



ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

17 de septiembre de 2004

A TODAS LAS ASEGURADORAS Y GRUPOS PARTICIPANTES DEL PROYECTO DE CONTRATACION DIRECTA CONTRATADOS POR LA ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO



Enrique A. Vicens Rivera
Director Ejecutivo

CARTA NORMATIVA ENMENDADA #04-0706A

Esta Carta Normativa enmienda y sustituye la Carta Normativa #4-0706 con fecha del 6 de julio de 2004, a los fines de aclarar la misma relacionada al término de noventa (90) días para el pago de reclamaciones. Así mismo, se aclara lo relativo a los formularios requeridos para acreditar servicios prestados.

Procedimiento Para Pago de Servicios de Emergencias a Pacientes sin Tarjeta del Seguro de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico

El propósito de esta comunicación es aclarar las interrogantes presentadas por las aseguradoras y proveedores sobre cuál es el proceso a seguir a partir de la decisión de la Administración de Seguros de Salud (ASES) efectiva el 16 de octubre de 2003, de no recibir facturas referentes a las MA-10. Previo a dicha fecha la ASES recibía las facturas analizadas por la Oficina del Programa de Asistencia Médica (PAM) a los fines de verificar la elegibilidad y referir las reclamaciones procedentes (elegibles) para pago a la aseguradora correspondiente en la región. El proceso realizado por la ASES, primordialmente consistía en verificar la elegibilidad del individuo, al momento de recibir los servicios reclamados.

La decisión de ASES de no recibir las facturas obedeció, entre otras razones fundamentales, a la efectividad de las normas de transacciones administrativas electrónicas bajo la ley HIPAA y al plan de implantación de la ASES para cumplir con estas normas. Conforme a la gestión de cumplimiento efectuada por la ASES se concluyó que le competía exclusivamente el efectuar las transacciones electrónicas relacionadas al pago de prima a las aseguradoras contratadas. El pago

de reclamaciones, por ser una de las transacciones administrativas para la cual han sido contratadas las aseguradoras, requiere que estas tramiten los pagos a los proveedores por servicios prestados a beneficiarios con el formulario MA-10. Por otra parte, se concluyó que el pago de reclamaciones, no constituía como una de las funciones en ley para lo cual fue creada la ASES.

En vista a cumplir con lo señalado anteriormente, para el trámite del pago de servicios médicos de emergencia a pacientes sin tarjeta del seguro de salud, se continuará con el procedimiento establecido en carta del Departamento de Salud con fecha del 31 de enero de 2000 (Anejo1) en lo que este procedimiento se refiere al trámite con el Programa de Asistencia Médica. En lo dispuesto en dicho procedimiento en el párrafo (2) según citamos textualmente: **[Las facturas donde se identifique que el beneficiario estaba cubierto por la Reforma a la fecha del servicio, serán referidas a PROBENE para que reclame el pago a las aseguradoras], el mismo queda sin efecto y se modifica conforme al procedimiento establecido en esta carta normativa.** La carta circular de la ASES del 8 de marzo de 2000 (Anejo 2) queda derogada por la presente Carta Normativa.

Toda factura por servicios médicos de emergencia ofrecidos por la facilidad de salud a personas que no poseen la tarjeta de identificación del Seguro de Salud, deberán ser presentadas para su correspondiente análisis a las Oficinas Regionales del Programa de Asistencia Médica. Adjunto copia de las direcciones de esas oficinas (Anejo 3).

El proceso de análisis para la adjudicación de la responsabilidad de pago tiene dos (2) vertientes:

1. Servicios de emergencia a pacientes certificados como elegibles por el PAM pero no han obtenido su tarjeta de las aseguradoras contratadas:

- a. Una vez analizadas por el PAM estas facturas serán devueltas al proveedor de servicios para que este gestione el pago de las mismas con las aseguradoras contratadas conforme al proceso de pago establecido. En vista a que este es un procedimiento especial, entendemos que el término de noventa (90) días para el pago de la reclamación conforme a Ley de Pago Puntual, habrá de comenzar a decursar, a partir de la fecha de recibo de la notificación de elegibilidad del PAM por la aseguradora.
- b. Toda factura analizada por el PAM y recibida por las aseguradoras tendrá que ser pagada luego de la correspondiente verificación, la cual debe limitarse a servicios de emergencia y elegibilidad a la fecha de emergencia.

- c. Las aseguradoras procederán a honrar el pago de las reclamaciones de los servicios referidos con el formulario oficial de elegibilidad *MA-10 (Anejo 4) ó con el formulario oficial de* Hoja de Verificación de Factura por el Programa de Asistencia Médica (Anejo 5). De acuerdo a la contratación establecida entre las aseguradoras y la ASES, se considerará asegurado a los efectos de estos servicios de emergencia a todo beneficiario al cual se le haya expedido cualquiera de los formularios oficiales anteriormente descritos. Cualquiera de estos documentos constituirá una acreditación oficial prima facie de la elegibilidad del beneficiario (ver Artículo II, Inciso 13, de nuestro contrato). Esto significa que será obligación de todo proveedor a la presentación y referimiento de una reclamación para pago a nuestras aseguradoras, el contar con dichos documentos y someter conjuntamente con los mismos, una factura según se requiere en el inciso (d) que sigue.
- d. Las aseguradoras procederán a facturar a la ASES la prima correspondiente por concepto de los servicios de emergencia brindados a beneficiarios con los formularios anteriormente descritos*. Para efectos del pago de prima por la ASES, la misma se computará desde la fecha en que la persona recibió el servicio en la Sala de Emergencia. Se requerirá con la factura la siguiente información:
- Nombre del beneficiario
 - Número de contrato o seguro social
 - Número de ODSI
 - Fecha de servicios
 - *Fecha de certificación (MA-10) u * (Hoja de Verificación de Factura)

2. Servicios de emergencias a pacientes antes de ser certificados como elegibles por el Programa de Asistencia Médica

Los casos que cumplan con los criterios del PAM para ser catalogados como Medicaid Puros, pueden tener una elegibilidad retroactiva de noventa (90) días. En estos casos los servicios serán pagados directamente al proveedor por el PAM.

Todo caso que no sea identificado como elegible en el Programa de Asistencia Médica será rechazado de pago y dirigido al proveedor para que éste haga las gestiones de cobro correspondientes directamente con el ciudadano.

Para las facturas que están detenidas en su trámite desde el pasado 16 de octubre de 2003, se aplicará el mismo procedimiento establecido en esta carta. Es importante que esta información sea distribuida a las facilidades de salud y a las áreas en su compañía que se relacionen con estos trámites para que tomen pleno conocimiento del proceso.

**NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN TOMADA SOBRE
SOLICITUD Y/O REEVALUACIÓN
PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA**

I. Nombre del Jefe: _____ Fecha de Certificación: _____
Número del Caso: _____ Núm. de S. S.: _____ Oficina Local: _____
II. Se ha estudiado la información que usted ha ofrecido, la existente en su expediente del Programa de Asistencia Médica y es efectivo desde el _____ de _____ de _____ Se procederá a tomar la siguiente acción.

III. Elegible: _____
 Inelegible: _____

_____ Tiene un exceso de ingreso mensual de _____
_____ Tiene un exceso de recurso mensual de _____
_____ Tiene capacidad de pago de _____ % aplicable
_____ Categoría Estatal (6) No pareo federal
_____ Otros

IV. Los siguientes sufixos _____ cuentan con un plan médico primario que cubre parte del costo de los servicios médicos, plan médico: _____

V. Su solicitud caso ha sido autorizado. Próxima evaluación será el _____ de _____ de _____

VI. Cierre de caso Razón: Certificación vencida Su elegibilidad para el Programa de Asistencia Médica terminó el _____ de _____ de _____

VII. Elegible a Reforma de Salud Si No

VIII. Si no está conforme con esta decisión, puede radicar una apelación durante los próximos 10 días calendario, los cuales finalizan el _____ de _____ de _____
IX. Tengo conocimiento y acepto que de no comparecer dentro de los próximos 10 días calendario después de finalizado el periodo de elegibilidad, el Programa de Asistencia Médica procederá a cerrar el caso.

CERTIFICO QUE SE ME HA LEÍDO Y EXPLICADO ESTA NOTIFICACIÓN Y LOS DERECHOS QUE ME PROTEGEN.

Firma: _____
Certificador _____ Solicitante o Representante _____
Firma: _____
(Fecha de las firmas) _____ Testigo _____

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
Departamento de Salud
Programa de Asistencia Médica



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de Salud

HOJA DE VERIFICACION DE FACTURA

1. Núm. de Familia: _____
2. Sufijo: _____
3. Nombre: _____
4. Sexo: _____
5. Núm. de Seguro Social: _____
6. Fecha de Nacimiento: _____
(mes/día/año)
7. Fecha de Certificación: _____
(mes/día/año)
8. Fecha de Efectividad: _____
(mes/día/año)
9. Fecha de Servicio: _____
(mes/día/año)
10. (%) aplicable: _____
11. Plan Médico: _____
12. Categoría Asistencia Médica: _____
13. Emisión tarjeta Reforma: _____
14. Certificación de Pago: _____

Comentarios:

<input type="checkbox"/>

Firma del Técnico Revisor