

JUM. 2115

FECHA 4 de julio de 1976 3:05 P.M.

APROBADO JUAN A. ALBORS
Secretario de Estado

POR: *Maria I. Alvarez*
Secretaria Auxiliar de Estado

DEPARTAMENTO DE SALUD
ADMINISTRACION DE FACILIDADES Y SERVICIOS
HOSPITALARIOS DE SALUD DE PUERTO RICO

REGLAMENTO NUMERO 5.1

REGLAMENTO DEL SECRETARIO DE SALUD PARA ESTABLECER TODO
LO RELACIONADO CON LA FACTURACION, COBRO, DEPOSITO,
CONTABILIZACION, CONTROL Y USO DE LOS FONDOS RECAUDADOS
POR SERVICIOS MEDICO-HOSPITALARIOS

I N D I C E

Página Núm.

Artículo I - Base Legal	1
Artículo II - Propósito y Alcance	1
A. Propósito	1
1. Recuperación de Costos	1
2. Establecimiento de Normas y Procedimientos	1
B. Alcance	2
1. Pacientes	2
2. Clasificación de Pacientes	2
a. Pacientes con Planes de Seguros Médicos	2
b. Pacientes asegurados por ACASS y otros	2
c. Pacientes Pudientes	3
d. Pacientes Indigentes	3
Artículo III - Definiciones	3
Artículo IV - Disposiciones Generales	4
A. Normas para Prestar el Servicio	4
1. Emergencias	4
2. Médico-Indigentes	4
3. Evaluación Socio-Económica	5
4. Determinación de Indigencia	5
5. Solvencia Parcial o Total	5
6. Fuerza Policiaca	6
B. Normas para Facturación y Cobro	6
1. Fondos Federales	6

Artículo IV - Disposiciones Generales (Cont.)

- 2. Medicinas 6
- 3. Deducibles 7

Artículo V - Disposiciones Específicas 7

- A. Determinación de Elegibilidad 7
 - 1. Admisión 7
 - 2. Consideración de Elegibilidad; Ingresos 8
 - 3. Capacidad Económica; Tabla 8
- B. Cobro por Servicios 11
 - 1. General 11
 - a. Identificación de Servicios 11
 - b. Preparación de Facturas 11
 - 2. Hospitalización 11
 - a. Tarifas; Experiencia de Años Anteriores 11
 - b. Base para las Facturas 12
 - c. Facturación a Pacientes de Medicare 12
 - 3. Clínicas Externas y Emergencia 12
 - a. Facturación a Pacientes Pudientes 12
 - b. Facturación a los Planes Médicos 13
 - 4. Servicios de Ambulancias 13
 - a. Facturación a Pacientes Pudientes 13
 - b. Facturación a los Planes Médicos 13
 - 5. Servicios Médico-Quirúrgicos 14
 - a. Determinación de Valores 14
 - b. Valores de Compañías de Seguros 14

Artículo V - Disposiciones Específicas (Cont).

6. Servicios de Laboratorio, Rayos X y otros Servicios Especiales	15
a. Facturación Separada	15
b. Facturación a Pacientes con Ingresos	15
c. Facturación a los Planes Médicos con Tabla de Valores	15
d. Facturación a Compañías Aseguradoras sin Tabla de Valores	15
C. Recaudaciones	16
1. Depósitos de Fondos	16
2. Identificación Separada de Recaudaciones	16
3. Identificación en el Detalle de Ingresos	16
4. Prioridad en Acreditación de Recaudo	16
D. Control y Contabilización	17
1. Acreditación de Fondos	17
2. Identificación de Honorarios Médicos	17
3. Acreditación de Servicios Hospitalarios	17
4. Acreditación de Otros Servicios	17
E. Utilización de Fondos Recaudados	17
1. Base Legal	17
2. Prioridad	18
3. Sobrante	18
F. Distribución de Fondos	18
1. Plan del Secretario	18
2. Enmiendas al Plan	18
3. Responsabilidad	18
4. Plan de cada Facilidad	19
Artículo VI- Enmiendas	19
Artículo VII- Vigencia	19

ARTICULO I - Base Legal

- A. Se promulga este Reglamento de acuerdo con el Artículo 4(b), 5(1) y 5(n) de la Ley Número 26 del 13 de noviembre de 1975, que crea la Administración de Facilidades y Servicios Hospitalarios de Salud de Puerto Rico.

ARTICULO II - Propósito y Alcance

A. Propósitos

1. Recuperación de Costos

Establecer la política general, las normas, procedimientos y demás mecanismos necesarios para recuperar los costos por servicios médico-hospitalarios, tanto los servicios médico-profesionales, como los hospitalarios, que se presten a pacientes asegurados mediante planes o seguros de salud y a los de pago directo con capacidad económica para pagar por dichos servicios, en las instituciones que operen o que en el futuro sean operados por la Administración de Facilidades y Servicios Hospitalarios de Salud de Puerto Rico.

2. Establecimiento de Normas y Procedimientos

Establecer las normas y procedimientos para la facturación, cobro, depósito, contabilidad, control y uso de los fondos recaudados en cada institución.

B. Alcance

1. Pacientes

Las disposiciones de este Reglamento aplican a todos los pacientes asegurados y a los de pago directo que utilicen las instituciones operadas por la Administración. Aplican tanto a los servicios médicos profesionales, como a los servicios hospitalarios.

2. Clasificación de Pacientes

Los pacientes pueden estar clasificados en uno de los siguientes grupos:

a. Pacientes con Planes de Seguros Médicos

Pacientes con planes de seguros médicos o de salud, ya sea con asociaciones como la Cruz Azul, Triple S, Uniones Obreras, Fondo del Seguro del Estado y cualquier otra organización similar o compañía de seguros comerciales.

b. Pacientes Asegurados por ACA:A y Otros

Pacientes lesionados por vehículos, cubiertos por la Ley Número 138, aprobada en 26 de junio de 1968, según enmendada, conocida como Ley de Protección Social por Accidentes de Automóviles, administrada por la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACA:A) o

cualquier otro seguro similar donde se determine que una de las partes está asegurada o está obligada por ley o por contrato a pagar los costos de los servicios médico-hospitalarios o personas lesionadas.

c. Pacientes Pudientes

Pacientes no cubiertos o cubiertos parcialmente por planes o seguros médicos y quienes, de acuerdo a su evaluación socio-económica, disponen de ingresos y recursos suficientes para pagar todos o parte de los costos de los servicios médico-hospitalarios recibidos.

d. Pacientes Indigentes

Los pacientes totalmente indigentes, según se define en el Apartado III-D de este Reglamento, a quienes se les prestarán los servicios libre de costos.

ARTICULO III - Definiciones

- A. La Administración - significará la Administración de Facilidades y Servicios Hospitalarios de Salud de Puerto Rico.
- B. Director Ejecutivo - significará el Director Ejecutivo de la Administración.
- C. Plan Médico - cualquier seguro médico o de salud, ya sea con asociaciones con o sin fines de lucro o con compañías de seguros comerciales.

- D. Pacientes Médico-Indigentes - pacientes elegibles para recibir servicios de salud con cargo a fondos públicos, según se determine conforme a los criterios establecidos en este Reglamento.
- E. Secretario - Secretario de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- F. Servicios Médicos - para efectos de este Reglamento, se entenderá por servicios médicos, los servicios profesionales ofrecidos por médicos o dentistas debidamente autorizados a ejercer la profesión en Puerto Rico.
- G. Servicios Hospitalarios - para efectos de este Reglamento, se entenderá por servicios hospitalarios todos los servicios ofrecidos en un Hospital, Centro de Salud, Unidad de Salud Pública o Centro de Diagnóstico y Tratamiento, tales como servicios de laboratorio, rayos x, hospitalización, ambulancias y otros bajo la égida de la Administración.

ARTICULO IV - Disposiciones Generales

A. Normas para Prestar el Servicio

1. Emergencia

Pacientes clasificados como casos de emergencia, tendrán prioridad en el uso de las facilidades y servicios en las instituciones que forma parte de la Administración, independientemente de su condición económica. El factor determinante es la condición médica del paciente.

2. Médico-Indigentes

En caso de admisiones electivas, a distinción de los de emergencia, tendrán prioridad los pacientes

médico-indigentes sobre los pacientes asegurados con un plan o seguro médico y los que tienen capacidad económica suficiente que les haga viable la alternativa del hospital privado. Esta norma aplicará hasta tanto existan los medios económicos y la reglamentación correspondiente que permitan a los pacientes médico-indigentes asistir a instituciones privadas a recibir servicios con cargo a fondos públicos.

3. Evaluación Socio-Económica

Todo paciente atendido en las instituciones de la Administración, estará sujeto a una evaluación socio-económica, incluyendo los que tengan algún plan o seguro médico.

4. Determinación de Indigencia

Todo paciente cuya evaluación socio-económica determina que su unidad familiar es médico-indigente, estará exento del pago por los servicios recibidos.

5. Solvencia Parcial o Total

Todo paciente cuya evaluación socio-económica demuestre que su unidad familiar es total o parcialmente solvente, pagará a la Administración el total o parte de los costos por los servicios de hospitalización y servicios médicos prestados en las instituciones de la Administración, de acuerdo con las normas de pago que se establezcan. También, pagará cuando tenga un plan o seguro médico o de salud cuya cubierta excluya alguno de los servicios recibidos.

6. Fuerza Policiaca

Conforme lo dispone la Ley Número 26 del 22 de agosto de 1974, conocida como Ley de la Policía de Puerto Rico, será obligación de todos los hospitales del Gobierno, prestar servicios médicos y de hospitalización libre de costos, así como las medicinas que necesiten, a los miembros de la Fuerza, sus esposas e hijos menores de 18 años y darle tratamiento preferente a las solicitudes de asistencia médica y de hospitalización.

A tono con lo anterior las facilidades de la Administración ofrecerán los servicios médicos y de hospitalización según lo dispone la Ley 26 de 22 de agosto de 1974.

B. Normas para Facturación y Cobro

1. Fondos Federales

No se facturará por servicios a pacientes atendidos bajo Programas Especiales que se financien con fondos federales, a menos que la Reglamentación que rige dicho Programa lo permita.

2. Medicinas

Las medicinas recetadas a pacientes ambulatorios, se servirán libre de costo en la farmacia de la facilidad solamente a pacientes médico-indigentes, según se definen éstos en el Artículo III-D de este Regla-

mento. Los hospitales y centros podrán proveer las drogas y medicinas a pacientes de pago directo o de planes médicos también, mediante el pago de las mismas, disponiéndose que los pacientes de pago directo, pagarán en proporción con su capacidad económica, conforme a las disposiciones del Artículo V de este Reglamento.

Conforme lo dispone la Ley Númeo 26 del 22 de agosto de 1974, conocida como la Ley de la Policía de Puerto Rico, será obligación de todos los hospitales del Gobierno darle las medicinas libre de costos a los miembros de la Fuerza, sus esposas e hijos menores de 18 años.

3. Deducibles

Los deducibles en el caso de pacientes con planes o seguros médicos que los establezcan, se cobrarán al momento que el paciente reciba el servicio.

ARTICULO V - Disposiciones Específicas

A. Determinación de Elegibilidad

1. Admisión

La determinación de elegibilidad, se hará al momento de la admisión al hospital o en ocasión de la visita a Clínicas Externas o Sala de Emergencia, por el personal técnico que se encontrará localizado en esas áreas.

2. Consideración de Elegibilidad; Ingresos

Se considerarán elegibles para recibir servicios médico-hospitalarios libre de costo para el paciente y con cargo a fondos públicos, aquellos individuos independientes cuyos ingresos y recursos anuales no excedan de \$2,500 y aquellos grupos familiares de más de un miembro y recursos anuales no excedan de \$2,000 por grupo familiar más \$600 por cada miembro adicional del grupo familiar.

3. Capacidad Económica; Tabla

Los pacientes que excedan estos límites de elegibilidad, se considerarán con capacidad económica para pagar el total o parte de los costos de los servicios que reciban de acuerdo con la siguiente tabla:

(Véase en la página siguiente).

La columna número 1 indica el número de miembros de que se compone la familia. La columna número 2 indica la exención básica que se concede, o sea, el límite de ingreso mensual para que se considere a la familia como médico-indigente. Las columnas 2, 4 y 5 indican los límites en los ingresos de la familia para considerarla con recursos para pagar por el total o un por ciento del costo de los servicios que reciben. Por ejemplo, un grupo familiar compuesto por tres miembros se considerará médico-indigente si tiene ingresos y recursos por \$317 mensuales o menos; si tiene

ingresos y recursos entre \$318 y \$517 mensuales, se considerará con capacidad económica para pagar el 50 por ciento del costo de los servicios; si tiene ingresos y recursos entre \$518 y \$1,150 mensuales, se considerará con capacidad económica para pagar el 75 por ciento del costo de los servicios; y, si tiene ingresos y recursos de \$1,151 ó más, se considerará con capacidad económica para pagar el 100 por ciento de los servicios que reciba.

TABLA DE INGRESOS Y RECURSOS PARA DETERMINAR LAS PROPORCIONES DE LOS
COSTOS DE LOS SERVICIOS A SER PAGADOS POR LOS PACIENTES CON INGRESOS
Y RECURSOS QUE SOBREPASAN LOS LIMITES DE MEDICO-INDIGENCIA

Composición Familiar	Exención Básica Concedida	PROPORCION APLICABLE POR NIVEL DEL INGRESO Y RECURSOS		
		50%	75%	100%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	\$ 208	Hasta \$ 417	Hasta \$ 617	\$ 618 y mayor
2	267	Hasta 467	Hasta 1,110	1,111 y mayor
3	317	Hasta 517	Hasta 1,150	1,151 y mayor
4	367	Hasta 567	Hasta 1,200	1,201 y mayor
5	417	Hasta 617	Hasta 1,250	1,251 y mayor
6	467	Hasta 667	Hasta 1,300	1,301 y mayor
7	517	Hasta 717	Hasta 1,350	1,351 y mayor
8	567	Hasta 767	Hasta 1,400	1,401 y mayor
9	617	Hasta 817	Hasta 1,450	1,451 y mayor
10	667	Hasta 867	Hasta 1,500	1,501 y mayor
11	717	Hasta 917	Hasta 1,550	1,551 y mayor
12	767	Hasta 967	Hasta 1,600	1,601 y Mayor
13	817	Hasta 1,017	Hasta 1,650	1,651 y mayor
14	867	Hasta 1,067	Hasta 1,700	1,701 y mayor
15	917	Hasta 1,117	Hasta 1,750	1,751 y mayor
16	967	Hasta 1,167	Hasta 1,800	1,801 y mayor
17	1,017	Hasta 1,217	Hasta 1,850	1,851 y mayor
18	1,067	Hasta 1,267	Hasta 1,900	1,901 y mayor

B. Cobro por Servicios

1. General

a. Identificación de Servicios

Tanto en la estructura de tarifas, como en el cobro a los planes médicos, compañías aseguradoras y pacientes de pago directo, se identificarán separadamente la correspondiente a servicios médicos profesionales, la correspondiente a servicios hospitalarios y las correspondientes a otros servicios.

b. Preparación de Facturas

Se cobrará a todo paciente no declarado paciente médico-indigente independientemente de su capacidad para pagar, de acuerdo con lo establecido en los procedimientos de facturación y cobro que promulgue la Administración.

2. Hospitalización

a. Tarifas; Experiencia de Años Anteriores

Se cobrará a los pacientes independientes o cuya unidad familiar tenga ingresos que excedan los niveles de indigencia, de acuerdo con lo establecido en este Reglamento. Se establecerán tarifas por los servicios que respondan y reflejen la experiencia de los costos unitarios reales incurridos en el último año, ajustado en base al incremento del costo de inflación.

b. Base para las Facturas

Se facturará a los planes médicos por los servicios brindados a pacientes asegurados, independientemente de su nivel de ingreso, a base de los per-diemns negociados y contratados entre la Administración y dichos planes. Se facturará a las compañías de seguros en base a las tarifas de la Administración. Los servicios no cubiertos por los seguros, se cobrarán al paciente utilizando las tarifas de pago directo y de acuerdo con la determinación de elegibilidad que se haga en base a este Reglamento.

c. Facturación a Pacientes de Medicare

El cobro de los costos de hospitalización a los pacientes cubiertos por el Plan A de Medicare, se hará en la misma forma y por el mismo personal que factura a los demás planes; utilizando las formas correspondientes y de conformidad con la reglamentación que gobierna este programa.

3. Clínicas Externas y Emergencia

a. Facturación a Pacientes Pudientes

Se cobrará a los pacientes independientes o cuya unidad familiar tenga ingresos que excedan los niveles de médico-indigencia, de acuerdo con lo establecido en este Reglamento y con las tarifas que se establezcan a base de los costos

reales incurridos. Estas tarifas formarán parte de este Reglamento.

d. Facturación a los Planes Médicos

A los planes médicos se les facturará a base de los per-diems negociados entre la Administración y dichos planes. Se facturará a las compañías de seguros y a los pacientes de pago directo en base a las tarifas de la Administración. Los servicios no cubiertos por los seguros, se cobrarán al paciente de acuerdo con la determinación de elegibilidad que de él se haga, en base a este Reglamento.

4. Servicios de Ambulancias

a. Facturación a Pacientes Pudientes

Los servicios de ambulancias se cobrarán a los pacientes independientes o cuya unidad familiar tenga ingresos que excedan los niveles de indigencia, de acuerdo con lo establecido en este Reglamento, utilizando las tarifas que establezca la Comisión de Servicio Público o cualquier otra tarifa aplicable.

b. Facturación a los Planes Médicos

A los planes médicos y compañías aseguradoras, se les facturará a base de las tarifas contratadas entre la Administración y dichas compañías o agencias.

5. Servicios Médico-Quirúrgicos

a. Determinación de Valores

El valor de los servicios médico-quirúrgicos, se determinará usando las tarifas que se establezcan de acuerdo con los costos de dichos servicios. Estos valores se utilizarán para cobrar a los pacientes independientes o cuya unidad familiar tenga ingresos que exceda los niveles de indigencia, de acuerdo a lo establecido en este Reglamento. Se utilizarán además, para facturar por servicios médico-quirúrgicos a la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA) y a las compañías de seguros que no tengan sus propios valores relativos.

b. Valores de las Compañías de Seguros

A las compañías aseguradoras que tienen sus propios manuales de valores relativos y tienen valoradas sus unidades, se les facturará de acuerdo con esto, siempre que las mismas comparen favorablemente con las determinadas por la Administración y/o previa aprobación del Director Ejecutivo.

6. Servicios de Laboratorio, Rayos X y otros Servicios Especiales

a. Facturación Separada

Estos servicios se cobrarán separadamente excepto cuando medie un contrato que establezca lo contrario.

b. Facturación a Pacientes con Ingresos

Estos servicios se cobrarán a los pacientes independientes o cuya unidad familiar tenga ingresos que excedan los niveles de indigencia, de acuerdo con lo establecido en este Reglamento, utilizando las tarifas que se establezcan.

c. Facturación a los Planes Médicos con Tabla de Valores

A los planes médicos que tienen sus propias Tablas de Valores Relativos, se les facturará de acuerdo con las mismas, siempre que las mismas comparen favorablemente con las determinadas por la Administración y/o previa aprobación del Director Ejecutivo.

d. Facturación a Compañías Aseguradoras sin Tabla de Valores

A las compañías aseguradoras o agencias que no tienen Tabla de Valores Relativos, se les aplicará la misma norma que a los pacientes de pago directo.

C. Recaudaciones

1. Depósito de Fondos

Los fondos recaudados por los servicios, se depositarán en las cuentas de la Administración mediante el procedimiento que se establezca y siguiendo las normas promulgadas por medio del Reglamento de Recaudaciones de la Administración.

2. Identificación Separada de Recaudaciones

En cada recibo que se expida se identificarán separadamente las recaudaciones por concepto de servicios médicos y las que son por servicios hospitalarios. En el caso de pacientes ambulatorios se identificará el servicio hospitalario específico de que se trate: laboratorio, Rayos X...., los cuales se cobrarán separadamente.

3. Identificación en el Detalle de Ingresos

En el Detalle de Ingresos se identificarán igualmente las recaudaciones por servicios médicos y las de servicios hospitalarios. En lo que concierne a pacientes ambulatorios se detallarán los ingresos por servicios hospitalarios específicos: laboratorio, Rayos X...., los cuales se cobrarán separadamente.

4. Prioridad en Acreditación de Recaudo

Cuando se recaude parte de los honorarios del servicio, éstos se acreditarán primeramente a los Servicios Hospitalarios hasta que el cargo por servicios hospitalarios queda totalmente cubierto. Los recaudos después de cubierto el cargo por servicios hospitalarios se

acreditarán a los Servicios Médicos.

D. Control y Contabilización

1. Acreditación de Fondos

Los fondos recaudados le serán acreditados por la Administración a las facilidades que presten los servicios, identificando por separado el Fondo de Servicios Hospitalarios y el Fondo de Servicios Médicos.

2. Identificación de Honorarios Médicos

Los honorarios por concepto de servicios médicos que se recauden deberán identificarse con el médico o dentista que los produjo, de acuerdo con el procedimiento que se establezca.

3. Acreditación de Servicios Hospitalarios

Los fondos recaudados por concepto de servicios hospitalarios serán acreditados por la Administración a la facilidad que prestó el servicio.

4. Acreditación de Otros Servicios

Los fondos recaudados por concepto de otros servicios serán acreditados por la Administración a la facilidad que prestó el servicio.

E. Utilización de Fondos Recaudados

1. Base Legal

El Artículo 5 (L) de la Ley Número 26 del 13 de noviembre de 1975, establece que la Administración

podrá fijar y recibir ingresos por el uso de sus facilidades y por la prestación de servicios y aplicar todo o parte del producto de dichos ingresos al pago de sus deudas.

2. Prioridad

De acuerdo con esta disposición de Ley, los fondos recaudados serán utilizados en primera instancia para el pago de las deudas de la Administración, conforme al Plan de Pago que ésta establezca con sus acreedores.

3. Sobrante

El sobrante se usará de acuerdo con el plan que apruebe el Director Ejecutivo en base a las prioridades que se establezcan en el Plan de Distribución de Fondos Recaudados que apruebe el Secretario de Salud, según se dispone en el Apartado 14 del Artículo III del Reglamento General de la Administración.

F. Distribución de Fondos

1. Plan del Secretario

La distribución de los fondos recaudados por servicios médicos, servicios hospitalarios y otros servicios se hará de acuerdo con el Plan de Distribución que apruebe el Secretario de Salud.

2. Enmiendas al Plan

Este plan será promulgado por el Secretario de Salud y cualquier cambio o enmienda al mismo, deberá ser aprobado por él.

3. Responsabilidad

Cada facilidad será responsable de mantener los

procedimientos, registros y cuentas auditables necesarias para asegurar la distribución de los fondos de acuerdo con el Plan aprobado.

4. Plan de cada Facilidad

Cada facilidad presentará un Plan al Director Ejecutivo por conducto del Director Regional, para distribuir los fondos recaudados, el cual deberá estar de acuerdo con el Plan de Distribución de Fondos Recaudados que promulgue el Secretario de Salud.

ARTICULO VI - Enmiendas

Este Reglamento sólo podrá ser enmendado por el Secretario de Salud con la aprobación del Secretario de Hacienda y del Gobernador.

ARTICULO VII- Vigencia

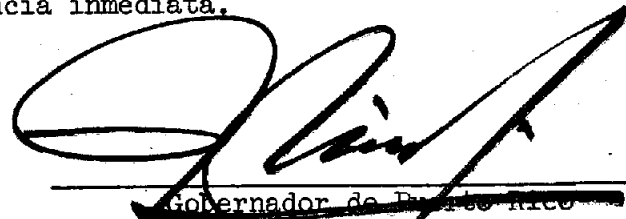
Este Reglamento tendrá vigencia inmediata.

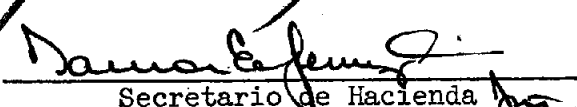
22 de junio de 1976

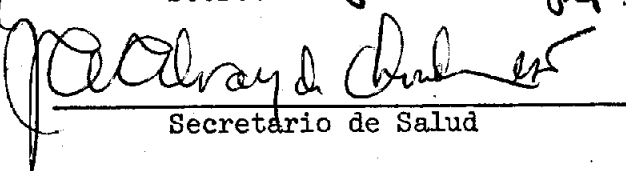
Fecha de Aprobación

6 de julio de 1976

Fecha de Radicación


Gobernador de Puerto Rico


Secretario de Hacienda


Secretario de Salud