

El enredo de Medicare: Consejos prácticos para el cumplimiento con el “Medicare Secondary Payer Act” [COME-2012-584]

Raymond Perez Brayfield, Esq., CPCU
21 de junio de 2012

1. Agenda

- Desarrollo del Estatuto de Medicare y el “Medicare Secondary Payer Statute”
- Discusión de los requisitos impuestos por el “Medicare Secondary Payer Statute”
- Mejores Prácticas en el manejo de reclamaciones que envuelvan beneficiarios de Medicare
- “Medicare Set Asides”



Estatuto de Medicare

- 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.

Medicare

- Para el 2011, 48.7 millones de personas recibían beneficios de Medicare:
 - 40.4 millones por edad (mayor de 65 años);
 - 8.3 millones incapacitados menores de 65 años.
 - Se estima que para el 2030 el número de beneficiarios de Medicare aumentará a **78 millones de personas.**



Estatuto de Medicare

- El programa dispone que serán beneficiarios de Medicare:
 - Personas mayores de 65 años;
 - Personas menores de 65 años que han estado incapacitados por más de 24 meses y reciben beneficios del Seguro Social por incapacidad;
 - Personas con “End Stage Renal Disease” – pacientes de diálisis continua o candidatos a transplantes de riñón; y
 - Pacientes de “amyotrophic lateral sclerosis” (conocida como Lou Gehrig) que sean elegibles para beneficios de Seguros Social por incapacidad.

Omnibus Reconciliation Act (1980)


- 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**.
- Se define un **Plan Primario** como todo seguro de “workers compensation”, planes médicos privados y seguros de responsabilidad pública.

Subsiguientes Litigios

- A raíz de la enmienda de 1980, Medicare comienza acciones de reembolso contra los planes primarios.
- Surgen numerosos litigios sobre el derecho de reembolso contra aseguradoras.
- 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.


Medicare Modernization Act (2003)

- A raíz de las decisiones contradictorias de los Tribunales, en el 2003 se enmienda el Estatuto de Medicare para establecer:
 - Reitera el derecho de Medicare a exigir el reembolso de los pagos condicionados efectuados;
 - 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”.



Medicare Modernization Act (2003) (Cont.)

- Impone responsabilidad por el reembolso a Medicare al beneficiario, su abogado y planes primarios.
- Impone penalidad del **doble de los daños** por no cumplir con el derecho de reembolso;
- Establece que las enmiendas son retroactivas al “**Omnibus Reconciliation Act**” de 1980.



The Medicare and Medicaid SCHIP Extension Act (2007)

- 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.

2. Requisitos

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

II. La obligación de notificar a Medicare sobre toda transacción, Sentencia o Laudo



Deber de Reembolso

- 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.

42 U.S.C. § 1395Y

(b)(ii) Repayment Required...

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.

Deber de Reembolso (cont.)

- 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)....



Deber de Reembolso (cont.)

- Cuando se activa el derecho de reembolso:
 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.

Deber de Reembolso (cont.)

- Cuando se activa el derecho de reembolso:
 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.

Deber de Reembolso (cont.)

- Cuando se activa el derecho de reembolso:
 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.

Deber de Reembolso (cont.)

- Penalidad por no reembolsar a Medicare al momento de la transacción o Sentencia, 42 USC §1395y(b)(2)(B)(iii): :
 - 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.



Deber de Reembolso (cont.)

- Penalidad por no reembolsar a Medicare al momento de la transacción o Sentencia:
 - Los planes primarios no pueden relevarse de la obligación de reembolso mediante relevos de ningún tipo.
 - Al enterarse de la transacción, Medicare podría referir el cobro de dinero al Secretario del Tesoro Federal para que inicie acciones de cobro.

Deber de Reportar

- 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).




Deber de Reportar (cont.)

- La penalidad por no cumplir con este requisito es de **\$1,000 por día por cada pago no reportado.**
- Este requisito es separado al discutido en los párrafos anteriores y se limita únicamente a informar a Medicare sobre pagos realizado.
- Mediante este mecanismo el programa podrá fiscalizar adecuadamente el cumplimiento con el requisito de reembolso.



Deber de Reportar (cont.)

- 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”.



U.S. v. Harris,
2009 WL 891931
(N.D. W. Va. 2009)

- 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).
- 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.

U.S. v. Harris (cont.)

- El abogado transigió el caso por la cantidad de \$25,000 y le notificó a CSM 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 le envía carta reclamando \$10,253.59 a la cual el abogado nunca contestó.
- 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.



Tomlinson v. Landers

2009 US Dist. Lexis 38683 (Florida)

- 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.



US v. Stricker,

2010 U.S. Dist. Lexis 106981

- Primer caso en el que el Gobierno Federal le recalama a las tres partes responsables por los “conditional payments”.
- 907 beneficiarios de Medicare transigieron una reclamación por la cantidad de \$300 millones pero no reembolsaron a Medicare.



US v. Stricker (cont.)

- El Tribunal concluyó que la acción de reembolso de Medicare contra los planes primarios se efectúa 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).

Seger v. Tank Collection

2010 WL 3769132

- Un Tribunal de Distrito Federal de Nebraska concluyó que los demandantes están obligados a proveer el número de beneficiario de Medicare a los demandados.



Bradley v. Sebelius

621 F.3d 1330 (11th Cir. 2010)

- El caso trata sobre un paciente que falleció mientras estaba bajo el cuidado de una égida.
- La sucesión reclamó y transigió el caso por \$52,500. Medicare notificó su reclamación a la sucesión por los gastos médicos incurridos en el beneficiario.
- 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.
- Un Tribunal de Instancia de Florida asignó la cantidad de \$787.50 a Medicare tras una vista evidenciaria sobre los fondos obtenidos en transacción.



Bradley v. Sebelius (cont.)

- Medicare no estuvo de acuerdo y no acató la determinación del Tribunal.
- Luego de tramites apelativos administrativos, el Tribunal determina a favor de los herederos.

*Farmers Insurance Exchange v.
Leona Forkey*

2010 U.S. Dist. LEXIS 137716

- Un Tribunal de Distrito de Nevada concluye que Medicare tiene derecho preferencial sobre cualquier reclamación presentada por un no-beneficiario de Medicare de un fondo común.



Hadden v. United States

661 F.3d 298 (6th Cir. Nov. 21, 2011)

- 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.
- El Tribunal del 6to Circuito Apelativo Federal reafirma el derecho de Medicare de recobrar el 100%.
- El 30 de marzo de 2012 Hadden presentó Certiorari ante el Tribunal Supremo Federal.

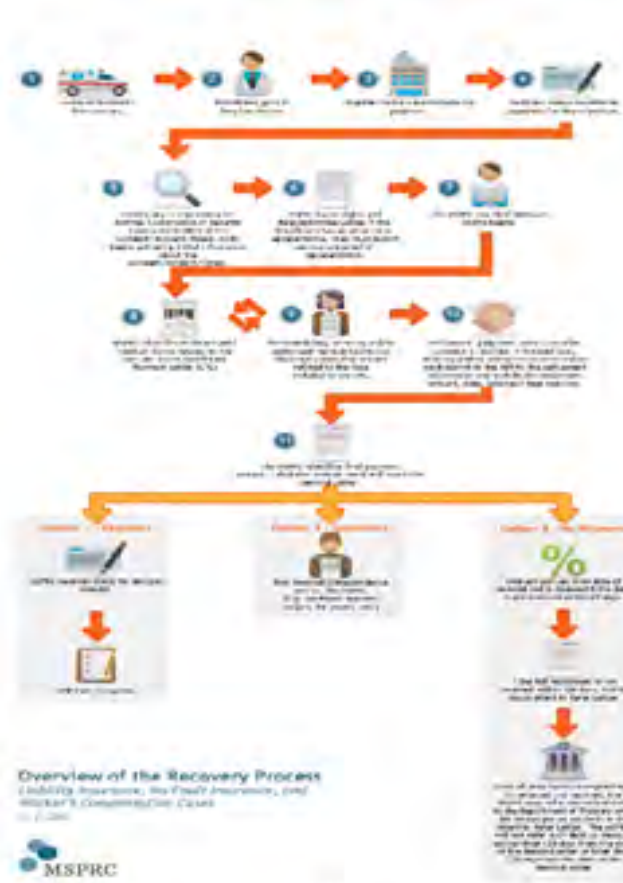


Haro v. Sebelius

2012 U.S. Dist. Lexis 40592

- 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.
- Concluye que los abogados de los beneficiarios no son responsables en su caracter personal.
- En reacción, Medicare apeló y el caso está pendiente y Medicare reviso sus cartas modelos.

Proceso de Reembolso a Medicare





Proceso de Reembolso a Medicare (cont.)

1. Notificación a "Coordinator of Benefits Contractor (COBC)"

- Mediante llamada telefónica 1-800-999-1118
- Mediante carta
 - Medicare – Coordinator of Benefits
PO Box 33847
Detroit, MI 48232-5847

Proceso de Reembolso a Medicare (cont.)

La notificación debe contener:

1. Información del beneficiario (nombre, Health Insurance Claim Number (HICN), sexo, fecha de nacimiento, dirección y número de teléfono;
2. Información sobre la reclamación (fecha de accidente, descripción de lesiones sufridas, tipo de reclamación y nombre y dirección de la aseguradora;
3. Información sobre el abogado del beneficiario.



Proceso de Reembolso a Medicare (cont.)

2. Una vez establecido el caso con el COBC, se recibe un "Rights and Responsibility Letter" del Medicare Secondary Payer Recovery Contractor (MSPRC).



Proceso de Reembolso a Medicare (cont.)

3. A partir de 65 días desde el recibo del “Rights and Responsibilities Letter”, se debe recibir el “Conditional Payment Letter” (CPL).

La CPL provee un listado de los cargos que Medicare entiende están relacionados al accidente por el que se reclama.



Proceso de Reembolso a Medicare (cont.)

4. 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.



Proceso de Reembolso a Medicare (cont.)

5. El beneficiario puede acceder información actualizada sobre los pagos condicionados accedendo su cuenta en www.mymedicare.gov.



Proceso de Reembolso a Medicare (cont.)

6. 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”.

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.

Proceso de Reembolso a Medicare (cont.)

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	$\$10,000 \times .355$	\$3,550.00
7.	Cantidad ajustada	$\$10,000 - \$3,550.00$	\$6,450.00

Proceso de Reembolso a Medicare (cont.)

7. Final Demand Letter

- Factura final reclamando pago. El beneficiario tiene 60 días para pagar lo reclamado.



Proceso de Reembolso a Medicare (cont.)

7. Apelación o "Waiver"

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.

Proceso de Reembolso a Medicare (cont.)

- Apelación
 - Existencia de la obligación de pago a Medicare;
 - Cantidad de pago a Medicare;
 - Revisión de determinación sobre “waiver”.

Proceso de Reembolso a Medicare (cont.)

- 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.

Protocolos Sobre Manejo de Casos - Demandante

1. Entrevista a cliente

- Determinar si el cliente es beneficiario de Medicare.
- Obtener firma de cliente en documento de “Proof of Representation”.
- Obtener copia de tarjeta de Medicare.
- Obtener la siguiente información: fecha de nacimiento, sexo, HICN,



Protocolos Sobre Manejo de Casos – Demandante (cont.)

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.



Protocolos Sobre Manejo de Casos – Demandante (cont.)

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.

Protocolos Sobre Manejo de Casos – Demandante (cont.)

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.

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is the federal agency that oversees the Medicare program. Many Medicare beneficiaries have other insurance in addition to their Medicare benefits. Sometimes, Medicare is supposed to pay after the other insurance. However, if certain other insurance delays payment, Medicare may make a "conditional payment" so as not to inconvenience the beneficiary, and recover after the other insurance pays.

Section 111 of the Medicare, Medicaid and SCHIP Extension Act of 2007 (MMSEA), a new federal law that became effective January 1, 2009, requires that liability insurers (including self-insurers), no-fault insurers, and workers' compensation plans report specific information about Medicare beneficiaries who have other insurance coverage. This reporting is to assist CMS and other insurance plans to properly coordinate payment of benefits among plans so that your claims are paid promptly and correctly.

We are asking you to answer the questions below so that we may comply with this law.

Please review this picture of the Medicare card to determine if you have, or have ever had, a similar Medicare card.



Section I

Are you presently, or have you ever been, enrolled in Medicare Part A or Part B?												<input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/> No			
If yes, please complete the following. If no, proceed to Section II.																	
Full Name: (Please print the name exactly as it appears on your SSN or Medicare card if available.)																	
Medicare Claim Number:												Date of Birth (Mo/Day/Year)					
												-		-			
Social Security Number:												Sex		<input type="checkbox"/> Female		<input type="checkbox"/> Male	
(If Medicare Claim Number is Unavailable)																	

Section II

I understand that the information requested is to assist the requesting insurance arrangement to accurately coordinate benefits with Medicare and to meet its mandatory reporting obligations under Medicare law.

Claimant Name (Please Print) _____ Claim Number _____

Name of Person Completing This Form If Claimant is Unable (Please Print) _____

Signature of Person Completing This Form _____ Date _____

If you have completed Sections I and II above, stop here. If you are refusing to provide the information requested in Sections I and II, proceed to Section III.



Protocolos Sobre Manejo de Casos – Demandado

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.



Protocolos Sobre Manejo de Casos – Demandado


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.



“Fixed Percentage Option” (cont.)

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.




“Fixed Percentage Option” (cont.)

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.



“Self Calculated Conditional Payment Amount”

Requisitos:


1. Reclamación por daños físicos;
2. Transacción por \$25,000 o menos;
3. La fecha del accidente es mayor de 6 meses;
4. El tratamiento médico ha sido terminado
 - A. Someter declaración de médico, o;
 - B. Certificación del beneficiario que no ha recibido tratamiento médico en los pasados 90 días y que no espera recibir tratamiento médico adicional.
5. El beneficiario renuncia a su derecho de apelar la cantidad o existencia de la deuda



“Self Calculated Conditional Payment Amount” (Cont.)

Procedimiento:

1. Revisar el CPL y marcar con una “Y” aquellos cargos relacionados a la reclamación y con “N” los que no estén relacionados;
2. Proveer explicación sobre aquellos cargos marcados con “N”.
3. Añadir cualquier gasto adicional incurrido por Medicare con relación a la reclamación. Obtener a través de MyMedicare.gov.
4. Completar y enviar documento de “Self Calculated Conditional Payment Amount”.



“Self Calculated Conditional Payment Amount” (Cont.)

Revisión:

1. En 60 días el MSPRC informará si aprueba el cálculo.
 - A. Si aprueba, envía una carta informando que la aprobación es válida si se transije dentro de los siguientes 60 días y por menos de \$25,000.
 - B. Si no aprueba, el MSPRC envía un “Amended Final Conditional Payment Amount” que se considerará final si se transije dentro de los siguientes 60 días y por menos de \$25,000.
2. Una vez se transije se le envía la información al MSPRC para el ajuste de gastos y honorarios y se recibe factura final.

Medicare Set Asides

- 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”).
- Medicare revisa y aprueba estos planes para el pago de gastos médicos futuros relacionados al accidente por el que se reclama.

Medicare Set Asides (cont.)

- No existe disposición estatutaria requiriendo los “set asides” para reclamaciones contra aseguradoras de responsabilidad pública.
- Sin embargo, Medicare ha expresado que **“the parties must consider and protect Medicare’s interest in this matter”**.

Medicare Set Asides (cont.)

- A diferencia de las reclamaciones de “workers compensation”, no existe procedimiento administrativo sobre como se deben manejar los “Liability Set Asides”.

Medicare Set Asides (cont.)

- 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.
- 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”.

Medicare Set Asides


Jurisprudencia

- *Big R. Towing v. Benoit*, 2011 WL 43219 (W.D. La. Jan. 5, 2011)
 - La partes como parte del acuerdo transaccional acordaron someter al Tribunal de Distrito Federal evidencia sobre gastos médicos futuros para que el Tribunal determinara que partida de la transacción corresponde a gastos futuros y se deben reservar.
 - El Tribunal hace una determinación sobre gastos futuros.

Medicare Set Asides

Jurisprudencia (cont.)

- *Bertand v. Talen's Marine & Fuel*, 2012 U.S. Dist. Lexis 78053 (W.D. La. June 4, 2012)
 - La partes como parte del acuerdo transaccional acordaron someter al Tribunal de Distrito Federal evidencia sobre gastos médicos futuros para que el Tribunal determinara que partida de la transacción corresponde a gastos futuros y se deben reservar. A diferencia del caso de **Big R. Towing**, las partes contrataron un perito en “Medicare Set-Asides”. El Tribunal hace una determinación sobre gastos futuros.



Medicare Set Asides

Medicare Proposed Rule

6/15/2012

Medicare propone 7 opciones para atender el asunto de los "Set Asides".

Medicare aceptará comentarios con relación a las propuestas hasta el 14 de agosto de 2012 y entonces procederá a redactar la regla final aplicable.



Medicare Secondary Payer Recovery Portal

- Informa el MSPRC que se activará en **julio de 2012** y mediante el mismo se podrán realizar la siguientes gestiones:
 - 1. Someter Autorizaciones;
 - 2. Solicitar información sobre “Conditional Payments”;
 - 3. Disputar cargos en el CPL;
 - 4. Someter información sobre transacciones.

Información se actualizará en el website MSPRC.info.

