ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

6 de diciembre de 2004

Carta Normativa Núm. 04-1101

A: **Todos los Grupos Médicos, Proveedores y "Third Party Administrator" (TPA) participantes del Proyecto Demostrativo de Contratación Directa**

De: **Enrique A. Vicens Rivera**
Director Ejecutivo

Re: **OBLIGACIÓN DE REALIZAR COORDINACIÓN DE BENEFICIOS**

Propósito:

Esta carta normativa tiene el propósito de aclarar la política de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (en lo adelante "ASES"), en torno a la Coordinación de Beneficios, la cual debe ser cumplida y establecida por todos los proveedores y administradores del Proyecto Demostrativo de Contratación Directa. Estas normas emanan de la Ley y los contratos y tienen el propósito de garantizar el fiel cumplimiento con la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada y de asegurar que la coordinación de beneficios se realice según dispuesto en los contratos sucritos.

Justificación:

El inciso (o) del Artículo IV de la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada, faculta a la ASES para prescribir las reglas y normas necesarias para el cumplimiento de sus funciones y deberes conforme a lo establecido es la Ley Núm. 72, *supra.*

De conformidad con lo establecido por el apartado (3) del inciso (m) de la Sección 2 del Artículo IV de la Ley Núm. 72 *supra*, y posteriormente renominado como inciso (n) mediante la Ley Núm. 105 de 19 de julio de 2002, la ASES tiene el deber de actuar únicamente como pagador secundario.

Este mandato de ley nos obliga a establecer en los contratos que suscribimos con las aseguradoras y proveedores participantes de conformidad con la siguiente disposición de la Ley: "*la actuación como pagador secundario del seguro médico contratado por la Administración en caso de que la persona elegible a recibir servicios tenga otro seguro*

PO Box 195661, San Juan, P.R. 00919-5661 Tel. (787) 474-3300 Fax (787) 474-3346

médico". En cumplimiento con ese mandato de ley hemos consignado en todos los contratos suscritos por la ASES dicha disposición en su Artículo IV(1).

Aplicabilidad:

Esta normativa aplica a todos los proveedores de servicios de salud y administradores con relación al Proyecto Demostrativo de Contratación Directa sean estos: los Grupos Médicos contratados por ASES, sus Administradores, y el Administrador de Beneficios ("*Third Party Administrators*" o "TPA") de ASES y los proveedores de servicios de salud contratados por ellos y proveedores participantes de su redes de proveedores respectivamente.

Normas:

Todo proveedor de servicios de salud y/o administradores (*según descritos anteriormente*) tienen el deber y la obligación de realizar la Coordinación de beneficios según se describe a continuación:

I. ***El Plan de Salud del Estado Libre Asociado siempre será pagador secundario y el último a facturarse.***

Se requiere estricto cumplimiento de las disposiciones de la Ley 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada, sobre Coordinación de Beneficios y de las cláusulas contractuales referentes a ésta según lo establecen los contratos suscritos con la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) los cuales disponen que el Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico (en lo adelante "Plan de Salud") será pagador secundario frente a cualquier otra persona natural, jurídica o entidad que tenga responsabilidad primaria de cubrir una reclamación por servicios prestados a un asegurado del Plan de Salud.

Este mandato requiere que el Plan de Salud sea siempre el último en pagar con relación a cualquier otro pagador primario incluyendo (sin que se entienda como limitación) a los siguientes aseguradores y proveedores de servicio: Medicare Partes A y/o B, planes privados comerciales de cualquier aseguradora u organizaciones de mantenimiento de la salud, asociaciones sin fines de lucro organizadas bajo la Ley 152 del 9 de mayo de 1942, Asociación de Maestros de PR y cualquier otra entidad que sea responsable por la cubierta de las reclamaciones que se cobre al Grupo por los beneficios a los suscriptores.

II. ***Pago de co-aseguro o deducible al beneficiario***

En cuanto a aquellos planes primarios que le requieran del pago de co-aseguro al suscriptor, la Tarjeta de Salud de la ASES asumirá el pago del co-aseguro o co-pago toda vez que ese servicio se encuentre dentro de la cubierta de beneficios del Plan de Salud de

ASES. No debe cobrarse bajo ningún concepto dicho co-aseguro al beneficiario de la Tarjeta de Salud pues el mismo está cubierto por nuestro Plan.

Aunque la regla general es que la Tarjeta de Salud de la ASES será el último pagador después de cualquier otro Plan Médico incluyendo a Medicare y todos los antes mencionados, aquellas partidas que le son requeridas a los beneficiarios como co-aseguro o co-pagos serán cubiertas por la Tarjeta de Salud de la ASES. Bajo ninguna circunstancia deberá o podrá serle requerido dichos pagos a los pacientes o beneficiarios.

III. ***Servicios Renales***

En cuanto a los servicios renales, deben seguir la política del Gobierno de Puerto Rico según establecida en el "***Program Memorandum To MCOs – Medicaid Payments For ESRD Services Rendered To Dual Elegibles*** " emitido por el Secretario de Salud con fecha de efectividad del 28 de julio de 2004, y el cual incorporamos como anejo. De conformidad con éste, la ASES únicamente responderá por el pago de los elegibles duales ("*dual elegibles*").

IV. ***Prohibición General y Sanciones***

Se prohíbe terminantemente que sean cargados costos indebidos o reclamados servicios al Plan de Salud por falta de diligencia en el cumplimiento de este mandato correspondiente a la Coordinación de Beneficios. Nos reafirmamos en la política de que la ASES únicamente pagará como último pagador o pagador secundario en aquellos casos en que el beneficiario posea cualquier otro plan médico primario. Es deber u obligación de los Grupos Médicos, sus proveedores participantes y el TPA según antes descrito coordinar los beneficios para garantizar que los Planes o aseguradores primarios paguen por los servicios incluidos en sus cubiertas de beneficios.

De evidenciarse incumplimiento en cuanto a esta obligación contractual, la Administración podrá imponer sanciones monetarias y/o penalidades según dispuestas en el contrato que incluyen el recobro directo de las cantidades dejadas de recuperar mediante Coordinación de Beneficios. Además, la ASES podrá retener aquellas sumas dejadas de recuperar como una medida para disuadir el incumplimiento. Los médicos primarios de los Grupos Médicos tienen el deber de realizar la coordinación de beneficios de cubierta básica y les favorece llevar a cabo este procedimiento. Por otro lado, el TPA por su parte tendrá la obligación de realizar la coordinación de beneficios para la cubierta especial o catastrófica. Cualquier otro proveedor que por ley o contrato venga obligado a cumplir con esta norma deberá asegurase y colaborar para que se realice la coordinación de beneficios.

Commonwealth of Puerto Rico
Puerto Rico Department of Health
Office of the Secretary

Policy of the Government of Puerto Rico

PROGRAM MEMORANDUM TO MCOs

MEDICAID PAYMENTS FOR ESRD SERVICES RENDERED TO DUAL ELIGIBLES

This Program Memorandum affirms statements of law made in previous Program Memoranda, establishes a new payment policy for the Medicaid component of *El Seguro de Salud de Puerto Rico* going forward, and changes the process requirements of that program.

The *Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico* (ASES) and the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) jointly affirm the correctness of the statements in the Program Memoranda jointly issued by ASES and the Health Care Financing Administration (HCFA) to all Managed Care Organizations (MCOs) on May 3, 1999 and September 12, 1999 that Puerto Rico's Medicaid program has no obligation to cover the copayments and deductibles of individuals covered by both Puerto Rico's Medicaid program and the federal Medicare program ("Dual Eligibles"), because the Government of Puerto Rico was entitled to opt out of any such obligation, and effectively did so.

The correctness of that position notwithstanding, to improve the health and safety of patients with End-Stage Renal Disease (ESRD) and to ensure access and availability of dialysis services to Medicaid beneficiaries, the Puerto Rico Medicaid Plan elects to cover the copayments and deductibles associated with dialysis services provided to Dual Eligibles solely to the extent set forth below, subject to streamlined program requirements as further discussed below.

In the case of an individual with Medicaid coverage for services covered under Medicaid for which Medicare is liable for payment as the primary payer, the MCO shall determine liability as a secondary payer (assuming there are no other third parties liable for payment for the services) as follows:

If the total amount of **Medicare's established liability** for the services is:

(1) **Equal to or greater than the negotiated contract rate** between the MCO and the provider for the services minus any Medicaid cost sharing requirements, the provider is not entitled to, and the MCO shall not pay, any additional amounts for the services.

(2) **Less than the negotiated contract rate** between the MCO and the provider for the services, minus any Medicaid cost sharing requirements, the provider is entitled to, and the MCO shall pay an amount which is the *lesser* of:

(a) The Medicare cost sharing (deductibles and coinsurance) payment amount for which the Medicaid recipient is responsible under Medicare, or

(b) An amount which represents the difference between (i) the negotiated contract rate between the MCO and the provider for the service minus any Medicaid cost sharing requirements and (ii) the established Medicare liability for the services.

To improve the health and safety of patients with ESRD and to ensure access and availability of dialysis services to beneficiaries of *El Seguro de Salud to Puerto Rico* (the Program), process requirements imposed by the Program are being modified as follows:

- Pre-certification: Precertification at the time of referral to dialysis has been a longstanding requirement of the Program. With regard to the Dual Eligibles subject to the new coverage described above, Medicaid recipients not covered by Medicare, and beneficiaries of the Program that are covered by neither Medicaid nor Medicare, this Precertification requirement is being modified to improve the ability of the MCO to encourage early referral to a nephrologist and other care that may prevent ESRD, prolong life and enhance the quality of life of Program beneficiaries. This "early notification" program will also assure that the MCO can fulfill its responsibilities to assist Program beneficiaries to obtain Medicare coverage as soon as such coverage may become available to them. Finally, it will assure that the MCO has the information it needs to administer the coverage policy described above, such as whether the beneficiary is covered by Medicaid.

- Submission of Medicaid Claim to MCO for Payment: Solely with regard to the Dual Eligibles subject to the coverage policy described above, a bill will be acceptable as long as it clearly identifies all necessary patient information, specific services rendered (dialysis, labs and drugs) amounts billed to Medicare and amount collected from Medicare; and third party coverage, if any. An electronic bill must meet ASC X12N 835 requirements, and electronic remittance must be provided to the provider in ASC X12N 837 format.

Specific instructions are attached to this Program Memorandum to assist the MCOs in (1) determining any liability as a secondary payer to Medicare pursuant to this Program Memorandum, and (2) administering the "early notification process" described in this Program Memorandum.

Effective as of [July 28, 2004], all MCOs will implement the policies and procedures set forth herein.

Johnny Rullán, MD, FACPM