

SSRP
SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS
Y REASEGUROS DE PANAMA

Panamá, 03 de mayo de 2024
Circular N° SSRP – 013-2024

SEÑORES (as)
GERENTE GENERAL
CIUDAD

**REF: POLIZAS DE SALUD INDIVIDUAL
(NU.DE.I PARA INCREMENTOS DE TARIFA)**

Estimados Señores (as):

Nos dirigimos a ustedes con base en lo establecido en la Circular No. SSRP-038-20232 y lo dispuesto en el Artículo 181 del Acuerdo No.1 del 12 de enero de 2024, Referente a los NU.DE.I de información (núcleos de información) requeridos para la presentación y sustentación ante la SSRP y obtener de ésta la debida aprobación para la realización de los aumentos de primas en las pólizas de salud individual y asimilables en certificados de pólizas colectivas emitidos o generados mediante sistemas de comercialización individual.

En este sentido, los cálculos que presenten las entidades sobre el Componente de Pérdida (LC) para las unidades de cuenta (UoA) de salud individual y asimilables en certificados de pólizas colectivas emitidos o generados mediante sistemas de comercialización individual, deberán contener la información necesaria para que la SSRP pueda validar y revisar cualquier acción de la entidad referida a la realización de incrementos de prima, contando con la reconciliación histórica en la cuenta de Resultados entre los ingresos esperados de siniestros y gastos (primas esperadas devengadas/ primas asignadas del periodo) comparados contra los egresos reales exhibidos por los mismos.

Así para cualquier solicitud sobre los incrementos referidos ya sea que esté en trámite o por tramitar a partir de la fecha, la entidad deberá remitir a la SSRP una carpeta de información ordenada para cada punto siguiente mencionado y dentro de cada carpeta la base de datos correspondiente solicitada en formato Excel (o ACCESS en caso volumen de información exceda la capacidad):

1. Detalle de las primas suscritas, primas devengadas y siniestros totales pagados por póliza/certificado y por asegurado por año contable (fiscal) en los últimos 5 años y los meses cerrados que precedan al momento de la solicitud de incremento, con la siguiente información para las pólizas de salud individual o certificados de pólizas colectivas emitidos o generados mediante sistemas de comercialización individual:
 - a. Número de póliza
 - b. Número de certificado
 - c. Id asegurado (núm. dependiente asegurado) dentro de la póliza individual
 - d. Código del producto-Plan usando como identificación en la compañía
 - e. Nombre del Producto-Plan hacia el mercado (según registro en la SSRP)

- f. Fecha de emisión del asegurado en la póliza en formato yyyyymmdd
- g. Estatus de póliza (activa o cancelada)
- h. Fecha de cancelación en formato yyyyymmdd (si esta activa poner 40000101)
- i. Sexo del asegurado dentro de la póliza
- j. Edad de emisión del asegurado dentro de la póliza
- k. Fecha de nacimiento del asegurado en formato yyyyymmdd
- l. Prima anual actual del asegurado dentro de la póliza según manual de tarifa (sin el impuesto especial de seguros)
- m. Monto de Recargos anuales en prima del asegurado (sin impuesto especial de seguros)
- n. Prima Anual total con recargo del asegurado (sin impuesto especial de seguros)
- o. Prima suscrita total del asegurado con el recargo del asegurado (sin impuesto especial de seguros) para los años contables fiscales cerrados t, t-1,t-2,t-3,t-4 y el año en curso actual t+1. Es decir cada registro tendrá 6 columnas que representan los montos de esta variable para cada año.
- p. Prima devengada total del asegurado con el recargo del asegurado (sin impuesto especial de seguros) para los años contables fiscales cerrados t, t-1,t-2,t-3,t-4 y el año en curso actual t+1. Es decir cada registro tendrá 6 columnas que representan los montos de esta variable para cada año.
- q. Suma de siniestros brutos pagados del asegurado para los años contables fiscales cerrados t, t-1,t-2,t-3,t-4 y el año en curso actual t+1. Es decir cada registro tendrá 6 columnas que representan los montos de esta variable para cada año.

Nota: importante recalcar que si el asegurado no esta vigente en alguno de los años la variable correspondiente de monto solicitado será "0".

2. Detalle de reclamos por póliza/certificado por asegurado por año contable de los últimos 5 y el que esta en curso, que generó los totales de siniestros por asegurado del punto anterior con los siguientes datos en cada registro:
 - a. Año Contable
 - b. Número de póliza
 - c. Id asegurado (núm. dependiente asegurado) dentro de la póliza individual
 - d. Id reclamo
 - e. Código del producto-Plan usando como identificación en la compañía
 - f. Nombre del Producto-Plan hacia el mercado (según registro en la SSRP)
 - g. Fecha de Ocurrencia del Reclamo en formato yyyyymmdd
 - h. Fecha de reporte (captura) del reclamo en formato yyyyymmdd
 - i. Fecha de Pago del Reclamo en formato yyyyymmdd (sino se ha pagado aun establecer como fecha 40000101)
 - j. Estatus del reclamo (cerrado y pagado totalmente, abierto)
 - k. Código de la cobertura o beneficio afectada
 - l. Descripción de la Cobertura o beneficio afectada
 - m. Código del detalle del servicio adjudicado dentro de la cobertura afectada
 - n. Descripción del detalle del servicio adjudicado dentro de la cobertura afectada
 - o. código de diagnóstico (icd 9 ò icd10)
 - p. descripción larga del diagnóstico (icd9 ò icd10)
 - q. Código de procedimiento (cpt)
 - r. Descripción del código de procedimiento (cpt)
 - s. Monto reclamo presentado por el asegurado/contratante




- t. Monto del reclamo No cubierto y pagado por el asegurado/contratante
- u. Monto del reclamo registrado y pagado como copago a cargo del asegurado/contratante
- v. Monto del Reclamo registrado y pagado como deducible a cargo del asegurado/contratante
- w. Monto del Reclamo Registrado y pagado como coaseguro a cargo del asegurado/contratante
- x. Monto final del Reclamo registrado y pagado por la compañía
- y. Tipo de proveedor al que se le hizo el pago (medico, hospital, laboratorio, centro diagnóstico, centro de cirugía ambulatoria, reembolso al asegurado, etc)

Nota: es importante comprender que cuando se solicita el código y descripción del servicio adjudicado en cada reclamo, esto se refiere al detalle de cada servicio que aparece en la liquidación de cada siniestro del asegurado. Importante aclarar que si la compañía no tiene una estructura de cobertura o Beneficio y Servicio dentro de cada cobertura, la compañía deberá colocar el código y descripción del servicio como el código y descripción de la cobertura.

3. De manera independiente se solicita al auditor interno de la compañía enviar certificación firmada con lo siguiente:
 - a. informe presentado sobre la cuenta de pérdidas y ganancias (bruta y retenida)- que contenga cada una líneas del estado de resultados que la conforman hasta llegar al resultado- para los ramos de salud individual y salud colectivo, adjuntando copia de extracto del informe de las actas firmadas de junta directiva de cierre de año contable para los años en cuestión en donde muestre el desglose correspondiente de los resultados por ramo individual y colectivo de salud
 - b. Certificación que muestre la reconciliación de las primas suscritas y devengadas brutas, así como los siniestros brutos pagados en cada año que hagan balance con la data presentada en los numerales 1 y 2 anterior.

Queremos reiterar la importancia de actuar con equidad, garantizando la suficiencia y coberturas ofrecidas, en todos los productos relacionados con los seguros de salud. Estos lineamientos buscan garantizar la transparencia en los incrementos de primas y proteger los derechos de los asegurados en todo momento.

Atentamente,


ALBERTO C. VAZQUEZ R.
Superintendente de Seguros y
Reaseguros de Panamá,



eb/
eb/