



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Oficina del Comisionado de Seguros

16 de noviembre de 2017

CARTA CIRCULAR NÚM.: CC-2017-1918-D

A TODAS LAS ORGANIZACIONES DE SEGUROS DE SALUD O ASEGURADORES AUTORIZADOS A SUSCRIBIR PLANES MÉDICOS EN PUERTO RICO, ADMINISTRADORES DE BENEFICIOS DE FARMACIA, ORGANIZACIONES DE REVISIÓN, TERCEROS ADMINISTRADORES Y PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD

NOTA ACLARATORIA SOBRE DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CARTA NORMATIVA NÚMERO CN-2017-221-D

Estimados señores y señoras:

La Oficina del Comisionado de Seguros (en adelante, “OCS”) promulgó el 28 de septiembre de 2017 la Carta Normativa Número CN-2017-221-D, en aras de garantizar a las personas cubiertas o asegurados por un plan médico privado el acceso a servicios de cuidado salud mientras persista el periodo de emergencia ocasionado por el impacto del Huracán María en Puerto Rico. Recientemente, hemos recibido recurrentes dudas e interrogantes provenientes de sectores de la industria de seguros de salud y diversos sectores de prestación de servicios de cuidado de salud en torno al alcance de las disposiciones contenidas en dicha Carta Normativa, las cuales entendemos oportuno clarificar en la presente circular.

Resulta oportuno aclarar que nada de lo dispuesto en la Carta Normativa CN-2017-221-D podrá ser interpretado en sentido o de manera de que se requiere que un asegurador u organización de seguros de salud provea cobertura para medicamentos de receta, tratamientos o servicios de salud que el plan médico de la persona cubierta o asegurado categóricamente no cubre. La suspensión de los procesos de pre-autorización, referidos, procesos de revisión de utilización de servicios para el despacho de medicamentos, servicios o tratamientos médicos que establece la Carta Normativa CN-2017-221-D, comprende sólo aquellos medicamentos de receta (excluyendo a los medicamentos controlados), servicios y/o tratamientos médicos contenidos en la cubierta de farmacia o beneficios de servicios de salud a los que la persona cubierta o asegurado tiene derecho conforme a la cubierta de su plan médico.

De acuerdo con la Carta Normativa CN-2017-221-D, además es pertinente precisar que una reclamación será procesable para pago cuando corresponda a un servicio prestado por un proveedor, “sea proveedor participante o no participante” del asegurador u organización de seguros de salud, por servicios de cuidado de salud (incluyendo tanto condiciones físicas como mentales), sean o no servicios de emergencia¹, siempre y cuando estén cubiertos por el plan

¹ Véase, el segundo párrafo de la Carta Normativa CN-2017-221-D.



médico de la persona cubierta o asegurado y el proveedor luego de prestado el servicio presente la información requerida por el asegurador u organización de seguros de salud para procesar el pago de la reclamación. La revisión para determinar si la información en el expediente clínico del proveedor reclamante corresponde a los servicios de cuidado de la salud que figuran en la reclamación será retrospectivamente, entiéndase luego de que el servicio de cuidado de salud fue prestado.

Finalmente, valga indicar que las directrices establecidas en la Carta Normativa Número CN-2017-221-D permanecerán vigentes, hasta tanto la OCS notifique por escrito sobre la fecha de su culminación. Se apercibe que el incumplimiento con las directrices establecidas en la Carta Normativa Número CN-2017-221-D conllevará la imposición de sanciones administrativas.

Cordialmente,



Javier Rivera Ríos, LUTCF
Comisionado de Seguros