

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

ÍNDICE

ARTÍCULO 1. - DISPOSICIONES GENERALES	2
ARTÍCULO 2. - DEFINICIONES	2
ARTÍCULO 3. - ELEMENTOS DE LA RECLAMACIÓN PROCESABLE PARA PAGO	4
ARTÍCULO 4. - TÉRMINOS PARA LA PRESENTACIÓN Y PAGO DE UNA RECLAMACIÓN PROCESABLE PARA PAGO	7
ARTÍCULO 5. - REEMBOLSO E IMPUGNACIÓN DEL REEMBOLSO	9
ARTÍCULO 6. - DIVULGACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS PARA LA TRAMITACIÓN DE RECLAMACIONES	
ARTÍCULO 7. - DELEGACIÓN DEL PAGO DE RECLAMACIONES	11
ARTÍCULO 8. - INCUMPLIMIENTO CON EL TÉRMINO PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES	11
ARTÍCULO 9. - FECHA DEL RECIBO DE LA RECLAMACIÓN	12
ARTÍCULO 10. - TÉRMINOS EN LOS CONTRATOS	14
ARTÍCULO 11. - QUERELLAS Y SOLICITUDES DE INVESTIGACIÓN	14
ARTÍCULO 12. - PRÁCTICAS DESLEALES Y FRAUDE	15
ARTÍCULO 13. - PENALIDADES	15
ARTÍCULO 14. - PODERES DEL COMISIONADO	15
ARTICULO 15. - AUTORIDAD PARA MODIFICAR LOS APÉNDICES	15
ARTÍCULO 16. - SEPARABILIDAD	16
ARTÍCULO 17. - VIGENCIA	16

**ESTADO LIBRE ASOCIADO ICE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS
SAN JUAN, PUERTO RICO**

REGLA NÚM. 73

**NORMAS PARA REGULAR EL PAGO PUNTUAL DE RECLAMACIONES A LOS
PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD**

ARTÍCULO 1. - DISPOSICIONES GENERALES

SECCIÓN 1. - BASE LEGAL

La Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico adopta la Regla Núm. 73 del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico de conformidad con las disposiciones del Artículo 2.040 y del Artículo 30.080 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como Código de Seguros de Puerto Rico, la Ley Núm. 61 de 10 de agosto de 1997 y de la Ley Núm. 170 de 12 de agosto de 1988, 3 L.P.R.A. §§ 2101 et seq., conocida como la Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme.

SECCIÓN 2: PROPÓSITO Y ALCANCE

Se adopta esta Regla con el propósito de establecer las normas necesarias para asegurar y regular el pago puntual de Reclamaciones de *proveedores participantes* por concepto de servicios de salud prestados a suscriptores de *Aseguradores u Organizaciones de Servicios de Salud*.

Esta Regla aplicará a todas aquellas Reclamaciones presentadas por *proveedores participantes a Aseguradores u Organizaciones de Servicios de Salud*, por medio escrito ó electrónico, por concepto de servicios de salud prestados a suscriptores de los mismos.

Esta Regla no aplicará a aquellas Reclamaciones de pago por servicios prestados por *proveedores participantes* sometidas fuera del término de noventa (90) días calendario establecido en el Artículo 30.030 del Código de Seguros de Puerto Rico, excepto que se haya establecido un término mayor por mutuo acuerdo entre las partes, y a todas aquellas Reclamaciones especificadas en el Artículo 30.060 de dicho Código.

ARTÍCULO 2. - DEFINICIONES

Los siguientes términos y frases tendrán el significado que se expresa a continuación:

- (a) "Asegurador"- significa aquella entidad dedicada a contratar seguros en Puerto Rico, según se define el término en el Artículo 3.010 del Código de Seguros de Puerto Rico:
- (b) "CMS" - significa "Centers for Medicaid and Medicare Services" del Departamento de Salud de los Estados Unidos de America.
- (c) "Código"- significa el Código de Seguros de Puerto Rico, Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, 26 L.P.R.A., et seq .
- (d) "Código de condición - ("Condition Code") significa el código utilizado por CMS para identificar condiciones que pudieran afectar la tramitación de la *reclamación*.
- (e) "Código de diagnóstico" - ("Diagnosis code") significa el número de código conocido por las siglas en inglés como ICD-9- CM.
- (f) "Código de plazo de ocurrencia - ("Ocurrence span code") significa el código utilizado por CMS para definir un suceso específico relacionado con el plazo de facturación.
- (g) "Comisionado"- significa *el* Comisionado de Seguros de Puerto Rico.
- (h) "Entidad procesadora de pago" - significa aquella entidad en la cual el Asegurador *u Organización de Servicios de Salud* ha delegado la función de recibir, evaluar y efectuar el pago correspondiente de la *reclamación*.
- (i) "Entidad procesadora de reclamaciones del proveedor" - significa aquella entidad en la cual el Proveedor Participante ha delegado la función de tramitar las reclamaciones.
- (j) "HIPAA" - significa la ley federal titulada "Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996", Ley Pública Núm. 104 - 191 de 21 de agosto de 1996.
- (k) "Línea de servicio"- significa un servicio de salud prestado dentro de una misma *reclamación*.
- (l) "Modelo 1450"- significa el formulario de *reclamación* de *Plan de Cuidado de Salud*, de edición más reciente, que mantiene CMS para uso por parte de los Proveedores Participantes institucionales, o cualquier otro formulario que de cuando en cuando apruebe dicha entidad.
- (m) "Modelo 1500" - significa el formulario de *reclamación* de *Plan de Cuidado de Salud*, de edición más reciente, que mantiene CMS para uso por parte de los Proveedores Participantes no institucionales, o cualquier otro formulario que de cuando en cuando apruebe dicha entidad.

(n) "Modelo J515" - significa el formulario de *reclamación* de seguro dental, de edición más reciente, aprobado por la Asociación Dental Americana para uso por parte de los dentistas, o cualquier otro formulario que de cuando en cuando apruebe dicha entidad.

(o) "Organización de Servicios de Salud" - significa cualquier persona que ofrezca o, se obligue a proveer a uno o más suscriptores de planes de cuidado de salud, conforme se define en el Capítulo 19 del Código.

(p) "Persona - significa una persona natural o jurídica.

(q) "Plan primario" - significa un *Plan de Cuidado de Salud* cuyos beneficios se determinan sin tomar en consideración la existencia de algún otro Plan de Cuidado de Salud.

(r) "Plan secundario" - significa un *Plan de Cuidado de Salud* cuyos beneficios se determinan luego de aplicarse y deducir aquellas beneficios pagados por el Plan primario.

(s) "Plan de cuidado de salud" - significa todo "Plan de Cuidado de Salud" según se define el término en el Artículo 19.020 del Código; cualquier seguro contra incapacidad o gastos por enfermedad, o cualquier plan de salud que opere en Puerto Rico, aunque opere como una asociación que incluye beneficios médicos, irrespectivamente de la ley del Estado Libre Asociado de Puerto Rico bajo la cual está organizado o autorizado para hacer negocios, excluyendo toda agencia o corporación pública del Estado Libre Asociado.

(t) "Reclamación - significa un servicio de salud prestado por un Proveedor Participante a un paciente en una misma fecha.

(u) "Proveedor Participante" - significa todo médico, hospital, centro de servicios primarios, centro de diagnóstico y tratamiento, dentista, laboratorio, farmacia, servicios médicos de emergencia pre hospitalarios o cualquier otra persona autorizada en Puerto Rico para proveer servicios de cuidado de salud, que bajo contrato con un Asegurador u Organización de Servicios de Salud preste servicios de salud a suscriptores o beneficiarios de un Plan de Cuidado de Salud.

(v) "Reclamación procesable para pago" - significa toda aquella Reclamación que cumpla con los requisitos establecidos en el Capítulo 30 del Código y en esta regla.

(w) "Reclamación no-procesable para pago"- significa toda Reclamación no procesable para pago conforme se establece en el Capítulo 30 del Código y en esta regla.

ARTÍCULO 3. - ELEMENTOS DE LA RECLAMACIÓN PROCESABLE PARA PAGO

SECCIÓN 1. - ELEMENTOS REQUERIDOS PARA UNA RECLAMACIÓN PROCESABLE PARA PAGO.

El Proveedor Participante deberá presentar una Reclamación procesable para pago proveyendo los elementos de información requeridos en los formularios Modelo 1500 y Modelo 1450 según establecidos en los Apéndices I y II de esta Regla, así como los elementos de información necesarios, si fueran aplicables, dispuestos en el Apéndice III de esta Regla. Todo Proveedor Participante deberá presentar, además, aquellos anejos adicionales que hayan sido notificados como necesarios a tenor con la Sección 4 de este Artículo.

SECCIÓN 2. - ELEMENTOS DE INFORMACIÓN ESENCIALES APLICABLES A LOS PROVEEDORES PARTICIPANTES NO INSTITUCIONALES X PARA LOS PROVEEDORES PARTICIPANTES INSTITUCIONALES.

Salvo que se haya acordado lo contrario mediante contrato y no se contravengan las disposiciones de HIPAA en cuanto a códigos y transacciones universales, los elementos de información descritos en los Apéndices I y II de esta Regla serán necesarios para las Reclamaciones presentadas por Proveedores Participantes no institucionales y por Proveedores Participantes institucionales, respectivamente.

SECCIÓN 3. - ELEMENTOS DE INFORMACIÓN NECESARIOS, SI FUERAN APLICABLES.

Salvo que se acuerde lo contrario mediante contrato y no se contravengan las disposiciones de HIPAA en cuanto a códigos y transacciones universales, los elementos de información descritos en el Apéndice III de esta Regla serán necesarios en las Reclamaciones presentadas por Proveedores Participantes si existen circunstancias que hacen que los elementos de información sean aplicables a la Reclamación específica presentada. Se determinará la aplicabilidad de determinado elemento de información en el Apéndice III de esta Regla según la situación en la que haya surgido la Reclamación.

SECCIÓN 4. - ANEJOS.

Además de los elementos de información requeridos según se dispone en la Sección 1 de este Artículo, CMS ha elaborado una serie de manuales que identifican varios anejos que se requieren de los diversos Proveedores Participantes para servicios específicos. Un Asegurador u Organización de Servicios de Salud podrá utilizar las normas correspondientes vigentes de Medicare para los anejos con el propósito de tramitar adecuadamente las Reclamaciones en caso de cierto tipo de servicio.

Un Asegurador u Organización de Servicios de Salud sólo podrá requerir como anejo, información que aparezca, o esté en el proceso de incluirse, en el historial médico o de facturación del paciente que mantiene el Proveedor Participante. Antes de requerir un

anejo adicional a los ya requeridos por contrato, ya sea por que lo requiere una ley, reglamento federal o local o por mutuo acuerdo entre las partes, el Asegurador u Organización de Servicios de Salud deberá notificar por escrito a todos los Proveedores participantes afectados a los efectos de que dichos anejos adicionales son necesarios. La notificación identificará específicamente los anejos requeridos y deberá ser recibida por El Proveedor Participante por lo menos sesenta (60) días calendario antes de que se requiera dicho anejo como requisito para que una Reclamación sea procesable para pago. En los casos en que alguna ley, reglamento federal o local o que por mutuo acuerdo entre las partes se haya dispuesto un término distinto, la notificación aquí requerida se efectuará dentro de dicho término.

Las Reclamaciones presentadas durante el periodo de sesenta (60) días calendario, o durante cualquier otro periodo establecido por ley, reglamento federal o local o por mutuo acuerdo entre las partes, luego del recibo de la divulgación no tendrán que incluir el anejo requerido que se identifica en dicha divulgación, para que la Reclamación sea procesable para pago.

SECCIÓN 5. - ELEMENTOS ADICIONALES DE LA RECLAMACIÓN PROCESABLE PARA PAGO.

Un Asegurador u Organización de Servicios de Salud no podrá requerir elementos adicionales a los elementos de información y anejos establecidos en los Apéndices I, II y III de esta Regla, a menos que sea requerido por CMS o por alguna ley o reglamento federal o local o por mutuo acuerdo ente las partes.

SECCIÓN 6. - COORDINACIÓN DE BENEFICIOS.

Si se presenta una Reclamación en la que la coordinación de beneficios sea necesaria, la cantidad pagada por el Plan primario se considerará como elemento esencial de la Reclamación procesable para pago para propósitos de la tramitación de la Reclamación por parte del Plan secundario y se deberá completar el campo 29 del Modelo 1500 o el campo 54 del Modelo 1450, a tenor con el Apéndice III, incisos (D) y (K) de esta Regla y acompañar, además, copia de la explicación del pago por parte del Plan primario.

En la eventualidad en que un Asegurador u Organización de Servicios de Salud haya pagado un servicio prestado en primera instancia y posteriormente advenga en conocimiento de que el asegurado tenía un Plan primario al momento de prestarse los servicios, dicho Asegurador u Organización de Servicios de Salud podrá recobrar la cantidad pagada de dicho Plan primario:

SECCIÓN 7. - FORMATO DE LOS ELEMENTOS DE LAS RECLAMACIONES.

Los elementos requeridos para que una Reclamación se considere procesable para pago según establecidos en este Artículo, deberán estar completos, legibles y correctos. Aquellas Reclamaciones que sean transmitidas o recibidas mediante métodos electrónicos deberán cumplir con las normas establecidas por "HIPAA Electronic Health Care Transactions and Code Sets" conforme lo determine HIPAR, excepto

aquellas entidades a quienes CMS les haya otorgado una prórroga del cumplimiento con HIPAA hasta octubre de 2003.

SECCIÓN 8. - EL CONTRATO.

El Asegurador u Organización de Servicios de Salud dispondrá en el contrato que se suscriba con los Proveedores Participantes, específicamente los anejos que se requieran para que una Reclamación sea procesable para pago. El Asegurador u Organización de Servicios de Salud sólo podrá requerir anejos distintos a los especificados en el contrato si los mismos fueran requeridos por ley o reglamento federal o local por mutuo acuerdo entre las partes. En estos casos, el Asegurador u Organización de Servicios de Salud tendrá que cumplir con la notificación requerida por la Sección 4 del Artículo 3 de esta Regla.

En aquellos casos en que el Asegurador u Organización de Servicios de Salud actúe como administrador de un Plan de cuidado de salud, éstos podrán requerir información adicional cuando la misma sea requerida por el Plan de cuidado de salud que ofrezca un patrono a sus empleados. En este caso, la notificación requerida por la Sección 4 del Artículo 3 de esta Regla deberá ser recibida por el Proveedor Participante en un término no menor de quince (15) días calendario.

SECCIÓN 9.- RECLAMACIONES DE PROVEEDORES PARTICIPANTES QUE SEAN DENTISTAS

Las Reclamaciones por Proveedores Participantes que sean dentistas presentadas en el Modelo J515 serán consideradas Reclamaciones procesables para pago, siempre y cuando se cumpla con el inciso (A) del Artículo 4 de esta Regla.

ARTÍCULO 4. - TÉRMINOS PARA LA PRESENTACIÓN Y PAGO DE UNA RECLAMACIÓN PROCESABLE PARA PAGO

(A) El Proveedor Participante deberá someter sus Reclamaciones de pago por servicios prestados dentro de los noventa (90) días calendario siguientes de haber prestado los mismos, excepto que se haya establecido un término mayor por mutuo acuerdo entre la partes. El recibir una Reclamación fuera del término de noventa (90) días o del término establecido por mutuo acuerdo entre las partes implicará que las disposiciones de esta Regla y del Capítulo 30 del Código no serán aplicables.

El término para someter Reclamaciones en el caso de Proveedores Participantes institucionales comenzará a contar a partir de la fecha de alta del paciente. En los demás casos, comenzare a contar a partir de la fecha en que se rindió el servicio.

En el caso que el Asegurador u Organización de Servicios de Salud sea el Plan secundario, el término de noventa (90) días calendario (o aquel otro término mayor establecido por mutuo acuerdo entre las partes) comenzará a contar a partir de la fecha en que el Proveedor Participante recibió la determinación del Plan primario.

(B) El plazo de cincuenta (50) días calendario (o aquel otro término menor establecido por mutuo acuerdo entre las partes) para pagar una Reclamación empieza a transcurrir al recibirse la Reclamación del Proveedor Participante en la dirección indicada por el Asegurador u Organización de Servicios de Salud, a tenor con el Artículo 6 de esta Regla, independientemente de que sea la dirección del Asegurador, la Organización de Servicios de Salud o de la Entidad procesadora de pago designada por el Asegurador u organización de Servicios de Salud para recibir las Reclamaciones. Para propósitos de determinar el cumplimiento con el plazo del pago de Reclamaciones, el pago se considerará hecho en la fecha de:

- (1) el matasellos, si el pago de la Reclamación se envía por correo regular o certificado mediante acuse de recibo;
- (2) la transmisión electrónica, si el pago de Reclamación se hace electrónicamente;
- (3) la entrega del pago de la Reclamación por un servicio comercial de entrega; o
- (4) el recibo por el Proveedor Participante, si el pago de la Reclamación se hiciera por mensajero o a la mano.

(C) Luego de recibir una Reclamación, el Asegurador u Organización de Servicios de Salud deberá:

- (1) pagar la totalidad de la Reclamación procesable para pago dentro del término dispuesto en el inciso (B) de este Artículo o según dispuesto en el contrato con el Proveedor Participante, si fuera un plazo menor;
- (2) objetar, por escrito o por medios electrónicos y dentro del término de cuarenta (40) días calendario, contado a partir del recibo de la Reclamación indicando claramente las razones por las cuales el Asegurador u Organización de Servicios de Salud considera que la Reclamación no es procesable para pago, ya sea porque no existe responsabilidad de pago o porque los documentos o información necesaria para dicho pago no fueron incluidos.

Dentro de los siguientes cuarenta y cinco (45) días calendario de haber recibido del Asegurador u Organización de Servicios de Salud la notificación de la objeción, el Proveedor Participante deberá responder a la misma. La omisión a responder a la objeción se entenderá como una admisión del Proveedor Participante a los señalamientos notificados. Una vez el Proveedor Participante someta la información o documentación requerida, el Asegurador u Organización de Servicios de Salud deberá proceder al pago de la Reclamación dentro de los treinta (30) días calendario siguientes al recibo de la información o documentación.

Disponiéndose, sin embargo, que la objeción errónea de una Reclamación por parte del Asegurador u Organización de Servicios de Salud, no interrumpirá el

término de las cincuenta (50) días calendario para el pago, debiendo proceder el Asegurador u Organización de Servicios de Salud a pagar la cantidad reclamada más los intereses correspondientes por cualquier término en exceso de dichos cincuenta (50) días, según dispuesto en el Artículo 8 de esta Regla.

(3) pagar, dentro del término de cincuenta (50) días calendario, la porción de la Reclamación que sea procesable para pago y objetar el restante de la Reclamación, por escrito o por medios electrónicos, dentro del término de cuarenta (40) días calendario, contado a partir de la fecha del recibo de la Reclamación, cuando se determine que dicho restante no es procesable para pago, ya sea porque no existe responsabilidad de pago o porque no se sometieron los documentos o la información necesaria para procesar el pago. En estos casos, se seguirá lo dispuesto en el anterior inciso (2).

En aquellas reclamaciones donde el Asegurador u Organización de Servicios de Salud tenga objeción con una línea de servicio que depende de otras para determinar el monto del pago, el Asegurador u Organización de Servicios de Salud podrá objetar dichas líneas de servicio.

(D) No se interpretará que el término de cincuenta (50) días calendario para pagar la Reclamación procesable para pago dejará sin efecto aquel término menor que sea establecido por mutuo acuerdo entre las partes mediante contrato.

ARTÍCULO 5. - REEMBOLSO E IMPUGNACIÓN DEL REEMBOLSO

(A) Conforme al Artículo 30.040 del Código, el Asegurador u Organización de Servicios de Salud tendrá hasta seis (6) años, contados a partir del momento en que efectúe el pago, para solicitar el reembolso al Proveedor Participante de cualquier Reclamación pagada que dentro de dicho periodo se determine que es una Declaración no procesable para pago, por las siguientes razones:

- (1) La Reclamación corresponde a un servicio de salud no cubierto por el Plan de Cuidado de Salud; o
- (2) La Reclamación corresponde a un servicio cubierto pero no prestado; o
- (3) La Reclamación corresponde a un servicio más costoso y complejo que el realmente prestado; o
- (4) error en el pago efectuado en cuanto al monto y/o al destinatario; o
- (5) Cuando se facture más de una vez por el mismo servicio.

Para propósitos del cómputo de los seis (6) años antes mencionado, se considerará efectuado el pago en la fecha en que el Asegurador u Organización de Servicios de Salud haya emitido el mismo.

Una vez un Asegurador u Organización de Servicios de Salud determine que una Reclamación no procesable fue pagada, podrá solicitar el correspondiente reembolso mediante notificación escrita que incluya los fundamentos en los cuales se basa tal solicitud. La notificación escrita deberá incluir una lista de las Reclamaciones no procesables pagadas y las cantidades a ser recobradas.

El Proveedor Participante tendrá un término de noventa (90) días calendario para objetar el reembolso o efectuar el pago solicitado. El reembolso se podrá efectuar por cualquier medio, incluyendo la retención de pago (“chargeback”) al Proveedor Participante, o por cualquier método acordado por las partes mediante contrato.

Salvo que se haya acordado lo contrario mediante contrato, si el Asegurador u Organización de Servicios de Salud decidiera hacer una retención de pago, la notificación escrita también deberá incluir una declaración de que el Asegurador u Organización de Servicios de Salud hará la retención de pago, a menos que el Proveedor Participante se comuniqué con el Asegurador u Organización de Servicios de Salud para hacer los arreglos del reembolso mediante un método alternativo. Nada de lo que aquí se dispone invalidará o sustituirá ninguna relación contractual existente o futura que permita métodos alternos de recobro en caso de pago de Reclamaciones no procesables al Proveedor Participante.

El Proveedor Participante que objete la solicitud de reembolso deberá agotar el procedimiento interno que haya establecido el Asegurador u Organización de Servicios de Salud antes de acudir ante la Oficina del Comisionado de Seguros para plantear la objeción mediante la solicitud de una investigación. La parte adversamente afectada por la determinación del Comisionado podrá recurrir al Procedimiento adjudicativo a nivel administrativo. Luego, la parte adversamente afectada por el resultado de ese procedimiento administrativo puede recurrir al Tribunal de Circuito de Apelaciones del datado Libre Asociado de Puerto Rico en revisión judicial, si así lo desea.

ARTÍCULO 6. - DIVULGACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS PARA LA TRAMITACIÓN DE RECLAMACIONES

(A) Todo Asegurador u Organización de Servicios de Salud deberá divulgar a los Proveedores Participantes la siguiente información:

- (1) la dirección, incluyendo la dirección física, donde las Reclamaciones deben ser enviadas para ser tramitadas;
- (2) el número de teléfono al cual los Proveedores Participantes pueden llamar para formular preguntas y expresar dudas;
- (3) toda Entidad procesadora de pago a la cual el Asegurador u Organización de Servicios de Salud le haya delegado las funciones de pago de Reclamaciones, si alguna, así como su dirección, incluyendo la dirección física y el número de teléfono; y

(4) la dirección, incluyendo la dirección física y el número de teléfono de cualquier sucursal autorizada para el recibo de Reclamaciones.

(B) Un Asegurador u Organización de Servicios de Salud deberá notificar cualquier cambio de dirección o cambio en la delegación en las funciones de pago en Reclamaciones enviando por correo una notificación escrita a cada Proveedor Participante con quien tenga contrato, con no menos de sesenta (60) días calendario de anticipación, con cualquier cambio de dirección para la presentación de Reclamaciones, o de cualquier cambio en la delegación de las funciones de pago de Reclamaciones.

(C) Un Asegurador u Organización de Servicios de Salud que no haya enviado una notificación oportunamente a los Proveedores Participantes, conforme lo dispone este Artículo, no podrá denegar una Reclamación fundamentándose en que el Proveedor Participante no presentó la Reclamación procesable para pago dentro del término establecido en el Artículo 4 de esta Regla.

ARTÍCULO 7. - DELEGACIÓN DEL PAGO DE RECLAMACIONES

Ningún acuerdo o estipulación de delegación de las funciones de pago de Reclamaciones entre un Asegurador u Organización de Servicios de Salud y una Entidad procesadora de pago, podrá interpretarse cómo que exime al Asegurador u Organización de Servicios de Salud de la responsabilidad de cumplir con las disposiciones de esta Regla y del Capítulo 30 del Código.

ARTÍCULO 8. - INCUMPLIMIENTO CON EL TÉRMINO PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES

El Asegurador u Organización de Servicios de Salud que no cumpla con el término para el pago de una Reclamación según dispuesto en el Artículo de esta Regla o con el término que fuere acordado entre las partes mediante contrato, si fuere menor, vendrá obligado al pago de intereses desde el día siguiente a la expiración de dicho término hasta el momento en que se emita el pago, siempre y cuando dicho pago sea enviado al Proveedor Participante dentro de los próximos tres (3) días laborables de haber sido emitido. De no ser enviado en dicho término, los intereses serán computados hasta la fecha en que el proveedor reciba el pago correspondiente.

Los intereses serán computados a base del interés legal prevaleciente al momento en que se debió haber efectuado el pago, según fijado por el Comisionado de Instituciones Financieras. Igualmente, las Reclamaciones que hayan sido objetadas erróneamente como no procesables para pago y no se hayan pagado dentro del término dispuesto en el Artículo 4 de esta Regla o en el contrato, si el término fuese menor, devengarán intereses según se dispone en este Artículo.

ARTÍCULO 9. - FECHA DEL RECIBO DE LA RECLAMACIÓN

(A) Un Proveedor Participante y un Asegurador u Organización de Servicios de Salud podrán disponer mediante contrato un procedimiento para establecer cuál será la fecha del recibo de la Reclamación.

(B) Si un Proveedor Participante y un Asegurador u Organización de Servicios de Salud no establecen contractualmente la fecha del recibo de la Reclamación, la misma será establecida utilizando uno de los siguientes procedimientos:

(1) enviar la Reclamación por correo regular, certificada con acuse de recibo o mediante un servicio de entrega de veinticuatro (24) horas, y mantener una bitácora que cumpla con el inciso (D) de éste Artículo en la cual se identificará cada Reclamación que se está presentando. Deberá incluir junto con la Reclamación una copia de la bitácora;

(2) enviar la Reclamación por medios electrónicos y mantener prueba del envío de la Reclamación;

(3) entregar la Reclamación a mano, en cuyo caso deberá incluir junto con la Reclamación copia de la bitácora que identifique cada Reclamación que se incluye. Dicha bitácora deberá cumplir con los requisitos dispuestos en el inciso (D) de este Artículo. El proveedor deberá mantener copia del recibo firmado, en el cual se reconozca la fecha de entrega.

(C) Para cada uno de los procedimientos establecidos en el inciso B anterior, la fecha del recibo de la Reclamación se determinará como sigue:

(1) Si la Reclamación se envía por correo regular, se presumirá que la Reclamación fue recibida al tercer día laborable después de la fecha del envío de la Reclamación junto con la bitácora. Si la Reclamación se envía utilizando un servicio de entrega de 24 horas o certificada con acuse de recibo, se presumirá que la Reclamación fue recibida en la fecha en que el recibo de entrega se haya firmado.

(2) Si la Reclamación se envía electrónicamente, la Reclamación se presumirá recibida en la fecha de la confirmación electrónica de recibo por parte del Asegurador, Organización de Servicios de Salud o por la Entidad procesadora de pago. Si el Asegurador, Organización de Servicios de Salud o Entidad procesadora de pago no provee una confirmación del recibo de la Reclamación dentro de veinticuatro (24) horas, el Proveedor Participante o la Entidad procesadora de Reclamaciones del proveedor enviará al Asegurador, Organización de Servicios de Salud o Entidad procesadora de pago la confirmación del envío de la Reclamación. El Proveedor Participante o la Entidad procesadora de Reclamaciones del proveedor deberá verificar que la Reclamación enviada contenía la identificación correcta de la entidad a la cual corresponde efectuar el pago.

(3) Si la Reclamación se entrega a mano, la Reclamación se presume recibida a la fecha de la firma del recibo de entrega.

(D) La bitácora de envío de Reclamaciones a ser preparada por los Proveedores Participantes deberá incluir la siguiente información: nombre del Proveedor Participante; dirección del proveedor; número de teléfono del Proveedor Participante; número de seguro social patronal del Proveedor Participante; nombre del Asegurador u Organización de Servicios de Salud; nombre del servicio de envía; la dirección designada; la fecha del envío ó entrega a la mano; nombre del suscriptor; número de identificación del suscriptor; nombre del paciente; fecha(s) de servicio / incidencia, cargos totales y método de envío.

(E) En el Apéndice IV de esta Regla se presenta un modelo de una bitácora de envío de Declamaciones a ser preparada por los Proveedores Participantes.

ARTÍCULO 10. - TÉRMINOS EN LOS CONTRATOS

Los contratos entre los Aseguradores y Organizaciones de Servicio de Salud y los Proveedores Participantes no podrán incluir términos que:

(1) extiendan los plazos reglamentarios o de ley para el pago de Reclamaciones procesables para pago;

(2) reduzcan el término establecido por ley o reglamento para la presentación de una Reclamación procesable para pago; o

(3) mediante los cuales el Proveedor Participante renuncia al derecho a cobrar intereses sobre cualquier importe de Reclamación procesable para pago que no sea pagada dentro del término dispuesto para ello, según lo dispone el Artículo 30.070 del Código.

ARTÍCULO 11. - QUERELLAS Y SOLICITUDES DE INVESTIGACIÓN

Todo Asegurador u Organización de Servicios de Salud deberá establecer un procedimiento administrativo interno para atender todas las querellas que surjan bajo las disposiciones del Capítulo 30 del Código. El procedimiento administrativo interno para la resolución de las querellas deberá incluir la designación de un Comité de Querellas, compuesto por no menos de tres (3) miembros designados a discreción del Asegurador u Organización de Servicios de Salud. Las querellas deberán ser resueltas por el Comité de Querellas en un término no mayor de treinta (30) días calendario.

Todo procedimiento administrativo interno del Asegurador u Organización de Servicios de Salud deberá ser sometido al Comisionado dentro de un término de veinte (20) días calendario, contado a partir del 15 de enero de 2003. Se considerará que el mismo ha sido aprobado, si el Comisionado no deniega el mismo dentro de un término de treinta (30) días calendario contado á partir de la fecha de haber recibido el mismo en la Oficina del Comisionado de Seguros.

Los Proveedores Participantes deberán agotar los procesos administrativos internos del Asegurador u Organización de Servicios de Salud, antes de poder solicitar la

intervención de la Oficina del Comisionado de Seguros. No obstante, el proceso administrativo interno utilizado por el Asegurador u Organización de Servicios de Salud para atender la querrela presentada por el Proveedor Participante, no podrá utilizarse con el propósito de dilatar el cumplimiento con los términos aplicables establecidos en el Capítulo 30 del Código y esta Regla.

Cualquier Proveedor Participante que tenga razones para creer que un Asegurador u Organización de Servicios de Salud que está sujeto a las disposiciones de esta Regla, ha actuado en violación de las normas establecidas por esta Regla, podrá solicitar a la Oficina del Comisionado de Seguros, luego de agotar el proceso administrativo interno del Asegurador u Organización de Servicios de Salud, una investigación de tal situación y tendrá a su disposición todas las acciones y remedios provistos por el Código, su Reglamento y por cualesquiera otra regla de la Oficina del Comisionado de Seguros.

La parte adversamente afectada por la determinación de la Oficina del Comisionado de Seguros tendrá a su disposición las acciones y remedios provistos por el Código, su Reglamento y por la Ley de Procedimientos Administrativos Uniformes, *supra*.

ARTÍCULO 12. - PRÁCTICAS DESLEALES Y FRAUDE

Lo dispuesto en esta Regla no debe interpretarse como que excluye otras disposiciones del Capítulo 27 del Código que regulan los actos o prácticas comerciales en el negocio de seguros que constituyen métodos desleales de competencia, o actos o prácticas engañosas.

ARTÍCULO 13. - PENALIDADES

Cualquier violación a las disposiciones de esta Regla estará sujeta a las penalidades provistas en el Capítulo 27 del Código.

ARTÍCULO 14. - PODERES DEL COMISIONADO

El Comisionado tendrá la facultad y autoridad, según provee el Artículo 2.030 y el Artículo 30.080 del Código, para examinar e investigar todas las actividades de sus regulados ó de cualquier otra persona, relacionadas al pago puntual de Reclamaciones por servicios de cuidado de salud y facturación uniforme, sujetas a las disposiciones de esta Regla y del Código para propósitos de fiscalización de la industria.

ARTICULO 15. - AUTORIDAD PARA MODIFICAN LOS APÉNDICES

Los campos definidos en los Apéndices de esta Regla, correspondientes a los modelos 1500 y 1450, estarán sujetos a las modificaciones que puedan surgir de la aprobación de la regla relacionada a transacciones y códigos universales de HIPAA o cualquier otra modificación o enmienda que surja de cualquier otra ley o reglamento. Dichas modificaciones serán notificadas por la Oficina del Comisionado de Seguros a todos los Aseguradores y, Organizaciones de Servicios de Salud mediante carta normativa, y éstos a su vez notificarán a sus Proveedores Participantes.

ARTÍCULO 16. - SEPARABILIDAD

Si alguna palabra, oración, párrafo, apartado, artículo o parte de esta Regla fuera declarada nula o inválida por un tribunal de jurisdicción, la orden emitida por éste no afectará, ni invalidará las disposiciones restantes de esta Regla y su efecto estará limitado a esa palabra, oración, párrafo, apartado, artículo o parte que haya sido así declarada nula.

ARTÍCULO 17. - VIGENCIA

Las disposiciones de esta Regla entrarán en vigor cinco (5) días calendario después de que el Comisionado publique, una vez por semana, por dos (2) semanas consecutivas, un anuncio en un diario de circulación general en Puerto Rico, haciendo constar en el mismo que la Regla ha sido aprobada: Disponiéndose que esta fecha no será anterior al 15 de enero de 2003.

/Fdo./ FERMÍN M. CONTRERAS GÓMEZ
COMISIONADO DE SEGUROS

Fecha de aprobación: 16 de diciembre de 2002

Fecha de Radicación
en el Departamento de Estado:

Fecha de Radicación
en la Biblioteca Legislativa:

APÉNDICE I

ELEMENTOS DE INFORMACIÓN ESENCIALES APLICABLES A LOS PROVEEDORES PARTICIPANTES NO INSTITUCIONALES

Modelo 1500

- (A) “número de identificación del plan del suscriptor/paciente” (campo 1a)
- (B) “nombre del paciente” (campo 2)
- (C) “fecha de nacimiento y el sexo del paciente” (campo 3)
- (D) “nombre del suscriptor” (campo 4)
- (E) “dirección del paciente (*calle o apartado postal, ciudad, código postal*)” (campo 5)
- (F) “relación o parentesco del paciente con el suscriptor” (campo 6)
- (G) “si la condición del paciente está relacionada con el empleo, un accidente de tránsito u otro accidente” (campo 10)
- (H) “número de póliza del suscriptor” (campo 11);
- (I) “nombre del Asegurador u Organización de Servicios de Salud” (campo 11c);
- (J) “divulgación de otros planes de cuidado de salud” (campo 11d) - Si existe otro plan de cuidado de salud vigente:
 - (a) los elementos de información especificados en el inciso (A) del Apéndice III de esta Regla son esenciales a menos que el Proveedor Participante presente al Asegurador u Organización de Servicios de Salud, junto con su reclamación, un documento firmado durante los pasados 6 meses por el paciente o persona autorizada en la que se hace constar que no hay ningún otro plan de cuidado de salud,
 - (b) el elemento de Información que se especifica en el inciso (A) del Apéndice III de esta Regla será esencial al presentar reclamaciones al Asegurador u Organización de Servicios de Salud que sea un plan secundario,
 - (c) Deberá acompañar, además, copia de la explicación de pago por parte del Plan primario.
- (K) “firma del paciente o persona autorizada o la anotación a los efectos de que la firma consta en los archivos del Proveedor Participante” (campo 12);

(L) “firma del paciente o representante del menor o incapacitado o la anotación a los efectos de que la firma consta en los archivos del Proveedor Participante” (campo 13);

(M) “fecha de la enfermedad, lesión o embarazo actual” (campo 14);

(N) “fecha aproximada en que por primera vez se diagnosticó la enfermedad o una enfermedad similar” (campo 15);

(O) “códigos de diagnóstico o naturaleza de la enfermedad o lesión” (campo 21);

(P) “fecha(s) de servicio” (campo 24A);

(Q) “códigos del lugar de servicio” (campo 24B);

(R) “código del tipo de servicio” (campo 24C);

(S) “código del procedimiento/modificador” (campo 24D);

(T) “código de diagnóstico del servicio específico” (campo 24E); (U) “cargo por cada servicio detallado” (campo 24p);

(V) “número de días o unidades” (campo 24G);

(W) “número de identificación contributivo federal del Proveedor Participante” (campo 25);

(X) “cargo total” (campo 28);

(Y) “firma del Proveedor Participante o la anotación a los efectos de que la firma consta en los archivos del Asegurador u Organización de Servicios de Salud” (campo 31);

(Z) “nombre y la dirección de la instalación donde se prestaron los servicios (si no es el hogar o la oficina)” (campo 32);

(AA) “nombre y la dirección del Proveedor Participante para propósitos de facturación (campo 33).

ELEMENTOS OPCIONALES DE INFORMACIÓN APLICABLES A LOS PROVEEDORES PARTICIPANTES NO INSTITUCIONALES

(a) “dirección del suscriptor (calle o apartado postal, ciudad, código postal)” (campo 7);

(b) “fecha de nacimiento y sexo del suscriptor” (campo 11a).

APÉNDICE II

ELEMENTOS DE INFORMACIÓN ESENCIALES APLICABLES A LOS PROVEEDORES PARTICIPANTES INSTITUCIONALES

Modelo 1450

- (A) "nombre, dirección y número de teléfono del proveedor" (campo 1);
- (B) "número de control del paciente" (campo 3);
- (C) "tipo de código de facturación" (campo 4);
- (D) "número de identificación contributiva federal del proveedor" (campo 5);
- (E) "fecha de comienzo y cierre del periodo de reclamación" (campo 6);
- (F) "nombre del paciente" (campo 12);
- (G) "dirección del paciente" (campo 13);
- (H) "fecha de nacimiento del paciente" (campo 14);
- (I) "sexo del paciente" (campo 15);
- (J) "estado civil del paciente" (campo 16);
- (K) "fecha de admisión" (campo 17);
- (L) "hora de admisión" (campo 18);
- (M) "tipo de admisión" (por ejemplo emergencia, urgente, electiva, recién nacido, campo 19);
- (N) "origen del código de admisión" (campo 20);
- (O) "código de la condición del paciente al momento de alta" (campo 22);
- (P) "código de valor y cantidades" (campos 39-41);
- (Q) "código de ingreso" (campo 42);
- (R) "descripción del ingreso" (campo 43);
- (S) "unidades de servicio" (campo 46);

(T) "cargo total" (campo 47);

(U) "nombre del Asegurador u Organización de Servicios de Salud" (campo 59);

(V) "nombre del suscriptor" (campo 58);

(W) "relación o parentesco del paciente con el suscriptor" (campo 59)

(X) "número de certificado del paciente o suscriptor, el número de reclamación de salud, el número de identificación del paciente o el suscriptor" (campo 60);

(Y) "código del diagnóstico principal" (campo 67);

(Z) "número de identificación del médico de cabecera" (campo 82);

(AA) "firma del representante del Proveedor Participante o la anotación a los efectos de que la firma consta en los archivos del Asegurador u Organización de Servicios de Salud" (campo 85); y

(BB) "fecha en que se presenta la factura" (campo 86).

APÉNDICE III

ELEMENTOS DE INFORMACIÓN NECESARIOS, SI FUERAN APLICABLES

Modelo 1500

(A) Los siguientes elementos de información serán aplicables si el paciente está cubierto bajo más de un Plan de Cuidado de Salud, a menos que el Proveedor Participante presente, junto con su reclamación, un documento firmado durante los pasados 12 meses por el paciente o persona autorizada en la que se hace constar que no hay ningún otro plan de cuidado de salud:

- (i) “nombre de otro suscriptor o beneficiario” (campo 9);
- (ii) “número de póliza o grupo del otro suscriptor o beneficiario” (campo 9a);
- (iii) “fecha de nacimiento del otro asegurado o beneficiario” (campo 9b);
- (iv) “nombre del plan de otro asegurado o beneficiario (patrono, escuela, etc.)” (campo 9c); y
- (v) “nombre del Asegurador u Organización de Servicios de Salud de otro asegurado o beneficiario” (campo 9d).

(B) “nombre del grupo asegurado” (campo 11b) será aplicable si el plan de cuidado de salud es un plan grupal;

(C) “número de autorización previa” (campo 23), será aplicable cuando se requiera autorización previa;

(D) “cantidad pagada” (campo 29), será aplicable si se ha hecho un pago al Proveedor Participante que somete una reclamación ya fuere por el paciente o suscriptor o a nombre de éstos o por un Plan primario a tenor con el inciso (L) del Apéndice I de esta Regla y según se requiere en la sección (6) del Artículo 3 de la Regla;

(E) “balance pendiente de pago” (campo 30), será aplicable si se ha hecho un pago al Proveedor Participante que ha hecho la reclamación ya fuere por el paciente o suscriptor o a nombre de éstos;

(F) “si la cesión se aceptó” (campo 27), será aplicable cuando se haya aceptado la cesión bajo Medicare;

Modelo 1450

(G) “hora de alta” (campo 21), será aplicable si el paciente estaba recluido o se admitió para observación como paciente ambulatorio;

(H) “códigos de condición” (campos 24-30), serán aplicables si el manual de CMS para el Modelo 1450 contiene códigos de condiciones adecuados a la condición del paciente;

(I) “códigos y fechas de ocurrencia” (campos 31-36), serán aplicables si el manual de CMS para el Modelo 1450 contiene códigos de ocurrencia adecuados a la condición del paciente;

(J) “código del plazo de ocurrencia, fechas de inicio y terminación (campo 36), será aplicable si el manual de CMS para el Modelo 1450 contiene códigos de plazo de ocurrencia adecuados a la condición del paciente;

(K) “pagos previos-pagador y paciente” (campo 54), será aplicable si el paciente u otro pagador o suscriptor así como un Plan primario según se requiere en la sección (6) del Artículo 3 de esta Regla, ha hecho un pago al Proveedor Participante a nombre del paciente o suscriptor;

(L) “códigos de diagnóstico aparte de los códigos de diagnóstico principal” (campos 68-75), será aplicable si hay diagnósticos aparte del diagnóstico principal;

(M) “métodos de codificación de procedimiento” (campo 79), será aplicable si el manual de CMS para el Modelo 1450 indica un método de codificación de procedimientos adecuado para la condición del paciente;

(N) “código de procedimiento principal” (campo 80), será aplicable si el paciente se ha sometido a un procedimiento quirúrgico, como paciente recluido o paciente ambulatorio;

(O) “códigos de otros procedimientos” (campo 81), será aplicable como extensión del inciso (M) de esta sección si se realizaron procedimientos quirúrgicos adicionales; y Los siguientes elementos de información serán aplicables con relación a Medicare:

(i) “días cubiertos” (campo 7), será aplicable si Medicare es un Plan primario o secundario;

(ii) “días no cubiertos” (1450, campo 8), será aplicable si Medicare es un Plan primario o secundario;

(iii) “días de coaseguro” (campo 9), será aplicable si Medicare es un Plan primario o secundario;

- (iii) “días de reserva vitalicios” (campo 10), será aplicable si Medicare es el Plan primario o secundario si el paciente era un paciente recluido; y
- (v) “HCPCS/Tarifas” (campo 44), será aplicable si Medicare es un Plan primario o secundario.

APÉNDICE IV

BITÁCORA DE ENVÍO DE RECLAMACIONES	
Nombre del Proveedor Participante:	
Dirección del Proveedor Participante:	
Teléfono del Proveedor Participante:	(_____)
Seguro Social Patronal del Proveedor Participante:	
Nombre del Asegurador u Organización de Servicios de Salud:	
Nombre del Servicio de Entrega:	
Dirección designada:	
Fecha de envío o entrega a la mano:	_____ Página ___ de ___

Nombre del Suscriptor	Número de Identificación del Suscriptor	Nombre del paciente	Fecha(s) de Servicio / Incidencia	Cargo Total	Método de envío