



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Oficina del Comisionado de Seguros

28 de septiembre de 2017

CARTA NORMATIVA NÚM. CN-2017-221-D

A TODAS LAS ORGANIZACIONES DE SEGUROS DE SALUD O ASEGURADORES QUE SUSCRIBEN PLANES MÉDICOS EN PUERTO RICO, SUS ADMINISTRADORES DE BENEFICIOS DE FARMACIA, ORGANIZACIONES DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN Y OTROS AGENTES O TERCEROS ADMINISTRADORES, Y PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD

RE: HURACÁN MARÍA – PAGO DE PRIMAS, MANEJO DE DESPACHO DE MEDICAMENTOS, SERVICIOS FUERA DE PUERTO RICO, PROVEEDORES FUERA DE LA RED, PREAUTORIZACIONES, REFERIDOS Y RECLAMACIONES DE PROVEEDORES, ASEGURADOS Y SUSCRIPTORES

El 17 de septiembre de 2017 el Gobernador de Puerto Rico, Hon. Ricardo A. Rosselló Nevares, emitió la orden ejecutiva OE-2017-047 declarando un estado de emergencia a consecuencia del impacto del huracán María. Debido a los daños causados por este huracán, muchos asegurados y suscriptores están imposibilitados de cumplir con los requisitos de su plan médico al momento de solicitar servicios de salud. Igualmente, muchos proveedores de servicios de salud, asegurados y suscriptores están imposibilitados de cumplir con los correspondientes términos para presentar reclamaciones por los servicios prestados o recibidos.

Es la posición de la Oficina del Comisionado de Seguros (OCS) que ante la presente situación, y mientras dure el estado de emergencia, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que suscriben planes médicos no deben aplicar penalidades ni restricciones a sus asegurados y suscriptores al momento de éstos solicitar u obtener servicios de salud, sean o no servicios de emergencia. De igual manera, es la posición de la OCS que mientras dure el estado de emergencia, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que suscriben planes médicos deben extender los términos aplicables para que sus proveedores de servicios de salud, asegurados y suscriptores presenten reclamaciones por servicios de salud prestados o recibidos.

En consideración de la referida orden ejecutiva, y de conformidad con las facultades conferidas al Comisionado de Seguros por el Código de Seguros y el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, emitimos las siguientes directrices:

Periodo de gracia de pago de prima– En atención a la presente situación de emergencia, la falta de pago de prima no será razón para la cancelación de cubierta o negar servicios de salud. Es nuestra posición que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que suscriben planes médicos no deben cancelar la cubierta de servicios de salud por la falta de pago de primas y deberán continuar ofreciendo los servicios provistos en sus cubiertas. Se aclara que tal determinación no implica un relevo del pago de la prima. Igualmente, en casos de pago de



primas a través de débito directo o cuenta de cheques, se deberá eximir del pago de penalidades por insuficiencia de fondos. Lo anterior no impide el que se llegue a acuerdos de pago voluntarios con los asegurados y suscriptores.

Despacho de medicamentos de receta y servicio de tratamiento de salud - Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que suscriben planes médicos con cubierta de farmacia deberán suspender cualquier requisito utilizado para el manejo del despacho de medicamentos de receta o tratamiento de cuidado de salud, sean éstos para el tratamiento de condiciones crónicas, agudas o de mantenimiento del paciente. Esto incluye la suspensión de tiempo de espera para obtener repeticiones, suspensión de requisitos para el despacho de medicamentos de manera extendida, suspensión de requisitos de preautorización de medicamentos, requisitos de terapia escalonada, requisitos de limitación por especialidad médica, y requisitos de limitación en cantidad de medicamentos, entre otros. Se sugiere que se autorice el despacho de medicamentos por hasta noventa (90) días de suplido.

Proveedores fuera de la red – La OCS establece que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que suscriben planes médicos deberán permitir el acceso a servicios de salud a través de proveedores no participantes o no contratados, sin aplicar penalidades o restricciones, para servicios de salud de emergencia.

Preautorizaciones y referidos - La OCS establece que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que suscriben planes médicos deberán suspender los requisitos de preautorizaciones, referidos o revisiones de necesidad médica. Esto comprende todos los servicios de salud contemplados en la cubierta; incluyendo, pero no limitándose a, equipo médico, tratamiento de quimioterapia, tratamiento de infusión y diálisis.

Término para la presentación de reclamaciones – La OCS establece que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que suscriben planes médicos deberán extender los términos aplicables para que sus proveedores, asegurados y suscriptores presenten reclamaciones de pago por servicios de salud prestados o recibidos.

Las directrices aquí establecidas tendrán vigencia desde la fecha de la presente Carta Normativa hasta que la fecha en que termine el estado de emergencia o el Comisionado de Seguros suspenda las mismas, lo que ocurra primero.

Se requiere el estricto cumplimiento con las directrices aquí establecidas. El incumplimiento con las referidas directrices acarreará la imposición de sanciones severas.

Sinceramente,



Javier Rivera Ríos, LUCTF
Comisionado de Seguros