

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

19^{na}. Asamblea
Legislativa

6^{ta}. Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. del S. 1377

19 de octubre de 2023

Presentado por el *señor Soto Rivera*

Referido a la Comisión de lo Jurídico y Desarrollo Económico

LEY

Para enmendar los Artículos 30.050 y 30.080 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como “Código de Seguros de Puerto Rico”, a los fines de flexibilizar el término que tienen los proveedores de salud para responder a una notificación de reclamaciones no procesables para pago por parte de una aseguradora; y para aclarar las facultades y deberes del Comisionado de Salud; para otros fines.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

En el año 2002 se aprobó la Ley Núm. 104, según enmendada, conocida como “Ley para el Pago Puntual de Reclamaciones a Proveedores de Servicios de Salud”, con el propósito de añadir el Capítulo 30 al “Código de Seguros de Puerto Rico”. Dicho estatuto fijó plazos a los aseguradores y a las organizaciones de servicios de salud para el pago de reclamaciones a los proveedores de servicios de salud, disponer el procedimiento para objetar las reclamaciones y establecer penalidades por incumplimiento. Se señaló en aquel entonces que la prestación de servicios de salud de calidad a la población puertorriqueña estaba revestida del mayor interés público y competía al Estado velar porque el ofrecimiento de tales servicios no se viera interrumpido ni sea menoscabado.

Una década más tarde, esta Asamblea Legislativa revisitó el asunto y se aprobó la Ley Núm. 150-2011, a fin de modificar y reducir los términos de las reclamaciones y los pagos, y que los días para reclamar o pagar se consideraran consecutivamente. En aquel momento se argumentaba que los plazos existentes seguían siendo insostenibles para muchos proveedores de servicios, razón por la cual, muchos médicos se negaban a recibir participantes de ciertos planes de cuidado de salud; se afectaba la empleomanía en los hospitales y centros de servicios; y, en el peor de los casos, provocaban el cierre y la quiebra de tales instituciones.

Casi otra década pasó y nuevamente se tuvo que atender la problemática de los pagos tardíos por parte de las aseguradoras a raíz de controversias surgidas con relación al contenido y significado que estas compañías tenían sobre lo que constituía una “factura limpia”. Se alegaba que tales interpretaciones derrotaban la finalidad de la ley de promover los pagos a las reclamaciones de los proveedores dentro de los plazos establecidos. A tales efectos, se aprobó la Ley Núm. 138-2020, a fin de agilizar el proceso de adjudicación y pago de las reclamaciones sometidas por los proveedores de servicios de salud a las aseguradoras. Este nuevo marco jurídico definió de forma estandarizada el concepto de “factura limpia”, y lo hizo obligatorio y vinculante para todo contrato entre la aseguradora y el proveedor de servicios de salud. También proveyó términos precisos y claros sobre el contenido mínimo que conforma una factura, y fijó guías más claras con el propósito de que los reglamentos sobre los procesos de revisión de utilización para los servicios médico-hospitalarios sean más precisos y eficientes. Asimismo, se estableció que una vez presentada una factura con el contenido mínimo requerido ante una aseguradora, esta última esté obligada a pagarla dentro del término de 30 días. Esto aplica tanto para las reclamaciones procesables para pago, como para las reclamaciones no procesables para pago.

Sin embargo, y muy a pesar de la loable intención de todo lo anterior, en la práctica, ciertos requisitos de la nueva regulación le han puesto una camisa de fuerza a los proveedores de servicios de salud. Nos referimos específicamente a las reclamaciones no procesables para pago. Según la ley, una vez una aseguradora recibe

una reclamación de este tipo, debe notificarla al proveedor participante indicando las razones, dentro de los 15 días calendario del recibo de la misma. El proveedor tiene, a su vez, que responder a la notificación dentro del término de solo 10 días y, si no lo hace, se entenderá que está admitiendo los señalamientos señalados.

El problema radica en que corregir una factura, por diversas razones, puede tomar más de ese corto periodo de tiempo, cuando a veces ni siquiera el error no fue ocasionado por el proveedor. Por ejemplo, facturas que son sometidas electrónicamente a través de un “clearing house”, podrían luego presentar problemas que requerirán envolver al paciente o a oficinas de médicos primarios por razones tan variadas como: desafiliaciones en proceso, fechas de nacimiento invertidas, COBRA, dos planes primarios que no coordinan beneficios, cancelaciones de plan primario no reportadas al secundario, divorcios, médico primario del IPA no autorizado a emitir referidos, servicios adicionales al procedimiento principal, credencial vencida en el sistema del plan, entre otras. Si el proveedor no puede responder en 10 días, la aseguradora – porque la ley le faculta a ello– puede interpretar que este admite los errores y determina no pagarle, cuando la realidad es que no tuvo el tiempo suficiente para conseguir toda la documentación e información necesaria.

Ciertamente, lo anterior amerita que revisemos el término que tiene un proveedor de salud para responder a una notificación de reclamación no procesable para pago por parte de una aseguradora, de modo que no se derrote la intención de la ley, a saber, que los proveedores puedan cobrar por los servicios que genuinamente prestaron. A tales efectos, se establece que cuando un proveedor no pueda responder a una notificación en el término de 10 días, ello no se entenderá como una admisión a los señalamientos notificados. Tampoco será razón para que la aseguradora dé por terminada la reclamación. En esos casos, el término para responder no se extenderá más allá de los 90 días calendario desde el recibo de la notificación y, una vez lo haga, toda la reclamación o parte de la reclamación no objetada por la aseguradora deberá pagarse en el plazo de los 30 días siguientes al recibo de la respuesta. Sin embargo, se mantiene la disposición de que todo aquel proveedor que pueda responder dentro de los 10 días

del recibo de una notificación de reclamación no procesable para pago, deberá recibir el mismo dentro de los 5 días siguientes al recibo de la información o documentación que se le requirió.

Por las razones que anteceden, entendemos que con las nuevas enmiendas se cumple el propósito principal de la Ley de Pago Puntual de agilizar el proceso de adjudicación y pago de las reclamaciones sin menoscabar el derecho que tienen los proveedores de corregir los señalamientos hechos por las aseguradoras dentro de términos razonables. Asimismo, se evita que no puedan cobrar por los servicios prestados porque no pudieron devolver a tiempo una factura corregida.

Por último, mediante esta Ley también se aclara que el Comisionado de Seguros no podrá desligarse de su deber de atender las controversias que surjan entre proveedores y aseguradoras porque se trate de reclamaciones al amparo de un plan "Medical Advantage".

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

1 Sección 1- Se enmienda el Artículo 30.050 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de
2 1957, según enmendada, para que se lea como sigue:

3 "Artículo 30.050.- Reclamaciones no procesables para pago.

4 El asegurador u organización de servicios de salud notificará a los proveedores
5 participantes, por escrito o por medios electrónicos, aquellas reclamaciones que no sean
6 procesables para pago dentro del término de quince (15) días calendario, luego de
7 recibida la reclamación. La notificación indicará claramente las razones por las cuales el
8 asegurador u organización de servicios de salud considera que la reclamación no es
9 procesable para pago, indicando los documentos o información adicional que deba
10 someterse para que pueda procesarse. Aquella reclamación que se notifique al

1 proveedor como no procesable para pago no podrá ser catalogada como procesada y
2 adjudicada por el asegurador u organización de servicios de salud.

3 Dentro de los siguientes diez (10) días de haber recibido la notificación del
4 asegurador u organización de servicios de salud, el proveedor participante deberá
5 responder la misma. La omisión a ello *no* se entenderá como una admisión a los
6 señalamientos notificados *ni será razón para que el asegurador u organización de servicios de*
7 *salud dé por terminada la reclamación, pero el proveedor participante no podrá beneficiarse de los*
8 *términos de pago puntual que establece este Capítulo. En ese caso, el término para responder no*
9 *se extenderá más allá de los noventa (90) días calendario desde el recibo de la notificación. Una*
10 *vez el proveedor participante responda dentro de dicho término, la reclamación o parte de la*
11 *reclamación no objetada por el asegurador u organización de servicios de salud deberá pagarse en*
12 *el plazo de los treinta (30) días siguientes al recibo de la respuesta.*

13 **[Una vez]** Si el proveedor participante **[someta]** *somete* la información o
14 documentación requerida *dentro de los diez (10) días del recibo de la notificación original*, el
15 asegurador u organización de servicios de salud deberá proceder al pago de la
16 reclamación dentro de los cinco (5) días siguientes al recibo de la información o
17 documentación. En ninguna circunstancia, la adjudicación y el pago de la totalidad de
18 la reclamación no procesable para pago podrá exceder el término de treinta (30) días
19 calendario *si el proveedor participante respondió dentro del término de diez (10) días de haber*
20 *recibido la notificación del asegurador u organización de servicios de salud. Solo cuando el*
21 proceso del asegurador u organización de servicios de salud haya culminado en el pago

1 de la totalidad de toda reclamación, sea procesable o no procesable para pago, podrá
2 contabilizarse la misma como procesada y adjudicada.

3 ...”

4 Sección 2.- Se enmienda el Artículo 30.080 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de
5 1957, según enmendada, para que se lea como sigue:

6 “Artículo 30.080.- Facultades y deberes del Comisionado.

7 A fin de asegurar el cumplimiento de las disposiciones de esta Ley, el
8 Comisionado tendrá las siguientes facultades y deberes:

9 (a) ...

10 (b) Adoptar, dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la aprobación de
11 esta Ley, los reglamentos necesarios para la implantación de la misma, de conformidad
12 con la [**Ley Núm. 170 de 12 de agosto de 1988, según enmendada, conocida como “Ley
13 de Procedimiento Administrativo Uniforme”**] *Ley Núm. 38-2017, según enmendada,*
14 *conocida como ‘Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Gobierno de Puerto Rico’.*

15 (c) El Comisionado tendrá la jurisdicción original respecto a las controversias que
16 surjan entre proveedores participantes y aseguradores u organizaciones de servicios de
17 salud, al amparo de esta Ley, *incluyendo cualquier reclamación presentada al amparo de un*
18 *plan ‘Medical Advantage’.* La parte adversamente afectada por la determinación del
19 Comisionado podrá recurrir mediante revisión ante el Tribunal de Circuito de
20 Apelaciones del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, conforme a las disposiciones de
21 la [**Ley Núm. 170 de 12 de agosto de 1988, según enmendada, conocida como “Ley de**

1 **Procedimiento Administrativo Uniforme”]** *Ley Núm. 38-2017, según enmendada,*
2 *conocida como ‘Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Gobierno de Puerto Rico’.*”

3 Sección 3.- Reglamentación.

4 La Oficina del Comisionado de Seguros atemperará la reglamentación aplicable
5 vigente a lo establecido en esta Ley.

6 Sección 4.- Supremacía.

7 Las disposiciones de esta Ley prevalecerán sobre cualquier otra disposición
8 general o específica de cualquier otra ley, reglamento o carta normativa del Gobierno
9 del Estado Libre Asociado de Puerto Rico inconsistente con la misma.

10 Sección 5.- Esta Ley entrará en vigor inmediatamente después de su aprobación.