

15 de septiembre de 2023

CARTA CIRCULAR NÚMERO: CC-2023-2017-D

A TODAS LAS ORGANIZACIONES DE SEGUROS DE SALUD O ASEGURADORES QUE SUSCRIBEN PLANES MÉDICOS COMERCIALES EN PUERTO RICO

SELECCIÓN DE ORGANIZACIÓN DE REVISIÓN INDEPENDIENTE PARA LOS PROCESOS DE REVISIÓN EXTERNA Y LOS PROCESOS DE ARBITRAJE PARA LA RESOLUCIÓN DE DISPUTAS POR FACTURAS SORPRESAS POR LA OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS CONFORME EL CAPÍTULO 28 Y EL CAPÍTULO 48 DEL CÓDIGO DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO.

Estimados señoras y señores:

La Oficina del Comisionado de Seguros (OCS) reconoce el derecho que le cobija a las personas cubiertas o asegurados de apelar ante un organismo revisor externo independiente las determinaciones adversas finales que hacen las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que suscriben planes médicos comerciales en Puerto Rico, para garantizar que la determinación final sobre qué atención médica está cubierta no recaiga en la organización de seguros de salud o aseguradoras.

A tal efecto, la OCS ha adoptado bajo el Capítulo 28 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, el proceso de revisión externa establecido en la Sección 2719(b)(1) del Public Health Services Act que cumple con todos los estándares de protección al consumidor de planes médicos, (conocidos en inglés como “strict standards”), conforme el Uniform Health Carrier External Review Model Act promulgado por la National Association of Insurance Commissioners (NAIC). El Capítulo 28 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, en su Artículo 28.170, dispone lo siguiente:

“Artículo 28.170 – Pago del Costo de la Revisión Externa. (26 L.P.R.A. § 9516)

La organización de seguros de salud o asegurador contra el que se presente una solicitud de revisión externa ordinaria o acelerada tendrá la obligación de pagar a la organización de revisión independiente por la revisión externa.

La Oficina del Comisionado de Seguros notificará a los aseguradores y organizaciones de servicios de salud los costos del proceso o cualquier modificación en los mismos con al menos 120 días de anticipación.

(...).”

En cumplimiento con lo dispuesto en el Artículo 28.170 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, *supra*, le notificamos a todas las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que suscriben planes médicos comerciales en Puerto Rico que, a partir del 2 de octubre de 2023, los procesos de revisión externa en la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, respecto a

las determinaciones adversas finales¹, serán llevados por conducto del organismo revisor externo independiente “Federal Hearings & Appeal Services, Inc.” (FHAS). De conformidad con el referido Artículo 28.170, será la organización de seguros de salud o asegurador, contra la que se presentó la solicitud de revisión externa, quién tendrá la obligación de pagar el costo de las solicitudes de revisión externa, la cual estará basada en una tarifa de \$625.00 por cada solicitud de revisión ordinaria o, en caso de una solicitud revisión expedita, la tarifa aplicable será de \$700.00 por cada solicitud de revisión expedita. La solicitud de solicitud de revisión externa ante la organización de revisión independiente será **libre de costo** para los pacientes asegurados o proveedor de servicios de salud que actúe en representación del paciente asegurado.

Asimismo, la OCS reconoce el deber de garantizar las protecciones a las personas cubiertas o asegurados frente a la “facturación sorpresa” de servicios médicos que reciba fuera de la red de proveedores, en casos de servicios de emergencia o urgencia. La Ley de Protección al Paciente ante Facturas Médicas Sorpresas, aprobada al amparo de la Ley Núm. 134 de 1 de septiembre de 2020, establece que cuando una persona cubierta reciba servicios médicamente necesarios en cualquier facilidad de cuidado médico o de salud, con carácter de emergencia o urgencia, ésta no incurrirá en costos de desembolso mayores a los que hubiera incurrido con un proveedor de atención médica dentro de la red por los servicios cubiertos. Si el asegurador u organización de seguros de salud y el proveedor fuera de la red no pueden acordar una oferta final como reembolso por los servicios prestados, el proveedor fuera de la red, asegurador u organización de seguros de salud, según corresponda, podrá iniciar un procedimiento independiente de arbitraje para la resolución de disputas.

En específico, el Capítulo 48 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, en sus Artículos 48.090 y 48.100, dispone lo siguiente:

Artículo 48.090. — Arbitraje; Miembro de un Plan No Autofinanciado (26 L.P.R.A. § 9909)

A. Si los intentos de negociar un reembolso por los servicios prestados por un proveedor fuera de la red, de conformidad con las disposiciones del inciso (c) del Artículo 48.080 de este Capítulo, no resulta en una resolución de la disputa y la diferencia entre las ofertas finales del asegurador y el proveedor es mayor a mil dólares (\$1,000.00), el asegurador y/o el proveedor fuera de la red podrá iniciar un procedimiento de arbitraje para determinar el pago por los servicios.

Artículo 48.100. — Arbitraje; Miembro de un Plan Autofinanciado (26 L.P.R.A. § 9910)

A. Si los intentos de negociar un reembolso por servicios entre un proveedor de atención médica fuera de la red y un miembro de un plan autofinanciado que no elige estar sujeto

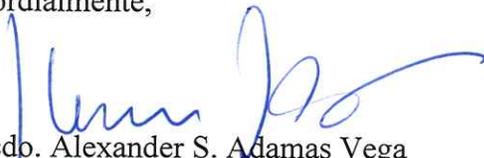
¹ Según se define en el Artículo 28.030(D) del Código de Seguros de Salud, (26 L.P.R.A. § 9503(D)), el término “determinación adversa final” significa la determinación adversa que ha sido confirmada por la organización de seguros de salud o asegurador, o la organización de revisión de utilización designada, al completarse los procedimientos internos de querrela que se disponen en el Capítulo 22 de dicho Código.

a la disposición del Artículo 48.080 de este Capítulo, no resultan en una resolución de la disputa dentro de los treinta (30) días posteriores al envío de la factura al miembro del plan, este último o el proveedor de atención médica fuera de la red, podrán iniciar un procedimiento de arbitraje para determinar el pago de los servicios. Excepto en los casos en que las negociaciones para el reembolso resulten en un acuerdo entre el proveedor y el miembro del plan dentro de los treinta (30) días, ningún proveedor cobrará ni intentará cobrar el reembolso y tampoco iniciará cualquier procedimiento de cobro, hasta que presente una solicitud de arbitraje con la Oficina del Comisionado de Seguros conforme a lo aquí dispuesto.

En vista de ello, le notificamos que, a partir del 2 de octubre de 2023, FHAS será la entidad encargada de atender las solicitudes de arbitraje para la resolución de disputas entre el asegurador u organización de seguros de salud y el proveedor fuera de la red por servicios de salud presentados ante la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, conforme el Capítulo 48 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.

Solicitamos tomar conocimiento de lo aquí informado y observar el cumplimiento de las disposiciones legales antes citadas.

Cordialmente,



Lcdo. Alexander S. Adamas Vega
Comisionado de Seguros