenida directamente de la entidad que emite la credencial.

2. Verificación secundaria, que es aquella realizada por la organización de seguros de salud o asegurador acerca de las credenciales de un profesional de la salud, a base de la evidencia obtenida por medios que no fueran el contacto directo con el emisor de la credencial (por ejemplo, copias de los certificados provistos por el profesional de la salud solicitante).

[\[Regresar\]](#)

14. *¿Qué información le pueden solicitar a un proveedor para una verificación primaria o secundaria?*

A. La organización de seguros de salud o asegurador deberá obtener en una verificación primaria, cuando menos la siguiente información acerca del solicitante:

1. Licencia, certificado de autorización o registro vigente para ejercer en Puerto Rico;
2. Cumplimiento con requisitos de responsabilidad financiera;
3. Estado de asociación con algún hospital (si fuera aplicable);
4. Certificaciones expedidas por juntas de especialización (si fuera aplicable);
5. Certificados de registro vigente con la Agencia de Drogas y Narcóticos (DEA) (si fuera aplicable);
6. Graduación de escuela profesional acreditada; y
7. Estudios graduados completados (si fuera aplicable)

B. A discreción de la organización de seguros de salud o asegurador en una verificación primaria o secundaria podrá obtener, lo siguiente:

1. El historial de licencia del profesional de la salud en Puerto Rico y en otros estados;
2. El historial de impericia medica del profesional de la salud; y
3. El historial de trabajo del profesional de la salud.

- C. Por lo menos cada tres (3) años, la organización de seguros de salud o asegurador obtendrá, con respecto al profesional de la salud participante, lo siguiente:
1. La licencia, certificado de autorización o registro vigente para ejercer en Puerto Rico;
  2. Cumplimiento con requisitos de responsabilidad financiera;
  3. Estado de asociación con algún hospital (si fuera aplicable);
  4. Certificados de registro vigente con la DEA (si fuera aplicable);
  5. Certificación expedidas por juntas de especialización (si fuera aplicable).
- D. La organización de seguros de salud o asegurador requerirá que los proveedores participantes notifiquen a la organización de seguros de salud o asegurador todo cambio que ocurra en cualquier de los renglones mencionados anteriormente.

Derechos de los profesionales de la salud a examinar la información sobre la verificación de credenciales.

[\[Regresar\]](#)

*15. ¿Qué es una auditoría de reclamaciones?*

Es el proceso para determinar si la información en el expediente clínico del reclamante corresponde a los servicios de cuidado de la salud que figuran en la reclamación presentada a la organización de seguros de salud o asegurador. La auditoría de reclamaciones no comprende la revisión de la necesidad médica, ni de la razonabilidad de los cargos cobrados por los servicios.

[\[Regresar\]](#)

*16. ¿Cuál es el proceso establecido para la Notificación de la Auditoría?*

Toda intención de realizar una auditoría de las reclamaciones presentadas a las organizaciones de seguros de salud o aseguradores comenzará con la debida notificación al proveedor. El auditor de reclamaciones cualificado enviará la notificación al proveedor en un término que no excederá de seis (6) meses del recibo de la reclamación final por parte de la organización de seguros de salud o asegurador.

[\[Regresar\]](#)

17. *¿Cuál es el término establecido al proveedor para responder a la notificación de la auditoría?*

Al recibir la notificación, el proveedor tendrá treinta (30) días calendario para responder y proveerá un itinerario para la auditoría.

[\[Regresar\]](#)

18. *¿Cuál es el tiempo establecido para que el auditor complete la auditoría?*

El auditor cualificado completará la auditoría a más tardar los treinta y seis (36) meses del recibo por la organización de seguros de salud o asegurador de la reclamación final. Cada una de las partes tomará previsiones razonables ante la eventualidad de que alguna de éstas no pueda cumplir con el itinerario. La organización de seguros de salud o asegurador no solicitará, ni aceptará ninguna auditoría después de haber transcurrido treinta y seis (36) meses de la fecha del recibo de la reclamación final. Disponiéndose, que no se interpretará que el término treinta y seis (36) meses para completar la auditoría dejará sin efecto aquellos términos menores que para los mismos propósitos se hayan acordado mediante libre contratación.

[\[Regresar\]](#)

19. *¿Existe alguna prohibición en torno a las auditorías?*

Para los efectos del alcance de la auditoría, se prohíbe la práctica de la extrapolación o proyección en los recobros a los proveedores de las organizaciones de seguros de salud, aseguradores o terceros contratados por éstos, en las auditorías que detecten errores de facturación más allá del periodo auditado.

[\[Regresar\]](#)

20. *¿Qué información incluirá la solicitud de una auditoría?*

Toda solicitud de auditoría de reclamaciones, sea por teléfono, correo electrónico o por escrito, incluirá la siguiente información:

- (1) La factura o grupo de facturas que motiva la solicitud de auditoría por parte de la organización de seguros de salud o asegurador. Cuando se pretende examinar solamente determinados cargos o partes de las facturas, se debe indicar en la notificación;
- (2) nombre del paciente;
- (3) fechas de admisión y alta, si aplica;
- (4) nombre del auditor y el nombre de la firma del auditor, cuando la organización de seguros de salud o asegurador haya

- (5) el número del expediente clínico y el número de cuenta del paciente del proveedor, si se conocen; y
- (6) la persona de contacto para discutir la solicitud y programar la auditoría.

[\[Regresar\]](#)

21. *¿Cuáles son los deberes del coordinador de auditorías?*

Los deberes del coordinador de auditorías incluyen, entre otros, los siguientes:

- (1) Programar la auditoría para que pueda llevarse a cabo en horas laborables;
- (2) notificar al resto del personal y a los otros departamentos del proveedor de la auditoría programada;
- (3) asegurar que el expediente clínico incluye la declaración de la condición de admisión del paciente;
- (4) verificar que el auditor sea un representante autorizado de la organización de seguros de salud o asegurador;
- (5) reunir los documentos que se requieren en el examen de la auditoría;
- (6) coordinar las solicitudes de información del auditor, el espacio donde se llevará a cabo la auditoría y el acceso a los registros y al personal del proveedor;
- (7) orientar a los auditores con respecto a los procedimientos de auditoría del proveedor, las pautas de documentación y las prácticas de facturación;
- (8) servir de enlace entre el personal de la auditoría y el personal del proveedor;
- (9) hacer una entrevista final con el auditor para responder a sus preguntas y discutir los hallazgos de la auditoría;
- (10) leer el informe escrito final del auditor y darle seguimiento a las reclamaciones o cargos pendientes de resolución;
- (11) tramitar el pago, según corresponda; y
- (12) tramitar los ajustes a las facturas o reembolsos que se requieran.

[\[Regresar\]](#)