

Gobierno de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS DE PUERTO RICO
San Juan, Puerto Rico

NÚMERO: 9557

Fecha: 8 de mayo de 2024

Aprobado: Omar J. Marrero

Secretario de Estado



Departamento de Estado
Gobierno de Puerto Rico

**ENMIENDA A LA REGLA 73
DEL REGLAMENTO DEL CÓDIGO DE SEGUROS DE PUERTO RICO**

**NORMAS PARA REGULAR EL PAGO PUNTUAL DE RECLAMACIONES A LOS
PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD**

Gobierno de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS DE PUERTO RICO
San Juan, Puerto Rico

ÍNDICE

**ENMIENDA A LA REGLA 73
DEL REGLAMENTO DEL CÓDIGO DE SEGUROS DE PUERTO RICO**

**NORMAS PARA REGULAR EL PAGO PUNTUAL DE RECLAMACIONES A LOS
PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD**

ARTÍCULO 1 – BASE LEGAL.....1

ARTÍCULO 2 – PROPÓSITO Y ALCANCE.....1

ARTÍCULO 3 – AÑADIR UN NUEVO ARTÍCULO 3 SOBRE RESUMEN
EJECUTIVO 2

ARTÍCULO 4 – PARA ENMENDAR EL ARTÍCULO 4 SECCIÓN 7.....2

ARTÍCULO 5 – REENUMERACIÓN DE VARIOS ARTÍCULOS DE LA REGLA 73.....6

ARTÍCULO 6 – SUBSISTENCIA DE OTROS ARTÍCULOS.....6

ARTÍCULO 7 – SEPARABILIDAD.....6

ARTÍCULO 8 – VIGENCIA.....6

Gobierno de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS DE PUERTO RICO
San Juan, Puerto Rico

**ENMIENDA A LA REGLA 73
DEL REGLAMENTO DEL CÓDIGO DE SEGUROS DE PUERTO RICO**

**NORMAS PARA REGULAR EL PAGO PUNTUAL DE RECLAMACIONES A LOS
PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD**

ARTÍCULO 1. – BASE LEGAL

El Comisionado de Seguros de Puerto Rico (el Comisionado) adopta la presente enmienda a la Regla Núm.73, Reglamento Núm. 6559 del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico, en adelante “la Regla”, de conformidad con la autoridad que le confieren los Artículos 2.030 y 30.080 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como el Código de Seguros de Puerto Rico; así como las disposiciones de la Ley Núm. 150 de 27 de julio de 2011, y la Ley Núm. 38 de 30 de junio de 2017, según enmendada, conocida como la Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Gobierno de Puerto Rico.

ARTÍCULO 2. – PROPÓSITO Y ALCANCE

Se adopta esta enmienda con el propósito de procurar mayor agilidad y eficiencia en el procesamiento de las transacciones electrónicas de atención médica al exigir que las entidades cubiertas mantengan e intercambien información en un formato uniforme de acuerdo con la Regla EDI de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés). El Título II de HIPAA dispone que todos los proveedores y facturadores cubiertos deben presentar electrónicamente los reclamos utilizando el “Administrative Simplification Standards - ASC X12 Versión 5010”. Estas especificaciones rigen cómo se transfieren electrónicamente los datos de una computadora a otra. La presente enmienda establece los tipos de transacciones EDI sujetas a HIPAA y especifica el formato exacto para cada registro de transacción.

Todas las organizaciones de servicios de salud y aseguradores que suscriban planes médicos comerciales de salud en Puerto Rico, así como los aseguradores u organizaciones de programas gubernamentales federales que pagan servicios de atención médica y salud, como Medicare, Medicare Advantage y Medicaid, deben cumplir con el uso del HIPAA Administrative Simplification Standards - ASC X12 Versión 5010, y sus versiones subsiguientes, respecto al procesamiento de pago de reclamaciones electrónicas.

ARTÍCULO 3. – PARA AÑADIR UN NUEVO ARTÍCULO 3 SOBRE RESUMEN EJECUTIVO

Se enmienda la Regla 73 del Reglamento Núm. 6559, del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico para que lea como sigue:

“ARTÍCULO 3. – RESUMEN EJECUTIVO

La Ley Pública 104-191 de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) fue promulgada con el propósito de abordar la necesidad de un marco consistente para las transacciones electrónicas y otras simplificaciones administrativas en el sistema de atención médica. HIPAA adoptó medidas destinadas a simplificar la administración de las transacciones de seguros médicos, incluida la verificación de elegibilidad, las pre-autorizaciones, presentación de reclamaciones, pagos y anticipos de remesas. La simplificación administrativa incluye disposiciones relacionadas con garantizar la privacidad y seguridad de la información de identificación personal y establecer estándares uniformes para las transacciones electrónicas de atención médica (Reglas EDI, por sus siglas en inglés). HIPAA requiere que el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) adopte estándares para las transacciones administrativas electrónicas de atención médica con el objetivo de mejorar la eficiencia y eficacia del sistema de atención médica de la población. Estos estándares se aplican a entidades cubiertas, a saber: planes de salud, “clearinghouses” y proveedores de atención médica que realizan transacciones electrónicas de atención médica independientemente de si aceptan o no Medicare o Medicaid.

Durante años, el uso de transacciones electrónicas en Puerto Rico no se ha optimizado para lograr las metas generales de simplificación de la administración según lo dispuesto por HIPAA. Como resultado, fricciones y controversias innecesarias impregnan la relación entre el proveedor de atención médica y los planes de salud, lo que afecta la atención al paciente. En vista de ello, se adopta la presente enmienda en la Regla 73 con el propósito de requerir el cumplimiento con el uso del HIPAA Administrative Simplification Standards - ASC X12 Versión 5010, y sus versiones subsiguientes, y a los fines de exigir que las entidades cubiertas mantengan e intercambien información en un formato uniforme.”

ARTÍCULO 4. – SE ENMIENDA EL ARTÍCULO 4 SECCIÓN 7

Se enmienda la Regla 73 del Reglamento Núm. 6559, del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico para que lea como sigue:

“ARTÍCULO 5. – ELEMENTOS DE LA RECLAMACIÓN PROCESABLE PARA PAGO

SECCIÓN 7. – FORMATO DE LOS ELEMENTOS DE LAS RECLAMACIONES

Los elementos requeridos para que una Reclamación se considere procesable para pago, según establecidos en este Artículo, deberán estar completos, legibles y correctos. Todas aquellas Reclamaciones que sean transmitidas o recibidas mediante métodos electrónicos deberán cumplir con las normas establecidas por los “HIPAA Electronic Health Care Transactions and Code Sets”, conforme lo determine la ley HIPAA.

Para ello las organizaciones de servicios de salud y aseguradores que suscriban planes médicos comerciales de salud en Puerto Rico deberán cumplir con el uso del HIPAA Administrative Simplification Standards - ASC X12 Versión 5010, o versiones subsiguientes, conforme los criterios que se describen a continuación:

A. X12 270 – Consulta de Elegibilidad, Cobertura o Beneficios

Este Conjunto de Transacciones X12 contiene el formato y establece el contenido de los datos del Conjunto de las Transacciones de Consulta de Elegibilidad, Cobertura o Beneficios (270) para su uso en el contexto de un entorno de Intercambio Electrónico de Datos (EDI, por sus siglas en inglés). Este conjunto de transacciones se puede utilizar para consultar sobre la elegibilidad, las coberturas o los beneficios asociados con un plan de beneficios, un empleador, un patrocinador del plan, un suscriptor o un dependiente en virtud de la póliza del suscriptor.

B. X12 271 - Información de Elegibilidad, Cobertura o Beneficio

Este Conjunto de Transacciones X12 contiene el formato y establece el contenido de datos del Conjunto de Transacciones de Información de Elegibilidad, Cobertura o Beneficio (271) para su uso dentro del contexto de un entorno de Intercambio Electrónico de Datos (EDI). Este conjunto de transacciones se puede utilizar para comunicar sobre información o cambios en la elegibilidad, cobertura o beneficios desde fuentes de información (tales como aseguradoras, patrocinadores, pagadores) a receptores de información (tales como médicos, hospitales, facilidades de reparación, administradores de terceros, agencias gubernamentales). Esta información incluye, pero no se limita a, estado de beneficios, explicación de beneficios, coberturas, nivel de cobertura de dependientes, fechas de efectividad, montos de coaseguro, copagos, deducibles, exclusiones y limitaciones.

C. X12 276 – Solicitud de Estado de Reclamo de Atención Médica

Este Conjunto de Transacciones X12 contiene el formato y establece el contenido de los datos del Conjunto de Transacciones de Solicitud de Estado de Reclamación de Atención Médica (276) para su uso en el contexto de un Entorno de Intercambio Electrónico de datos (EDI). Este conjunto de transacciones puede ser utilizado por un proveedor, un receptor de productos o servicios de atención médica o su agente autorizado para solicitar el estado de una reclamación o controversia de atención médica de un pagador de atención médica. Este conjunto de transacciones no tiene la intención de reemplazar el Conjunto de Transacciones de Reclamaciones de Atención Médica (837), sino que debe ocurrir después de recibir una reclamación o controversia. La solicitud puede ocurrir a nivel de resumen o detalle de línea de servicio.

D. X12 277 - Notificación del Estado de la Información de Atención Médica

Este Conjunto de Transacciones X12 contiene el formato y establece el contenido de los datos del Conjunto de Transacciones de Notificación de Estado de Información de Atención Médica (277) para su uso en el contexto de un entorno de Intercambio Electrónico de Datos (EDI). Este conjunto de transacciones puede ser utilizado por un pagador de atención médica o un agente autorizado para notificar a un proveedor, receptor o agente autorizado sobre el estado de una reclamación o controversia de atención médica o para solicitar información adicional del proveedor con respecto a una reclamación o controversia de atención médica, revisión de servicios de atención médica o transacciones relacionadas con las disposiciones de atención médica. Este conjunto de transacciones no tiene la intención de reemplazar el Conjunto de Transacciones de Pago/Asesoramiento de Reclamaciones de Atención Médica (835) y, por lo tanto, no se utilizará para la contabilización de pagos de cuentas. La notificación puede ser a nivel de resumen o detalle de línea de servicio. La notificación puede ser solicitada o no solicitada.

E. X12 835 – Pago/Aviso de Reclamos de Atención Médica

Este Conjunto de Transacciones X12 contiene el formato y establece el contenido de los datos del Conjunto de Transacciones de Pago/Aviso de Reclamaciones de Atención Médica (835) para su uso en el contexto del entorno de Intercambio Electrónico de Datos (EDI). Este conjunto de transacciones se puede usar para realizar un pago, enviar un

aviso de remesa de Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) o realizar un pago y enviar un aviso de remesa de EOB solo desde una aseguradora de salud a un proveedor de atención médica, ya sea directamente o a través de una institución financiera.

F. X12 837 – Reclamo de Atención Médica

Este conjunto de transacciones X12 contiene el formato y establece el contenido de los datos del Conjunto de Transacciones de Reclamaciones de Atención Médica (837) para su uso en el contexto de un entorno de Intercambio Electrónico de Datos (EDI). Este conjunto de transacciones se puede usar para enviar información de facturación de reclamaciones de atención médica, información de controversias, o ambas, de los proveedores de servicios de atención médica a los pagadores, ya sea directamente o a través de facturadores intermediarios y clearinghouses. También se puede utilizar para transmitir reclamaciones de atención médica e información de pago de facturación entre pagadores con diferentes responsabilidades de pago cuando se requiere la coordinación de beneficios o entre pagadores y agencias reguladoras para monitorear la prestación, facturación y/o pago de servicios de atención médica dentro de un segmento específico de la industria de atención médica/seguros.

A los efectos de esta norma, los proveedores de productos o servicios para el cuidado de la salud pueden incluir entidades como médicos, hospitales y otras instalaciones médicas o proveedores, dentistas y farmacias, y entidades que proporcionan información médica para cumplir con los requisitos reglamentarios. El pagador se refiere a una entidad de terceros que paga las reclamaciones o administra el producto o beneficio de seguro, o ambos. Por ejemplo, un pagador puede ser una compañía de seguros, una organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés), una organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés), una agencia gubernamental (Medicare, Medicaid, el Programa Médico y de Salud Civil de los Servicios Uniformados (CHAMPUS), etc.) o una entidad como un administrador tercero (TPA, por sus siglas en inglés) o una organización de terceros (TPO, por sus siglas en inglés) que puede ser contratada por uno de esos grupos. Una agencia reguladora es una entidad responsable, por ley o reglamento, de administrar y monitorear un programa de beneficios estatutarios o un segmento específico de la industria de atención médica/seguros.

Conforme a la ley y reglamentos federales bajo HIPAA, las entidades cubiertas, ya sean, aseguradores u organizaciones de planes médicos, “clearinghouses” y proveedores de atención médica que realizan transacciones electrónicas de atención médica tienen la obligación de implementar los Estándares ASC X12 Versión 5010 o versiones subsiguientes.

ARTÍCULO 5. – REENUMERACIÓN DE VARIOS ARTÍCULOS DE LA REGLA 73

Se enmienda la Regla 73 del Reglamento Núm. 6559, del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico para enmendar el Artículo 4, añadir un nuevo Artículo 3, y reenumerar los subsiguientes artículos.

ARTÍCULO 6. – SUBSISTENCIA DE OTROS ARTÍCULOS

Los restantes Artículos de la Regla 73 del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico continúan con la misma fuerza y vigor que a la fecha en que se adoptaron.

ARTÍCULO 7. – SEPARABILIDAD

Si alguna palabra, oración, párrafo, apartado, artículo o parte de esta Regla fuera declarada nula o inválida por un Tribunal con jurisdicción, la sentencia u orden emitida por este no afectará, ni invalidará las disposiciones restantes de esta Regla y su efecto estará limitado a esa palabra, oración, párrafo, apartado, artículo o parte que haya sido así declarado nulo o inválido.

ARTÍCULO 8. – VIGENCIA

Las disposiciones de esta enmienda entrarán en vigor treinta (30) días después de su presentación ante el Departamento de Estado de Puerto Rico, de acuerdo con las disposiciones de la Ley Núm. 38, supra.


ALEXANDER S. ADAMS VEGA
COMISIONADO DE SEGUROS

Fecha de aprobación: 8 de mayo de 2024

Fecha de Radicación
en el Departamento de Estado:

Fecha de Radicación
en la Biblioteca Legislativa: