GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Seguros de Salud

Hon. Wanda Vázquez Garced
Gobernadora

Sra. Yolanda García Lugo
Directora Ejecutiva Interina

Carta Normativa 16-0404 A (Enmendada)

21 de octubre de 2019

A: Organizaciones de Cuidado Dirigido (MCOs) contratadas por el Plan de Seguro de Salud del Gobierno de PR (PSG) Vital

Re: Proceso de Apelación y Vistas Administrativas

El derecho de los beneficiarios y de los proveedores a un debido proceso de apelación de denegatoria de cubierta, o pago por servicios cubiertos, respectivamente, es de extraordinaria importancia para ASES. Las entidades contratadas deben velar por el estricto cumplimiento de los asuntos que se detallan a continuación, para garantizar un proceso que responda al verdadero propósito de este y ofrezca a las partes que buscan un remedio, mecanismos eficientes, justos y apropiados en la ponderación de sus argumentos. Estos asuntos competen tanto al proceso de apelación a nivel de la entidad de salud como a las audiencias administrativas a nivel de ASES.

A. Proceso de Vista Administrativa ante ASES para beneficiarios

1. Acciones de denegación a nivel de la entidad de salud **por falta de información**: La entidad de salud debe hacer un esfuerzo razonable para obtener toda la información necesaria para evaluar el caso. Para efectos de estos procesos, esfuerzo razonable lo constituye al menos tres (3) intentos de obtener dicha información. El expediente de apelación de la entidad de salud debe demostrar claramente los 3 intentos, previo a sostener una denegación basada en falta de información. Además, en la notificación de la decisión tiene que constar detallada la información específica solicitada y no entregada.

2. **Explicación del racional** para mantener denegación: La notificación de la decisión de apelación de la entidad de salud tiene que sustentar claramente las razones por las cuales deniega o mantiene la denegación de un servicio. Frases generales sin fundamento en sí mismas no son aceptables. Explicaciones como "Documentación insuficiente para demostrar razonabilidad", o "no es medicamente necesario" no son suficientes. Debe indicar específicamente cuál es la documentación faltante o por qué razón no se considera medicamente necesario.

   De manera similar, en el caso de un medicamento que no se incluye en el PDL, el racional no debe limitarse a "medicamento fuera de formulario". La determinación debe incluir la

explicación de por qué no se cumple con los criterios enumerados en la Sección 7.5.12.10.2.2. A esos fines, durante el proceso de apelación, la entidad de salud debe solicitar al proveedor información específica que la permita ponderar si existe o no evidencia clínica que sustente alguno de los criterios de excepción.

3. **Incluir fuente de literatura o la política** específica utilizada como base para la denegación: Casos cuya base de denegación es una política médica o de la entidad de salud, tienen que incluir copia de dicha política o guía. De manera similar, si se basa en literatura médica, debe incluir copia y las referencias de dicha literatura.

4. **Depósito del expediente** de apelación: De acuerdo con la sección 14.5.14 del contrato, la entidad de salud tiene depositar copia de la decisión de apelación, en el archivo asignado en el *Share File*, dentro de los dos (2) días laborables siguientes a la resolución. El uso de *Share File* tiene el propósito de agilizar el proceso de audiencias, evitando así procesos manuales, de correo tradicional o mensajería. La entidad de salud debe incluir automáticamente el expediente completo, fiel y exacto, con toda la documentación usada para la decisión. Además debe establecer mecanismos que garanticen el depósito del expediente en el *Share File* dentro del tiempo establecido. El incumplimiento de esta instrucción expone a la entidad al proceso de sanción.

5. **Organización** del expediente de apelación: El envío de los documentos electrónicos a través del *Share File* tienen que cumplir con lo siguiente:

    a. Las páginas estén legibles y derechas.
    b. Organizar los documentos en orden cronológico del más antiguo al más reciente.
    c. Los documentos relacionados a la acción inicial deben estar separados de los documentos relacionados a la apelación mediante una hoja de papel en blanco.
    d. Incluir un resumen ejecutivo del caso.

6. **Apelaciones expeditas**: Se hace necesario identificar de manera rápida si un caso de apelación se manejó de forma expedita. Para este propósito, se enmienda la nomenclatura actual de las apelaciones al depositar el expediente en el *Share File*:

    a. Nomenclatura actual: Cada caso se identificará mediante la fecha de la notificación de disposición (*Notice of Disposition*) o Determinación de Apelación y el número de contrato del asegurado como sigue:

        1. YYYYMMDD-NÚMERO DE CONTRATO

    b. <u>Nomenclatura revisada efectivo para casos depositados después de la fecha de esta comunicación</u>:
        i. Nomenclatura para casos estándares: Se mantiene igual a las instrucciones reflejadas en el inciso 6.a que antecede.

ii. Nomenclatura para casos expeditos: se identificará mediante la fecha de la notificación de disposición (*Notice of Disposition*) o Determinación de Apelación, guión, las letras **EX** (en mayúsculas), guión y el número de contrato del asegurado como sigue:

1. YYYYMMDD-EX-NÚMERO DE CONTRATO

7. **Contestaciones a órdenes del Oficial Examinador(a):** Toda respuesta a órdenes emitidas por el (la) Oficial Examinador(a) deberán ser notificadas por escrito a todas las partes en el caso y certificarse en el escrito el cumplimiento con dicho requisito del debido proceso de ley. Las respuestas deberán estar debidamente identificadas con el número de caso asignado por ASES, *e.g.* AC16-____. Dichas respuestas tendrán que ser remitidas por correo electrónico a la siguiente dirección:

ofexpsg@asespr.org

B. Apelación para proveedores

Los proveedores gozan de derecho a acudir a ASES para apelar las decisiones de los MCO's en cuanto a denegatoria de pago de reclamaciones por servicios cubiertos. Ante una solicitud de apelación por parte de proveedor, ASES solicitará al o los MCO's concernidos el depósito en el *Share File* del expediente de las reclamaciones objeto de la apelación. Este depósito deberá ser hecho en dos (2) días desde la solicitud por parte de ASES.
De incluir información médica o sensitiva, deberá remitirse mediante correo seguro o cifrado, en cumplimiento con la Ley HIPAA.

De tener alguna duda sobre el contenido de esta comunicación, deberá canalizarla a través del Oficial de Cumplimiento asignado a la entidad.

ASES se mantendrá monitoreando el fiel cumplimiento de esta Normativa por lo que, de encontrarse a la entidad de salud en incumplimiento con la misma, se expondrá a sanciones de acuerdo a lo dispuesto en el contrato.

Confiamos en el fiel cumplimiento de estas instrucciones.

Cordialmente,

Yolanda García Lugo
Directora Ejecutiva Interina