

## Carta Trámite

31 de marzo de 2020

A: Todos los Proveedores Contratados por First Medical Health Plan, Inc., y su Red de Proveedores International Medical Card, Inc. para la Línea de Negocios Comercial

***Re: Carta Normativa Núm. CN-2020-272-D Proceso Expedito para el pago de Reclamaciones Procedentes de Instituciones Hospitalarias y Laboratorios Durante el Periodo de Emergencia por el COVID-19***

Estimado(a) Proveedor(a):

Reciba un cordial saludo de parte de First Medical Health Plan, Inc.

Adjunto a este comunicado encontrará la Carta Normativa Núm. CN-2020-272-D de la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico (OCS).

A través de dicha Carta Normativa, la OCS informa sobre el proceso expedito para el pago de reclamaciones provenientes de Instituciones Hospitalarias y Laboratorios. Según se dispone en la misma, es importante que los proveedores cumplan con las siguientes directrices:

- Fomentar la transmisión electrónica para el sometimiento de sus reclamaciones.
- Las objeciones al procesamiento de una reclamación por parte de un Asegurador u Organización de Servicios de Salud autorizados, deberán ser contestadas por el hospital o laboratorio dentro de los siguientes **120** días calendarios de haber sido notificada (este término de días, según fue notificado en nuestra Carta Informativa enviada el pasado 27 de marzo de 2020, es mayor a lo que establece la Carta Normativa de la OCS que indica que las objeciones deberán ser contestadas por la institución hospitalaria o laboratorio dentro de los siguientes diez (10) días calendario de haber sido notificada, o un término mayor prorrogado a solicitud del proveedor). El no responder las objeciones por parte del proveedor, se entenderá que las mismas fueron aceptadas.
- No se requerirá obtener autorización previa de los servicios médico-hospitalarios o laboratorios aún cuando la misma no forme parte de la red de proveedores de FMHP. Si los servicios médico-hospitalarios o laboratorios fueron provistos por un proveedor no

participante, los mismos estarán sujetos a una tarifa no menor de la negociada con el proveedor participante.

Las directrices antes mencionadas tendrán vigencia desde el 30 de marzo de 2020 hasta que termine el Estado de Emergencia o cuando la OCS suspenda las mismas, lo que ocurra primero. En el caso de las reclamaciones o ajustes, las directrices serán efectivas para reclamaciones recibidas en IMC el 30 de marzo de 2020 en adelante, hasta que termine el Estado de Emergencia o cuando la OCS suspenda las mismas.

Es importante que se familiarice y cumpla con las directrices establecidas en la Carta Normativa Núm. CN-2020-272-D que se incluye como anejo a esta Carta Trámite.

Si usted tiene alguna pregunta o necesita información adicional, siéntase en la libertad de comunicarse con nuestro Centro de Servicio al Proveedor al 787-878-6909. Nuestro horario de servicio es de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm. También, puede enviar un correo electrónico, [servicio@intermedpr.com](mailto:servicio@intermedpr.com).

Cordialmente,

Departamento de Cumplimiento  
First Medical Health Plan, Inc.



# GOBIERNO DE PUERTO RICO

## Oficina del Comisionado de Seguros

30 de marzo de 2020

### **CARTA NORMATIVA NÚM. CN-2020-272-D**

#### **A TODOS LOS ASEGURADORES DE SALUD Y ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD AUTORIZADOS A CONTRATAR SEGUROS EN PUERTO RICO**

#### **RE: PROCESO EXPEDITO PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES PROCEDENTES DE INSTITUCIONES HOSPITALARIAS Y LABORATORIOS DURANTE EL PERIODO DE EMERGENCIA POR EL COVID-19**

Estimados señores y señoras:

El 12 de marzo de 2020, la Gobernadora de Puerto Rico, Honorable Wanda Vázquez Garced, decretó mediante la Orden Ejecutiva 2020-020, un estado de emergencia en todo Puerto Rico con relación al brote del COVID-19. Esta determinación responde al deber constitucional y la imperiosa necesidad del Gobierno de Puerto Rico y sus dependencias de implementar todas las medidas necesarias para prevenir y controlar la diseminación del COVID-19 en nuestra Isla, en protección de la vida y seguridad de la población. Ante el estado de emergencia provocado por el brote del COVID-19, resulta de medular importancia garantizar la continuidad de los servicios provistos por las instituciones hospitalarias y laboratorios que representan la primera línea de respuesta en esta emergencia.

En atención a la referida orden ejecutiva, y de conformidad con los poderes y facultades bajo las disposiciones del Artículo 2.030 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, la Oficina del Comisionado de Seguro (OCS), mediante la presente normativa, establece un proceso expedito para el pago de reclamaciones provenientes de instituciones hospitalarias y laboratorios, para facilitar la disponibilidad de los recursos económicos necesarios para sufragar sus operaciones durante la emergencia. Disponiéndose que, en torno a las reclamaciones procedentes de instituciones hospitalarias y laboratorios, los aseguradores y organizaciones de servicios de salud que suscriben planes médicos en sector privado habrán de seguir las siguientes normas:

- a) Procurar la transmisión electrónica para el procesamiento de las reclamaciones;
- b) Procesar las reclamaciones y pagar la totalidad de las reclamaciones procesables para pago dentro de un plazo no mayor de quince (15) días calendario a partir del recibo de la reclamación. Será aplicable para ello los siguientes criterios:



1. Si el asegurador u organización de servicios de salud no notifica objeción alguna a una reclamación de pago dentro del término de diez (10) días desde recibida, se entenderá que dicha reclamación es procesable para pago;
  2. Las objeciones a reclamaciones deberán ser notificadas dentro de los siguientes diez (10) días calendario de haber sido recibida la reclamación, exponiendo en detalle las razones específicas por las cuales entiende que la reclamación no es procesable para pago. La objeción infundada no interrumpirá el término para el pago de la reclamación;
  3. Las objeciones deberán ser contestadas por la institución hospitalaria o laboratorio dentro de los siguientes diez (10) días calendario de haber sido notificada, o término mayor prorrogado a solicitud del proveedor. La omisión en responder se entenderá como una admisión a las objeciones notificadas;
  4. En los casos en donde el asegurador u organización de servicios de salud tenga objeción sobre alguna línea de servicios contenida en la reclamación, éste deberá procesar el pago de aquella porción no objetada de la reclamación, dentro del término de quince (15) días calendario de reciba la reclamación;
  5. Expirado el término de quince (15) días desde recibida la reclamación, sin que se haya pagado una reclamación procesable para pago u objetado oportunamente, el asegurador u organización de servicios de salud vendrá obligado al pago de intereses a partir del día siguiente a la expiración de dicho término. Los intereses serán computados a base del interés prevaleciente, según fijado por el Comisionado de Instituciones Financieras.
- c) No se requerirá obtener autorización previa para la prestación de los servicios médico-hospitalarios o laboratorio, aun cuando dichos servicios hayan sido provistos por una institución hospitalaria o laboratorio que no forme parte de la red de proveedores del asegurador u organización de servicios de salud;
- d) Si los servicios médico-hospitalarios o de laboratorio fueron provistos por un proveedor no participante, dichos servicios estarán sujetos al pago de una tarifa no menor de la negociada con los proveedores participantes para tales servicios.
- e) No será necesario agotar los procedimientos internos del asegurador u organización de servicios de salud, para la institución hospitalaria o laboratorio solicitar la intervención de la OCS, en caso de incumplimiento con los términos y las disposiciones establecidas en esta normativa.

Las disposiciones contenidas en esta Carta Normativa comenzarán a regir inmediatamente luego de la fecha de su aprobación, hasta la fecha en que culmine el estado de emergencia, salvo se disponga y notifique lo contrario.

Se requerirá el más estricto cumplimiento con las directrices aquí indicadas. El incumplimiento con las referidas directrices acarreará la imposición de severas sanciones.

Cordialmente,

**f/ Lcdo. Rafael Cestero Lopategui, CIC**  
Subcomisionado de Seguros