



ORDEN ADMINISTRATIVA NÚM. 584

ORDEN ADMINISTRATIVA DEL SECRETARIO DE SALUD A LOS FINES DE ESTABLECER LA POLÍTICA PÚBLICA DEL "THIRD PARTY LIABILITY" (TPL) Y ESTABLECER MEDICAID COMO EL ÚLTIMO PAGADOR DE SERVICIOS MÉDICOS DE CONFORMIDAD CON EL 42 CFR 433, SUBPARTE D

POR CUANTO: El Departamento de Salud (DSPR) fue creado de conformidad con la Ley Núm. 81 de 14 de marzo de 1912, según enmendada, y elevado a rango constitucional en virtud de lo dispuesto en el artículo IV, Sección 6 de la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, con el propósito de velar por la salud pública en Puerto Rico y de adoptar las medidas necesarias para ese fin.

POR CUANTO: El Secretario de Salud, ejercerá todas aquellas funciones que le asigna la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y la Ley 81-1912, según enmendada, y todas las leyes vigentes relacionadas con la salud que exigen un sistema de salud efectivo y eficiente.

POR CUANTO: El Programa Medicaid se creó en virtud de la Ley Pública 98-97 de 30 de julio de 1965, bajo el Título XIX de la Ley de Seguridad Social, con el propósito de hacer accesible la prestación de servicios de salud a las personas cuyos ingresos y recursos son insuficientes para sufragar el costo de un plan médico.

POR CUANTO: Para fines de esta Orden Administrativa, el Programa Medicaid adscrito al Departamento de Salud, será definido como "agencia," conforme a los servicios que brinda y los deberes que le fueran delegados a los estados y territorios de los Estados Unidos para el manejo de los fondos otorgados bajo la Ley de Seguridad Social.

POR CUANTO: Esta Orden Administrativa se referirá a Puerto Rico como "estado", para fines de las obligaciones impuestas por la regulación federal aplicable.

POR CUANTO: El Plan Estatal describe la naturaleza y el alcance del Programa de Medicaid de Puerto Rico. Según lo dispuesto en la Sección 1902 de la Ley de Seguridad Social, el Plan fue desarrollado por el estado y aprobado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS).

POR CUANTO: El Código Federal de Regulaciones, 42 CFR 433, Subparte D, establece la política de *Third Party Liability* (TPL), mediante el cual los estados están obligados a tomar medidas razonables para determinar la responsabilidad legal de terceros en cuanto al pago por la atención y los servicios brindados bajo el plan estatal de Medicaid. Esta política de TPL tiene el objetivo de garantizar que Medicaid solo pague por los servicios de atención médica después de que todas las

otras fuentes potenciales de cobertura, (como seguros privados, seguros de accidentes, Medicare) hayan sido utilizadas. ¹

POR CUANTO: La Ley de Asignaciones Consolidadas de 2022 (Consolidated Appropriations Act, 2022), incluyó una nueva disposición que proporciona a los estados mayor flexibilidad con respecto al TPL. La sección 202 de la Ley de Asignaciones Consolidadas de 2022, modificó la sección 1902(a)(25)(I) de la Ley de Seguridad Social, con el fin de requerirle a los estados un Plan del Estado con normativas que impidan a las principales fuentes pagadoras a declinar el pago de un servicio de atención médica por accidente, únicamente porque no recibió autorización previa según las normas del TPL.

POR CUANTO: Esta Orden Administrativa tiene el objetivo de establecer los deberes y responsabilidades del beneficiario del programa Medicaid, en cuanto al deber de informarle a su proveedor de servicios médicos, coberturas adicionales. A su vez, establece los deberes y responsabilidades del proveedor y aseguradoras (Manage Care Organization, MCOs por sus siglas en inglés), en cuanto al deber de informarle al Programa Medicaid la potencial cobertura del beneficiario, tomando en consideración lo establecido en ley y, esta orden administrativa, y la enmienda al Plan Estatal Núm. SPA 22-0001, aprobada por CMS el 27 de mayo de 2022. ²

POR CUANTO: Con la adopción de la presente Orden y en cumplimiento con lo establecido en el Código de Regulaciones Federales, el Departamento de Salud adopta la política de TPL para regular las operaciones del Programa Medicaid. La misma tiene el objetivo de estructurar la comunicación entre los proveedores de servicios de salud y las aseguradoras con el fin de determinar la cobertura primaria y secundaria, garantizar que los reclamos se procesen correctamente y que Medicaid sea el pagador de último recurso, según lo establece el 42 CFR 433, supra. La política de TPL ayudará a conservar los recursos del Programa Medicaid de Puerto Rico, asegurando que el programa pueda continuar proporcionando servicios a los individuos y familias de bajos ingresos que dependen de él.

POR TANTO: YO, CARLOS R. MELLADO LÓPEZ, MD, SECRETARIO DE SALUD DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO, DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES VIGENTES Y EN VIRTUD DE LA AUTORIDAD QUE ME CONFIERE LA LEY, ORDENO LO SIGUIENTE:

PRIMERO: ADOPCIÓN DE POLÍTICA DE MEDICAID COMO ÚLTIMO PAGADOR:



El Departamento de Salud del Gobierno de Puerto Rico, Programa Medicaid, será el último pagador de servicios de atención médica cuando exista un fondo de cobertura privada (aseguradoras, fondos de empleados o un acuerdo de liquidación por accidente y Medicare). A tales efectos, el Programa Medicaid tomará las medidas que se establecen en esta Orden y adoptará mecanismos para efectivamente identificar los posibles *third party liability payors*

¹ Esta Orden Administrativa se referirá a Puerto Rico como “estado”, para fines de las obligaciones impuestas por regulación federal.

² La enmienda al Plan Estatal Núm. SPA 22-0001, aprobada el 27 de mayo de 2022 tiene fecha de efectividad al 1ro de abril de 2022.

(TPL), para recuperar el dinero en riesgo, conforme a la regulación federal aplicable y ser así el último pagador por los servicios de atención médica.

SEGUNDO: DEBER DE NOTIFICACIÓN DE LOS PAGADORES PRIMARIOS:
Los pagadores primarios, como seguros privados, seguros de accidentes, Medicare, deben notificar al Programa Medicaid de Puerto Rico todos los gastos médicos incurridos por el asegurado, con el fin de recuperar el dinero que Medicaid haya pagado y que sea elegible para reembolso.

TERCERO: INFORMES DE RECOBRO CONFORME A POLÍTICA DE TPL:

- (a) La Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES), como administrador del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, tendrá la responsabilidad de presentar ante el Programa Medicaid los informes mensuales relacionados a los cobros TPL, según los requerimientos de la Unidad de Integridad del Programa Medicaid del Departamento de Salud. La información suministrada por ASES, se utilizará para cumplir con el requerimiento de la regulación federal establecida por CMS conocida como la Forma CMS-64.
- (b) Los MCOs (Manage Care Organizations), tendrán la responsabilidad de enviar a ASES la información requerida por las regulaciones federales y estatales relacionada a su cobro de TPL.

CUARTO: PAGO DE LAS RECLAMACIONES POR LOS SERVICIOS: El Departamento de Salud, a través del Programa Medicaid de Puerto Rico, establece las siguientes reglas de pago como parte de la política de TPL adoptada y de conformidad al Código Federal de Regulaciones, 42 CFR 433.139:

(a) **RECHAZO DE PAGO CUANDO EXISTE POTENCIAL DE COBERTURA ADICIONAL:**

1. Toda reclamación presentada para pago por servicios brindados a un beneficiario del Plan de Salud del Gobierno que cuenta con una potencial de cobertura adicional (seguros privados, seguros de accidentes, Medicare), será rechazada indicando al proveedor que dicha reclamación debe ser presentada al pagador primario potencial. Una vez que el posible pagador principal haya tramitado la solicitud, el proveedor puede presentar nuevamente su reclamación de pago a Medicaid. En estos casos, Medicaid pagará la reclamación si el importe a pagar es superior al pago primario.

(b) **EXCEPCIONES AL RECHAZO DE PAGO:**

1. Las reclamaciones por servicios pediátricos preventivos y de atención prenatal deben ser pagadas a su presentación aun si existe una potencial de cobertura adicional. Posterior al pago, puede solicitarse el reembolso a un tercero responsable, incluido un progenitor ausente.



2. Se deben pagar primero las reclamaciones por servicios de Medicaid prestados a una persona para la que el estado esté llevando a cabo la ejecución de la manutención. Medicaid, tiene la opción de pagar primero las reclamaciones por parto y después solicitar el reembolso a un tercero responsable.

QUINTO:

DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD Y RECERTIFICACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD PARA MEDICAID:

(a) OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO:

1. Al determinar la elegibilidad para los beneficiarios de Medicaid, el Programa Medicaid debe, durante la solicitud inicial y cada proceso de recertificación, obtener del solicitante o beneficiario la información del seguro de salud que sea útil para identificar los recursos de terceros legalmente responsables para que la agencia pueda procesar las reclamaciones según los procedimientos de pago establecidos en el acápite SEXTO el inciso (i) de esta Orden.³ La información sobre el seguro médico puede incluir, entre otros datos, el nombre del titular de la póliza, su parentesco con el solicitante o beneficiario, el número de seguro social del titular de la póliza, el nombre, la dirección de la compañía de seguros y el número de la póliza.

(b) OBTENCIÓN DE OTRA INFORMACIÓN:

1. El Programa Medicaid deberá incorporar al expediente del caso de elegibilidad los nombres y números de Seguro Social de los padres ausentes o con custodia de los beneficiarios de Medicaid en la medida en que dicha información esté disponible.

Excepción: El Programa Medicaid no estará obligado a requerir esta información si solicitó a CMS, y le fue concedida, una exención conforme a los requisitos establecidos en inciso (i) de este acápite QUINTO.

(c) INTERCAMBIO DE DATOS:

1. Para obtener información con el fin de determinar la responsabilidad legal de terceros y poder procesar las reclamaciones conforme a los procedimientos de pago establecidos en el acápite SEXTO de esta Orden, el Programa Medicaid deberá obtener y utilizar la siguiente información del Departamento del Trabajo de Puerto Rico y de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés):
 - a. Información que identifique a los beneficiarios de Medicaid que están empleados y a su(s) empleador(es); y
 - b. Información que identifica a los padres ausentes o con custodia de los beneficiarios que están empleados y su(s)

³ Los procedimientos de pago establecidos en el 42 CFR §433.139, incisos (b) al (f) son adoptados en el acápite SEXTO de esta Orden.

empleador(es), si sus nombres y número de seguro social están disponibles

Excepción: Si la agencia puede demostrar a CMS que tiene una fuente alterna de información que proporciona información tan oportuna, completa y útil como los archivos de salarios e ingresos del Departamento del Trabajo de Puerto Rico y de la SSA para determinar la responsabilidad legal de terceros, se considerará que se cumplen los requisitos establecidos en esta sección. El Programa podrá estar exento de estos requisitos de intercambio de información si solicitó a CMS, y le fue concedida, una exención conforme a los requisitos establecidos en el inciso (i) de este acápite QUINTO.

2. El Programa Medicaid debe solicitar, según lo dispuesto en 42 CFR § 435.948(a)(2), a la agencia estatal del título IV-A bajo el Departamento de la Familia de Puerto Rico, información no comunicada previamente que identifique a aquellos beneficiarios de Medicaid que estén empleados y a su(s) empleador(es).
3. El Programa Medicaid debe suscribir acuerdos colaborativos, conforme lo permitan las leyes aplicables, con el Fondo del Seguro del Estado, la Comisión Industrial o la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles, para obtener:
 - a. Información que identifique a los beneficiarios de Medicaid y a los padres ausentes o con custodia de los beneficiarios de Medicaid con lesiones o enfermedades relacionadas con el empleo (si sus nombres y SSN están disponibles).
 - b. Información que identifique a los beneficiarios de Medicaid lesionados en accidentes de vehículos de motor, ya sea lesionados como peatones, conductores, pasajeros o ciclistas.

Excepción: Si no se logran suscribir los acuerdos requeridos en el inciso 3 que antecede, el Programa Medicaid debe presentar a CMS documentación que demuestre que la agencia hizo un intento razonable para obtener estos acuerdos. Si CMS determina que se realizó un intento razonable, se considerará que se cumplen los requisitos de la regulación federal a estos efectos.

(d) CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICO Y TRAUMA:

1. El Programa Medicaid debe tomar medidas para identificar aquellas reclamaciones pagadas por Medicaid que contengan códigos de diagnóstico que sean indicativos de trauma, lesión, envenenamiento y otras consecuencias de causas externas, con el fin de determinar la responsabilidad legal de terceros y procesar las reclamaciones según los procedimientos de pago por terceros establecidos en el acápite SEXTO de esta Orden.



(e) FRECUENCIA DEL INTERCAMBIO DE DATOS E IDENTIFICACIÓN DE CÓDIGOS DE TRAUMA:

1. El Programa Medicaid debe realizar los intercambios de datos requeridos en el inciso (c)(1) y (c)(2) de este acápite CINCO, y las revisiones de reclamaciones pagadas por Medicaid que contengan códigos de los diagnósticos de trauma conforme la frecuencia establecida en el 42 CFR §435.948.⁴

(f) PROCEDIMIENTOS DE SEGUIMIENTO Y ACTUALIZACIÓN DE DATOS PARA IDENTIFICAR RECURSOS DE TERCEROS LEGALMENTE RESPONSABLES:

1. El Programa Medicaid debe actualizar la información de salarios e ingresos obtenida del Departamento del Trabajo y SSA e intercambio de datos con la agencia estatal del título IV-A bajo el Departamento de la Familia de Puerto Rico (si corresponde), en un plazo de 45 días, para identificar los recursos de terceros legalmente responsables e incorporar dicha información al expediente del caso de elegibilidad y a su base de datos de terceros y unidad de recuperación, para así poder procesar las reclamaciones conforme a los procedimientos de pago de responsabilidad de terceros requeridos en 42 CFR § 433.139 (b) a (f); según establecido en el Plan del Estado⁵.
2. En cuanto a la información sobre seguros de salud e indemnizaciones por accidentes laborales, el Programa Medicaid debe actualizar dicha información (si corresponde), en un plazo de 60 días, a fin de identificar los recursos de terceros legalmente responsables e incorporar dicha información en el archivo de casos de elegibilidad para que la agencia pueda procesar las reclamaciones conforme a los procedimientos de pago de responsabilidad de terceros establecidos en el 42 CFR § 433.139 (b) a (f) y en esta Orden.
3. El Programa Medicaid debe actualizar los datos relacionados a accidentes de vehículos de motor con el fin de identificar los recursos de terceros legalmente responsables y procesar las reclamaciones en virtud de los procedimientos de pago de responsabilidad de terceros establecidos en el 42 CFR § 433.139 (b) a (f) y en esta Orden.
4. El Programa Medicaid debe incorporar al expediente del caso de elegibilidad y a su base de datos de terceros, toda la información que identifique recursos de terceros legalmente responsables por el pago de reclamaciones procesadas por la agencia.

(g) PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN E INTERCAMBIO DE DATOS:

⁴ El Programa Medicaid no estará obligado a requerir esta información si solicitó a CMS, y le fue concedida, una exención conforme a los requisitos establecidos en el inciso (i) del acápite QUINTO de esta Orden.

⁵ Título XIX del SSA para el territorio de Puerto Rico, 8 de Octubre de 1988, anejo 4.22-A, pag. 1.

1. La agencia deberá proteger la información obtenida de otras agencias e intercambiada conforme a los requisitos establecidos en el 42 CFR 431 subparte F.
2. Antes de solicitar información a otros organismos (agencias) o de facilitarles información para identificar recursos de terceros legalmente responsables, la agencia deberá obtener acuerdos de intercambio de datos con dichos organismos. Los acuerdos, como mínimo, deberán especificar:
 - a. La información que se intercambiará;
 - b. Los títulos de todos los funcionarios de la agencia con autoridad para solicitar información de terceros;
 - c. Los métodos, incluidos los formatos que se utilizarán, y el calendario para solicitar y proporcionar la información;
 - d. las medidas que limitarán el uso y la divulgación de la información, tal como exigen las leyes o reglamentos federales y/o estatales; y
 - e. El método que utilizará la agencia para reembolsar los costos razonables del suministro de la información de ser necesario un pago.

(h) INTEGRACIÓN CON EL SISTEMA ESTATAL DE TRAMITACIÓN DE SOLICITUDES Y RECUPERACIÓN DE INFORMACIÓN - ELABORACIÓN DE UN PLAN DE ACCIÓN:

1. El Programa Medicaid elaborará un plan de acción para procesar las reclamaciones de responsabilidad de terceros. El plan de acción estará integrado con el sistema electrónico de procesamiento de reclamaciones y recuperación de información (conocido como Medicaid Management Information System, por sus siglas en inglés MMIS).
2. Metodologías que el Programa Medicaid seguirá como Plan de Acción:
 - a. Identificar a terceros;
 - b. Determinar la responsabilidad de terceros;
 - c. Evitar el pago de reclamaciones de terceros, tal y como se exige en el 42 CFR § 433.139;
 - d. Procurar el reembolso de terceros después del pago de reclamaciones de Medicaid como se requiere en 42 CFR § 433.139; y,
 - e. Registro de información y las acciones relacionadas con el plan:
3. El plan de acción debe ser coherente con las condiciones para la reaprobación establecidas en 42 CFR § 433.119. La parte del plan que está integrada en el MMIS se supervisa de acuerdo con dichas condiciones y, si no se cumplen, está sujeta a la reducción del Federal Financial Participation (por sus siglas en inglés, FFP) de acuerdo con los procedimientos establecidos en 42 CFR § 433.120. El Estado no está sujeto a ninguna otra sanción como resultado de otros requisitos de supervisión, control de calidad o auditoría para la reaprobación del plan de acción. El Estado no está sujeto a ninguna otra penalización como resultado de otros requisitos



de seguimiento, control de calidad o auditoría de los puntos del plan de acción.

4. La agencia debe presentar su plan de acción para la aprobación de CMS dentro de los 120 días a partir de la fecha en que CMS emita las instrucciones de implementación para el Manual del Programa Medicaid. Si no existe un MMIS aprobado en la fecha de emisión del Manual del Programa Medicaid pero posteriormente implementa un MMIS, el Programa Medicaid debe presentar su plan de acción en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que el sistema esté operando.

(i) EXENCIÓN DE REQUISITOS PARA DETERMINAR RESPONSABILIDAD DE TERCEROS:

1. El Programa Medicaid puede solicitar una exención inicial y continua de los requisitos para la determinación de responsabilidad de terceros que se encuentran en los incisos (b), (c), (d), (e), (f) de este acápite QUINTO de esta Orden, si el estado determina que el proceso para cumplir con los mismos no es costo efectivo.⁶ El proceso no será costo efectivo si su costo supera la recuperación por concepto de responsabilidad de terceros y este logra, al mismo costo o a un costo superior, el mismo objetivo que otro proceso que se esté llevando a cabo.⁷

a. Procedimiento para solicitar exención:

- i. La agencia debe presentar una solicitud de exención del requisito por escrito a CMS.
- ii. La solicitud debe contener la documentación adecuada para establecer que el cumplimiento de un requisito requerido por la agencia no es costo efectivo. Ejemplos de documentación son los datos de recuperación de reclamaciones y un análisis del estado que documente una alternativa costo efectiva que cumpla la misma tarea.
- iii. La agencia debe comprometerse, si se concede la exención, a notificar a CMS cualquier acontecimiento que se produzca y que modifique las condiciones sobre las que se aprobó la exención.

2. CMS revisará la solicitud de exención y solicitará información adicional si fuera necesario. CMS notificará su determinación de aprobación o desaprobación en un plazo de 30 días a partir del recibo de la solicitud de exención debidamente documentada.



⁶ Los requisitos sujetos a esta exención son los que se encuentran en el 42 CFR 433.138, subincisos (c), (d)(4), (d)(5), (e), (f), (g)(1), (g)(2), (g)(3) y (g)(4).

⁷ Título XIX del SSA para el territorio de Puerto Rico, 27 de Mayo de 2022, anejo 4.22-B, pag. 1.

3. CMS podrá rescindir la exención aprobada en cualquier momento en que determine que el estado ya no cumple los criterios para aprobar la exención. Si se rescinde la exención, la agencia dispone de 6 meses a partir de la fecha del aviso de rescisión para cumplir el requisito del cual había sido exento.

SEXTO: REQUISITOS PARA EL PAGO DE LAS RECLAMACIONES:

(a) El Departamento de Salud adopta las siguientes disposiciones establecidas en el 42 CFR 433.139:

1. Para las reclamaciones que impliquen responsabilidad de terceros que se tramiten a partir del 12 de mayo de 1986, la agencia deberá utilizar los procedimientos requeridos en los párrafos (b) a (f) de 42 CFR 433.139.
2. La agencia debe presentar documentación de los métodos (por ejemplo, reducción de costos; pagar y recuperar más tarde) que utilizará para el pago de reclamaciones que implican responsabilidad de terceros de CMS.
3. CUANDO SE IDENTIFICA POSIBLE RESPONSABILIDAD DE TERCEROS EN EL MOMENTO EN QUE SE PRESENTA LA RECLAMACIÓN:

a. RECHAZO DE LA RECLAMACIÓN: Si se identifica la posible existencia de responsabilidad de terceros en el momento en que se presenta la reclamación, la agencia debe rechazar la reclamación y devolverla al proveedor para que se determine el importe de la responsabilidad. La determinación de la responsabilidad de terceros tiene lugar cuando la agencia recibe confirmación del proveedor o de un recurso de terceros indicando el alcance de la responsabilidad del tercero. Cuando se determina la cuantía de la responsabilidad, la agencia debe pagar la reclamación, en la medida en que el pago aprobado según el calendario de pagos de la agencia supere la cuantía del pago del tercero.

b. PAGO DEL MONTO TOTAL Y SOLICITUD DE REEMBOLSO: Por excepción, cuando se identifica la posible responsabilidad de terceros al momento en que se presenta una reclamación, el Programa Medicaid deberá pagar el monto total de la reclamación, según permitido la agencia, y solicitar el reembolso de cualquier tercero responsable hasta el límite de la responsabilidad legal (o de un tercero, cuando la responsabilidad deriva de un padre ausente cuya obligación de pagar manutención ha sido impuesta por la agencia estatal del título IV-D, conforme al 42 CFR 433.138, incisos (b)(3)(ii), en los siguientes casos:

- i. Cuando la reclamación se refiere a servicios pediátricos preventivos, incluidos los servicios de detección precoz

y periódica, diagnóstico y tratamiento previstos en la parte 441, subparte B, de 42 CFR, cubiertos por el plan estatal; o

- ii. Cuando la reclamación se refiere a un servicio cubierto por el plan estatal que se le presta a una persona, en cuyo nombre la agencia estatal del título IV-D, lleva a cabo la ejecución de la manutención infantil. La agencia, antes de efectuar cualquier pago en virtud de esta sección, deberá asegurarse de que se cumplen los siguientes requisitos:

- El plan estatal especifica si los proveedores están obligados o no a facturar al tercero.
- Para los servicios de cumplimiento de manutención infantil a partir del 9 de febrero de 2018, el proveedor certifica que antes de facturar a Medicaid, si el proveedor ha facturado a un tercero, el proveedor ha esperado 100 días a partir de la fecha del servicio y no ha recibido el pago del tercero.
- El plan estatal especifica el método utilizado para determinar el cumplimiento del proveedor con los requisitos de facturación.

4. CUANDO NO SE IDENTIFICA POSIBLE RESPONSABILIDAD DE TERCEROS EN EL MOMENTO EN QUE SE PRESENTA LA RECLAMACIÓN, O CUANDO LOS BENEFICIOS DEL TERCERO RESPONSABLE NO ESTÁN DISPONIBLES AL MOMENTO DE PRESENTAR LA RECLAMACIÓN:

- a. Si no se puede identificar la posible existencia de responsabilidad de terceros o cuando los beneficios de terceros responsables no están disponibles para pagar los gastos médicos del beneficiario en el momento en que se presenta la reclamación, se deberá pagar el importe total permitido según el plan de pagos del Programa Medicaid.

5. RECOBRO DEL REEMBOLSO:

- a. Si la agencia tiene una exención aprobada conforme a las disposiciones del 42 CFR 433.139, inciso (e), para pagar un reclamo en el que se ha establecido la existencia probable de responsabilidad de terceros y luego solicita el reembolso, la agencia debe solicitar dicho reembolso dentro de los 60 días posteriores al final del mes en el que se realizó el pago, a menos que la agencia esté exenta de este requisito conforme a lo establecido en el 42 CFR 433.139, inciso (e)).



- b. Si la agencia se entera de la existencia de un tercero responsable después de que se pague una reclamación, o los beneficios de un tercero se hacen disponibles después de que se pague una reclamación, la agencia debe solicitar la recuperación del reembolso dentro de los 60 días posteriores al final del mes en que adviene en conocimiento de la existencia del tercero responsable o se dispone de los beneficios.
- c. Debe solicitarse el reembolso a menos que la agencia determine que la recuperación no sería costo efectiva de acuerdo con el 42 CFR 433.139 (f).

6. EXENCIÓN DE LOS REQUISITOS EN CUANTO AL PAGO DE LAS RECLAMACIONES:

- a. La agencia podrá solicitar una exención inicial y continua de los requisitos establecidos en el 42 CFR 433.19, incisos (b)(1), (d)(1) y (d)(2), si determina que el requisito no es costo efectivo. Una actividad no será costo efectiva si el costo de la actividad requerida supera la recuperación de la responsabilidad frente a terceros y la actividad requerida cumple, al mismo costo o a un costo superior, el mismo objetivo que otra actividad que esté realizando el Estado.
- b. La agencia debe presentar una solicitud de exención del requisito por escrito a CMS.
- c. La solicitud debe contener la documentación adecuada para establecer que, cumplir con un requisito requerido por la agencia no es costo efectivo. Ejemplos de documentación son los costos asociados a la facturación, los datos de recuperación de reclamaciones y un análisis estatal que documente una alternativa costo efectiva que realice la misma tarea.
- d. El Programa Medicaid debe comprometerse, si se concede una exención, a notificar a CMS cualquier acontecimiento que ocurra y que modifique las condiciones por las que se aprobó la exención.

7. SUSPENSIÓN O TERMINACIÓN DE LA RECUPERACIÓN DEL REEMBOLSO:

- a. El Programa Medicaid deberá solicitar el reembolso a un tercero responsable de todas las reclamaciones siempre y cuando determine que el importe que espera recuperar será superior al costo del proceso de recuperación. Los esfuerzos de recuperación sólo podrán suspenderse o darse por terminados si no son costos efectivos.
- b. El plan estatal debe especificar el importe de cantidad límite u otra directriz que la agencia utilice para determinar si debe solicitar la recuperación del reembolso de un tercero responsable, o describir el



A handwritten signature in blue ink is located on the left side of the page. Below it is a faint circular stamp, likely an official seal or stamp, which is mostly illegible due to fading.

proceso mediante el cual la agencia determina que solicitar la recuperación del reembolso no sería costo efectivo.

- c. El plan estatal también debe especificar el importe de dinero o el periodo de tiempo durante el cual acumulará las facturas con respecto a un tercero responsable, a la hora de tomar la decisión de solicitar la recuperación del reembolso.

SÉPTIMO: INTERPRETACIÓN: Las leyes y reglamentos federales y estatales aplicables, así como lo dispuesto en el Plan Estatal de Medicaid para Puerto Rico, prevalecerán sobre las disposiciones de esta Orden, cuando estas estén en conflicto o sean inconsistentes con lo establecido en dichas leyes, reglamentos, y en el Plan Estatal.

OCTAVO: VIGENCIA: Esta orden administrativa será efectiva inmediatamente y se mantendrá en vigor mientras no sea revocada por una orden posterior. Toda orden administrativa previamente adoptada que sea incompatible con las disposiciones de esta Orden, queda por la presente derogada.

Y PARA QUE ASÍ CONSTE, firmo la presente Orden y hago estampar en ella el sello del Departamento de Salud del Gobierno de Puerto Rico, hoy 4 de enero de 2024, en San Juan, Puerto Rico.





CARLOS MELLADO LÓPEZ, MD
SECRETARIO DE SALUD