

CURSO

El enredo de Medicare:

Consejos prácticos para el cumplimiento con el “Medicare

Secondary Payer Act” [COME-2012-584]



Conferenciante: Lcdo. Raymond Pérez Brayfield

Fecha: 21 de junio de 2012

Lugar: Asociación de Industriales

ÍNDICE DEL BOSQUEJO COMENTADO

I. Introducción	2
II. Requisitos de cumplimiento con Medicare	4
III. Jurisprudencia interpretativa	6
IV. Proceso de reembolso a Medicare	9
V. Protocolos Sobre Manejo de Casos.....	11
VI. Medicare Set Asides Arrangements bajo el estatuto del “Medicare Secondary Payer Act” (MSP).....	13

BOSQUEJO COMENTADO

I. Introducción

- a. Desarrollo del Estatuto de Medicare y el “Medicare Secondary Payer Statute”
- b. Discusión de los requisitos impuestos por el “Medicare Secondary Payer Statute”
- c. Mejores Prácticas en el manejo de reclamaciones que envuelvan beneficiarios de Medicare
- d. “Medicare Set Asides”
- e. Estatuto de Medicare
 - i. El programa de Medicare, creado mediante el Medicare Act de 1965 (42 USC §426a), provee seguro de salud primario a personas mayores de 65 años e incapacitados.
 - ii. Para el 2011, 48.7 millones de personas recibían beneficios de Medicare:
 1. 40.4 millones por edad (mayor de 65 años);
 2. 8.3 millones incapacitados menores de 65 años.
 3. Se estima que para el 2030 el número de beneficiarios de Medicare aumentará a 78 millones de personas.
 - iii. El programa dispone que serán beneficiarios de Medicare:
 1. Personas mayores de 65 años;
 2. Personas menores de 65 años que han estado incapacitados por más de 24 meses y reciben beneficios del Seguro Social por incapacidad;
 3. Personas con “End Stage Renal Disease” – pacientes de diálisis continua o candidatos a transplantes de riñón; y
 4. Pacientes de “amyotrophic lateral sclerosis” (conocida como Lou Gehrig) que sean elegibles para beneficios de Seguros Social por incapacidad.
- f. Omnibus Reconciliation Act (1980)

- i. En el 1980, el Congreso introduce el concepto de “Conditional Payment” que establece que cualquier pago hecho por Medicare a favor de sus beneficiarios se considerará un pago condicionado sujeto a reembolso por parte de cualquier plan primario.
 - ii. Se define un Plan Primario como todo seguro de “workers compensation”, planes médicos privados y seguros de responsabilidad pública.
- g. Subsiguientes Litigios
- i. A raíz de la enmienda de 1980, Medicare comienza acciones de reembolso contra los planes primarios.
 - ii. Surgen numerosos litigios sobre el derecho de reembolso contra aseguradoras.
 - iii. En los casos de *Thompson v. Goetzman*, 337 F.2d. 489 (5th Cir. 2003) y *U.S. v. Baxter International*, 345 F.3d 866 (11th Cir. 2003), dos Tribunales Apelativos Federales emitieron decisiones contradictorias interpretando el Estatuto.
- h. Medicare Modernization Act (2003)
- i. A raíz de las decisiones contradictorias de los Tribunales, en el 2003 se enmienda el Estatuto de Medicare para establecer:
 1. Reitera el derecho de Medicare a exigir el reembolso de los pagos condicionados efectuados;
 2. Expande la obligación de reembolso a las entidades “Self-Insured”.
 - Se define “Self Insured” como “an entity that engages in a business, trade, or profession that carries its own risk in whole or in part”.
 3. Impone responsabilidad por el reembolso a Medicare al beneficiario, su abogado y planes primarios.
 4. Impone penalidad del doble de los daños por no cumplir con el derecho de reembolso;
 5. Establece que las enmiendas son retroactivas al “Omnibus Reconciliation Act” de 1980.

- i. The Medicare and Medicaid SCHIP Extension Act (2007)
 - i. En su sección 111 el Congreso establece la obligación de los planes primarios de notificar a Medicare sobre todas las transacciones, Sentencias, Laudos o cualquier otro tipo de pago que envuelva un beneficiario de Medicare.

II. Requisitos de cumplimiento con Medicare

A. Deber de reembolsar a Medicare por los “conditional payments” efectuados a nombre de sus beneficiarios:

a. Deber de Reembolso

i. Quienes están obligados a reembolsar, 42 USC §1395y(b)(2)(A):

1. Aseguradoras de Responsabilidad Pública (“Auto”, “No-fault”, “CGL”, “Medical Malpractice”);
2. Entidades auto aseguradas (“Self Insured”);
3. Beneficiario de Medicare;
4. Abogado del beneficiario de Medicare.

ii. 42 U.S.C. § 1395Y (b)(ii) “Repayment Required”:

1. “A primary plan, and an entity that receives payment from a primary plan shall reimburse the appropriate Trust Fund for any payment made by the Secretary under this subchapter with respect to an item or service if it is demonstrated that such primary plan has or had a responsibility to make payment with respect to such item or service”.

iii. Cuando se activa el derecho de reembolso 42 USC

§1395y(b)(2)(B)(ii):

1. Cuando un beneficiario de Medicare transige, recibe una Sentencia o Laudo o cualquier otro tipo de pago es hecho a dicho beneficiario con relación a una reclamación;
2. El factor determinante es que el reclamante sea beneficiario de Medicare al momento de la transacción, Sentencia o Laudo.

Deber de Reembolso: 42 U.S.C. § 1395y(b)(2)(B)(ii)

- "...A primary plan's responsibility for such payment may be demonstrated by a judgment, a payment conditioned upon the recipient's compromise waiver, or release (whether or not there is a determination or admission of liability)....
3. El pago a Medicare tiene que hacerse dentro de los 60 días de emitida la carta de Medicare notificando la deuda ("final demand letter")
 4. Medicare puede recobrar hasta el total de la transacción si el pago condicional excede la misma.
 5. Cuando se emite una Sentencia o Laudo, Medicare sólo puede recobrar contra la partida de gastos médicos otorgada por el Juez o Jurado.
 6. No existe defensa contra dicho reclamo ya sea de negligencia comparada o no responsabilidad y Medicare puede recobrar hasta el total de la transacción.
 7. El requisito es de igual aplicabilidad a reclamaciones extrajudiciales como judiciales.
 8. El deber de reembolso se activa en transacciones en exceso de \$300.
 9. Si el caso se niega sin pago alguno o se desestima sin pago la reclamación judicial, no surge la obligación de reembolso.
- iv. Penalidad por no reembolsar a Medicare al momento de la transacción o Sentencia, 42 USC §1395y(b)(2)(B)(iii):
1. La penalidad por no cumplir con el requisito de reembolso es el pago del doble de los pagos condicionados realizados por Medicare a favor del beneficiario.
 2. Los planes primarios no pueden relevarse de la obligación de reembolso mediante relevos de ningún tipo.
 3. Al enterarse de la transacción, Medicare podría referir el cobro de dinero al Secretario del Tesoro Federal para que inicie acciones de cobro.

- B. La obligación de notificar a Medicare sobre toda transacción, Sentencia o Laudo:
- a. La Sección 111 de “The Medicare and Medicaid SCHIP Extension Act (2007)” creó el requisito para los Planes Primarios de informar sobre toda transacción, Sentencia, Laudo o cualquier pago realizado a un beneficiario de Medicare. 42 USC 1395y(b)(7).
 - b. La penalidad por no cumplir con este requisito es de \$1,000 por día por cada pago no reportado.
 - c. Este requisito es separado al discutido en los párrafos anteriores y se limita únicamente a informar a Medicare sobre pagos realizado.
 - d. Mediante este mecanismo el programa podrá fiscalizar adecuadamente el cumplimiento con el requisito de reembolso.
 - e. A partir del 1ro de octubre de 2011, los Planes Primarios tienen la obligación de reportar los “Total Payment Obligation to the Claimant” (TPOC), los cuales se definen como “one time payment to resolve the claim”.

III. Jurisprudencia interpretativa

- a. *U.S. v. Harris*, 2009 WL 89193 (N.D. W. Va. 2009)
 - i. El Gobierno de los Estados Unidos presentó una Demanda sobre Sentencia Declaratoria contra un abogado reclamando dinero adeudado al Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS).
 - ii. El demandado Paul J. Harris fue el abogado de una reclamante beneficiaria de Medicare en un caso de daños y perjuicios en el que se reclamaban lesiones físicas.
 - iii. El abogado transigió el caso por la cantidad de \$25,000 y le notificó a CMS los detalles de la transacción. Procedió a entregar los fondos al cliente antes de recibir la carta de recobro de Medicare (“Final Demand Letter”). Posteriormente, CMS envía la carta reclamando \$10,253.59 a la cual el abogado nunca contestó.

- iv. En este caso presentado en una Corte de Distrito Federal, el Tribunal le impuso al abogado de la parte demandante el pago a Medicare de la cantidades adeudadas.

- b. *Tomlinson v. Landers*, 2009 US Dist. Lexis 38683 (Florida)
 - i. Un Tribunal del Florida concluye que aunque Medicare prefiere que se incluyan en los cheques al demandante como beneficiario, esta determinación es un aspecto de la transacción al que deben consentir las partes.

- c. *US v. Stricker*, Case 09-CV-02423 (N.D. Ala. Aug. 12, 2011)
 - i. Primer caso en el que el Gobierno Federal le reclama a las tres partes responsables por los “conditional payments”.
 - ii. 907 beneficiarios de Medicare transigieron una reclamación por la cantidad de \$300 millones pero no reembolsaron a Medicare.
 - iii. El Tribunal concluyó que la acción de reembolso de Medicare contra los planes primarios se efectua bajo el “Federal Claims Collection Act” y está por decidirse en los Tribunales si aplica el término prescriptivo de 3 años (acción extracontractual) o de 6 años (acción contractual).

- d. *Seger v. Tank Collection*, 2010 WL 3769132
 - i. Un Tribunal de Distrito Federal de Nebraska concluyó que los demandantes están obligados a proveer el número de beneficiario de Medicare a los demandados.

- e. *Bradley v. Sebelius*, 621 F. 3d 1330 (11th Cir. 2010, Florida)
 - i. El caso trata sobre un paciente que falleció mientras estaba bajo el cuidado de una égida.
 - ii. La sucesión reclamó y transigió el caso por \$52,500. Medicare notificó su reclamación a la sucesión por lo gastos médicos incurridos en el beneficiario.

- iii. Surge la controversia sobre quien tiene derecho prioritario sobre los fondos: los herederos por su propios sufrimientos y angustias mentales o Medicare por concepto de gastos incurridos.
 - iv. Un Tribunal de Instancia de Florida asignó la cantidad de \$787.50 a Medicare.
 - v. Medicare no estuvo de acuerdo y no acató la determinación del Tribunal.
 - vi. Luego de tramites apelativos administrativos, el Tribunal determina a favor de los herederos.
- f. *Farmers Insurance Exchange v. Leona Forkey*, 2010 U.S. Dist. LEXIS 137716
- i. Un Tribunal de Distrito de Nevada concluye que Medicare tiene derecho preferencial sobre cualquier reclamación presentada por un no-beneficario de Medicare de un fondo común.
- g. *Hadden v. United States*, 661 F. 3d 298 (6th Cir. 2011)
- i. El beneficiario cuestiona el derecho de Medicare de recobrar el total de lo pagado en gastos médicos sin reducción alguna por concepto de negligencia comparada.
 - ii. El Tribunal del 6to Circuito Apelativo Federal reafirma el derecho de Medicare de recobrar el 100%.
 - iii. El 30 de marzo de 2012 Hadden presentó Certiorari ante el Tribunal Supremo Federal.
- h. *Big R. Towing, Inc. v. Benoit* 2011, US Dist. LEXIS 1392 (Louisiana)
- i. El interés de Medicare en un caso de responsabilidad es reconocido por la Corte como lo requiere por el MSP.
 - ii. El Tribunal de Distrito accedió a escuchar la evidencia de destinar adecuadamente los ingresos de liquidación para proteger el interés de Medicare y emitió una orden en cuanto a la cantidad de la

asignación que se iba a dejar de lado para el tratamiento médico futuro.

- i. *Haro v. Sebelius*, CV 09-134 TUC DCB (D. AZ.)
 - i. Un Tribunal De Distrito Federal de Arizona concluyó en un pleito de clase presentado por beneficiarios de Medicare que Medicare no puede insistir en que se le pague lo reclamado como requisito previo para apelar.
 - ii. Concluye que los abogados de los beneficiarios no son responsables en su caracter personal.
 - iii. En reacción, Medicare apeló y el caso está pendiente y Medicare reviso sus cartas modelos.

IV. Proceso de reembolso a Medicare

- a. Notificación a “Coordinator of Benefits Contractor (COBC)”
 - i. Mediante llamada telefónica 1-800-999-1118
 - ii. Mediante carta a:
Medicare – Coordinator of Benefits
PO Box 33847 Detroit, MI 48232-5847
- b. La notificación debe contener:
 - i. Información del beneficiario (nombre, Health Insurance Claim Number (HICN), sexo, fecha de nacimiento, dirección y número de teléfono;
 - ii. Información sobre la reclamación (fecha de accidente, descripción de lesiones sufridas, tipo de reclamación y nombre y dirección de la aseguradora;
 - iii. Información sobre el abogado del beneficiario.
- c. Una vez establecido el caso con el COBC, se recibe un “Rights and Responsibility Letter” del Medicare Secondary Payer Recovery Contractor (MSPRC).

- d. A partir de 65 días desde el recibo del “Rights and Responsibilities Letter”, se debe recibir el “Conditional Payment Letter” (CPL).
 - i. La CPL provee un listado de los cargos que Medicare entiende están relacionados al accidente por el que se reclama.
- e. El beneficiario tiene la oportunidad de objetar cualquier cargo que entienda no está relacionado al accidente y Medicare revisará esta objeción y enviará una CPL enmendada.
- f. El beneficiario puede acceder información actualizada sobre los pagos condicionados accedendo su cuenta en www.mymedicare.gov.
- g. Una vez se transige el caso o se obtiene Sentencia, se le envía al MSPRC la información sobre la transacción y se solicita el “Final Demand Letter”.
 - i. El MSPRC toma en consideración los honorarios de abogados y gastos incurridos en el trámite del pleito y concede una reducción en la cantidad adeudada.

- Cálculo sobre honorarios y gastos:

1. Cantidad transacción	\$20,000.00	
2. Pagos por Medicare	\$10,000.00	
3. Honorarios de abogado (33%)	\$6,600.00	
4. Otros gastos	\$500.00	
5. Proporción de gastos a transacción (gastos/transacción) \$7,100/\$20,000		.355
6. Porción de Medicare de gastos	\$10,000 x .355	\$3,550.00
7. Cantidad ajustada	\$10,000 - \$3,550.00 =	\$6,450.00

- h. Final Demand Letter
 - i. Factura final reclamando pago. El beneficiario tiene 60 días para pagar lo reclamado.
- i. Apelación o “Waiver”

- i. El beneficiario tiene 120 días para apelar la decisión del MSPRC o solicitar dispensa.
- Waiver
 - “Waiver or partial waiver for financial hardship”;
 - “Waiver or partial waiver for equity and good conscience”;
 - “Request for compromise in the best interest of the Agency”.
- Apelación
 - Existencia de la obligación de pago a Medicare;
 - Cantidad de pago a Medicare;
 - Revisión de determinación sobre “waiver”.
- Niveles de Apelación
 1. Apelación al MSPRC;
 2. Reconsideración a “Qualified Independent Contractor”;
 3. Apelación ante un Juez Administrativo Federal (Administrative Law Judge in the Office of Hearing and Appeals of the Social Security Administration);
 4. Medicare Appeals Council
 5. Revisión judicial ante el Tribunal de Distrito Federal (42 C.F.R. 1005.21(k)(1).
 6. Tribunal de Circuito Federal Apelativo;
 7. Tribunal Supremo Federal.

V. Protocolos Sobre Manejo de Casos

- Protocolos Sobre Manejo de Casos – Demandante

1. Entrevista a cliente
 - i. Determinar si el cliente es beneficiario de Medicare.
 - ii. Obtener firma de cliente en documento de “Proof of Representation”.
 - iii. Obtener copia de tarjeta de Medicare.

- iv. Obtener la siguiente información: fecha de nacimiento, sexo, HICN.
2. Notificar al Coordinator of Benefits Contractor sobre la reclamación.
3. Recibir Conditional Payment Letter.
4. Revisar los cargos en el Conditional Payment Letter e impugnar cualquier cargo no relacionado.
5. Actualizar los gastos incurridos por Medicare durante la vista del caso a través de la cuenta del beneficiario en www.mymedicare.gov
6. Presentar a la aseguradora la reclamación de Medicare temprano en el proceso para evitar sorpresas.
7. Al momento de la transacción, obtener una cifra certera de gastos de Medicare e incluirlos en la transacción.
8. Cooperar con la aseguradora en la resolución del pago a Medicare.
9. Verificar que el pago se haga a Medicare.
10. Explorar opciones de Apelación o Waiver.
11. Conservar en el expediente copia de evidencia del pago a Medicare.

- Protocolos Sobre Manejo de Casos – Demandado

1. Determinar al recibo de la reclamación si el demandante es beneficiario de Medicare y alertar al cliente.
2. Incluir preguntas en interrogatorios y deposiciones dirigidas a identificar beneficiarios de Medicare. Usar el Medicare Information Request Form.
3. Discutir con el abogado demandante temprano en el caso como se manejará el asunto de Medicare y sobre la notificación al COBC.
4. Obtener firma del beneficiario en el documento de “Consent to Release”.
5. Obtener copia del “Conditional Payment Letter y revisarlo para determinar si los cargos proceden.
6. Informar al abogado demandante sobre cualquier cargo que no esté relacionado para su impugnación.
7. Tomar en consideración los gastos de Medicare al momento de la transacción.

8. Decidir como se realizará el pago y preparar documentos transaccionales que reflejen esa opción.
9. Coordinar pago a Medicare.

- “Fixed Percentage Option”

A partir del 7 de noviembre de 2011, se establece el “Fixed Percentage Option” el cual permite a un beneficiario transigir una reclamación pagándole una cantidad fija a Medicare, sujeto a las siguientes condiciones:

1. Tiene que ser una reclamación de “physical trauma based injury”.
2. La transacción no puede exceder \$5,000.
3. Medicare no haya expedido su carta de reembolso.
4. La transacción es pago final por la reclamación.

Si se cumplen estas condiciones, el beneficiario puede transigir y proceder a remitir un pago fijo del 25% de la transacción a Medicare. Ejemplo:

Se puede transigir un caso por \$5,000 de los cuales la reclamante tiene que hacer un pago fijo de \$1,250 (25%) a Medicare y quedándose con el restante \$3,750. Bajo esta opción queda satisfecho el derecho de reembolso de Medicare.

VI. Medicare Set Asides Arrangements bajo el estatuto del “Medicare Secondary Payer Act” (MSP)

- a. Bajo el estatuto de Medicare, las aseguradoras de “workers compensation” vienen obligadas a considerar los gastos futuros del beneficiario y a establecer un fondo para pagar para los gastos futuros del beneficiario (“Set Aside”).
- b. Medicare revisa y aprueba estos planes para el pago de gastos médicos futuros relacionados al accidente por el que se reclama.
- c. No existe disposición estatutaria requiriendo los “set asides” para reclamaciones contra aseguradoras de responsabilidad pública.

- d. Sin embargo, Medicare ha expresado que “the parties must consider and protect Medicare’s interest in this matter”.
- e. A diferencia de las reclamaciones de “workers compensation”, no existe procedimiento administrativo sobre como se deben manejar los “Liability Set Asides”.
- f. El 30 de septiembre de 2011 el Centers for Medicare & Medicaid Services emitió un memorandum en el que menciona la existencia de Liability Medicare Set-Asides.
- g. Se establece que no será necesario un LMSA cuando un médico certifique que el beneficiario ha completado su tratamiento médico. En ese caso “Medicare considers its interest, with respect to future medicals for that settlement has been satisfied”.