LEY NÚM. 203 - 2012

GOBIERNO DE PUERTO RICO
Oficina del Asesor Legislativo

27 de agosto de 2012

Hon. Thomas Rivera Schatz
Presidente
Senado de Puerto Rico
El Capitolio
San Juan, PR

Estimado señor Presidente:

Me place informarle que el día 23 de agosto de 2012, el Gobernador Hon. Luis G. Fortuño, aprobó y firmó el Proyecto de la Cámara 3710 (Conferencia), aprobado en la Decimosexta Asamblea Legislativa en su Séptima Sesión Ordinaria, titulado:

LEY: Para enmendar la Ley 194-2011, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", a los fines de añadir nueve (9) nuevos capítulos que regulan la forma en que se maneja, utiliza y divulga la información de salud de las personas cubiertas o asegurados; la operación en Puerto Rico de las organizaciones de servicios de salud limitados; la verificación de credenciales de los profesionales de la salud; los procesos de mejora de calidad en las organizaciones de seguros de salud o aseguradores; los procesos de revisión de utilización y determinación de beneficios que llevan a cabo las organizaciones de seguros de salud o aseguradores; la suficiencia de las redes de proveedores para planes de cuidado coordinado; los procesos de revisión externa de las determinaciones adversas que hacen las organizaciones de seguros de salud o aseguradores; el pago o reembolso de los costos de medicamentos que son recetados para indicaciones diferentes a las que aparecen en la etiqueta; la prohibición del discrimen indebido contra víctimas de maltrato por parte de los planes médico; y para otros fines relacionados.

Cordialmente,

Lcdo. Philippe Mesa Pabón
Asesor del Gobernador
Asuntos Legislativos

LA FORTALEZA, SAN JUAN, PR 00901 *PO BOX 9020082, SAN JUAN, PR 00902-0082
TEL. 787-721-7000 *FAX 787-723-2605

(P. de la C. 3710)
(Conferencia)

LEY 203-2012
23 DE AGOSTO DE 2012

Para enmendar la Ley 194-2011, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", a los fines de añadir nueve (9) nuevos capítulos que regulan la forma en que se maneja, utiliza y divulga la información de salud de las personas cubiertas o asegurados; la operación en Puerto Rico de las organizaciones de servicios de salud limitados; la verificación de credenciales de los profesionales de la salud; los procesos de mejora de calidad en las organizaciones de seguros de salud o aseguradores; los procesos de revisión de utilización y determinación de beneficios que llevan a cabo las organizaciones de seguros de salud o aseguradores; la suficiencia de las redes de proveedores para planes de cuidado coordinado; los procesos de revisión externa de las determinaciones adversas que hacen las organizaciones de seguros de salud o aseguradores; el pago o reembolso de los costos de medicamentos que son recetados para indicaciones diferentes a las que aparecen en la etiqueta; la prohibición del discrimen indebido contra víctimas de maltrato por parte de los planes médico; y para otros fines relacionados.

EXPOSICION DE MOTIVOS

El Gobierno de Puerto Rico considera una de sus prioridades adoptar medidas dirigidas a proveer a toda la población mayor acceso a servicios de salud de la más alta calidad. Resulta parte esencial de dicha encomienda garantizar que la industria de seguros de salud responda adecuadamente a las necesidades de nuestra población y a los cambios y nuevas exigencias implantadas en este campo con la aprobación de las leyes conocidas como "Patient Protection and Affordable Care Act" y "Health Care and Education Reconciliation Act".

Conscientes de la responsabilidad asumida, por vez primera en la historia de Puerto Rico esta Asamblea Legislativa se dio a la tarea de recoger y uniformar, en un sólo cuerpo legal, todas las normas relacionadas con la regulación de las operaciones de la industria de los seguros de salud. Esta iniciativa legislativa, conocida como el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, incide sobre un sinnúmero de áreas de gran relevancia en la industria de los seguros de salud y regula, además, diversas áreas de necesidad identificadas a través de los años y tras la experiencia obtenida en el manejo de diversos modelos de financiación y prestación de los servicios médicos en Puerto Rico y en Estados Unidos. Todo lo anterior, basado en la legislación modelo

desarrollada por la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC, por sus siglas en inglés).

Debido a la complejidad e importancia de los asuntos contenidos en el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, el estudio e implantación de sus disposiciones ha sido dividido por fases. La primera de estas fases fue aprobada por esta Asamblea Legislativa al amparo de la Ley 194-2011. La presente medida legislativa constituye la segunda fase de de este Código dirigido a recoger y uniformar la regulación relacionada con la industria de los seguros de salud en Puerto Rico.

Con la aprobación de esta segunda fase del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico se adopta regulación especialmente dirigida a atender los asuntos relacionados con el manejo adecuado de la información de salud de los pacientes asegurados; requisitos para operar como una organización de servicios de salud limitados; procesos de verificación de credenciales de los profesionales de la salud; criterios de evaluación de calidad y mejora de calidad de servicios por organizaciones de seguros de salud o aseguradores que ofrecen planes de cuidado coordinado; procesos de revisión de utilización y determinación de beneficios llevados a cabo por las organizaciones de seguros de salud o aseguradores; así como la regulación sobre la creación y mantenimiento de redes de proveedores de servicios de salud para planes de cuidado coordinado.

De igual manera, se establecen normas definidas respecto a los procedimientos de revisión externa de determinaciones adversas realizadas por las organizaciones de seguros de salud o aseguradores; procedimiento para el pago o reembolso del costo de medicamentos prescritos para un uso diferente al indicado en su etiqueta ("off-label use") y la prohibición de actos constitutivos de discrimen indebido contra las víctimas de maltrato, por parte de organizaciones de servicios de salud, aseguradores o profesionales de salud.

Esta Asamblea Legislativa, en el mejor interés de establecer legislación cónsona con las necesidades y cambios surgidos en el sector de la industria de seguros de salud, entiende necesario y conveniente la aprobación de la presente segunda fase del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. De esta manera, el sector de la salud se beneficia de un mecanismo adicional dirigido a propiciar garantías en el manejo adecuado de las operaciones y calidad de los servicios ofrecidos en la industria de seguros de salud.

DECRETASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Artículo 1.-Se añade el nuevo Capítulo 14 a la Ley 194-2011, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", el cual dispondrá lo siguiente:

"**Capítulo 14.-Protección de la Información de Salud**

Artículo 14.010.-Título

Este Capítulo se conocerá y podrá citarse como el Capítulo sobre Protección de la Información de Salud

Artículo 14.020.-Propósito

El propósito de este Capítulo es establecer normas para proteger la información de salud de las personas cubiertas o asegurados, requiriendo que las organizaciones de seguros de salud y los aseguradores establezcan procedimientos para el manejo adecuado de toda información de salud que cree, mantenga, use o divulgue como parte de sus operaciones. Cualquier disposición de este Capítulo que conflija con la Regla de Privacidad de la "Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996", según enmendada, o cualquier otra ley federal aplicable, se entenderá enmendada para que armonice con la ley y la regla federal.

Artículo 14.030.-Definiciones

Para los fines de este Capítulo:

A. "Divulgar" significa dar a conocer, transferir o difundir de alguna manera información de salud protegida.

B. "Información de salud" significa información o datos, verbales o registrados en la manera y el medio que fuera que,

(1) sea creada o recibida por el asegurador o la organización de servicios de salud, y

(2) Se relaciona con la salud física, mental o conductual, o las condiciones pasadas, presentes o futuras de salud de la persona, o un miembro de la familia de ésta, la prestación de servicios de salud a la persona o el pago pasado, presente o futuro por servicios de salud que se presten a una persona.

(3) El pago por los servicios de cuidado de la salud prestados a una persona.

(4) Para propósitos de este Código de Seguros de Salud la información de salud incluye información demográfica, genética e información sobre explotación financiera o

maltrato, según este término es definido en el Capítulo 72 de este Código.

C. "Información de salud protegida" significa información de salud:

(1) Que identifica a la persona objeto de la información; o

(2) Información con respecto a la cual sería razonable entender que se podría usar para identificar a la persona objeto de ésta.

Los elementos identificadores incluyen, pero no se limitan a:

a. Nombre o apodo de la persona, sus familiares o patronos;

b. Dirección, excepto si la información se brinda de forma agregada por municipio;

c. Todo elemento de fecha (excepto año) directamente relacionada con una persona particular como fecha de nacimiento, fecha de admisión o de alta, fecha de muerte;

d. Número de teléfono, facsímil, cuenta bancaria, seguro social, número de póliza o contrato, dirección electrónica, número de expediente clínico, licencia de conducir;

e. Identificadores biométricos;

f. Fotografías de cara completa, entre otros.

D. "Investigación" significa el proceso de indagación que incluye, sin limitarse a éstos, los siguientes: el desarrollo de una hipótesis y la comprobación sistemática de la misma; la descripción y análisis de los procesos, comportamientos y fenómenos físicos, sociales, políticos y médicos.

E. "Investigación científica, médica o de política pública" significa una investigación realizada para mejorar la eficacia de los procedimientos de diagnóstico o de tratamiento, o las operaciones de los sistemas de cuidado de la salud, públicos o privados, cuyos

resultados o hallazgos se propongan publicar o diseminar para beneficio del público en general. Disponiéndose, que la investigación científica, médica o de política pública excluye todas las actividades enumeradas en el Artículo 14.100 (H)(1) de este Código.

F. "No autorizada" significa la recopilación, utilización o divulgación de información médica protegida que lleva a cabo una organización de seguros de salud o asegurador, sin la autorización de la persona objeto de dicha información, o sin cumplir con las disposiciones de este Capítulo.

G. "Organización auxiliar de seguros" significa una persona o entidad que se dedica a la recopilación de información de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, productores u otras organizaciones auxiliares de seguros, con el propósito de establecer tarifas o realizar gestiones relacionadas, detectar o prevenir el fraude o la falsa representación en relación con las actividades de suscripción de seguros o tramitación de reclamaciones. No se considerarán "organizaciones auxiliares de seguros" para los propósitos de este Capítulo a los productores de seguros, las instituciones gubernamentales, las instituciones de cuidado de la salud ni a los profesionales de la salud.

H. "Organización de investigación" significa una persona u organización dedicada a realizar investigaciones científicas, médicas o de política pública que posee una Junta de Revisión Institucional (Institutional Review Board).

Artículo 14.040.-Aplicabilidad y Alcance

Este Capítulo es aplicable a todas las organizaciones de seguros de salud o aseguradores y rige el manejo por parte de éstos de la información médica, lo cual incluye la recopilación, utilización y divulgación de información médica protegida.

Artículo 14.050.-Políticas, Normas y Procedimientos para el Manejo de la Información de Salud

A. La organización de seguros de salud o asegurador desarrollará e implementará políticas, normas y procedimientos para el manejo de la información de salud, con el propósito de impedir la recopilación, utilización o divulgación no autorizada de información de salud

protegida. Las mismas deberán cumplir con las exigencias aplicables contenidas en las Reglas de Privacidad y Seguridad Federal expedidas acorde con HIPAA. Dichas políticas, normas y procedimientos incluirán lo siguiente:

(1) Controles en el acceso a la información de salud basados en las funciones del puesto de sus empleados;

(2) Adiestramiento adecuado para todos los empleados;

(3) Medidas disciplinarias en caso de violaciones a las políticas, normas y procedimientos sobre la información de salud;

(4) Identificación de los puestos de trabajo y descripciones de las tareas de las personas que están autorizadas a divulgar la información de salud protegida;

(5) Procedimientos para autorizar y restringir la recopilación, utilización o divulgación de información de salud protegida;

(6) Métodos para acceder y enmendar la información de salud protegida, según se dispone en los Artículos 14.070 y 14.080 de este Código;

(7) Métodos para manejar, divulgar, almacenar y desechar la información de salud;

(8) Verificación periódica del cumplimiento de los empleados con las políticas, normas y procedimientos de la organización de seguros de salud o asegurador; y

(9) Métodos de informar y permitir que una persona objeto de la información de salud protegida solicite la divulgación específica o la no divulgación de información de salud protegida, según se dispone en el Artículo 14.140 de este Código.

B. (1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores tomarán las medidas pertinentes para cerciorarse que toda aquella persona o entidad con la cual contrate, para funciones relacionadas con la recopilación, divulgación, manejo o uso de información de salud protegida, cumpla con lo siguiente:

(a) Tenga políticas, normas y procedimientos que satisfagan los requisitos de este Capítulo sobre la información de salud y

(b) Conozca su obligación de cumplir con todos los requisitos de las leyes y reglamentos estatales y federales que rigen la recopilación, utilización y divulgación de la información de salud protegida.

(2) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores requerirán, en sus contratos con los proveedores, que éstos tengan políticas, normas y procedimientos sobre la conservación de la confidencialidad de la información de salud.

C. La organización de seguros de salud o asegurador tendrá disponibles las políticas, normas y procedimientos desarrollados conforme a este Artículo para ser examinados e inspeccionados por el Comisionado.

Artículo 14.060.-Aviso sobre las Políticas, Normas y Procedimientos para el Manejo de la Información de Salud

A. La organización de seguros de salud o asegurador redactará un aviso escrito de sus políticas, normas y procedimientos para el manejo de la información de salud, el cual estará disponible para ser examinado e inspeccionado por el Comisionado. El referido aviso incluirá:

(1) La recopilación, utilización y divulgación de información de salud protegida que se prohíbe y que se permite, según este Capítulo;

(2) Los procedimientos para autorizar, desautorizar y limitar la divulgación de información de salud protegida;

(3) Los procedimientos para acceder información de salud protegida y enmendarla; y

(4) El derecho de la persona cubierta o asegurado a examinar las políticas, normas y procedimientos de la organización de seguros de salud o asegurador para el manejo de la información de salud protegida.

B. La organización de seguros de salud o asegurador suministrará el aviso a las personas cubiertas o asegurados al momento de la entrega de la póliza y a toda otra persona previa solicitud.

Artículo 14.070.-Derecho de Acceso a la Información de Salud Protegida

A. Sujeto a las excepciones enumeradas en el Artículo 14.070(B)(3) de este Código, toda persona objeto de información de salud protegida tiene derecho a examinar o recibir, de manos de la organización de seguros de salud o asegurador, una copia de su información de salud protegida.

B. La persona objeto de la información de salud protegida podrá solicitar por escrito a la organización de seguros de salud o asegurador acceder dicha información. Al recibo de una solicitud a tales efectos, la organización de seguros de salud o asegurador tendrá treinta (30) días para llevar a cabo alguna de las alternativas que se enumeran a continuación: De necesitar tiempo adicional para producir el informe, el asegurador u organización de servicios de salud contará con un término adicional de treinta (30) días calendario para responder al solicitante. El término adicional debe ser notificado al solicitante previo a la expiración del plazo original con una explicación del motivo de la demora:

(1) Proveer al solicitante una copia de la información de salud protegida solicitada, o si no es posible proveer una copia, permitirle que examine la información de salud protegida durante horas laborales normales;

(2) Notificar al solicitante que no tiene en su poder la información de salud protegida y, si se sabe, informarle el nombre y la dirección de la persona que tiene la información de salud protegida solicitada; o

(3) Denegar la solicitud, en su totalidad o en parte, si la organización de seguros de salud o asegurador determina alguna de las siguientes:

(a) Que el tener conocimiento de la información de salud protegida podría identificar la fuente confidencial que proveyó la misma en el curso de una investigación debidamente constituida por ley, o de un proceso judicial;

(b) Que la información de salud protegida se recopiló en preparación para un litigio, o como parte de una investigación por parte de los agentes del orden público o de alguna unidad anti fraude, o para propósitos de garantía de calidad;

(c) Que la información de salud protegida es el trabajo original producido por la organización de seguros de salud o asegurador, lo cual incluye, entre otras, la interpretación, impresiones mentales, instrucciones y todo otro producto del trabajo original de la organización de seguros de salud o asegurador, sus empleados y agentes;

(d) Que el solicitante es una de las partes en un litigio que involucra a la organización de seguros de salud o asegurador, y en donde la condición de salud del solicitante está en controversia sujeto con lo dispuesto tanto en las Reglas de Procedimiento Civil, Criminal o de Evidencia vigentes relacionadas a los procedimientos de descubrimiento de prueba en casos judiciales de daños y perjuicios por mala práctica profesional o impericia médica. No obstante, una vez se resuelva el litigio, se restaurará el derecho del solicitante a acceder la información de salud protegida; o

(e) Que la divulgación de la información de salud protegida al solicitante objeto de la misma está prohibida por ley.

C. Si se deniega una solicitud para examinar o copiar información de salud protegida, en su totalidad o en parte, la organización de seguros de salud o asegurador notificará por escrito al solicitante las razones para la denegación. Cuando se haya recopilado la información de salud protegida en preparación para un litigio, o como parte de una investigación, no se requerirá que la organización de seguros de salud o asegurador informe al solicitante las razones para la denegación.

D. La organización de seguros de salud o asegurador no tendrá que crear un expediente nuevo para responder a una solicitud de información de salud protegida.

E. La organización de seguros de salud o asegurador puede cobrar una cantidad razonable por suministrar la información de salud protegida que se ha solicitado y proveerá una factura desglosada de lo cobrado. No se cobrará ningún cargo por la reproducción de información de salud protegida que haya sido solicitada para sustentar una reclamación o apelación, o para acceder a un programa de beneficios médicos auspiciado o administrado por el gobierno estatal o federal.

Artículo 14.080.-Derecho a Enmendar la Información de Salud Protegida

A. Toda persona objeto de información de salud protegida tiene derecho a solicitar por escrito a la organización de seguros de salud o asegurador que enmiende dicha información a los fines de corregir cualquier inexactitud. La persona debe presentar evidencia fehaciente que justifique la enmienda.

B. En un término no mayor de sesenta (60) días calendario del recibo de una solicitud para enmendar la información de salud protegida el asegurador u organización de servicios de salud puede contar con un período adicional de treinta (30) días calendario para responder al solicitante. Este período adicional debe ser comunicado al solicitante antes de la expiración del plazo original con una explicación del motivo de la demora. La organización de seguros de salud o asegurador verificará la corrección de la información y hará una de las siguientes:

(1) Corregirá o enmendará la información en cuestión, y notificará al solicitante de los cambios; o

(2) Notificará al solicitante que ha denegado la solicitud de enmienda, informándole la razón de la denegación y advirtiéndole sobre su derecho a:

(a) Solicitar que el proveedor de cuidado de la salud o entidad que creó el expediente en cuestión enmiende el mismo. La organización de seguros de salud o asegurador incluirá el nombre y dirección del proveedor de cuidado de la salud o entidad; o

(b) Presentar una declaración corta de lo que el solicitante entiende que es la información correcta y las razones por las que no está de acuerdo con la denegación. La organización de seguros de salud o asegurador guardará la declaración presentada junto con la información de salud protegida.

C. Si la organización de seguros de salud o asegurador corrige o enmienda la información de salud protegida, según se dispone en este Artículo, deberá suministrar la corrección o enmienda a:

(1) Todo proveedor de servicios de salud o contratista o persona autorizada que, durante los dos (2) años previos, hubiere recibido

de la organización de seguros de salud o asegurador la información de salud protegida que se ha corregido o enmendado;

(2) La organización auxiliar de seguros cuya fuente primaria de información de salud protegida son las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, siempre y cuando la organización auxiliar de seguros haya recibido información de salud protegida sistemáticamente de la organización de seguros de salud o asegurador durante los siete (7) años previos. No obstante, la corrección, enmienda o eliminación no se tendrá que proveer si la organización auxiliar de seguros ya no tiene la información de salud protegida que ha sido corregida o enmendada; y

(3) Toda persona que hubiere suministrado la información de salud protegida que fue enmendada.

D. Si la persona objeto de la información de salud protegida presenta una declaración conforme al Artículo 14.080(B)(2)(b) de este Código, la organización de seguros de salud o asegurador:

(1) Identificará el asunto o los asuntos en disputa e incluirá la declaración junto con toda divulgación posterior de la información de salud protegida; y

(2) Suministrará la declaración a las personas descritas en el Artículo 14.080(C) de este Código.

Artículo 14.090.-Lista de las Divulgaciones de la Información de Salud Protegida

A. A solicitud de la persona objeto de la información de salud protegida, la organización de seguros de salud o asegurador le proveerá detalles sobre las divulgaciones que ha realizado de su información de salud protegida, de modo que la persona pueda ejercer el derecho a enmendar la información, conforme al Artículo 14.080 de este Código. Esta información incluirá la fecha, el propósito, el destinatario y la autorización o base pertinente para la divulgación. La organización de seguros de salud o asegurador podrá cobrar una cantidad razonable por suministrar la información relacionada con las divulgaciones.

B. La lista no incluirá las siguientes divulgaciones:

a. Divulgaciones relacionadas con el pago, tratamiento y operaciones de cuidado de la salud;

b. Divulgaciones hechas al propio individuo o autorizadas por el individuo;

c. Las efectuadas para propósitos de seguridad nacional o servicios de inteligencia; y

d. Las efectuadas a instituciones correccionales u oficiales de ley.

C. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores mantendrán un sistema que permita al Comisionado determinar que, en efecto, pueden producir una lista completa de todas las divulgaciones.

(1) En el caso de divulgaciones rutinarias, la organización de seguros de salud o asegurador deberá poder rastrear cuándo se hicieron dichas divulgaciones, a quiénes se hicieron y con qué propósito; y

(2) En el caso de todas las demás divulgaciones, la organización de seguros de salud o asegurador deberá poder identificar la autorización, formulario de relevo o disposición de ley que permite el recibo o divulgación de la información de salud protegida.

Artículo 14.100.-Autorización para la Recopilación, Utilización o Divulgación de Información de Salud Protegida

A. Ninguna organización de seguros de salud o asegurador recopilará, usará ni divulgará información de salud protegida sin antes haber obtenido una autorización válida de la persona objeto de dicha información, salvo como se permite en virtud del Artículo 14.110 de este Código o se requiera por ley u orden judicial. La autorización para la divulgación de la información de salud protegida se puede obtener para cualquier propósito, siempre y cuando la autorización cumpla con los requisitos de este Artículo.

B. La organización de seguros de salud o asegurador retendrá una copia de la autorización para la divulgación de la información de salud protegida en el expediente de la persona objeto de la misma.

C. La autorización, para ser válida, tendrá que hacerse por escrito y contener todo lo siguiente:

(1) La identidad de la persona objeto de la información de salud protegida;

(2) Una descripción del tipo de información de salud que se recopilará, usará o divulgará;

(3) la Identidad de la persona o entidad autorizada a usar o divulgar información de salud protegida;

(4) El nombre y la dirección de la persona a quien se deberá divulgar la información de salud protegida;

(5) El propósito de la autorización, lo cual incluye: la razón de la recopilación, el uso propuesto y el alcance de la divulgación que se pudiera hacer;

(6) La fecha y firma de la persona objeto de la información de salud protegida o la persona que tiene la potestad legal para otorgar la autorización con evidencia de la autoridad para representar a la persona;

(7) Una declaración a los efectos de que la persona objeto de la información de salud protegida podrá revocar la autorización por escrito en todo momento, y que la cancelación será prospectiva;

(8) Una declaración informando al individuo que la información usada o divulgada conforme a la autorización pudiera ser redivulgada por el recipiente de la misma y no estar protegida por las leyes de privacidad aplicables.

D. La autorización especificará el periodo de vigencia de la misma, que en ningún caso será mayor de veinticuatro (24) meses, salvo que se haya firmado la autorización para uno de los siguientes propósitos:

(1) Para sustentar una solicitud de beneficios bajo una póliza de seguros de vida o para la rehabilitación o cambios de beneficios de la misma, en cuyo caso la autorización estará vigente por treinta (30) meses o hasta que se deniegue la solicitud, lo que ocurra primero; o

(2) Para sustentar o facilitar la continuación del tratamiento en curso para un padecimiento crónico o enfermedad crónica o la rehabilitación de una lesión.

E. La organización de seguros de salud o asegurador requerirá al patrón, a su administrador de riesgos o al productor que presente una autorización

aparte para divulgarles información de salud protegida, excepto en los siguientes casos:

(1) La información de salud protegida se divulgue como parte de un programa de seguro por accidente o enfermedad laboral del patrono, en tanto sea necesario para el desempeño de los derechos y deberes del patrono y de la organización de seguros de salud o asegurador conforme a las leyes estatales sobre el asunto;

(2) se divulga al patrono información de suscripción y elegibilidad de los participantes y beneficiarios del plan médico grupal, como las cubiertas de cada persona, altas y bajas del plan, entre otros;

(3) se divulga al patrono información estadística del plan médico sin identificadores;

(4) se requiere la información de salud para la gestión de reclamaciones a tenor con una póliza comercial.

F. La organización de seguros de salud o asegurador obtendrá una autorización aparte para recopilar, usar o divulgar información de salud protegida si el propósito de dicha recopilación, uso o divulgación es el mercadeo de bienes o servicios o para cualquier beneficio comercial de otro tipo. En estos casos, el propósito de la recopilación, utilización o divulgación aparecerá en un párrafo aparte, en letra negrita tamaño de doce (12) puntos. El propósito se indicará en términos claros y sencillos. La solicitud de autorización especificará que la autorización estará vigente por un periodo no mayor de veinticuatro (24) meses y que se podrá revocar en cualquier momento. La solicitud de autorización indicará que las pólizas de seguros de la persona no quedarán afectadas de manera alguna en caso de que se deniegue la autorización. No obstante lo dispuesto anteriormente, no se requerirá una autorización aparte si la utilización o la divulgación es interna o a un afiliado de la organización de seguros de salud o asegurador y sólo se usará la información en relación con el mercadeo de un producto de seguros, siempre y cuando la afiliada acuerde que no divulgará la información con ningún otro propósito o a alguna persona no afiliada.

G. La persona objeto de la información de salud protegida podrá revocar en cualquier momento toda autorización para la divulgación que hubiera otorgado, sujeto a los derechos de las personas que hubieren actuado conforme a la autorización antes de que la misma fuera revocada. La revocación de la autorización se hará por escrito, y estará firmada y

fechada. La organización de seguros de salud o asegurador guardará la revocación de autorización en el expediente de la persona objeto de la información de salud protegida. La organización de seguros de salud o asegurador notificará de manera oportuna la revocación a todas las personas a quienes hubiere divulgado la información de salud protegida conforme la autorización inicial.

H. (1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que hubieren recopilado información de salud protegida conforme a una autorización válida a tenor con este Capítulo, podrán usar y divulgar dicha información a las personas autorizadas.

(2) Salvo como se permita en este Capítulo o por ley federal, no se usará ni divulgará la información de salud protegida para propósitos ajenos a las gestiones que realiza la organización de seguros de salud o asegurador con relación a los seguros.

I. No se entenderá que la autorización para recopilar, usar o divulgar información de salud protegida conforme a este Capítulo, o la producción de información de salud protegida a tenor con una orden del tribunal, constituye una renuncia a otros derechos de confidencialidad que la persona objeto de la información de salud protegida pudiera tener a tenor con las leyes estatales o federales, la jurisprudencia o las Reglas de Evidencia.

J. La persona que reciba información de salud protegida de una organización de seguros de salud o asegurador no podrá usarla con ningún otro propósito que no sea el propósito lícito para el cual se divulgó.

K. No se requerirá que la organización de seguros de salud o asegurador que haya recopilado información de salud protegida antes de la fecha de vigencia de este Capítulo obtenga una autorización relacionada con dicha información. No obstante, después de dicha fecha de vigencia de este Capítulo, la información de salud protegida sólo se podrá usar o divulgar conforme lo dispuesto en este Capítulo.

Artículo 14.110.-Recopilación, Utilización y Divulgación de Información de Salud Protegida sin Autorización

A. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores podrán llevar a cabo, sin necesidad de autorización, actividades relacionadas con el pago de servicios, tratamientos y la coordinación de los mismos, así como

operaciones de cuidado de la salud, según definidos estos conceptos bajo HIPPA, incluyendo, pero sin limitarse, a las siguientes actividades en relación con la información de salud protegida:

(1) Recopilar información de salud protegida de otras organizaciones de seguros de salud o aseguradores o proveedores de servicios de salud, o divulgarla a éstas, siempre y cuando la organización de seguros de salud o asegurador que recibe la información:

(a) Esté investigando, evaluando, ajustando o transigiendo una reclamación que involucra a la persona objeto de la información de salud protegida; o

(b) Tiene responsabilidad o, como resultado de una fusión, adquisición u otra manera, está contemplando asumir la responsabilidad conforme a una póliza de seguros que cubre a la persona objeto de la información de salud protegida;

(2) Recopilar, usar o divulgar información de salud protegida, según sea necesario, para investigar, evaluar, subrogar o transigir reclamaciones, siempre y cuando el reclamante sea la persona objeto de la información de salud protegida y dicha información no se use con ningún otro propósito;

(3) (a) Recopilar o usar información de salud protegida de una organización auxiliar de seguros o divulgarla a ésta, siempre y cuando:

(i) La organización auxiliar de seguros haya implantado políticas, normas y procedimientos para asegurar el cumplimiento de los requisitos de este Capítulo con respecto a la información de salud protegida; y

(ii) La información de salud protegida se use únicamente para transigir reclamaciones, detectar y prevenir el fraude o detectar o prevenir la falsa representación o la falta de divulgación significativa; o

(iii) La información de salud protegida se recopile y se use internamente sólo para las gestiones de establecer tarifas y gestiones relacionadas o para el análisis de costos; y

(4) Si la información de salud protegida es necesaria para continuar un tratamiento médico en curso y la divulgación no ha sido limitada o prohibida por la persona objeto de la información, la organización de seguros de salud o asegurador podrá recopilar información de salud protegida de las siguientes entidades o divulgarla a éstas:

(a) Proveedores de cuidado de la salud empleados por la organización de seguros de salud o asegurador y que proveen servicios a la persona cubierta o asegurado;

(b) Proveedores de cuidado de la salud contratados por la organización de seguros de salud o asegurador para brindar servicios a las personas cubiertas o asegurados; o

(5) Divulgar información de salud protegida a una persona que estudia, evalúa o investiga la calidad del cuidado de la salud ofrecida por un proveedor conforme a las normas establecidas en las leyes o reglamentos, estatales o federales, o conforme los requisitos de un programa, privado o público, autorizado a pagar por los servicios de cuidado de la salud;

(6) Sujeto a las limitaciones dispuestas en el Artículo 14.140(A) de este Código, divulgar información de salud protegida para revelar la presencia y el estado de salud general de una persona cubierta o asegurado que se encuentra en una instalación que pertenece a la organización de seguros de salud o asegurador, disponiéndose que en estos casos la divulgación se limitará a la información "de directorio", a menos que la persona cubierta o asegurado haya restringido dicha divulgación o la misma esté de otra forma prohibida por ley. Para los propósitos de este inciso, la información "de directorio" significa información sobre la presencia o estado general de salud de determinada persona cubierta o asegurado que sea un paciente o reciba servicios de emergencia en una instalación de cuidado de la salud. “Estado general de salud" significa la condición de salud de la persona cubierta o asegurado caracterizada como “crítica”, “pobre”, “regular”, “buena”, “excelente” o en términos similares;

(7) Recopilar, usar o divulgar información de salud protegida cuando dicha información sea necesaria para cumplir con las obligaciones de la organización de seguros de salud o asegurador, a tenor con las leyes sobre compensación por accidentes y enfermedades laborales;

(8) Recopilar o divulgar información de salud protegida a un reasegurador con el propósito de tramitar reaseguros, adjudicar reclamaciones y auditar los expedientes de las reclamaciones;

(9) Recopilar información de salud protegida de la persona objeto de la misma; y

(10) Recopilar, usar o divulgar información de salud protegida cuando se obtiene la misma de fuentes públicas, tales como la prensa, informes públicos de las agencias, informes de agentes del orden público o de seguridad pública.

B. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores divulgarán información de salud protegida en las siguientes circunstancias:

(1) A las autoridades federales, estatales o locales en tanto tal divulgación se requiera por ley o a los fines de informar algún fraude;

(2) Cuando la información de salud protegida se necesite para uno de los siguientes propósitos:

(a) Identificación de una persona fallecida;

(b) Determinación de la causa y circunstancias del fallecimiento por parte de un médico forense o persona designada por éste; o

(c) Para proveer información de salud protegida acerca de una persona fallecida que sea donante de órganos;

(3) A la entidad reguladora de seguros que realiza un examen, investigación, o auditoría de la organización de seguros de salud o asegurador; o

(4) En cumplimiento de una orden del tribunal emitida conforme a la determinación de que: (1) el interés público es de mayor peso que el interés de confidencialidad de la persona cubierta o asegurado con respecto a la divulgación y (2) la información de salud protegida no está razonablemente disponible por otros medios.

Artículo 14.120.-Recopilación, Utilización o Divulgación de Información de Salud sin Autorización con Propósitos de Investigación Científica, Médica o de Política Pública

A. La organización de seguros de salud o asegurador podrá divulgar información de salud protegida, con autorización de la persona objeto de dicha información, a las organizaciones que llevan a cabo investigaciones científicas, médicas o relacionadas con la política pública, según se dispone en este Artículo.

B. (1) La organización de seguros de salud o asegurador mantendrá un registro de las organizaciones de investigación a las que divulga la información de salud protegida y conservará dicho registro durante (5) años.

C. La organización de seguros de salud o asegurador no divulgará información de salud protegida a una organización de investigación hasta tanto presente evidencia de que ha notificado a las personas cubiertas sobre la solicitud de información al asegurador u organización de servicios de salud y éstas han tenido la oportunidad de aceptar u objetar la solicitud. La organización de investigación podrá divulgar la información de salud protegida a sus agentes, colaboradores o contratistas, según fuera necesario para realizar o ayudar con la investigación, siempre y cuando todos los requisitos de este Artículo se apliquen al agente, colaborador o contratista. No obstante lo anterior, el asegurador u organización de servicios de salud podrá divulgar a la organización de investigación información sin identificadores sin necesidad de la autorización de las personas cubiertas.

D. La organización de seguros de salud o asegurador divulgará sólo los datos mínimos necesarios para llevar a cabo la investigación propuesta.

E. Si la investigación científica, médica o de política pública no requiere contacto con la persona objeto de la información de salud protegida, las siguientes protecciones existirán antes de la divulgación:

(1) La organización de investigación redactará e implantará una política que incluya procedimientos para salvaguardar la confidencialidad de la información de salud protegida. La política incluirá:

(a) Procedimientos de adiestramiento y disciplina para asegurar que las personas que participan en la investigación cumplan con las disposiciones de este Artículo;

(b) Medidas para asegurar que la información a ser incluida en un informe del proyecto de investigación no contenga información de salud protegida. Estas medidas incluirán un sistema para asegurar que sólo personas autorizadas puedan establecer un enlace entre las personas particulares y su información de salud; y

(c) Un método para eliminar toda información que identifique, directa o indirectamente, a la persona objeto de la información de salud protegida, cuando ya no se necesite la información para la investigación. La política también podrá disponer para que la organización de investigación pueda retener la información de salud protegida por tiempo indefinido si se archiva en forma codificada y si se dispone que la misma no se podrá usar para otra investigación, a menos que se cumpla con los requisitos de este Artículo. "Codificada" significa que se ha eliminado u ocultado bajo códigos la información sobre la identidad de la persona y que la clave para restaurar dicha información se conserva en un lugar seguro dentro de la organización de investigación, a la que sólo tiene acceso la cantidad mínima de personas necesarias para mantener la confidencialidad e integridad de la clave.

(2) (a) La organización de investigación preparará un plan que explique el propósito de la investigación, ofrezca una descripción general de los métodos de investigación que se usarán y describa los posibles beneficios de la investigación.

(b) (i) Todos los planes de investigación que usen información de salud protegida estarán disponibles al público y se podrán obtener mediante solicitud por escrito al principal ejecutivo de la organización de investigación.

(ii) Si el plan de investigación contiene información que constituye propiedad intelectual o está protegida contra la divulgación por contrato o por ley, se podrá

eliminar dicha información de la copia que se provea al público.

(iii) La organización de investigación deberá retener el plan de investigación durante cinco (5) años.

(3) (a) La organización de seguros de salud o asegurador y la organización de investigación suscribirán un acuerdo escrito en el que se cumplan los siguientes requisitos:

(i) Indicar cuáles son los propósitos de la investigación;

(ii) Explicar cómo los propósitos se pueden considerar propios de una investigación científica, médica o de política pública;

(iii) Documentar que la organización de investigación cumple con los requisitos dispuestos en este Artículo;

(iv) Indicar el tiempo durante el cual se espera que se usarán los datos para los propósitos indicados;

(v) Explicar el método para disponer de la información de salud protegida al terminar el uso de la misma; y

(vi) Indicar que el acuerdo escrito estará disponible al público y se podrá obtener previa solicitud por escrito al principal ejecutivo de la organización de investigación.

(b) La organización de seguros de salud o asegurador requerirá a la organización de investigación que provea una copia del acuerdo escrito a solicitud de cualquier persona. Si el acuerdo otorgado contiene información que constituye propiedad intelectual o protegida contra la divulgación mediante contrato o por ley, se podrá eliminar dicha información de la copia que se hace disponible conforme a este apartado.

(c) La organización de seguros de salud o asegurador conservará este acuerdo por cinco (5) años.

F. Si la investigación científica, médica o de política pública requiere contacto con la persona objeto de la información de salud protegida, las siguientes protecciones existirán antes de la divulgación:

(1) La organización de investigación y la organización de seguros de salud o asegurador cumplirán con los requisitos del Artículo 14.120(E) de este Código y

(2) (a) La organización de investigación será responsable de obtener, por escrito, el consentimiento informado, libre, voluntario, eficaz y legal del sujeto o del representante legal autorizado del mismo. La organización de investigación solicitará el consentimiento sólo en circunstancias en las que el sujeto propuesto o su representante tengan suficiente oportunidad para considerar si participarán en la investigación y en las que se minimice la posibilidad de coacción o influencia indebida.

(b) La información que se entregue al sujeto o a su representante se redactará de forma que pueda comprenderse.

(c) El documento mediante el cual el sujeto provea su consentimiento informado no podrá incluir ningún lenguaje exculpatorio mediante el cual renuncie o aparente renunciar a sus derechos legales, o que exima o aparente eximir al investigador, auspiciador, a la organización de investigación o sus agentes de responsabilidad por negligencia.

(d) Elementos básicos del consentimiento informado. Al procurar el consentimiento informado de un sujeto, se proveerá a éste la siguiente información:

(i) Una declaración a los efectos de que el estudio conlleva una investigación; una explicación de los propósitos de la investigación; el tiempo que se espera que dure la participación del sujeto; una descripción de los procedimientos que se seguirán y la identificación de todo procedimiento de naturaleza experimental;

(ii) Una descripción de todo riesgo o incomodidad razonablemente previsible para el sujeto;

(iii) Una descripción de los beneficios que el sujeto u otras personas pueden esperar, de manera razonable, como resultado de la investigación;

(iv) La divulgación de procedimientos o tratamientos alternos, si alguno, que pudieran ser beneficiosos para el sujeto;

(v) Una declaración sobre cómo se mantendrá la confidencialidad de los expedientes del sujeto;

(vi) Con respecto a las investigaciones que conlleven más de un riesgo mínimo, una explicación con relación a la compensación o tratamiento médico que estará disponible si el sujeto se lesiona y en qué consisten o dónde se puede obtener información adicional;

(vii) Una explicación de a quién debe contactar el sujeto para obtener respuestas a sus preguntas acerca de la investigación y los derechos que le asisten durante la investigación;

(viii) El nombre de la persona con quien se debe comunicar en caso de sufrir alguna lesión relacionada con la investigación; y

(ix) Una declaración informando que la participación es voluntaria y que no aceptar la participación no conllevará ninguna penalidad ni pérdida de beneficios a los cuales de otra manera el sujeto tendría derecho. Además, se le informará que podrá dejar de participar de la investigación en cualquier momento sin sufrir ninguna penalidad ni pérdida de beneficios a los que de otra manera tendría derecho.

(e) Elementos adicionales del consentimiento informado. Según sea apropiado, se proveerá a cada sujeto:

(i) Una declaración a los efectos de que el tratamiento o procedimiento en particular podría constituir un riesgo para el sujeto (o para el embrión o feto, si se tratase de una mujer embarazada o que podría quedar embarazada) que al momento no es previsible;

(ii) Circunstancias previsibles en base a las cuales el investigador podría dar por terminada la participación del sujeto, independientemente del consentimiento de éste;

(iii) Cualquier costo para el sujeto que pudiera representar o resultar de su participación en la investigación;

(iv) Las consecuencias de retirarse de la investigación y los procedimientos para una terminación ordenada de la participación del sujeto en la investigación;

(v) Una declaración a los efectos de que los hallazgos nuevos significativos que se produzcan durante la investigación, que pudieran afectar la disposición del sujeto a continuar con su participación, se proveerán al sujeto; y

(vi) La cantidad aproximada de sujetos que participan en el estudio.

(f) Si la organización de investigación presenta la investigación para aprobación de una junta de revisión institucional conforme a la Política Federal para la Protección de Sujetos Humanos —56 Federal Register 28000 (1991)— se entenderá que el cumplimiento con dicho proceso constituye cumplimiento con las disposiciones del Artículo 14.120(E)(2) y (F)(2) de este Código.

G. (1) Si una organización de seguros de salud o asegurador divulga a una organización de investigación información de salud que no constituye información de salud protegida debido a que toda la información de identificación de las personas está codificada, la organización de seguros de salud o asegurador y la organización de investigación suscribirán un acuerdo escrito en el que se dispondrá:

(a) Que la organización de investigación no divulgará a terceros sus datos acompañados de la información de identificación codificada. No obstante, la organización de investigación podrá divulgar información de salud protegida a sus agentes, colaboradores, o contratistas, según sea necesario para llevar a cabo o asistir con la investigación, siempre y

cuando todos los requisitos de este Artículo se apliquen al agente, colaborador, o subcontratista;

(b) Que la organización de investigación no hará ningún intento de enlazar la información de salud que reciba con la información de identificación codificada a otros datos que pudieran identificar a la persona objeto de la información; y

(c) Que la organización de investigación no hará ningún intento por enlazar ninguna información de salud protegida codificada con otros datos identificables.

(2) Antes de descodificar la información codificada o enlazarla con datos de identificación, la organización de investigación cumplirá con los requisitos dispuestos en este Artículo y se entenderá que la información de salud, junto con la información de identificación descodificada, es información de salud protegida.

H. No se interpretará que las disposiciones de este Capítulo impiden la creación, uso o divulgación de datos anónimos con respecto a los cuales no haya base razonable para entender que pudieran utilizarse para identificar a una persona en particular.

I. No se interpretará que las disposiciones de este Artículo sustituyen las leyes y reglamentos, federales o estatales, que regulan la investigación científica, médica o de política pública.

Artículo 14.130.-Recopilación, Utilización o Divulgación de Información de Salud No Autorizada

Se prohíbe la recopilación, utilización o divulgación no autorizada de información de salud protegida por parte de una organización de seguros de salud o asegurador. Dicha recopilación, utilización o divulgación estará sujeta a las sanciones que se disponen en el Artículo 14.150 de este Código. La recopilación, utilización o divulgación no autorizada incluye:

A. La publicación no autorizada de información de salud protegida;

B. La recopilación, utilización o divulgación no autorizada de información de salud protegida para beneficio personal o profesional, incluida la investigación no autorizada que no cumpla con los requisitos de este Capítulo;

C. La venta no autorizada de información de salud protegida;

D. La manipulación no autorizada de información de salud codificada que revele información de salud protegida; y

E. El uso de medios engañosos, fraude o amenazas para conseguir la autorización para recopilar, utilizar o divulgar información de salud protegida.

Artículo 14.140.-Derecho a Limitar la Divulgación

A. La organización de seguros de salud o asegurador limitará la divulgación de información, incluida la información de salud protegida, si la persona objeto de la misma ha declarado claramente por escrito que la divulgación a determinadas personas de toda o parte de dicha información podría constituir un peligro para su seguridad. La divulgación de información se limitará según lo solicite la persona, como pudiera ser, por ejemplo, una solicitud para que la organización de seguros de salud o asegurador no divulgue ninguna información a un cónyuge para impedir la violencia doméstica.

B. Salvo como se disponga de otra manera por ley, si la persona objeto de la información de salud protegida así lo solicita por escrito, la organización de seguros de salud o asegurador no divulgará información de salud protegida sobre servicios relacionados con la salud reproductiva, enfermedades de transmisión sexual, abuso de sustancias controladas ni salud conductual, lo cual incluye avisos de citas enviadas por correo, llamadas a la casa para confirmar las citas o envío por correo de las facturas o explicaciones de beneficios al titular de la póliza o certificado. La solicitud de no divulgación debe incluir información sobre cómo se manejará cualquier importe que tenga que pagar la persona cubierta o asegurado.

C. (1) La organización de seguros de salud o asegurador reconocerá el derecho de todo menor de edad que pudiera obtener cuidado de la salud sin el consentimiento de uno de sus padres o custodio legal, conforme a las leyes estatales o federales, a ejercer exclusivamente los derechos otorgados en este Capítulo con respecto a la información de salud; y

(2) La organización de seguros de salud o asegurador no divulgará, sin la autorización expresa del menor de edad, ninguna información de salud protegida relacionada con servicios de cuidado de la salud a

los que el menor haya consentido legalmente, lo cual incluye el envío por correo de avisos de citas, llamadas a la casa para confirmar las citas o el envío por correo de una factura o explicación de beneficios al titular de la póliza o certificado.

Artículo 14.150.-Sanciones

A. Sanciones civiles

(1) Cuando el Comisionado tenga motivos para entender que una persona ha incurrido en negligencia al incumplir las disposiciones de este Capítulo y que el interés público dicta tomar acción, podrá incoar acción legal para poner en entredicho tales violaciones. El interdicto que se emita conforme a este Artículo no requerirá fianza.

(2) Además del remedio provisto conforme al Artículo 14.150(a)(1) de este Código, el Comisionado podrá solicitar del tribunal y el tribunal podrá emitir una orden temporera o permanente, según convenga al interés público, que incluya cualquiera de los siguientes elementos o combinación de los mismos:

(a) Multa civil de no más de $10,000 por cada violación, la cual no excederá $50,000 en total si hay múltiples violaciones;

(b) Multa civil de no más de $250,000, si el tribunal determina que las violaciones de este Capítulo han ocurrido con suficiente frecuencia; y

(c) Honorarios razonables para la representación legal, costas y gastos de investigación.

B. Sanciones penales

(1) Las sanciones descritas a continuación serán aplicables a la persona natural o jurídica que recopile, utilice o divulgue información de salud protegida a sabiendas de que viola este Capítulo y las leyes y reglas de privacidad aplicables.

(2) (a) Multa de no más de $50,000, reclusión por no más de un año, o ambas penas;

(b) Si la violación se comete mediante falsa representación, multa de no más de $250,000, reclusión por no más de cinco (5) años, o cualquier combinación de dichas penalidades; o

(c) Si la violación se comete con la intención de vender, transferir o utilizar información de salud protegida para causar daño malicioso, multa de no más de $500,000, reclusión por no más de diez (10) años, o cualquier combinación de dichas penalidades.

C. En los casos en que se haya demandado por divulgación no autorizada a la organización de seguros de salud o asegurador bajo la teoría de responsabilidad vicaria por los actos u omisiones de sus empleados, será una defensa afirmativa que la organización de seguros de salud o asegurador haya cumplido con los requisitos del Artículo 14.050 de este Código."

Artículo 2.-Se añade el nuevo Capítulo 16 a la Ley 194-2011, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", el cual dispondrá lo siguiente:

"**Capítulo 16.-Organizaciones de Servicios de Salud Limitados**

Artículo 16.010.-Título

Este Capítulo se conocerá y podrá citarse como el Capítulo sobre Organizaciones de Servicios de Salud Limitados.

Artículo 16.020.-Definiciones

Para los fines de este Capítulo:

A. "Evidencia de cubierta" significa un certificado, póliza, acuerdo o contrato en el que se estipule la cubierta a la que tiene derecho un suscriptor.

B. "Organización de servicios de salud limitados" significa toda corporación, asociación o entidad que se encarga de proveerles o tramitarles a los suscriptores la prestación de uno o más servicios de salud limitados, en consideración al pago de una cantidad prefijada que se considera devengada independientemente de si el suscriptor utiliza o no los servicios de salud limitados provistos por el plan. Las organizaciones de servicios de salud limitados no incluyen:

(1) Una entidad que cumpla con los requisitos dispuestos en el Artículo 16.070 de este Capítulo o

(2) Un proveedor o entidad que provee o tramita la prestación de servicios de salud limitados conforme a un contrato con una organización de servicios de salud limitados o con una entidad que cumpla con lo dispuesto en el inciso (1) de esta definición.

C. "Proveedor" significa cualquier médico, dentista, hospital, instalación de cuidado de la salud o cualquier otra persona debidamente autorizada en Puerto Rico para prestar o proporcionar servicios de salud limitados.

D. "Servicios de salud limitados" significa servicios de cuidado dental, visual y mental, servicios contra el abuso de drogas, servicios farmacéuticos, servicios de cuidado por podiatras, así como todo servicio que el Comisionado considere como servicios de salud limitados. Los servicios de salud limitados no deben incluir los servicios hospitalarios, médicos, quirúrgicos o de emergencia, salvo que dichos servicios se provean en función de los servicios de salud limitados que se disponen en la oración anterior.

E. "Suscriptor" significa cualquier persona, incluidos sus dependientes, que tiene el derecho de recibir servicios de salud limitados conforme a lo dispuesto en un contrato con una organización autorizada a proveer o tramitar dichos servicios.

Artículo 16.030.-Requisito de Certificado de Autoridad

Ninguna persona, corporación, asociación o entidad podrá operar en Puerto Rico una organización de servicios de salud limitados sin antes haber obtenido, de parte del Comisionado, un certificado de autoridad para ello.

Artículo 16.040.-Solicitud del Certificado de Autoridad

La solicitud para un certificado de autoridad como organización de servicios de salud limitados se deberá presentar ante el Comisionado en los formularios que éste prescriba. La solicitud será juramentada por un oficial o representante autorizado del solicitante y se acompañará con los siguientes documentos:

A. Copia del documento constitutivo o de organización del solicitante, sea el certificado de incorporación, de asociación, sociedad, convenio de

fideicomiso o cualquier otro documento aplicable, así como todas las enmiendas a éstos;

B. Copia de los estatutos corporativos o documento similar, mediante los cuales se reglamenten los asuntos internos del solicitante;

C. Una lista de los nombres, direcciones, puestos oficiales e información biográfica de las personas responsables de los asuntos internos del solicitante, incluyendo los miembros de la junta de directores, junta de fideicomisarios, comité ejecutivo o cualquier otra junta de gobierno o comité administrativo, los oficiales principales y toda persona o entidad que posea el diez (10) por ciento o más de los valores con derecho a voto del solicitante o que tenga el derecho a adquirirlos, así como los socios o miembros de una sociedad o asociación;

D. Una declaración que describa de manera general al solicitante, las instalaciones, el personal y los servicios de salud limitados que se ofrecerán;

E. Una copia de todo contrato utilizado o a utilizarse entre el solicitante y los proveedores para la prestación de servicios de salud limitados a suscriptores;

F. Una copia de todo contrato utilizado o a utilizarse entre el solicitante y las personas nombradas en el apartado C de este Artículo;

G. Una copia de todo contrato utilizado o a utilizarse entre el solicitante y cualquier persona, corporación, asociación o entidad que actuará en nombre del solicitante para llevar a cabo funciones de administración, suscripción, manejo de inversiones y la subcontratación de servicios de salud limitados, prestados a suscriptores;

H. Una copia de todo contrato grupal que se emitirá a los patronos, sindicatos, fiduciarios u otras organizaciones y copia de todo tipo de evidencia de cubierta que se emitirá a los suscriptores;

I. Una copia de los estados financieros más recientes del solicitante, que hayan sido auditados por contadores públicos autorizados e independientes. Si un contador público autorizado e independiente audita las finanzas de la compañía matriz pero no las del solicitante, se emitirá una copia del estado financiero auditado más reciente de la compañía matriz, junto al cual se incluirán los estados financieros consolidados del solicitante.

J. Una copia del plan financiero del solicitante que incluya una proyección de los resultados operacionales que se esperan para los próximos tres (3) años, una declaración del capital operacional y cualquier otra fuente de fondos y disposiciones en caso de contingencias;

K. Una descripción del método de mercadeo propuesto;

L. Un poder debidamente otorgado por el solicitante, si no está domiciliado en Puerto Rico, designando al Comisionado y a sus sucesores en el cargo como apoderado para recibir emplazamientos por causas de acción que surjan contra éste en Puerto Rico;

M. Una descripción de los procedimientos para la tramitación de querellas que se establecerán y se mantendrán conforme a lo que se dispone en el Artículo 16.130 y en los Capítulos 22 y 28 de este Código;

N. Una descripción de los procedimientos y programas que utilizará el solicitante para cumplir con los requisitos de evaluación de calidad de los servicios y la revisión de utilización, de conformidad con los Capítulos 20 y 24 de este Código, respectivamente;

O. Una descripción de la forma en que el solicitante cumplirá con el Artículo 16.180 de este Código;

P. El costo del otorgamiento del certificado de autoridad, conforme a lo dispuesto en el Artículo 16.240 de este Código; y

Q. Toda otra información que el Comisionado requiera para determinar que se está cumpliendo con lo dispuesto en este Capítulo.

Artículo 16.050.-Emisión o Denegación del Certificado de Autoridad

A. El Comisionado podrá expedir o denegar un certificado de autoridad a cualquier solicitante que radique una solicitud conforme lo dispuesto en el Artículo 16.040 de este Código. La emisión del certificado de autoridad se concederá siempre que el Comisionado determine que el solicitante cumple con lo siguiente:

(1) Los requisitos del Artículo 16.040 de este Código;

(2) Que las personas responsables de la dirección de los asuntos del solicitante son competentes, dignos de confianza, gozan de buena

reputación y poseen la experiencia, adiestramiento y educación adecuados;

(3) Que el solicitante tiene solidez financiera. Al hacer esta determinación, el Comisionado podrá considerar:

(a) La solidez financiera de los acuerdos del solicitante para proveer servicios de salud limitados y la cantidad mínima que se le cobraría a los suscriptores por concepto de tarifas, deducibles, copagos y otros cargos;

(b) La suficiencia del capital operacional y toda otra fuente de fondos y disposiciones en caso de contingencias;

(c) Todo acuerdo para cubrir el costo de los servicios de salud limitados o para ofrecer una cubierta alternativa en caso de insolvencia de la organización de servicios de salud limitados; y

(d) La forma en que se cumplirá con los requisitos dispuestos en el Artículo 16.180 de este Código;

(4) Que los contratos con proveedores para la prestación de servicios de salud limitados incluyen las disposiciones establecidas en el Artículo 16.170 de este Código, y

(5) Que el solicitante ha corregido todas las deficiencias que el Comisionado haya identificado.

B. Si se deniega el certificado de autoridad, el Comisionado deberá así notificarlo al solicitante especificándole las razones por las que se denegó dicho certificado. El solicitante contará con un término de veinte (20) días a partir de la fecha en que se notificó la denegación para solicitar una vista con el Comisionado.

Artículo 16.060.-Organizaciones que estén operando en la fecha de vigencia de este Capítulo

Dentro de noventa (90) días a partir de la fecha de vigencia de este Capítulo, toda organización de servicios de salud limitados que esté operando en Puerto Rico sin un certificado de autoridad deberá presentar ante el Comisionado una solicitud conforme las disposiciones del Artículo 16.040 de este Código. Dichas organizaciones podrán continuar sus operaciones durante el

periodo en que se tramita la solicitud. Si la solicitud se deniega, el solicitante se considerará como una organización de servicios de salud limitados a la que se le revocó el certificado de autoridad.

Artículo 16.070.-Requisitos de radicación para entidades autorizadas

A. Una organización de servicios de salud, un asegurador de incapacidad, una organización sin fines de lucro que provea servicios de salud, hospitalarios o médicos, o una sociedad de beneficios fraternales podrá solicitar la autorización del Comisionado para prestar servicios de salud limitados radicando la información descrita en los incisos D, E, G, H, J, K, L y O del Artículo 16.040 de este Código, así como todo documento adicional que el Comisionado solicite para tal propósito.

B. Si el Comisionado deniega la solicitud, se deberán seguir los procedimientos estipulados en el Artículo 16.050 (B) de este Código.

Artículo 16.080.-Cambios o modificaciones materiales; servicios de salud limitados adicionales

A. Toda organización de servicios de salud limitados deberá presentar ante el Comisionado, antes de ponerlo en vigor, una notificación de cualquier cambio en tarifas, cargos o beneficios que se proponga efectuar, así como cualquier cambio en las operaciones o en la información provista conforme al Artículo 16.040 de este Código. Dicha radicación deberá hacerse con no menos de sesenta (60) días de anticipación al cambio. Al expirar dichos sesenta (60) días, el cambio se considerará aprobado, a menos que antes fuere afirmativamente aprobado o desaprobado por orden del Comisionado. El Comisionado podrá, previa notificación, prorrogar por no más de sesenta (60) días adicionales el periodo dentro del cual puede aprobar o desaprobar el cambio.

B. Si una organización de servicios de salud limitados quisiera proveer servicios de salud limitados adicionales a los que está autorizado a proveer, deberá presentarle al Comisionado una notificación escrita junto a la información requerida en el Artículo 16.040 de este Código y deberá cumplir con lo dispuesto en los Artículos 16.170, 16.180 y 16.240 de este Código.

C. Si el Comisionado deniega la solicitud, se deberán seguir los procedimientos estipulados en el Artículo 16.050(B) de este Código.

Artículo 16.090.-Evidencia de cubierta

A. Toda organización de servicios de salud limitados deberá proporcionar evidencia de cubierta a cada uno de sus suscriptores, la cual deberá especificar de forma clara y completa lo siguiente:

(1) Los servicios de salud limitados a los que tiene derecho todo suscriptor;

(2) Las limitaciones de los servicios, los tipos de servicios o beneficios que se prestarán y las exclusiones, incluido todo deducible, copago o cualquier otro pago;

(3) La forma en que se hará disponible la información sobre dónde y cómo se ofrecerán los servicios; y

(4) El método utilizado para atender las querellas.

B. Toda enmienda a la evidencia de cubierta deberá proporcionársele al suscriptor a través de un documento por separado.

C. Ningún formulario de evidencia de cubierta o enmienda a los mismos se emitirá o entregará a cualquier persona en Puerto Rico a menos que previamente haya sido presentado al Comisionado y aprobado por éste. Cada una de dichas presentaciones deberá hacerse con no menos de sesenta (60) días de anticipación a su expedición, entrega o uso. Al expirar dichos sesenta (60) días, contados a partir de la fecha en que se reciban tales presentaciones en la Oficina del Comisionado, el formulario presentado se considerará aprobado, a menos que antes fuere afirmativamente aprobado o desaprobado por orden del Comisionado. La aprobación de un formulario por el Comisionado constituirá una renuncia del tiempo que faltare de espera. El Comisionado podrá prorrogar, por no más de sesenta (60) días, el período dentro del cual puede aprobar o desaprobar afirmativamente dicho formulario, dando aviso de tal prórroga antes de expirar el período inicial de sesenta (60) días. En caso de que el Comisionado determine que la información suministrada en la presentación resulta insuficiente o que los formularios presentados no cumplen con cualesquiera de las disposiciones de este Capítulo o su reglamento y solicite, por lo tanto, información adicional, el período de tiempo que transcurra desde que el Comisionado notifique tal requerimiento hasta que la información o enmiendas solicitadas sean recibidas por el Comisionado no contará en el cómputo de los términos antes señalados. Para determinar si aprueba o desaprueba un formulario,

el Comisionado puede requerir que se someta cualquier información relevante que estime pertinente.

D. Si el Comisionado desaprueba la radicación lo notificará al solicitante, especificando las razones para su desaprobación. Dentro de veinte (20) días a partir de la fecha de desaprobación, la persona afectada podrá solicitar una vista.

E. En cualquier tiempo con posterioridad al período de revisión aplicable dispuesto en el inciso C de este Artículo, el Comisionado podrá convocar a una vista para determinar si la inscripción reúne los requisitos establecidos. Deberá dar aviso por escrito a la organización de servicios de salud limitados que haya hecho la presentación por lo menos con diez (10) días de anticipación a dicha vista. Si después de dicha vista el Comisionado determinare que la inscripción no reúne los requisitos de este Artículo, expedirá una orden especificando las razones en que se apoya, e indicando la fecha, dentro de un período razonable posterior, en que se considerará que la inscripción dejará de surtir efecto. Dicha orden no afectará ningún contrato otorgado o ratificado con anterioridad al vencimiento del período estipulado en la orden.

Artículo 16.100.-Tarifas y cargos

A. Toda organización de servicios de salud limitados deberá inscribir ante el Comisionado, antes de aplicarlas en Puerto Rico, las tarifas a ser utilizadas con cualquier plan de servicios de salud limitados. Ninguna inscripción surtirá efecto hasta sesenta (60) días después de la fecha en que se reciba su presentación en la Oficina del Comisionado, a menos que antes fuesen afirmativamente aprobados por éste, pudiendo el Comisionado prorrogar dicho período por un término adicional que no excederá de sesenta (60) días, si el Comisionado lo notifica a la persona que hizo la presentación dentro de dicho período de espera. En caso de que el Comisionado determine que la información suministrada en la presentación resulta insuficiente y requiera, por lo tanto, información adicional, el período de tiempo que transcurra desde que el Comisionado notifique tal requerimiento hasta que la información solicitada sea recibida por el Comisionado no contará en el cómputo de los términos señalados. Para determinar si aprueba o desaprueba una tarifa, el Comisionado puede requerir que se someta cualquier información relevante que estime pertinente.

B. Las tarifas deberán ser establecidas de acuerdo con los principios actuariales para varias categorías de suscriptores. Los cargos aplicables a

un suscriptor no se determinarán individualmente basándose en la condición de salud. Las tarifas no serán excesivas, inadecuadas o discriminatorias. Una certificación por un actuario calificado, sobre la adecuación de las tarifas basadas en asunciones razonables, deberá acompañar la radicación de las tarifas junto con la información adecuada en apoyo de la petición.

C. Si el Comisionado desaprueba la radicación lo notificará al solicitante, especificando las razones para su desaprobación. Dentro de veinte (20) días a partir de la fecha de desaprobación, la persona afectada podrá solicitar una vista.

En cualquier tiempo con posterioridad al período de revisión aplicable dispuesto en el inciso A de este Artículo, el Comisionado podrá convocar a una vista para determinar si la inscripción reúne los requisitos establecidos. Deberá dar aviso por escrito a la organización de servicios de salud limitados que haya hecho la presentación por lo menos con diez (10) días de anticipación a dicha vista. Si después de dicha vista el Comisionado determinare que la inscripción no reúne los requisitos de este Artículo, expedirá una orden especificando las razones en que se apoya, e indicando la fecha, dentro de un período razonable posterior, en que se considerará que la inscripción dejará de surtir efecto. Dicha orden no afectará ningún contrato otorgado o ratificado con anterioridad al vencimiento del período estipulado en la orden.

Artículo 16.110.-Interpretación con otras leyes

A. (1) Las organizaciones de servicios de salud limitados que se hayan constituido conforme a las leyes de Puerto Rico se considerarán como un asegurador del país para propósitos de las regulaciones sobre los sistemas de compañías tenedoras de aseguradores, a no ser que el Comisionado las exima por escrito de cumplir con una o más de las disposiciones de dicha regulación.

(2) Las organizaciones de servicios de salud limitados estarán sujetas a las disposiciones del Capítulo 27 del Código de Seguros de Puerto Rico.

B. La prestación de servicios de salud limitados por parte de una organización de servicios de salud limitados no se considerará que constituyen la práctica de la medicina ni de otras artes curativas.

Artículo 16.120.-No duplicidad de cubiertas

Las organizaciones de servicios de salud limitados, organizaciones de servicios de salud, aseguradores de incapacidad y las organizaciones sin fines de lucro que provean servicios de salud, hospitalarios o médicos, podrán excluir de cualquier contrato o póliza grupal aquella cubierta que duplicaría la cubierta de servicios de salud limitados.

Artículo 16.130.-Sistema de querellas

Toda organización de servicios de salud limitados deberá establecer y mantener un sistema de querellas de conformidad con lo dispuesto en los Capítulos 22 y 28 de este Código, el cual deberá ser aprobado por el Comisionado y proveer procedimientos adecuados y razonables para la pronta resolución de querellas escritas incoadas por cualquier suscriptor o proveedor, que estén relacionadas con las disposiciones del plan de servicios de salud limitados. Nada de lo dispuesto en este Capítulo impide que un suscriptor o proveedor presente una querella ante el Comisionado ni limita la habilidad del Comisionado para investigar dichas querellas.

Artículo 16.140.-Exámenes

A. El Comisionado podrá examinar, por lo menos cada tres (3) años, los asuntos de cualquier organización de servicios de salud limitados y proveedores con los cuales dicha organización mantiene contratos, acuerdos u otros arreglos.

B. Las organizaciones de servicios de salud limitados y proveedores someterán los libros e informes pertinentes y cooperarán por completo con el Comisionado para facilitar los exámenes. Para propósitos de examen, el Comisionado podrá tomar juramento y examinar a los oficiales y agentes de la organización y de los proveedores.

C. Los gastos de un examen bajo este Artículo se impondrán a la organización que se encuentre bajo evaluación y se remitirán al Comisionado.

D. En el caso de una organización de servicios de salud limitados extranjera, el Comisionado podrá aceptar un informe de examen que haya llevado a cabo el Comisionado del estado de domicilio de dicha organización.

Artículo 16.150.-Inversiones

Los fondos de una organización de servicios de salud limitados se deberán invertir solamente en valores u otras inversiones permitidas por las leyes de Puerto Rico para la inversión de activos que constituyen la reserva legal de aseguradores de vida o aquellos otros valores o inversiones que el Comisionado pueda permitir.

Artículo 16.160.-Representantes Autorizados

A. Ninguna organización de servicios de salud limitados efectuará gestiones de solicitación y suscripción si no es por conducto de un representante autorizado de dicha organización.

B. Las disposiciones sobre licencias, comisiones, requisitos, examen, negocio controlado, fianzas, emplazamiento, libros, documentos e informes del Capítulo 9 del Código de Seguros de Puerto Rico, aplicarán a los intermediarios de las organizaciones de servicios de salud limitados.

Artículo 16.170.-Contratación con proveedores

Todo contrato con proveedores para la prestación de servicios de salud limitados a suscriptores deberá incluir los siguientes términos y condiciones:

A. En caso de que la organización de servicios de salud limitados no cumpla con su obligación de pagar a los proveedores por la prestación de servicios a los suscriptores, ya sea por insolvencia, incumplimiento de contrato u otra razón, la responsabilidad de pagar las cantidades adeudadas al proveedor contratado no recaerá en los suscriptores.

B. Ningún proveedor, agente, cesionario o representante de éste podrá instar acción judicial ni de alguna otra forma intentar cobrar de los suscriptores las cantidades que la organización de servicios de salud limitados pueda adeudarle.

C. Estas disposiciones no impiden que se cobren al suscriptor aquellos cargos no cubiertos por la organización de servicios de salud limitados como pudieran ser, entre otros, copagos, deducibles o coaseguros, siempre que así se hubiese pactado en el contrato o póliza entre la organización de servicios de salud limitados y el suscriptor.

D. Las disposiciones establecidas en este Artículo permanecerán vigentes a pesar de que el contrato entre la organización de servicios de salud limitados y el proveedor se cancele, sin tomar en consideración las razones de la cancelación.

E. La cancelación del contrato entre la organización de servicios de salud limitados y el proveedor no eximirá al proveedor de continuar ofreciendo los tratamientos que se estén brindando a un suscriptor para una condición específica, por un periodo que no será mayor de treinta (30) días, sujeto a los mismos copagos y cargos vigentes a la fecha de cancelación de contrato. Este periodo de tiempo aplicará sólo a los casos en donde no se haya establecido mediante legislación federal o estatal un periodo de transición de continuidad de servicios para un suscriptor por razón de cancelación de contrato entre una organización de servicios de salud limitados y un proveedor.

Artículo 16.180.-Protección contra insolvencia; Depósito

A. Con excepción de lo aprobado en virtud del inciso D de este Artículo, toda organización de servicios de salud limitados deberá en todo momento mantener un "tangible net equity" mínimo de cincuenta mil dólares ($50,000) o el dos por ciento (2%) del ingreso anual por concepto de prima de la organización, lo que sea mayor.

B. Para propósitos de este Artículo, "net equity" significa el excedente de los activos totales sobre los pasivos totales, sin incluir los pasivos que se han subordinado de una manera que el Comisionado considere aceptable. "Tangible net equity" significa el capital menos el valor que se le asigne a los activos inmateriales, entre los que se encuentran, pero sin limitarse a éstos: llave del negocio, valor del negocio en marcha, gastos organizacionales, gastos iniciales, pagos preliminares de gastos diferidos a largo plazo, depósitos no reembolsables y las obligaciones de los oficiales, directores, dueños o afiliados, con la excepción de obligaciones a corto plazo de las filiales para costear bienes o servicios que surgen en el transcurso normal de operaciones que son pagaderos bajo los mismos términos con que se pagan las transacciones equivalentes con empresas que no son filiales y las transacciones que no están vencidas.

C. (1) Como garantía de sus obligaciones, toda organización de servicios de salud limitados depositará con el Comisionado, al momento de autorizarse, la cantidad de seiscientos mil dólares ($600,000) en activos elegibles, según se dispone en el Artículo 8.020 del Código de Seguros de Puerto Rico.

(2) El depósito se admitirá como activo de la organización de servicios de salud limitados en la determinación del "tangible net equity".

(3) Todo ingreso por concepto de depósitos constituirá un activo de la organización de servicios de salud limitados. La organización de servicios de salud limitados podrá retirar el depósito o parte del mismo luego de hacer un depósito sustituto de una cantidad o valor equivalente. El Comisionado aprobará todos los valores antes de que se sustituyan.

(4) El depósito se usará para proteger los intereses de los suscriptores y para asegurar la continuación de los servicios a los suscriptores de una organización de servicios de salud limitados que esté en proceso de rehabilitación. Si dicha organización está en sindicatura o liquidación, el depósito se considerará activo sujeto a las disposiciones aplicables al proceso de liquidación.

D. Al recibir una solicitud de una organización de servicios de salud limitados, el Comisionado podrá eliminar el requisito del inciso A de este Artículo, por el periodo de tiempo que estime apropiado, si la organización de servicios de salud limitados tiene un capital neto de por lo menos cinco millones de dólares ($5,000,000).

Artículo 16.190.-Fianza de fidelidad de los oficiales y empleados

A. Toda organización de servicios de salud limitados deberá mantener vigente una fianza de fidelidad a su nombre con respecto a los oficiales y empleados, por una cantidad no menor de $50,000 o por alguna otra cantidad que disponga el Comisionado.

B. En lugar del requisito de fianza, la organización de servicios de salud limitados podrá depositar con el Comisionado, efectivo, valores u otro tipo de inversión, conforme a lo dispuesto en el Artículo 16.150. Dicho depósito será de igual cantidad que la estipulada para la fianza.

Artículo 16.200.-Informes Anuales

A. Toda organización de servicios de salud limitados deberá presentar al Comisionado, en o antes del 31 de marzo de cada año, un estado exacto sobre el año natural precedente, el cual deberá estar certificado por un contador público autorizado y suscrito bajo juramento por dos (2) de sus principales funcionarios.

B. El informe se presentará en los formularios que prescriba el Comisionado e incluirá:

(1) La situación económica de la organización, incluyendo el estado de situación, el estado de ganancias y pérdidas y el estado de fuentes y aplicación de fondos por el año precedente.;

(2) La cantidad de suscriptores que había a principios del año, los suscriptores que había a final del año y la cantidad de suscripciones que se cancelaron durante el año;

(3) Cualquier cambio material en la información sometida en virtud del Artículo 16.040; y

(4) Cualquier otra información relacionada con el desempeño de la organización que el Comisionado considere necesaria para llevar a cabo sus funciones conforme a lo dispuesto en este Capítulo.

C. El Comisionado podrá requerir con mayor frecuencia informes que incluyan información que considere necesaria para llevar a cabo sus funciones conforme a lo dispuesto en este Capítulo.

D. El Comisionado podrá imponer multas hasta un máximo de cien dólares ($100.00) diarios por cada día de retraso en entregar un informe y podrá revocar el certificado de autoridad de una organización de servicios de salud limitados hasta que dicha organización radique el informe.

Artículo 16.210.-Suspensión o revocación del Certificado de Autoridad

A. El Comisionado podrá suspender o revocar el certificado de autoridad emitido a una organización de servicios de salud limitados si considera que existe alguna de las siguientes condiciones:

(1) La organización de servicios de salud limitados opera en contravención a lo dispuesto en sus documentos constitutivos;

(2) La organización de servicios de salud limitados emite evidencia de cubierta o utiliza tarifas o cargos que no cumplen con los requisitos de los Artículos 16.090 y 16.100;

(3) La organización de servicios de salud limitados no puede cumplir con sus obligaciones de proveer servicios de cuidado de la salud limitados;

(4) La organización de servicios de salud limitados no tiene solidez financiera y se espera que no pueda cumplir con sus obligaciones con los suscriptores o con los posibles suscriptores;

(5) El "tangible net equity" de la organización de servicios de salud limitados es menor que el que se requiere en el Artículo 16.180 o dicha organización no ha corregido las deficiencias en el "tangible net equity" de la manera en que se lo ha exigido el Comisionado;

(6) La organización de servicios de salud limitados no ha implementado un procedimiento de querellas, conforme a lo requerido en el Artículo 16.130;

(7) El continuar operando la organización sería peligroso para los intereses de los suscriptores;

(8) La organización de servicios de salud limitados ha incumplido con alguna otra disposición de este Código, del Código de Seguros de Puerto Rico, regla, reglamento u orden legal del Comisionado; o

(9) La organización o cualquier otra persona a su nombre ha publicado o mercadeado sus servicios en una forma engañosa, desleal o mediante falsas representaciones.

B. Si el Comisionado tuviera motivo para creer que existen fundamentos para la suspensión o revocación del certificado de autoridad, deberá enviarle a la organización de servicios de salud limitados una notificación por escrito en la que esboce los fundamentos de la suspensión o revocación y en la que fije una fecha, dentro de treinta (30) días a partir de la emisión de la notificación, para la celebración de una vista.

C. Cuando se revoque el certificado de autoridad a una organización de servicios de salud limitados, ésta procederá inmediatamente a gestionar el cierre de operaciones y no realizará ninguna otra actividad que no sea esencial al cierre de operaciones ordenado. La organización no hará ninguna gestión publicitaria ni de solicitación adicional. El Comisionado podrá permitir, mediante orden escrita, la continuación de las operaciones que entienda respondan a los mejores intereses de los suscriptores, con el fin de que se provea a éstas las mejores oportunidades prácticas para obtener servicios de salud limitados de manera continuada.

Artículo 16.220.-Sanciones adicionales por violaciones

Además de la suspensión o revocación del certificado de autoridad o en lugar de dicha sanción, a cualquier organización de servicios de salud limitados que violare una disposición de este Código, del Código de Seguros de Puerto Rico, regla, reglamento u orden legal del Comisionado, podrá imponérsele las sanciones o penalidades prescritas para los aseguradores.

Artículo 16.230.-Rehabilitación o liquidación

A. Cualquier rehabilitación o liquidación de las organizaciones de servicios de salud limitados se considerará como la de un asegurador y se conducirá bajo la supervisión del Comisionado en virtud de las disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico sobre rehabilitación o liquidación. El Comisionado puede solicitar del tribunal una orden para la rehabilitación, liquidación u otro remedio que proceda, o cuando en su opinión el continuar operando la organización sería perjudicial para los suscriptores o para el interés público.

B. La organización de servicios de salud limitados no estará sujeta a las leyes y reglamentos que rigen los fondos de garantía en caso de insolvencia, ni el fondo de garantía tendrá que proveer protección a las personas con derecho de recibir servicios de salud limitados de una organización de servicios de salud limitados.

Artículo 16.240.-Derechos de radicación

Toda organización de servicios de salud limitados deberá pagarle al Comisionado los derechos que se establezcan por los siguientes conceptos:

A. La solicitud de certificado de autoridad o una enmienda al mismo;

B. Una modificación material a un servicio de salud limitado o la inclusión de un servicio de salud limitado adicional;

C. Cada informe anual; y

D. Los informes periódicos, conforme a lo dispuesto por el Comisionado.

Artículo 16.250.-Confidencialidad

A. Toda información que la organización de servicios de salud limitados obtenga del suscriptor o el proveedor, relacionada con la salud, diagnóstico o tratamiento del suscriptor, se considerará confidencial y no se divulgará a ninguna persona, excepto:

(1) En la medida en que sea necesario para cumplir con lo dispuesto en este Capítulo;

(2) Si el suscriptor o proveedor ha dado su consentimiento expreso, según sea el caso;

(3) En cumplimiento con una ley u orden que disponga que se debe proveer evidencia o para descubrimiento de la misma; o

(4) Si los datos o la información es pertinente para una reclamación o litigación.

B. La organización de servicios de salud limitados tendrá derecho a reclamar los privilegios de ley que aplican al proveedor, en contra de la divulgación de la información relacionada con el diagnóstico, el tratamiento y la salud de un suscriptor o solicitante.

C. Se considerará confidencial también toda información provista al Comisionado que sea secreto comercial, información privilegiada o que forme parte de una investigación.

Artículo 16.260.-Contribuciones

Las mismas contribuciones que se estipularen para las organizaciones de servicios de salud serán de aplicación a las organizaciones de servicios de salud limitados. Dichas organizaciones tendrán derecho a las mismas deducciones, reducciones, rebajas y créditos contributivos que las organizaciones de servicios de salud."

Artículo 3.-Se añade el nuevo Capítulo 18 a la Ley 194-2011, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", el cual dispondrá lo siguiente:

"**Capítulo 18.-Verificación de Credenciales de los Profesionaleso Entidades de la Salud**

Artículo 18.010.-Título

Este Capítulo se conocerá y podrá citarse como el Capítulo sobre Verificación de Credenciales de los Profesionales o Entidades de la Salud.

Artículo 18.020.-Propósito

El propósito de este Capítulo es procurar que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores establezcan un programa abarcador para verificar las credenciales de los profesionales o entidades de la salud con miras a asegurar que aquellos que participan en sus redes de proveedores cumplan con las calificaciones básicas de su profesión o licencia. Las normas dispuestas en este Capítulo rigen la verificación inicial de las credenciales y la revalidación subsiguiente de las mismas.

Artículo 18.030.-Definiciones

Para los fines de este Capítulo:

A. "Verificación de credenciales" es el proceso de obtener y verificar información acerca de un profesional o entidades de la salud y evaluar a dicho profesional o entidades de la salud cuando éste solicite convertirse en un proveedor participante de un plan de cuidado coordinado ofrecido por una organización de seguros de salud o asegurador.

B. "Verificación primaria" significa la verificación hecha por la organización de seguros de salud o asegurador de las credenciales del profesional o entidades de la salud, a base de evidencia obtenida directamente de la entidad que emite la credencial.

C. "Verificación secundaria" significa la verificación hecha por la organización de seguros de salud o asegurador acerca de las credenciales de un profesional de la salud, a base de la evidencia obtenida por medios que no fueran el contacto directo con el emisor de la credencial (por ejemplo, copias de los certificados provistos por el profesional de la salud solicitante).

Artículo 18.040.-Aplicabilidad y Alcance

Este Capítulo será aplicable a las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que ofrecen planes de cuidado coordinado.

Artículo 18.050.-Responsabilidades Generales de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores

A. La organización de seguros de salud o asegurador:

(1) Establecerá políticas y procedimientos escritos para la verificación de las credenciales de todos los profesionales o entidades de la salud que contrate y aplicará dichas normas de manera uniforme;

(2) Verificará las credenciales del profesional o entidad de la salud antes de contratarlo. El director médico de la organización de seguros de salud o asegurador, u otro profesional de la salud nombrado para tal propósito, será responsable de la verificación de las credenciales y participará en dicho proceso de verificación;

(3) Establecerá un comité para la verificación de credenciales compuesto por médicos y otros profesionales de la salud licenciados, quienes revisarán la información y documentación que avala las credenciales y tomarán decisiones con respecto a la verificación de las credenciales;

(4) Tendrá todas las políticas y procedimientos para la verificación de credenciales disponibles para el profesional o entidades de la salud solicitante, previa solicitud por escrito;

(5) Retendrá todos los expedientes y documentos relacionados con el proceso de verificación de las credenciales del profesional de la salud durante al menos tres (3) años; y

(6) Mantendrá la confidencialidad de toda información obtenida durante el proceso de verificación de las credenciales, salvo que por ley se disponga lo contrario.

B. No se interpretará que este Capítulo requiere que una organización de seguros de salud o asegurador contrate a un proveedor como participante únicamente porque dicho proveedor cumpla con las normas de credenciales de la organización de seguros de salud o asegurador. Tampoco se interpretará que este Capítulo impide que la organización de seguros de salud o asegurador utilice criterios adicionales para la selección de los profesionales de la salud a quienes vaya a contratar.

Artículo 18.060.-Responsabilidades de Verificación de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores

La organización de seguros de salud o asegurador:

A. Obtendrá una verificación primaria de, cuando menos, la siguiente información acerca del solicitante:

(1) Licencia, certificado de autorización o registro vigente para ejercer en Puerto Rico;

(2) Cumplimiento con requisitos de responsabilidad financiera;

(3) Estado de asociación con algún hospital (si fuera aplicable);

(4) Certificaciones expedidas por juntas de especialización (si fuera aplicable);

(5) Certificado de registro vigente con la Agencia de Drogas y Narcóticos (DEA) (si fuera aplicable);

(6) Graduación de una escuela profesional acreditada; y

(7) Estudios graduados completados (si fuera aplicable).

B. Obtendrá una verificación primaria o secundaria, a discreción de la organización de seguros de salud o asegurador, de lo siguiente:

(1) El historial de la licencia del profesional de la salud en Puerto Rico y en otros estados;

(2) El historial de impericia médica del profesional de la salud; y

(3) El historial de trabajo del profesional de la salud.

C. Por lo menos cada tres (3) años obtendrá, con respecto al profesional de la salud participante, lo siguiente:

(1) Licencia, certificado de autorización o registro vigente para ejercer en Puerto Rico;

(2) Cumplimiento con requisitos de responsabilidad financiera;

(3) Estado de asociación con algún hospital (si fuera aplicable);

(4) Certificado de registro vigente con la DEA (si fuera aplicable); y

(5) Certificaciones expedidas por juntas de especialización (si fuera aplicable).

D. Requerirá que los proveedores participantes notifiquen a la organización de seguros de salud o asegurador todo cambio que ocurra en los

renglones indicados en este Artículo e indicará a los proveedores participantes la información de contacto para informar dichos cambios.

Artículo 18.070.-Derecho de los Profesionales de la Salud a Examinar la Información sobre la Verificación de Credenciales

Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores ofrecerán a los profesionales o entidades de la salud la oportunidad de examinar y corregir la información presentada en la solicitud de verificación de credenciales, según se dispone a continuación:

A. Todo profesional o entidad de la salud que esté sujeto al proceso de verificación de credenciales tendrá derecho a examinar toda la información, incluida la fuente de ésta, que obtenga la organización de seguros de salud o asegurador durante el proceso de verificación de credenciales.

B. La organización de seguros de salud o asegurador notificará al profesional de la salud toda la información que obtenga que no satisfaga las normas sobre verificación de credenciales establecidas o que varíe de manera significativa de la información provista por el profesional o entidad de la salud. No obstante lo anterior, la organización de seguros de salud o asegurador no tendrá que divulgar la fuente de dicha información, si tal divulgación está prohibida por ley.

C. El profesional o entidad de la salud tendrá derecho a corregir toda información errónea. La organización de seguros de salud o asegurador tendrá un proceso formal mediante el cual los profesionales o entidades de la salud puedan presentar información suplementaria o corregida al comité de verificación de credenciales y solicitar una reconsideración, si el profesional o entidad de la salud entiende que dicho comité ha recibido información incorrecta, engañosa o equívoca. La información suplementaria estará sujeta a confirmación por parte de la organización de seguros de salud o asegurador.

Artículo 18.080.-Contratación

Cuando la organización de seguros de salud o asegurador contrate a otra entidad para realizar las funciones de verificación de credenciales que se requieren en este Capítulo, el Comisionado responsabilizará a la organización de seguros de salud o asegurador por la fiscalización de las actividades de la entidad contratada."

Artículo 4.-Se añade el nuevo Capítulo 20 a la Ley Núm. 194-2011, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", el cual dispondrá lo siguiente:

"**Capítulo 20.- Evaluación y Mejora de Calidad en las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores**

Artículo 20.010.-Título

Este Capítulo se conocerá y podrá citarse como el Capítulo sobre Evaluación y Mejora de Calidad en las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores.

Artículo 20.020.-Propósito

Este Capítulo establece los criterios para la evaluación de calidad y las actividades de mejora de calidad en las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que ofrecen planes de cuidado coordinado. El propósito de establecer estos criterios es posibilitar que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores evalúen, mantengan y mejoren la calidad de los servicios de cuidado de la salud que les proveen a las personas cubiertas o asegurados.

Artículo 20.030.-Definiciones

A. "Consumidor" significa una persona del público general que puede ser una persona cubierta o no cubierta, un asegurado o un comprador de servicios de cuidado de la salud, incluidos los patronos.

B. "Evaluación de calidad" significa la medición y estimación de la calidad y los resultados del cuidado médico que se proveen a individuos, grupos o poblaciones.

C. "Mejora de calidad" se refiere al esfuerzo empleado para mejorar los procesos y resultados relacionados con los servicios de cuidado de salud que provee el plan médico.

Artículo 20.040.-Aplicabilidad y Alcance

Excepto cuando se especifique lo contrario, este Capítulo aplica a toda organización de seguros de salud o asegurador que ofrezca planes de cuidado coordinado.

Artículo 20.050.-Normas de Evaluación de Calidad

Toda organización de seguros de salud o asegurador que provea planes de cuidado coordinado deberá desarrollar y mantener, regularmente y de manera apropiada, los sistemas de infraestructura y divulgación necesarios para medir la calidad de los servicios de cuidado de la salud que presta a las personas cubiertas o asegurados. Lo anterior, según el tipo de plan que ofrece. A tales efectos, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores deberán:

A. Establecer un sistema diseñado para evaluar la calidad de los servicios de cuidado de la salud que se proveen a las personas cubiertas o asegurados. Este sistema será apropiado para los tipos de planes que ofrece la organización de seguros de salud o asegurador.

B. Proveerle de manera oportuna, a las agencias reguladoras correspondientes, incluido el Comisionado, a los proveedores y a los consumidores, los resultados de los programas de evaluación y mejora de calidad, según se dispone en el Artículo 20.080 de este Código;

C. Informarle a las agencias reguladoras correspondientes, incluido el Comisionado, de todo patrón inadecuado que identifique en torno a la forma en que un proveedor presta los servicios de cuidado de la salud y que pudieran causar que la organización de seguros de salud o asegurador cancele o suspenda el contrato con dicho proveedor. La organización de seguros de salud o asegurador no incurrirá en responsabilidad legal por cumplir con el deber que le impone esta disposición; y

D. Radicar ante el Comisionado, en el formato establecido por éste, una descripción del programa de evaluación de calidad, el cual deberá incluir una certificación firmada por un oficial ejecutivo de la organización de seguros de salud o asegurador que acredite que se cumple con los requisitos de este Capítulo.

Artículo 20.060.-Normas de Mejora de Calidad para Planes Cerrados

Además de cumplir con los requisitos del Artículo 20.050 de este Código, la organización de seguros de salud o asegurador que provea un plan cerrado, o un plan combinado que tenga algún componente cerrado, deberá desarrollar y mantener estructuras y actividades internas para mejorar la calidad de sus servicios, conforme a lo dispuesto en este Artículo. A tales efectos, la organización de seguros de salud o asegurador deberá:

A. Establecer un sistema interno para identificar oportunidades de mejora a los servicios de cuidado de la salud que se proveen. El sistema deberá

estar estructurado de modo que identifique: las prácticas que mejoran los resultados del cuidado de la salud, los patrones de utilización que resultan inadecuados, así como los proveedores que muestren patrones, tanto ejemplares como inadecuados, y los que fomenten el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios;

B. Utilizar los resultados que genere el sistema para colaborar, de manera continua, con los proveedores participantes y otro personal del plan médico para mejorar los servicios de cuidado de la salud que se le proveen a las personas cubiertas o asegurados;

C. Desarrollar y mantener un programa para diseñar, medir, evaluar y mejorar el proceso y los resultados del cuidado de la salud, según lo estipulado en el programa de mejora de calidad que la organización de seguros de salud o asegurador haya radicado ante el Comisionado. Este programa deberá estar dirigido por el personal médico o clínico de la organización de seguros de salud o asegurador, y deberá incluir:

(1) Una declaración de los objetivos, el orden jerárquico y de responsabilidad, las herramientas de evaluación (incluidas las responsabilidades de recopilación de datos), las actividades de mejora de rendimiento y una revisión anual de la efectividad del programa de mejora de calidad;

(2) Un plan de mejora de calidad que describa la forma en que la organización de seguros de salud o asegurador:

(a) Analizará los procesos y los resultados del cuidado de la salud, incluido, y según sea el caso, una revisión detallada de casos individuales para distinguir las causas de la variación;

(b) Identificará los diagnósticos y tratamientos específicos que el programa de mejora de calidad revisará cada año. Para determinar los diagnósticos y tratamientos que se revisarán, la organización de seguros de salud o asegurador deberá tomar en consideración las prácticas y diagnósticos que afectan o que pudieran poner en riesgo una cantidad considerable de las personas cubiertas o asegurados del plan. Lo anterior no significa que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores tendrán que evaluar cada enfermedad, dolencia o padecimiento que pueda afectar a algún miembro de un plan de cuidado coordinado.

(c) Utilizará una variedad de métodos adecuados para analizar la calidad de los servicios, incluidos los siguientes:

(i) Recopilación y análisis de información sobre la utilización excesiva y la subutilización de los servicios;

(ii) Evaluación de los tratamientos y los resultados del cuidado de la salud;

(iii) Recopilación y análisis de información específica sobre personas cubiertas, asegurados o proveedores, que se haya obtenido de múltiples fuentes como las organizaciones de manejo de utilización, el procesamiento de querellas, entre otras;

(d) Comparará los resultados del programa con el desempeño pasado, según sea apropiado, y según sea aplicable, con las metas internas y las normas externas que haya adoptado la organización de seguros de salud o asegurador;

(e) Medirá el desempeño de los proveedores participantes y llevará a cabo actividades de evaluación por homólogos clínicos ("peer review activities"), tales como:

(i) Identificar prácticas que no cumplan con los estándares de la organización de seguros de salud o asegurador;

(ii) Tomar las medidas adecuadas para corregir las deficiencias;

(iii) Monitorear a los proveedores participantes para determinar si han implementado medidas correctivas; y

(iv) Tomar las medidas adecuadas cuando el proveedor participante no haya implementado las medidas correctivas;

(f) Utilizará los protocolos de tratamiento y los parámetros de la profesión que se hayan desarrollado tomando en consideración datos clínicos adecuados y utilizando las

evaluaciones descritas en los incisos (C)(2)(a) y (C)(2)(b) de este Artículo, o utilizará protocolos de tratamiento que se hayan desarrollado con los datos clínicos adecuados; y le proveerá información a los proveedores participantes sobre los protocolos que les permitirán satisfacer las normas que estos protocolos establezcan;

(g) Evaluará el acceso que las personas cubiertas o asegurados tengan a los servicios de cuidado de la salud, a tenor con las normas que se hayan establecido por ley, reglamentación o por el Comisionado. El plan de mejora de calidad describirá la estrategia que utilizará la organización de seguros de salud o asegurador para integrar la política de salud pública con los servicios de salud que ofrecen, incluyendo una descripción de los esfuerzos que dicha organización de seguros de salud o asegurador haya hecho de buena fe para iniciar o mantener la comunicación con las agencias públicas de la salud;

(h) Implementar estrategias de mejoras basadas en las conclusiones de los programas; y

(i) Evaluar, al menos una vez al año, la efectividad de las estrategias implantadas a tenor con el inciso (C)(2)(h) de este Artículo.

D. Asegurará que los proveedores participantes tengan la oportunidad de participar en el desarrollo, implementación y evaluación del sistema de mejora de calidad; y

E. Ofrecerá a las personas cubiertas o asegurados la oportunidad de comentar sobre el proceso de mejora de calidad.

Artículo 20.070.-Auditoría Corporativa

El principal director médico o clínico de la organización de seguros de salud o asegurador asumirá la responsabilidad primaria de evaluar la calidad y las actividades de mejora de calidad que realice dicha organización de seguros de salud o asegurador, o que se lleven a cabo en nombre de ésta. También se asegurará de que se cumplan todos los requisitos dispuestos en este Capítulo. El principal director médico o clínico deberá aprobar, por escrito, los programas de evaluación de calidad y los programas de mejora de calidad, según sean aplicables, que se implementen para cumplir con este Capítulo, y deberá

revisarlos y reevaluarlos de manera periódica. Al menos dos (2) veces al año, el principal director médico o clínico deberá revisar los informes de evaluación de calidad y las actividades de mejora de calidad. El Comisionado responsabilizará a la organización de seguros de salud o asegurador por las acciones que lleve a cabo el principal director médico o clínico. La organización de seguros de salud o asegurador, también será responsable de cumplir con todos los requisitos establecidos en este Capítulo.

Artículo 20.080.-Requisitos de Radicación de Informes y de Divulgación de Información

A. Según se especifica a continuación, toda organización de seguros de salud o asegurador deberá documentar el programa de evaluación de calidad y el programa de mejora de calidad, de haber implementado alguno, y además deberá:

(1) Incluir un resumen de los programas de evaluación y de mejora de calidad en los documentos de mercadeo;

(2) Incluir, en la certificación de cubierta o en el manual que se le provee a los nuevos suscriptores del plan, una descripción de los programas de evaluación y de mejora de calidad, así como una declaración de los derechos y responsabilidades del paciente con respecto a estos programas; y

(3) Suministrar a los proveedores y a las personas cubiertas o asegurados, una (1) vez al año, los resultados de los programas de evaluación y de mejora de calidad. También deberá informarles de cómo ha ido cumpliendo con las metas internas y las normas externas, cuando esta información esté disponible. Los informes incluirán una descripción de la metodología utilizada para evaluar cada área en específico.

B. (1) La organización de seguros de salud o asegurador deberá proveerle al Comisionado una certificación anual en la que acredite que los programas de evaluación y de mejora de calidad, así como los materiales que le proporciona a los proveedores y a los consumidores, a tenor con el inciso A de este Artículo, cumplen con los requisitos dispuestos en este Capítulo.

(2) La organización de seguros de salud o asegurador deberá tener accesible al público, en caso de que así se le solicite y sujeto a un cargo razonable, los materiales certificados a los que se alude en el

inciso (B)(1) de este Artículo, excepto los materiales sujetos a confidencialidad, de conformidad con el Artículo 20.090 de este Código, y los materiales que sean propiedad intelectual del plan. La organización de seguros de salud o asegurador deberá conservar todos los materiales certificados por al menos tres (3) años a partir de la fecha en que dicho material se haya utilizado o hasta que se haya examinado como parte de una evaluación de conducta de mercado, cuál de las dos fechas ocurra primero.

Artículo 20.090.-Confidencialidad

A. La información relacionada con el diagnóstico, tratamiento o salud de una persona cubierta o asegurado es confidencial y no se deberá divulgar a ninguna persona, salvo que ello sea necesario para cumplir con lo dispuesto en este Capítulo y según lo permitan las leyes de Puerto Rico y Estados Unidos de Norteamérica; o cuando la persona cubierta o asegurado así lo consienta expresamente; o a tenor con una ley u orden judicial que requiera la producción o descubrimiento de evidencia; o si dicha información está relacionada con una reclamación o querella entre la persona cubierta o asegurado y la organización de seguros de salud o asegurador. Si la información relacionada con el diagnóstico, tratamiento o salud de una persona cubierta o asegurado, actual o potencial, se divulga cumpliendo con lo dispuesto en este Artículo, la organización de seguros de salud o asegurador no será responsable por ningún otro uso, debido o indebido, de dicha información. La organización de seguros de salud o asegurador tendrá derecho a reclamar aquellos privilegios establecidos por ley que tienen los proveedores en contra de la divulgación.

B. Toda persona que, de buena fe y sin malicia, en su capacidad de miembro, agente o empleado del comité de calidad de una organización de seguros de salud o asegurador, tome alguna decisión o haga alguna recomendación o provea algún expediente, información o asistencia al comité de calidad, a tenor con las actividades de evaluación y de mejora de calidad de la organización de seguros de salud o asegurador, y para fomentar las mismas, no tendrá que responder ante ninguna demanda por daños y perjuicios ni por alguna otra acción judicial como consecuencia de dicha acción; así como tampoco la organización de seguros de salud o asegurador, ni ninguno de sus directores, oficiales, empleados o agentes tendrán que responder por las actividades de dicha persona. Este Artículo no pretende relevar a persona alguna de responsabilidad en cuanto al tratamiento de un paciente.

C. (1) La información que utilice el comité de calidad y las actas de sus reuniones serán confidenciales y no estarán sujetas a descubrimiento, excepto en las vistas celebradas por el Comisionado. Ningún miembro del comité de calidad o personal que haya asistido o participado de las actividades de evaluación y mejora de calidad podrá ser emplazada para comparecer en calidad de testigo en una vista o procedimiento cuasi judicial, si el emplazamiento está fundamentado únicamente en estas actividades.

D. Para cumplir con las obligaciones dispuestas en este Artículo, la organización de seguros de salud o asegurador tendrá acceso a los expedientes médicos y a otra información relacionada con el diagnóstico, tratamiento y estado de la salud de la persona cubierta o asegurado.

Artículo 20.100.-Contratación

Cuando una organización de seguros de salud o asegurador contrate a otra entidad para llevar a cabo los procesos de evaluación y mejora de calidad, el Comisionado responsabilizará a la organización de seguros de salud o asegurador por la supervisión de las actividades que lleve a cabo dicha entidad contratada."

Artículo 5.-Se añade el nuevo Capítulo 24 a la Ley 194-2011, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", el cual dispondrá lo siguiente:

"**Capítulo 24 .-Revisión de Utilización y Determinación de Beneficios**

Artículo 24.010.-Título

Este capítulo se conocerá y podrá citarse como el Capítulo sobre Revisión de Utilización y Determinación de Beneficios.

Artículo 24.020.-Propósito

Este Capítulo establece las normas y los criterios que regirán la estructura y funcionamiento de los procesos de revisión de utilización y determinación de beneficios que llevan a cabo las organizaciones de seguros de salud o aseguradores. Su propósito es facilitar la continua evaluación y administración de los servicios de cuidado de la salud que reciben las personas cubiertas o asegurados.

Artículo 24.030.-Definiciones

Para los fines de este Capítulo:

A. "Certificación" significa un documento que contiene la determinación de la organización de seguros de salud o asegurador, o de la organización de revisión de utilización, en el que se expresa que se ha revisado la solicitud de un beneficio a tenor con el plan médico y que, a base de la información provista, el beneficio cumple con los requisitos de la organización de seguros de salud o asegurador en cuanto a la necesidad médica, la idoneidad, el lugar donde se provee el servicio de cuidado de la salud, o el nivel o eficacia del servicio o del cuidado.

B. "Condición de salud de emergencia" significa una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente severidad, incluyendo dolor severo, ante la cual una persona lega, razonablemente prudente y con un conocimiento promedio de salud y medicina, puede esperar que, en ausencia de atención médica inmediata, la salud de la persona se colocaría en serio peligro, o resultaría en una seria disfunción de cualquier miembro u órgano del cuerpo o, con respecto a una mujer embarazada que esté sufriendo contracciones, que no haya suficiente tiempo para trasladarla a otras instalaciones antes del parto, o que trasladarla representaría una amenaza a su salud o a la de la criatura por nacer.

C. "Criterios de revisión clínica" son los procedimientos escritos para el cernimiento, resúmenes de las decisiones, los protocolos clínicos y guías de práctica que usa la organización de seguros de salud o asegurador para determinar la necesidad médica e idoneidad de los servicios de cuidado de salud.

D. "Determinación adversa" significa:

(1) Una determinación hecha por una organización de seguros de salud o asegurador, o una organización de revisión de utilización, en la que se deniega, reduce o termina un beneficio, o no se paga el beneficio, parcial o totalmente, ya que al aplicar las técnicas de revisión de utilización, a base de la información provista, el beneficio solicitado, según el plan médico, no cumple con los requisitos de necesidad médica, idoneidad, lugar en que se presta el servicio de cuidado de la salud o el nivel o eficacia del servicio o del cuidado, o se determina que es de naturaleza experimental o investigativa;

(2) La denegación, reducción, terminación o ausencia de pago de un beneficio, sea parcial o en su totalidad, por parte de la organización de seguros de salud o asegurador, o una organización de revisión de utilización, basado en la determinación sobre la elegibilidad de la persona cubierta o asegurado de participar en el plan médico; o

(3) La determinación que resulte de una revisión prospectiva o revisión retrospectiva en la que se deniega, reduce, termina o no se paga, parcial o totalmente, el beneficio.

E. "Estabilizado" significa, con respecto a una condición de salud de emergencia, que no hay probabilidad de que se deteriore la condición del paciente, dentro de las probabilidades médicas razonables, antes de que se pueda transferir al paciente.

F. "Homólogo clínico" significa un médico u otro profesional de la salud que tiene una licencia sin restricciones en un estado de los Estados Unidos o en Puerto Rico, y en la misma especialidad, o especialidad similar, que los médicos o profesionales de la salud que por costumbre atienden la condición, procedimiento o tratamiento que se revisa.

G. "Manejo de casos" significa un conjunto de actividades coordinadas, establecidas por la organización de seguros de salud o asegurador, para el manejo individual de los padecimientos del paciente, sean complejos, prolongados o de otro tipo.

H. "Organización de revisión de utilización" significa la entidad contratada por una organización de seguros de salud o asegurador para llevar a cabo la revisión de utilización, cuando no sea la organización de seguros de salud o asegurador quien hace la revisión de su propio plan médico. No se interpretará que es requisito para la organización de seguros de salud o asegurador, subcontratar una entidad independiente para llevar a cabo los procesos de revisión de utilización.

I. "Planificación de altas" significa el proceso formal que se lleva a cabo antes de que a un paciente se le dé de alta de una instalación, para determinar la coordinación y manejo del cuidado que recibirá dicho paciente, luego de que se le haya dado de alta.

J. "Revisión concurrente" significa la revisión de utilización hecha durante la estadía del paciente en una instalación, o durante el tratamiento del paciente en la oficina de un profesional de la salud u otro lugar donde se

prestan servicios de cuidado de la salud a pacientes recluidos o ambulatorios.

K. "Revisión de servicios ambulatorios" significa la revisión de utilización de servicios de cuidado de la salud prestados en instalaciones que proveen servicios ambulatorios.

L. "Revisión de utilización" significa un conjunto de técnicas formales para supervisar los servicios de cuidado de la salud, procedimientos o lugares donde se prestan dichos servicios, o para evaluar la necesidad médica, idoneidad, eficacia o eficiencia de los mismos. Dichas técnicas podrían incluir la revisión de servicios ambulatorios, la revisión prospectiva, la segunda opinión, la certificación, la revisión concurrente, el manejo de casos, la planificación de altas o la revisión retrospectiva.

M. "Revisión prospectiva" significa la revisión de utilización, antes de que se preste el servicio de cuidado de la salud o el tratamiento al paciente, según el requisito de la organización de seguros de salud o asegurador para que dicho servicio o tratamiento se apruebe, en parte o en su totalidad, antes de que se preste el mismo.

N. "Revisión retrospectiva" significa la revisión de una solicitud de un beneficio que se lleva a cabo, luego de que el servicio de cuidado de la salud fue prestado. "Revisión retrospectiva" no incluye la revisión de una reclamación que se limita a la evaluación de la veracidad de la documentación o el uso de los códigos correctos.

O. "Segunda opinión" significa la oportunidad o el requisito de obtener una evaluación clínica hecha por un proveedor, que no sea el proveedor que haya hecho la recomendación inicial, de un servicio de cuidado de la salud, con miras a evaluar la necesidad médica e idoneidad de dicho servicio.

P. "Servicios de emergencia" significa los servicios de cuidado de la salud prestados o que se requieren para tratar una condición de salud de emergencia.

Q. "Solicitud de cuidado urgente", significa

(1) Una solicitud de servicio de cuidado de la salud o tratamiento con respecto al cual el tiempo establecido para hacer una determinación de cuidado no urgente:

(a) Podría poner en peligro la vida o la salud de la persona cubierta o asegurado o su recuperación plena; o

(b) En la opinión de un médico con conocimiento de la condición de salud de la persona cubierta o asegurado, expondría a la persona a dolor que no se puede manejar adecuadamente sin el servicio de cuidado de la salud o tratamiento solicitado.

(2) Al determinar si se tratará la solicitud como una solicitud de cuidado urgente, la persona que representa a la organización de seguros de salud o asegurador ejercerá el juicio de un lego prudente que tiene un conocimiento promedio de la salud y la medicina. Si un médico con conocimiento de la condición de salud de la persona cubierta o asegurado determina presentar una solicitud de cuidado urgente, dentro del significado del inciso (1), la organización de seguros de salud o asegurador tratará dicha solicitud como una de cuidado urgente.

Artículo 24.040.-Aplicabilidad y Alcance

Este Capítulo será aplicable a las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que proveen o realizan procedimientos de revisión de utilización. Los requisitos de este Capítulo, también serán aplicables a las personas o entidades designadas por las organizaciones de seguros de salud o aseguradores para realizar dichas funciones, incluyendo a las organizaciones de revisión de utilización que actúan a nombre de una organización de seguros de salud o asegurador.

Artículo 24.050.-Auditoría Corporativa del Programa de Revisión de Utilización

Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores serán responsables de fiscalizar todas las actividades de revisión de utilización que se lleven a cabo dentro de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, o a nombre de éstos, y de asegurar que se cumplan los requisitos de este Capítulo y su reglamento correspondiente. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, también garantizarán que haya personal adecuado que tenga la responsabilidad de administrar el programa de revisión de utilización.

Artículo 24.060.-Contratación

Cuando una organización de seguros de salud o asegurador contrate una organización de revisión de utilización u otra entidad para llevar a cabo las

funciones de revisión de utilización que se requieren en este Capítulo, el Comisionado responsabilizará a la organización de seguros de salud o asegurador por la fiscalización de las actividades de la organización de revisión de utilización o entidad contratada. La organización de seguros de salud o asegurador garantizará que se cumplan los requisitos de este Capítulo y los reglamentos aplicables.

Artículo 24.070.-Alcance y Contenido del Programa de Revisión de Utilización

A. (1) Toda organización de seguros de salud o asegurador que requiera que las solicitudes de beneficios, conforme al plan médico de la persona cubierta o asegurado, sean objeto de una revisión de utilización, implementarán, por escrito, un programa de revisión de utilización en el que se describan todas las actividades y procedimientos de tales revisiones, tanto los que se deleguen como los que no se deleguen, con respecto a:

(a) Los procedimientos para la radicación de las solicitudes de beneficios;

(b) La notificación de las determinaciones sobre revisión de utilización y determinaciones de beneficios; y

(c) Los procesos para la revisión de determinaciones adversas, conforme al Capítulo 22 de este Código.

(2) El documento en el que se describa el programa, incluirá lo siguiente:

(a) Los procedimientos para evaluar la necesidad de salud, idoneidad, y eficiencia y eficacia de los servicios de cuidado de la salud;

(b) Las fuentes de datos y criterios de revisión clínica utilizados en el proceso de toma de decisiones;

(c) Los mecanismos usados para asegurar la aplicación uniforme de los criterios de revisión clínica y de las decisiones compatibles;

(d) Los procesos de recopilación de datos y métodos analíticos usados para evaluar la utilización de servicios de cuidado de la salud;

(e) Disposiciones para asegurar la confidencialidad de la información de salud y la propiedad intelectual;

(f) La estructura organizativa (por ejemplo, comité de revisión de utilización, comité de garantía de calidad u otro tipo de comité), que periódicamente evalúa las actividades de revisión de utilización y responde al cuerpo rector de la organización de seguros de salud o asegurador; y

(g) El título del puesto de la persona responsable de la operación diaria del programa.

B. (1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores radicarán con el Comisionado, en el formato que éste disponga, un informe anual que resuma las actividades del programa de revisión de utilización.

(2) (a) Además del informe anual que resuma las actividades del programa de revisión de utilización, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores mantendrán, por un término mínimo de seis (6) años, récords de todas las solicitudes de beneficios y reclamaciones y notificaciones relacionadas a los procesos de revisión de utilización.

(b) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores pondrán a disposición del Comisionado y de otras agencias reguladoras, cuando así se les requiera, los récords mencionados en el apartado (B)(2)(a) de este Artículo.

Artículo 24.080.-Requisitos Operacionales

A. En el programa de revisión de utilización se usarán criterios de revisión clínica que estén documentados y fundamentados en evidencia clínica sólida y que sean evaluados periódicamente para asegurar su vigencia. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores podrán desarrollar sus propios criterios de revisión clínica o podrán obtener dichos criterios de un vendedor cualificado y utilizarlos mediante licencia. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores proveerán los criterios de revisión clínica a solicitud del Comisionado y de otras agencias gubernamentales autorizadas.

B. La administración del programa de revisión de utilización estará a cargo de profesionales de la salud cualificados, quienes supervisarán las decisiones que se tomen en el proceso de revisión. Uno o más homólogos clínicos evaluarán la corrección de las determinaciones adversas.

C. (1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores realizarán la revisión de utilización y emitirán las determinaciones de beneficios de manera expedita, según los requisitos de los Artículos 24.090 y 24.100 de este Código.

(2) (a) Cuando la organización de seguros de salud o asegurador falle en adherirse estrictamente a los requisitos de los Artículos 24.090 y 24.100 de este Código, podrá considerarse que la persona cubierta o asegurado ha agotado el remedio provisto en este Capítulo y podrá tomar acción ulterior, a tenor con lo que a continuación se dispone en el apartado (C)(2)(b) de este Artículo, independientemente de si la organización de seguros de salud o asegurador alega haber cumplido sustancialmente con los requisitos de los Artículos 24.090 y 24.100 de este Código, o de si alega que la falta cometida fue mínima.

(b) (i) A tono con lo dispuesto en el apartado (C)(2)(a) de este Artículo, la persona cubierta o asegurado podrá radicar una solicitud de revisión externa a tenor con el Capítulo 28 de este Código.

(ii) Además del proceso de revisión externa dispuesto en el apartado anterior, la persona cubierta o asegurado tendrá derecho a procurar cualquier remedio disponible bajo las leyes de Puerto Rico o las leyes federales, fundamentado en el hecho de que la organización de seguros de salud o asegurador falló en su deber de proveer un proceso interno de revisión razonable, que condujera a una decisión basada en los méritos de la reclamación.

D. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores tendrán un procedimiento para cerciorarse que, al llevar a cabo la revisión de utilización, los revisores apliquen, de manera uniforme, los criterios de revisión clínica.

E. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores evaluarán con regularidad la eficacia y eficiencia de sus programas de revisión de utilización.

F. Los sistemas de procesamiento de datos de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores serán adecuados para las actividades del programa de revisión de utilización y tendrán capacidad para generar informes administrativos que permitan que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores auditen y administren los servicios de cuidado de la salud efectivamente.

G. Si las organizaciones de seguros de salud o aseguradores delegan alguna de las actividades de revisión de utilización a otra entidad, mantendrán un proceso adecuado de supervisión que incluirá:

(1) Una descripción, por escrito, de las actividades y responsabilidades de la organización de revisión de utilización designada, incluyendo los requisitos para los informes que ésta tendrá que rendir;

(2) Evidencia de la aprobación formal, por parte de la organización de seguros de salud o asegurador, del programa de revisión de utilización; y

(3) El proceso mediante el cual las organizaciones de seguros de salud o aseguradores evaluarán el desempeño de la organización de revisión de utilización designada.

H. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores coordinarán el programa de revisión de utilización junto con las otras actividades de administración de servicios médicos que realizan, tales como los programas de garantía de calidad, la verificación de credenciales, la contratación de proveedores, la preparación de informes, los procedimientos para atender las querellas, los procesos para evaluar la satisfacción de las personas cubiertas o asegurados y el manejo de riesgos.

I. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores proveerán mecanismos adecuados para que las personas cubiertas o asegurados, y los proveedores participantes, puedan resolver sus dudas o preguntas con relación al programa de revisión y determinación de beneficios.

J. Al llevar a cabo la revisión de utilización, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores recopilarán únicamente la información necesaria para hacer la revisión, incluyendo la información clínica pertinente.

K. (1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores se cerciorarán de que los procesos de revisión de utilización y determinación de beneficios se lleven a cabo de una manera que garanticen la independencia de criterio y la imparcialidad de los individuos que tienen a su cargo hacer la revisión de utilización y determinación de beneficios.

(2) Para garantizar la independencia de criterio e imparcialidad de los individuos que tienen a su cargo hacer la revisión de utilización y determinación de beneficios, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores se abstendrán de tomar decisiones respecto a la contratación, compensación, terminación, promoción u otros asunto similares de tales individuos, basadas en la probabilidad de que éstos avalen o confirmen la denegación de beneficios a las personas cubiertas o asegurados.

Artículo 24.090.-Procedimientos para la Revisión de Utilización y Determinación de Beneficios Ordinaria

A. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores mantendrán, por escrito, procedimientos para llevar a cabo la revisión de utilización y determinación de beneficios ordinaria, con respecto a las solicitudes de beneficios hechas por las personas cubiertas o asegurados, y para la notificación de sus determinaciones dentro de los plazos que se requieren en este Artículo.

B. (1) (a) (i) En el caso de las determinaciones de revisiones prospectivas, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores harán su determinación y la notificarán a la persona cubierta o asegurado, independientemente de si se certifica el beneficio o no, dentro del plazo adecuado según la condición de salud de la persona cubierta o asegurado, pero en ningún caso en un plazo mayor de quince (15) días, contados a partir de la fecha en que se recibe la solicitud.

(ii) En caso de que se emita una determinación adversa, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, notificarán dicha determinación como se dispone en el apartado (F) de este Artículo.

(b) El plazo de quince (15) días para hacer la determinación y notificar a la persona cubierta o asegurado se podrá extender o prorrogar una vez por parte de la organización de seguros de salud o asegurador, por un periodo adicional de quince (15) días, siempre y cuando la organización de seguros de salud o asegurador satisfaga los siguientes requisitos:

(i) Determine que la prórroga es necesaria debido a circunstancias fuera del control de la organización de seguros de salud o asegurador; y

(ii) Notifique a la persona cubierta o asegurado, antes del vencimiento del plazo inicial de quince (15) días, las circunstancias que justifican la prórroga y la fecha en que espera hacer la determinación.

(c) Si la prórroga se debe a que la persona cubierta o asegurado no ha presentado información necesaria para que la organización de seguros de salud o asegurador pueda hacer su determinación, la notificación de la prórroga cumplirá con los siguientes requisitos:

(i) Describirá exactamente cuál es la información adicional que se requiere para completar la solicitud; y

(ii) Dispondrá un plazo de por lo menos cuarenta y cinco (45) días, contados a partir de la fecha del recibo de la notificación de prórroga, para que la persona cubierta o asegurado provea la información adicional especificada.

(2) (a) Cuando las organizaciones de seguros de salud o aseguradores reciban una solicitud de revisión prospectiva que no cumpla con los requisitos para la radicación de solicitudes de beneficios de la organización de seguros de salud o asegurador, le notificarán a la persona cubierta o asegurado de esta deficiencia y proveerán en la notificación información sobre los procedimientos que se deben seguir para radicar la solicitud correctamente.

(b) (i) La notificación sobre deficiencia en la radicación de la solicitud se proveerá a la brevedad posible, pero en

ningún caso en un plazo mayor de cinco (5) días, contados a partir de la fecha de la presentación deficiente.

(ii) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores podrán hacer la notificación sobre deficiencia, verbalmente o por escrito, si así lo solicita la persona cubierta o asegurado.

C. (1) En el caso de las determinaciones de revisiones concurrentes, si la organización de seguros de salud o asegurador ha certificado previamente el tratamiento en curso por un plazo de tiempo determinado o por determinada cantidad de tratamientos, las siguientes normas serán de aplicación:

(a) Se considerará como una determinación adversa toda reducción o terminación del tratamiento que haga la organización de seguros de salud o asegurador antes de finalizar el plazo o la cantidad de tratamientos previamente certificados, salvo que la reducción o terminación se deba a una enmienda en los beneficios del plan médico o a la terminación del plan médico; y

(b) La organización de seguros de salud o asegurador notificará, según se dispone en el apartado (F) de este Artículo, la determinación adversa a la persona cubierta o asegurado, con antelación a la reducción o terminación, de modo que la persona cubierta o asegurado pueda presentar una querella interna a tenor con el Capítulo 22 de este Código y obtener una determinación con respecto a dicha querella, antes de que se reduzca o termine el beneficio.

(2) El servicio de cuidado de la salud o tratamiento objeto de la determinación adversa se continuará hasta tanto la organización de seguros de salud o asegurador notifique a la persona cubierta o asegurado la determinación relacionada con la querella interna hecha conforme al Capítulo 22 de este Código.

D. (1) (a) En el caso de las determinaciones de revisiones retrospectivas, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores harán su determinación en un plazo razonable, pero en ningún caso en un plazo mayor de treinta (30) días, contados a partir del recibo de la solicitud.

(b) En caso de que se emita una determinación adversa, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores notificarán dicha determinación como se dispone en el apartado (F) de este Artículo.

(2) (a) El plazo para hacer la determinación y notificar a la persona cubierta o asegurado se podrá extender o prorrogar una vez por parte de la organización de seguros de salud o asegurador, por un periodo adicional de quince (15) días, siempre y cuando la organización de seguros de salud o asegurador satisfaga los siguientes requisitos:

(i) Determine que la prórroga es necesaria debido a circunstancias fuera del control de la organización de seguros de salud o asegurador; y

(ii) Notifique a la persona cubierta o asegurado, antes del vencimiento del plazo inicial de treinta (30) días calendario, las circunstancias que justifican la prórroga y la fecha en que espera hacer la determinación.

(b) Si la prórroga se debe a que la persona cubierta o asegurado no ha presentado información necesaria que la organización de seguros de salud o asegurador pueda hacer su determinación, la notificación de la prórroga cumplirá con los siguientes requisitos:

(i) Describirá exactamente cuál es la información adicional que se requiere para completar la solicitud; y

(ii) Dispondrá un plazo de por lo menos cuarenta y cinco (45) días, contados a partir de la fecha del recibo de la notificación de prórroga, para que la persona cubierta o asegurado provea la información adicional especificada.

E. (1) A los fines de calcular los plazos en que se requiere que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores tomen sus determinaciones, conforme a los apartados (B) y (D) de este Artículo, el plazo comenzará en la fecha en que la organización de

seguros de salud o asegurador reciba la solicitud conforme a los procedimientos de radicación que haya establecido a tenor con el Artículo 24.070 de este Código, independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para tomar la determinación.

(2) (a) Si se extiende el plazo debido a que la persona cubierta o asegurado no presentó toda la información necesaria para hacer la determinación, el plazo aplicable se interrumpirá a partir de la fecha en que la organización de seguros de salud o asegurador envíe la notificación de prórroga a la persona cubierta o asegurado, hasta la que ocurra primero de entre las siguientes fechas:

(i) La fecha en que la persona cubierta o asegurado responda a la solicitud de información adicional especificada; o

(ii) La fecha para la cual se debiera haber presentado la información adicional especificada.

(b) Si la persona cubierta o asegurado no presenta la información adicional especificada antes de vencer la prórroga, la organización de seguros de salud o asegurador podrá denegar la certificación del beneficio solicitado.

F. (1) Si a raíz de los procesos de revisión de utilización y determinación de beneficios la organización de seguros de salud o asegurador emitiera una determinación adversa, la notificación de dicha determinación adversa expondrá, de manera comprensible a la persona cubierta o asegurado, lo siguiente:

(a) Información suficiente que permita identificar el beneficio solicitado o la reclamación hecha, incluyendo los datos que sean aplicables entre los siguientes: la fecha del servicio; el proveedor; la cuantía de la reclamación; el código de diagnóstico y su significado; y el código de tratamiento y su significado;

(b) Las razones específicas de la determinación adversa, incluyendo el código de denegación y su significado, así como una descripción de los estándares, si alguno, utilizados en la denegación del beneficio o reclamación;

(c) Una referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;

(d) Una descripción de todo material o información adicional que se necesite para que la persona cubierta o asegurado pueda completar la solicitud, incluida una explicación de por qué dicho material o información es necesario;

(e) Una descripción de los procedimientos internos de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador, establecidos a tenor con el Capítulo 22 de este Código, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos;

(f) Si para formular la determinación adversa la organización de seguros de salud o asegurador se fundamentó en una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá, libre de costo, a la persona cubierta o asegurado una copia de dicha regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar;

(g) Si la determinación adversa se basó en el juicio sobre la necesidad médica del servicio o tratamiento, en la naturaleza experimental o investigativa del mismo o en una exclusión o límite similar, la notificación incluirá una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, y al aplicar los términos del plan médico a las circunstancias de la persona cubierta o asegurado; y

(h) Una explicación del derecho de la persona cubierta o asegurado a comunicarse, según corresponda, con la oficina del Comisionado o con la Oficina del Procurador del Paciente para pedir ayuda en cualquier momento y sobre el derecho a incoar una demanda ante un tribunal competente cuando termine el proceso interno de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador. Deberá incluirse la información de contacto de la Oficina del Comisionado y del Procurador de la Salud.

(2) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores proveerán la notificación que se requiere en este Artículo, de una manera adecuada, tanto cultural como lingüísticamente, según lo requiera la ley federal.

Artículo 24.100.-Procedimientos para la Revisión Acelerada de Utilización y Determinación de Beneficios

A. (1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores establecerán, por escrito, procedimientos para la revisión acelerada de utilización y determinación de beneficios, y para notificar a las personas cubiertas o asegurados sus determinaciones respecto a las solicitudes de cuidado urgente.

(2) (a) Como parte de los procedimientos que se requieren en el apartado (A)(1) de este Artículo, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores dispondrán que, si la persona cubierta o asegurado no sigue los procedimientos de radicación para una solicitud de cuidado urgente, la organización de seguros de salud o asegurador deberá notificarle dicha deficiencia y los procedimientos que se deben seguir para radicar la solicitud correctamente.

(b) La notificación sobre deficiencia en la radicación de una solicitud de cuidado urgente:

(i) Se proveerá a la persona cubierta o asegurado a la brevedad posible, pero en ningún caso en un término mayor de veinticuatro (24) horas, contadas a partir del recibo de la solicitud; y

(ii) Podrá ser verbal, a menos que la persona cubierta o asegurado solicite la notificación por escrito.

B. (1) (a) En el caso de una solicitud de cuidado urgente, la organización de seguros de salud o asegurador notificará a la persona cubierta o asegurado su determinación, sea o no una determinación adversa, a la brevedad posible, tomando en cuenta la condición de salud de la persona cubierta o asegurado, pero en ningún caso en un término mayor de veinticuatro (24) horas contadas a partir del recibo de la solicitud, salvo que la persona cubierta o asegurado no haya provisto suficiente información para que la organización de seguros de salud o asegurador pueda determinar si los beneficios solicitados son beneficios cubiertos y pagaderos a tenor con el plan médico.

(b) En caso de que se emita una determinación adversa, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores notificarán dicha determinación como se dispone en el apartado (E) de este Artículo.

(2) (a) Si la persona cubierta o asegurado no ha provisto suficiente información para que la organización de seguros de salud o asegurador pueda tomar una determinación, la organización de seguros de salud o asegurador notificará la deficiencia a la persona cubierta o asegurado, ya sea verbalmente o, si la persona cubierta o asegurado así lo solicita, por escrito, y le indicará la información específica que se necesita, a la brevedad posible, pero en ningún caso en un término mayor de veinticuatro (24) horas, contadas a partir del recibo de la solicitud.

(b) La organización de seguros de salud o asegurador proveerá a la persona cubierta o asegurado un plazo razonable para presentar la información adicional especificada, pero en ningún caso dicho plazo será menor de cuarenta y ocho (48) horas, contadas a partir de la notificación de la deficiencia.

(c) La organización de seguros de salud o asegurador notificará a la persona cubierta o asegurado su determinación respecto a la solicitud de cuidado urgente a la brevedad posible, pero en ningún caso en un término mayor de cuarenta y ocho (48) horas, contadas a partir de lo que ocurra primero entre lo siguiente:

(i) La fecha del recibo, por parte de la organización de seguros de salud o asegurador, de la información adicional especificada; o

(ii) La fecha en que vence el plazo otorgado para que la persona cubierta o asegurado presentara la información adicional especificada.

(d) Si la persona cubierta o asegurado no presenta la información adicional especificada en el término concedido, la organización de seguros de salud o asegurador podrá denegar la certificación del beneficio solicitado.

(e) En caso de que se emita una determinación adversa, la organización de seguros de salud o asegurador notificará dicha determinación como se dispone en el apartado (E) de este Artículo.

C. (1) En el caso de solicitudes de revisión concurrente de cuidado urgente en las que la persona cubierta o asegurado pide que se extienda el tratamiento más allá del plazo originalmente aprobado o de la cantidad de tratamientos previamente aprobados, si la solicitud se hace por lo menos veinticuatro (24) horas antes del vencimiento del plazo original o de cumplirse la cantidad de tratamientos previamente aprobados, la organización de seguros de salud o asegurador hará su determinación respecto a la solicitud y la notificará a la persona cubierta o asegurado a la brevedad posible, teniendo en consideración la condición de salud de la persona cubierta o asegurado, pero en ningún caso en un término mayor de veinticuatro (24) horas, contadas a partir del recibo de la solicitud.

D. A los fines de calcular los plazos en que se requiere que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores tomen sus determinaciones, conforme a los apartados (B) y (C) de este Artículo, el plazo comenzará en la fecha en que la organización de seguros de salud o asegurador reciba la solicitud conforme a los procedimientos para la radicación de solicitudes que haya establecido a tenor con el Artículo 24.070 de este Código, independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para tomar la determinación.

E. (1) Si a raíz de los procesos de revisión de utilización y determinación de beneficios, la organización de seguros de salud o asegurador emitiera una determinación adversa, la notificación de dicha determinación adversa expondrá, de manera comprensible a la persona cubierta o asegurado, lo siguiente:

(a) Información suficiente que permita identificar el beneficio solicitado o la reclamación hecha, incluyendo los datos que sean aplicables entre los siguientes: la fecha del servicio; el proveedor; la cuantía de la reclamación; el código de diagnóstico y su significado; y el código de tratamiento y su significado;

(b) Las razones específicas de la determinación adversa, incluyendo el código de denegación y su significado, así

como una descripción de los estándares, si alguno, utilizados en la denegación del beneficio o reclamación;

(c) Una referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;

(d) Una descripción de todo material o información adicional que se necesite para que la persona cubierta o asegurado pueda completar la solicitud, incluyendo una explicación de por qué dicho material o información es necesaria;

(e) Una descripción de los procedimientos internos de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador, establecidos a tenor con el Capítulo 22 de este Código, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos;

(f) Una descripción de los procedimientos internos de revisión acelerada de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador, establecidos a tenor con el Artículo 22.100 de este Código, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos;

(g) Si para formular la determinación adversa la organización de seguros de salud o asegurador se fundamentó en una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá, libre de costo, a la persona cubierta o asegurado una copia de dicha regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar;

(h) Si la determinación adversa se basa en el juicio sobre la necesidad médica del servicio o tratamiento, en la naturaleza experimental o investigativa del mismo o en una exclusión o límite similar, la notificación incluirá una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, y al aplicar los términos del plan médico a las circunstancias de la persona cubierta o asegurado;

(i) Una explicación del derecho de la persona cubierta o asegurado a comunicarse, según corresponda, con la oficina del Comisionado o con la oficina del Procurador de la Salud para pedir ayuda en cualquier momento y sobre el derecho a incoar una demanda ante un tribunal competente cuando termine el proceso interno de querellas de la organización de

seguros de salud o asegurador. Deberá incluirse la información de contacto de la oficina del Comisionado y del Procurador de la Salud.

(2) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores proveerán la notificación que se requiere en este Artículo de una manera adecuada, tanto cultural como lingüísticamente, según lo requiera la ley federal.

Artículo 24.110.-Servicios de Emergencia

A. Al llevar a cabo revisiones de utilización o al hacer determinaciones de beneficios con respecto a servicios de emergencia, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores seguirán las disposiciones de este Artículo.

B. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores cubrirán los servicios de emergencia necesarios para el cernimiento y estabilización de la persona cubierta o asegurado, de conformidad con las siguientes normas:

(1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores no requerirán obtener autorización previa para los servicios de emergencia descritos en el apartado (B) anterior, aun cuando dichos servicios de emergencia hayan sido provistos por un proveedor que no forme parte de la red de proveedores de la organización de seguros de salud o asegurador (en adelante denominado "proveedor no participante");

(2) Si los servicios de emergencia fueron provistos por un proveedor no participante, no se impondrán requisitos administrativos ni limitaciones de cubierta que resulten más restrictivos que los requisitos o limitaciones aplicables a los proveedores participantes cuando prestan los mismos servicios de emergencia;

C. (1) Si los servicios de emergencia son provistos por un proveedor participante, dichos servicios estarán sujetos a los copagos, coaseguros y deducibles aplicables.

(2) (a) Si los servicios de emergencia fueron provistos por un proveedor no participante, dichos servicios estarán sujetos a los mismos copagos, coaseguros y deducibles que aplicarían de haber sido provistos por un proveedor participante.

(b) La persona cubierta o asegurado no podrá ser requerida a pagar, cantidad alguna en exceso de los copagos, coaseguros y deducibles aplicables conforme el apartado anterior.

(c) Se considerará que una organización de seguros de salud o asegurador ha cumplido con los requerimientos de pago de este Artículo, si paga por los servicios de emergencia provistos por un proveedor no participante, una tarifa no menor que la que resulte mayor de las siguientes cantidades:

(i) La tarifa negociada con los proveedores participantes para tales servicios de emergencia, excluyendo los copagos o coaseguros que debe pagar la persona cubierta o asegurado;

(ii) La tarifa atribuible al servicio de emergencia provisto, calculada según el método que la organización de seguros de salud o asegurador utilice para determinar los pagos a los proveedores no participantes, pero utilizando los copagos, coaseguros y deducibles aplicables a los proveedores participantes por los mismos servicios, en lugar de los copagos, coaseguros y deducibles de los proveedores no participantes;

(iii) La tarifa que se pagaría bajo Medicare por el servicio de emergencia provisto, excluyendo cualquier requisito de copago o coaseguro aplicable a los proveedores participantes.

(d) (i) En el caso de planes médicos que paguen sobre una base per cápita o cualquier otro método en el que no haya fijada una tarifa por servicio para los proveedores participantes, el apartado (C)(2)(c)(i) de este Artículo no será de aplicación.

(ii) Si el plan médico tiene negociada más de una tarifa para determinado servicio de emergencia provisto por los proveedores participantes, la cantidad a la que se refiere el apartado (C)(2)(c)(i) de este Artículo sería la mediana de dichas tarifas negociadas.

(3) (a) Cualquier requisito de compartir costos ("cost-sharing") que no sea copago o coaseguro, como pudiera ser un deducible, podrá ser impuesto a los servicios de emergencia provistos por los proveedores no participantes en la medida en que tales requisitos sean generalmente aplicables a otros servicios provistos por proveedores no participantes.

(b) Un deducible podrá ser impuesto respecto a los servicios de emergencia provistos por proveedores no participantes sólo como parte de los deducibles que generalmente apliquen a los beneficios o servicios provistos por proveedores no participantes.

D. Para facilitar la revisión de los servicios post evaluación o post estabilización que las personas cubiertas o asegurados pudieran requerir de inmediato, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores deberán proveer acceso a un representante designado las veinticuatro (24) horas al día, los siete (7) días de la semana.

Artículo 24.120.-Requisitos de Confidencialidad

Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores entregarán anualmente al Comisionado una certificación acreditando que sus programas de revisión de utilización cumplen con todas las leyes estatales y federales que establecen los requisitos de confidencialidad de la información de salud.

Artículo 24.130.-Requisitos de Divulgación

A. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores incluirán una descripción clara y detallada de sus procedimientos de revisión de utilización y determinación de beneficios en las certificaciones de cubierta o manuales del suscriptor que se proveen a las personas cubiertas o asegurados. La descripción incluirá los procedimientos para obtener una revisión de las determinaciones adversas y una declaración de los derechos y responsabilidades de las personas cubiertas o asegurados con respecto a dichos procedimientos.

B. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores incluirán un resumen de sus procedimientos de revisión de utilización y determinación de beneficios en los materiales que entreguen a las potenciales personas cubiertas o asegurados.

C. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores imprimirán, en la tarjeta del plan médico de la persona cubierta o asegurado, un número telefónico gratuito al que se pueda llamar para obtener información sobre las determinaciones de los procedimientos de revisión de utilización y determinación de beneficios.

Artículo 24.140.-Reglamentación

El Comisionado podrá promulgar la reglamentación que estime necesaria para llevar a cabo los propósitos de este Capítulo."

Artículo 6.-Se añade el nuevo Capítulo 26 a la Ley 194-2011, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", el cual dispondrá lo siguiente:

"**Capítulo 26.-Suficiencia de las Redes de Proveedores para Planes de Cuidado Coordinado**

Artículo 26.010.-Título

Este Capítulo se conocerá y podrá citarse como el Capítulo sobre Suficiencia de las Redes de Proveedores para Planes de Cuidado Coordinado.

Artículo 26.020. Propósito

El propósito e intención de este Capítulo consiste en establecer los criterios que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores deben seguir para la creación y mantenimiento de redes de proveedores, para asegurar que los servicios de cuidado de la salud que se ofrecen, conforme a los planes de cuidado coordinado, sean adecuados, accesibles y de calidad. Se establecen requisitos para los contratos entre organizaciones de seguros de salud o aseguradores que ofrecen los planes de cuidado coordinado y los proveedores participantes, particularmente con respecto a los criterios, términos y disposiciones conforme a los cuales el proveedor participante prestará servicios a las personas cubiertas o asegurados.

Artículo 26.030.-Definiciones

Para fines de este Capítulo:

A. "Intermediario" significa una persona autorizada a negociar y otorgar contratos con las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, a nombre de los proveedores individuales o de las redes de proveedores cuidado de salud.

B. "Proveedor de cuidado primario" significa el proveedor participante que tiene a su cargo la supervisión, coordinación y suministro del cuidado inicial o de seguimiento a las personas cubiertas o asegurados. Además, la organización de seguros de salud o asegurador puede requerir que el proveedor de cuidado primario inicie los trámites de referido para cuidado especializado y continúe supervisando los servicios de cuidado de la salud ofrecidos a la persona cubierta o asegurado.

C. "Red" significa el grupo de proveedores participantes que presta servicios a un plan de cuidado coordinado.

Artículo 26.040.-Aplicabilidad y Alcance

Este Capítulo será aplicable a toda organización de seguros de salud o asegurador que ofrezca planes de cuidado coordinado.

Artículo 26.050.-Creación de Redes Adecuadas

A. Toda organización de seguros de salud o asegurador que ofrezca planes de cuidado coordinado deberá mantener una red compuesta por una cantidad y variedad suficiente de proveedores, de modo que pueda garantizar que todos los servicios para las personas cubiertas o asegurados permanezcan accesibles sin demora irrazonable.

B. Las personas cubiertas o asegurados deberán tener acceso a los servicios de emergencia las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días a la semana.

C. La suficiencia de proveedores se determinará conforme a los requisitos establecidos en este Artículo y podrá establecerse, por referencia, a todo tipo de criterio razonable que utilice la organización de seguros de salud o asegurador, los cuales incluyen, entre otros, los siguientes: el promedio de personas cubiertas o asegurados atendidos por cada especialidad médica; el promedio de personas cubiertas o asegurados atendidos por el proveedor de cuidado primario; acceso por zona geográfica; tiempo de espera para citas con proveedores participantes; horas de operación y el volumen de servicios tecnológicos y especializados que estén disponibles para satisfacer las necesidades de las personas cubiertas o asegurados que requieran cuidado tecnológico avanzado o cuidado especializado.

(1) En caso de que una organización de seguros de salud o asegurador no tenga una cantidad o variedad suficiente de proveedores participantes para proveer un beneficio cubierto, dicha

organización de seguros de salud o asegurador deberá garantizar que las personas cubiertas o asegurados obtengan los beneficios cubiertos al mismo costo que hubieran incurrido si hubiesen obtenido el servicio de proveedores participantes.

(2) La organización de seguros de salud o asegurador deberá establecer y mantener arreglos adecuados para garantizar que existan proveedores participantes a una distancia razonable del lugar de trabajo o residencia de las personas cubiertas o asegurados. Para determinar si una organización de seguros de salud o asegurador ha cumplido con esta disposición, el Comisionado deberá sopesar la disponibilidad relativa de los proveedores en el área de servicio que se está considerando.

(3) La organización de seguros de salud o asegurador deberá mantenerse al tanto de la habilidad, capacidad clínica, capacidad financiera y autoridad legal de sus proveedores para constatar que estén proveyéndoles a las personas cubiertas o asegurados todos los beneficios dispuestos en sus contratos.

B. A partir de la vigencia de este Capítulo, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores radicarán ante el Comisionado un plan de acceso que cumpla con los requisitos dispuestos en este Capítulo para cada uno de los planes de cuidado coordinado que se ofrezcan en Puerto Rico. Los planes de acceso de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores deberán estar accesibles en sus respectivas instalaciones comerciales y deberá proveerse copia de éstos a toda persona interesada que lo solicite. La organización de seguros de salud o asegurador deberá preparar un plan de acceso antes de ofrecer un plan de cuidado coordinado nuevo y deberá actualizar el plan de acceso existente cada vez que haga algún cambio sustancial a un plan de cuidado coordinado existente. El plan de acceso deberá describir o incluir al menos la siguiente información:

(1) La red de la organización de seguros de salud o asegurador;

(2) Los procedimientos que la organización de seguros de salud o asegurador haya estipulado para realizar referidos dentro y fuera de la red;

(3) El procedimiento que utilizará la organización de seguros de salud o asegurador para mantenerse al tanto y garantizar la suficiencia de la red, de modo que satisfaga las necesidades de la población que está suscrita a los planes de cuidado coordinado;

(4) Los esfuerzos que la organización de seguros de salud o asegurador realizará para atender las necesidades de las personas cubiertas o asegurados que tengan un conocimiento limitado o que no sepan leer o escribir, las de trasfondos culturales y étnicos diferentes y las que tengan limitaciones físicas o mentales.

(5) Los métodos que la organización de seguros de salud o asegurador utilizará para evaluar las necesidades de cuidado de la salud de las personas cubiertas o asegurados y la forma de satisfacerlas.

(6) El método que la organización de seguros de salud o asegurador utilizará para informarle a las personas cubiertas o asegurados de los servicios y ofrecimientos, incluido, pero sin limitarse a: los procedimientos para presentar querellas, el proceso para escoger y cambiar proveedores y los procedimientos para obtener cuidado de emergencia y cuidado especializado;

(7) El sistema que la organización de seguros de salud o asegurador utilizará para garantizar la coordinación y continuidad del cuidado de la salud de las personas cubiertas o asegurados que se refieran a médicos especialistas, que utilicen servicios complementarios, incluidos los servicios sociales y otros recursos comunitarios, y para garantizar que la planificación de las altas sea adecuada;

(8) El proceso que utilizará la organización de seguros de salud o asegurador para que las personas cubiertas o asegurados puedan cambiar de proveedores de cuidado primario;

(9) El plan que la organización de seguros de salud o asegurador propone para garantizar la continuación de los servicios de cuidado de la salud en caso de que ocurra una cancelación del contrato entre la organización de seguros de salud o asegurador y alguno de sus proveedores participantes; o en caso de que la organización de seguros de salud o asegurador advenga insolvente o incapaz, por algún otro motivo, de continuar operaciones. La descripción deberá ser cónsona con la Ley 194-2000, según enmendada, conocida como "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente", y deberá explicar la forma en que se notificará a las personas cubiertas o asegurados sobre la cancelación del contrato, la insolvencia de la organización de seguros de salud o asegurador o la cesación de operaciones, según sea el caso, así como la forma en que las personas cubiertas o asegurados se transferirán a otros proveedores de manera oportuna; y

(10) Toda otra información que el Comisionado requiera para determinar el cumplimiento con las disposiciones de este Capítulo.

Artículo 26.060.-Requisitos para las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores y los Proveedores Participantes

Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que ofrezcan planes de cuidado coordinado deberán satisfacer todos los requisitos siguientes:

A. La organización de seguros de salud o asegurador deberá establecer un mecanismo mediante el cual se les notifique recurrentemente a los proveedores participantes los servicios de cuidado de la salud específicos por los cuales dichos proveedores participantes serán responsables, incluida toda limitación o condición para prestar dichos servicios.

B. Todo contrato entre una organización de seguros de salud o asegurador y un proveedor participante deberá incluir una cláusula de relevo de responsabilidad ("hold harmless provision") fundamentalmente similar a la siguiente:

"Bajo ninguna circunstancia, incluidas, entre otras, la falta de pago a los proveedores, la insolvencia de la organización de seguros de salud o asegurador, o el incumplimiento de este contrato, el proveedor facturará, cobrará o recaudará de la persona cubierta o asegurado cantidad alguna por servicios que se hayan provisto conforme a lo dispuesto en este contrato, ni iniciará ninguna acción judicial en contra de dicha persona cubierta o asegurado. Disponiéndose, que esta cláusula no le prohíbe al proveedor cobrar a la persona cubierta o asegurado el coaseguro, deducible o copago que corresponda, conforme lo establecido en la póliza o evidencia de cubierta, ni los servicios no cubiertos que se le hayan ofrecido a las personas cubiertas o asegurados en la modalidad de "pago por servicio". Con excepción a lo aquí dispuesto, este contrato no le prohíbe al proveedor recurrir a otros remedios judiciales que pueda tener disponibles".

C. Todo contrato entre una organización de seguros de salud o asegurador y un proveedor participante deberá disponer que, en caso de que la organización de seguros de salud o asegurador advenga insolvente, o experimente otro tipo de cese de operaciones, el proveedor continuará ofreciendo los servicios cubiertos a las personas cubiertas o asegurados, durante el periodo para el cual se haya pagado la prima o hasta que se dé de alta a la persona cubierta o asegurado recluido, cual sea mayor de los

periodos. Los beneficios cubiertos que se estén ofreciendo a pacientes que estuvieren internados en instalaciones de cuidado de salud a la fecha de insolvencia o cese de operaciones de la organización de seguros de salud o asegurador, se continuarán ofreciendo hasta que su permanencia en la instalación de cuidado de salud ya no sea médicamente necesaria.

D. Las disposiciones del contrato que satisfagan los requisitos de los apartados B y C de este Artículo se interpretarán a favor de la persona cubierta o asegurado, continuarán vigentes tras la cancelación del contrato entre la organización de seguros de salud o asegurador y el proveedor, independientemente de la razón de la cancelación, y sustituirán todo acuerdo que pudiera haber habido en sentido contrario, fuere verbal o escrito, entre el proveedor y la persona cubierta o asegurado.

E. Bajo ninguna circunstancia el proveedor participante cobrará o intentará cobrar de una persona cubierta o asegurado alguna cantidad de dinero que la organización de seguros de salud o asegurador le adeude a dicho proveedor.

F. (1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores desarrollarán criterios de selección para los proveedores participantes primarios y para cada especialidad profesional de cuidado de la salud. Los proveedores participantes, sus intermediarios y toda otra red de proveedores contratada deberán utilizar dichos criterios para determinar la selección de profesionales de la salud. Los criterios de selección deberán cumplir con los requisitos establecidos en el Capítulo 18 de este Código sobre Verificación de Credenciales de Profesionales de la Salud y, además, se deberán establecer de modo que:

(a) No permitan que una organización de seguros de salud o asegurador evite poblaciones de alto riesgo al excluir proveedores debido a que están ubicados en áreas geográficas que incluyen poblaciones con riesgos, pérdidas o uso de servicios mayores que las reclamaciones promedio; o

(b) No excluyan a proveedores porque atienden o se especializan en atender a poblaciones que presenten mayores riesgos que las reclamaciones, pérdidas o uso de servicios de salud promedios.

(2) Las disposiciones del apartado (F)(1) de este Artículo no impiden que una organización de seguros de salud o asegurador pueda

rehusar seleccionar a un proveedor particular que no cumpla con los otros criterios legítimos de selección que la organización de seguros de salud o asegurador desarrolle conforme a lo dispuesto en este Capítulo.

(3) Las disposiciones de este Capítulo no requieren que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, o las redes de proveedores con las que tienen contratos, empleen proveedores o tipos específicos de proveedores que cumplan con sus criterios de selección, o que contraten más proveedores o tipos de proveedores de lo que sean necesarios para mantener una red adecuada.

G. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores deberán proveerle al Comisionado, para su revisión, los criterios de selección de proveedores participantes.

H. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores notificarán a los proveedores participantes de las responsabilidades de dichos proveedores con respecto a los programas y políticas administrativas aplicables, incluido, pero sin limitarse a: los términos de pago, los procesos de revisión de utilización, los programas de evaluación de calidad y de mejoras, la acreditación, los procedimientos de querellas, los requisitos para informes de datos, los requisitos de confidencialidad y todo programa federal o estatal aplicable.

I. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores no ofrecerán incentivos a los proveedores para que presten a las personas cubiertas o asegurados menos servicios médicos que los necesarios.

J. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores no le prohibirán a los proveedores participantes que discutan otras opciones de tratamiento con las personas cubiertas o asegurados, independientemente de la determinación de la organización de seguros de salud o asegurador en cuanto a las opciones de tratamiento, ni les impedirán abogar a favor de la persona cubierta o asegurado en los procesos de revisión de utilización o en los procesos de querellas que haya establecido el asegurador u organización de seguros de salud, siempre y cuando tengan la autorización de la persona cubierta o asegurado.

K. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores requerirán a los proveedores que mantengan disponibles los expedientes médicos de las personas cubiertas o asegurados para propósitos de evaluaciones o auditorías por parte de las autoridades estatales y federales

correspondientes, y que cumpla con las leyes estatales y federales aplicables en cuanto a la confidencialidad de los expedientes médicos y de la información de salud.

L. Los proveedores no cederán ni delegarán los derechos y responsabilidades dispuestos en sus contratos con una organización de seguros de salud o asegurador sin el consentimiento previo, por escrito, de la organización de seguros de salud o asegurador.

M. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores serán responsables de garantizar que los proveedores participantes provean los beneficios cubiertos a todas las personas cubiertas o asegurados, sin tomar en consideración si dicha persona está suscrita al plan como suscriptor privado o como participante de un programa financiado por el gobierno.

N. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores notificarán a los proveedores participantes cuáles son, si alguna, sus obligaciones de cobrar el coaseguro, copago o deducible aplicable a las personas cubiertas o asegurados, conforme a lo dispuesto en la póliza o evidencia de cubierta, o sus obligaciones de notificar a las personas cubiertas o asegurados sobre obligaciones financieras personales con respecto a los servicios no cubiertos.

O. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores no deberán penalizar a un proveedor porque dicho proveedor informe, de buena fe, a las autoridades estatales o federales, de algún acto o práctica que haya llevado a cabo la organización de seguros de salud o asegurador que, a su juicio, pudiera poner en peligro la salud o el bienestar de un paciente.

P. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores establecerán mecanismos mediante los cuales los proveedores participantes puedan determinar, de manera oportuna, si una persona está cubierta por la organización de seguros de salud o asegurador.

Q. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores establecerán procedimientos para resolver las controversias que surjan con los proveedores, sean administrativas, por pagos o por otras razones.

R. Los contratos entre las organizaciones de seguros de salud o aseguradores y los proveedores no incluirán definiciones ni otras disposiciones que entren en conflicto con las definiciones y disposiciones incluidas en el plan de cuidado coordinado o en este Código.

S. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores incluirán en sus contratos con los proveedores participantes un resumen adecuado de la cláusula de coordinación de beneficios, la cual se regirá por la Ley Modelo vigente de la NAIC y las leyes federales sobre coordinación de beneficios. Los proveedores participantes tendrán la responsabilidad de coordinar beneficios con las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, en aquellos casos en que la persona cubierta o asegurado esté cubierto bajo dos (2) o más planes médicos

Artículo 26.070.-Intermediarios

Los contratos entre las organizaciones de seguros de salud o aseguradores y los intermediarios deberán satisfacer todos los requisitos incluidos en este Artículo:

A. Los intermediarios y los proveedores participantes contratados deberán cumplir con todos los requisitos del Artículo 26.060 de este Código.

B. La responsabilidad de la organización de seguros de salud o asegurador de supervisar de cerca la prestación de los servicios de cuidado de la salud a las personas cubiertas o asegurados no se delegará ni cederá a un intermediario.

C. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, en el ejercicio de su libertad de contratación, tendrán el derecho de aprobar o denegar la participación de un proveedor particular o de una red de proveedores contratada por el intermediario. Entre las razones para denegar la participación de un proveedor particular se encuentran, sin entenderse que están limitadas a éstas:

(1) La licencia para el ejercicio de la práctica de la medicina o la profesión ha sido revocada o suspendida en determinación final y firme por las autoridades competentes;

(2) El proveedor ha sido arrestado o convicto de un delito grave o de un delito menos grave que implique depravación moral;

(3) El proveedor fue anteriormente participante de la red de la organización de seguros de salud o asegurador y fue expulsado de ésta por incumplimiento de contrato, fraude u otro motivo;

(4) El proveedor aparece en la lista de proveedores excluidos de participar en programas de salud federales o cualquier otra lista de esta índole a nivel federal;

(5) El proveedor ha incurrido en conducta indebida hacia las personas cubiertas o asegurados; y

(6) El proveedor ha incurrido en prácticas de cobro indebido a la organización de seguros de salud o asegurador o a las personas cubiertas o asegurados.

D. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores deberá mantener copias de todos los subcontratos de los intermediarios en su sede principal en Puerto Rico, o asegurarse que tenga acceso a todos los subcontratos de los intermediarios, incluido el derecho a fotocopiarlos para propósitos de las revisiones de las agencias reguladoras.

E. Si fuera aplicable, el intermediario deberá proporcionarle a la organización de seguros de salud o asegurador la documentación sobre utilización y la documentación sobre las reclamaciones pagadas. La organización de seguros de salud o asegurador deberá garantizar que los pagos a los proveedores y la prestación de servicios de cuidado de la salud sea oportuna y apropiada.

F. Si fuera aplicable, el intermediario deberá mantener los libros, expedientes, información financiera y la documentación de los servicios que se prestan a las personas cubiertas o asegurados en su sede en Puerto Rico y conservarlos según dispone el Artículo 9.360 del Código de Seguros de Puerto Rico, en una manera que facilite la revisión por parte de las agencias reguladoras.

G. El intermediario permitirá que el Comisionado tenga acceso a los libros, expedientes, información financiera y a toda documentación del intermediario con respecto a los servicios que presta a las personas cubiertas o asegurados, según sea necesario para determinar el cumplimiento con este Capítulo.

H. En caso de insolvencia del intermediario, la organización de seguros de salud o asegurador tendrá derecho a solicitar que se le asignen las disposiciones contractuales relacionadas con la obligación del proveedor de prestar los servicios cubiertos.

Artículo 26.080. Requisitos de Radicación y para la Administración Estatal

A. A partir de la vigencia de este Capítulo, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores radicarán ante el Comisionado los modelos de contratos que utilizarán con sus proveedores participantes e intermediarios, de modo que el Comisionado pueda constatar el cumplimiento con las disposiciones de este Capítulo.

B. Sesenta (60) días antes de entrar en vigor, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores deberán presentar, para la aprobación del Comisionado, todo cambio sustancial a un contrato que afectaría alguna de las disposiciones de este Capítulo o cualquier reglamento asociado con éste. Para propósitos de este apartado, los cambios en las tarifas de pago a los proveedores, el coaseguro, copagos o deducible, o alguna otra modificación de los beneficios del plan, no se consideran cambios sustanciales.

C. Si el Comisionado no tomare alguna determinación dentro de los sesenta (60) días de que la organización de seguros de salud o asegurador haya radicado un cambio sustancial a un contrato, el cambio se considerará aprobado.

D. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores deberán mantener los contratos de los proveedores e intermediarios en su sede en Puerto Rico o en un lugar fácilmente accesible.

Artículo 26.090.-Contratación

A. Los acuerdos contractuales no relevan a la organización de seguros de salud o asegurador de su responsabilidad para con las personas contratadas para la prestación o cobertura de servicios, ni de su responsabilidad de cumplir con las disposiciones de las leyes o reglamentos aplicables.

B. Todo contrato se hará por escrito y estará sujeto a revisión.

C. Todo contrato deberá cumplir con los requisitos de las leyes y reglamentos aplicables.

Artículo 26.100.-Aplicación del Capítulo

A. Si el Comisionado determina que una organización de seguros de salud o asegurador no ha contratado suficientes proveedores participantes para

asegurar que las personas cubiertas o asegurados tengan servicios accesibles de cuidado de la salud en determinada área geográfica, o que el plan de acceso de la organización de seguros de salud o asegurador no garantiza el acceso razonable a los beneficios cubiertos, o que la organización de seguros de salud o asegurador ha otorgado un contrato que no cumple con este Capítulo, o que la organización de seguros de salud o asegurador no ha cumplido con las disposiciones de este Capítulo, podrá iniciar medidas correctivas y ejercer todo poder que por virtud de este Código y del Código de Seguros de Puerto Rico tenga para obligar a la organización de seguros de salud o asegurador a cumplir.

B. El Comisionado no fungirá de árbitro o mediador, ni decidirá las controversias relacionadas con la determinación de no incluir a cierto proveedor en un plan de cuidado coordinado o en una red de proveedores, ni en ninguna otra controversia entre la organización de seguros de salud o asegurador y los proveedores, debido a la terminación del contrato entre éstos.

Artículo 26.140.-Fecha de Vigencia

A. Los contratos vigentes entre una organización de seguros de salud o asegurador y un proveedor o intermediario, deberán cumplir con lo dispuesto en este Capítulo a más tardar a los dieciocho (18) meses de la fecha de vigencia de este Capítulo. El Comisionado podrá conceder una prórroga adicional que no excederá de seis (6) meses, si la organización de seguros de salud o asegurador demuestra justa causa para la concesión de dicha prórroga.

B. Los contratos que se otorguen o que entren en vigor a partir de la fecha de vigencia de este Capítulo, deberán cumplir con las disposiciones de este Capítulo."

Artículo 7.-Se añade el nuevo Capítulo 28 a la Ley 194-2011, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", el cual dispondrá lo siguiente:

"**Capítulo 28.-Revisión Externa Independiente**

Artículo 28.010.-Título

Este Capítulo se conocerá y podrá citarse como el Capítulo sobre Revisión Externa Independiente.

Artículo 28.020.-Propósito

El propósito de este Capítulo es proveer las normas para establecer y mantener los procedimientos de revisión externa que regirán en Puerto Rico, a fines de garantizar que las personas cubiertas o asegurados tengan la oportunidad de recibir una revisión independiente de las determinaciones adversas o determinaciones adversas finales que hacen las organizaciones de seguros de salud o aseguradores.

Artículo 28.030.-Definiciones

Para los fines de este Capítulo:

A. "Certificación" significa un documento que contiene la determinación de una organización de seguros de salud o asegurador, o de la organización de revisión de utilización designada, en la que se expresa que se ha revisado el servicio de cuidado de la salud brindado o solicitado y, a base de la información provista, dicho servicio está cubierto por el plan médico y, además, cumple con los requisitos de la organización de seguros de salud o asegurador en cuanto a la necesidad de salud, la idoneidad, el lugar donde se provee el servicio de cuidado de la salud, o el nivel o eficacia del servicio.

B. "Criterios de revisión clínica" significa los procedimientos escritos para el cernimiento, los resúmenes de las decisiones, los protocolos clínicos y las guías de práctica que usa la organización de seguros de salud o asegurador para determinar la necesidad e idoneidad de un servicio de cuidado de la salud.

C. "Determinación adversa" significa una determinación hecha por una organización de seguros de salud o asegurador, o por la organización de revisión de utilización designada, en la que se deniega, reduce o termina un beneficio o servicio, o no se paga el beneficio o servicio, parcial o totalmente, ya que, a base de la información provista, el beneficio o servicio solicitado, según el plan médico, no cumple con los requisitos de la organización de seguros de salud o asegurador en cuanto a la necesidad de salud, idoneidad, lugar en que se presta el servicio de cuidado de la salud, nivel o eficacia del servicio o se determina que es de naturaleza experimental o investigativa.

D. "Determinación adversa final" significa la determinación adversa que ha sido confirmada por la organización de seguros de salud o asegurador, o la organización de revisión de utilización designada, al completarse los

procedimientos internos de querella que se disponen en el Capítulo 22 de este Código.

E. “Divulgar” significa dar a conocer, transferir o difundir de alguna manera, información de salud protegida a una persona que no sea la persona objeto de dicha información.

F. “Evidencia médica o científica” significa evidencia encontrada en alguna de las siguientes fuentes:

(1) Estudios revisados por homólogos expertos publicados o aceptados para publicación en las revistas médicas especializadas que cumplen con los requisitos reconocidos a nivel nacional para los textos científicos;

(2) Publicaciones médicas revisadas por homólogos expertos, las cuales incluyen publicaciones relacionadas con terapias que han sido evaluadas y aprobadas por juntas de revisión institucional, los compendios biomédicos y otras publicaciones médicas que cumplen con los criterios de indización de la Biblioteca Médica de los Institutos Nacionales de Salud en el Index Medicus (Medline) y los de Elsevier Science Ltd. en Excerpta Medicus (EMBASE);

(3) Las revistas médicas reconocidas por el Secretario de Salud y Servicios Humanos del Gobierno de Estado Unidos conforme a la Ley Federal de Seguro Social;

(4) Los siguientes compendios normativos en inglés:

(a) "The American Hospital Formulary Service–Drug Information";

(b) "Drug Facts and Comparisons®";

(c) "The American Dental Association Accepted Dental Therapeutics" y

(d) "The United States Pharmacopoeia–Drug Information";

(5) Los hallazgos, estudios o investigaciones realizados por las agencias del Gobierno Federal, o con el auspicio de éstas, y por los institutos federales de investigación, reconocidos en Estados Unidos de América, los cuales incluyen:

(a) La agencia federal "Agency for Health Care Research and Quality";

(b) Los Institutos Nacionales de la Salud;

(c) El Instituto Nacional del Cáncer;

(d) La "National Academy of Sciences";

(e) Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS);

(f) La Administración de Drogas y Alimentos (FDA) y

(g) Toda junta nacional reconocida por los Institutos Nacionales de la Salud cuyo propósito sea evaluar la eficacia de los servicios cuidados de la salud o

(6) Toda evidencia médica o científica adicional que sea comparable con lo detallado en los apartados (1) al (5) precedente.

G. "Información de salud" significa información o datos, verbales o registrados en la manera y el medio que fuera, acerca de sucesos o relaciones con otras personas que afecten:

(1) La salud física, mental o conductual, o los padecimientos de salud de la persona, o un miembro de la familia de ésta, bien sea en el pasado, el presente o el futuro;

(2) Los servicios de cuidado de la salud que se presten a la persona o

(3) El pago por los servicios de cuidado de la salud prestados a una persona.

H. "Información de salud protegida" significa información de salud:

(1) Que identifica a la persona objeto de la información; o

(2) Información con respecto a la cual sería razonable entender que se podría usar para identificar a la persona objeto de ésta.

I. "Manejo de casos" significa un conjunto de actividades coordinadas, establecidas por la organización de seguros de salud o asegurador, para el

manejo individual de los padecimientos del paciente, sean complejos, prolongados o de otro tipo.

J. "Organización de revisión de utilización" significa la entidad contratada por una organización de seguros de salud o asegurador para llevar a cabo la revisión de utilización, cuando no sea la organización de seguros de salud o asegurador quien hace la revisión de su propio plan médico. No se interpretará que es requisito para la organización de seguros de salud o asegurador subcontratar una entidad independiente para llevar a cabo los procesos de revisión de utilización.

K. "Organización de revisión independiente" significa la entidad que realiza una revisión externa independiente de una determinación adversa o determinación adversa final, hecha por la organización de seguros de salud o asegurador, o la organización de revisión de utilización designada.

L. "Planificación de alta" significa el proceso formal que se lleva a cabo antes de que a un paciente se le dé de alta de una instalación de cuidado de la salud, para determinar la coordinación y manejo del cuidado que recibirá dicho paciente luego de que se le haya dado de alta.

M. "Revisión concurrente" significa la revisión de utilización hecha durante la estadía del paciente en una instalación de cuidado de la salud, o durante el tratamiento del paciente en la oficina de un profesional de la salud u otro lugar donde se prestan servicios de cuidado de la salud a pacientes recluidos o ambulatorios.

N. "Revisión de servicios ambulatorios" significa la revisión de utilización de servicios de cuidado de la salud prestados en instalaciones que proveen servicios ambulatorios.

O. "Revisión de utilización" significa un conjunto de técnicas formales para supervisar los servicios de cuidado de la salud, procedimientos o lugares donde se prestan dichos servicios, o para evaluar la necesidad de salud, idoneidad, eficacia o eficiencia de los mismos. Dichas técnicas podrían incluir la revisión de servicios ambulatorios, la revisión prospectiva, la segunda opinión, la certificación, la revisión concurrente, el manejo de casos, la planificación de altas o la revisión retrospectiva.

P. "Revisión prospectiva" significa la revisión de utilización antes de que se preste el servicio de cuidado de la salud o el tratamiento al paciente, según el requisito de la organización de seguros de salud o asegurador

para que dicho servicio o tratamiento se apruebe, en parte o en su totalidad, antes de que se preste el mismo.

Q. "Revisión retrospectiva" significa la revisión de una solicitud de un beneficio que se lleva a cabo luego de que el servicio de cuidado de la salud fue prestado. "Revisión retrospectiva" no incluye la revisión de una reclamación que se limita a la evaluación de los niveles de reembolso, la veracidad de la documentación o el uso de los códigos correctos.

R. "Segunda opinión" significa la oportunidad o el requisito de obtener una evaluación clínica hecha por un proveedor, que no sea el proveedor que haya hecho la recomendación inicial de un servicio de cuidado de la salud, con miras a evaluar la necesidad de salud e idoneidad de dicho servicio.

Artículo 28.040.-Aplicabilidad y Alcance

A. Salvo como se dispone en el apartado B de este Artículo, este Capítulo será aplicable a toda organización de seguros de salud o asegurador.

B. Las disposiciones de este Capítulo no serán aplicables a las pólizas o certificados, sean grupales o individuales, que proveen cubierta únicamente para una enfermedad específica, un accidente específico o sólo para accidentes, seguro de crédito al consumidor, cuidado dental, ingreso por incapacidad, indemnización por hospitalización, seguro de cuidado prolongado, cuidado de los ojos u otro beneficio suplementario limitado o póliza suplementaria de Medicare, cubierta bajo un plan Medicare, Medicaid o el programa de beneficios de salud para empleados federales, cubierta emitida a tenor con el Capítulo 55 del Título 10 del Código de los Estados Unidos (cuidado médico y dental para los miembros y algunos ex-miembros de los servicios de la uniformada y para sus dependientes) y toda otra cubierta emitida como suplemento a dicha cubierta, toda cubierta emitida como suplemento a seguros de responsabilidad pública, seguros de accidentes o enfermedades laborales o seguros similares, seguro médico como suplemento al seguro de responsabilidad de un vehículo o todo seguro para el cual los beneficios sean pagaderos independientemente de la culpa.

Artículo 28.050.-Notificación del Derecho a la Revisión Externa

A. (1) La organización de seguros de salud o asegurador notificará por escrito a la persona cubierta o asegurado del derecho que tiene a solicitar que se realice una revisión externa conforme a las disposiciones de este Capítulo. Dicha notificación se hará cuando la

organización de seguros de salud o asegurador envíe una notificación escrita de alguna de las siguientes:

(a) Una determinación adversa, al completarse el proceso de revisión de utilización que se dispone en el Capítulo 24 de este Código.

(b) Una determinación adversa final.

(c) Casos de rescisión de cubierta.

(2) Como parte de la notificación escrita que se requiere en el apartado (1) anterior, la organización de seguros de salud o asegurador incluirá el siguiente lenguaje, o uno sustancialmente equivalente:

"Hemos denegado su solicitud de servicios de cuidado de la salud, curso de tratamiento o el pago de los mismos. Usted podría tener derecho a que profesionales de la salud que no tengan ninguna relación con nosotros revisen esta determinación si, con respecto al servicio de cuidado de la salud o el tratamiento solicitado, nuestra determinación conllevaba una valoración de la necesidad de salud, la idoneidad, el lugar donde se provee el servicio de cuidado de la salud, o el nivel o eficacia del servicio. A tales efectos, usted podrá radicar una solicitud de revisión externa independiente en la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico. Para más información, puede comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros." Si el asegurador u organización de servicios de salud en cumplimiento con la ley federal ha contratado entidades revisoras independientes o se ha acogido al proceso de revisión independiente establecido por el Departamento de Salud federal, el aviso será modificado para especificar la entidad y medios de contacto a la cual el asegurado debe dirigir su solicitud de revisión externa. Los aseguradores y organizaciones de seguros de salud tendrán sesenta (60) días contados desde la fecha de vigencia de este Capítulo para notificar a la Oficina del Comisionado de Seguros el proceso de revisión independiente externo seleccionado. En aquellos casos en que haya contratado las entidades de revisión independiente privadas, especificará el nombre y las credenciales de las entidades contratadas.

(3) El Comisionado podrá disponer la forma y contenido de la notificación requerida en este Artículo.

B. (1) La organización de seguros de salud o asegurador incluirá, en la notificación que se requiere en este Artículo, lo siguiente, según corresponda:

(a) En el caso de una notificación de determinación adversa, una declaración mediante la cual se informe a la persona cubierta o asegurado lo siguiente, según aplique:

(i) Si la persona cubierta o asegurado padece de una condición de salud respecto a la cual el tiempo requerido para una revisión interna acelerada de su querella, según se dispone en el Artículo 22.100 de este Código, pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena, podrá solicitar que se realice una revisión externa acelerada conforme al Artículo 28.090 o al Artículo 28.100 de este Código, según corresponda. En estos casos, la organización de revisión independiente asignada a realizar la revisión externa acelerada, determinará si se requerirá que la persona cubierta o asegurado complete la revisión interna acelerada de su querella, según se dispone en el Artículo 22.100 de este Código, antes de realizar la revisión externa; y

(ii) La persona cubierta o asegurado podrá presentar una querella conforme al proceso interno de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador, según se dispone en el Artículo 22.070 de este Código. No obstante, si la organización de seguros de salud o asegurador no ha emitido una determinación dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha en que se presentó la querella interna, la persona cubierta o asegurado podrá presentar una solicitud de revisión externa puesto que se considerará, para fines del Artículo 28.070 de este Código, que ha agotado el proceso interno de querellas.

(b) En el caso de una notificación de determinación adversa final, un aviso en que se informa a la persona cubierta o asegurado lo siguiente, según aplique:

(i) Si la persona cubierta o asegurado padece de una condición de salud respecto a la cual el tiempo

requerido para una revisión externa ordinaria, conforme al Artículo 28.080 de este Código, pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena, podrá solicitar una revisión externa acelerada conforme al Artículo 28.090; o

(ii) Si la determinación adversa final se relaciona con:

(I) Servicios de emergencia recibidos en una instalación de cuidado de la salud de la cual aún no se ha dado de alta a la persona cubierta o asegurado, éste podrá solicitar una revisión externa acelerada conforme al Artículo 28.090 de este Código; o

(II) Una denegación de cubierta basada en la determinación de que el servicio o tratamiento recomendado o solicitado es de naturaleza experimental o investigativa, la persona cubierta o asegurado podrá presentar una solicitud para que se realice una revisión externa ordinaria conforme al Artículo 28.100 de este Código o, si el médico de la persona cubierta o asegurado certifica por escrito que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado será significativamente menos eficaz si no se iniciara con premura, la persona cubierta o asegurado podrá solicitar que se realice una revisión externa acelerada conforme al Artículo 28.100 de este Código.

(2) Además de la información que se debe proveer conforme a los apartados (A) y (B) de este Artículo, la organización de seguros de salud o asegurador incluirá una descripción de los procedimientos de revisión externa ordinaria y de revisión externa acelerada, destacando las disposiciones que le ofrecen a la persona cubierta o asegurado la oportunidad de presentar información adicional. También se deberán incluir, si alguno, los formularios necesarios para procesar la solicitud de revisión externa.

(3) La organización de seguros de salud o asegurador incluirá, entre los formularios a los que se hace referencia en el apartado (2)

anterior, un formulario de autorización u otro documento aprobado por el Comisionado, mediante el cual la persona cubierta o asegurado autorice a la organización de seguros de salud o asegurador a divulgar información de salud protegida, incluidos los expedientes médicos, que son pertinentes a la revisión externa.

Artículo 28.060.-Solicitud de Revisión Externa

A. Toda solicitud de revisión externa se hará al Comisionado o de acuerdo al proceso de revisión adoptado por el asegurador u organización de servicios de salud en cumplimiento con la ley federal aplicable. El Comisionado podrá disponer la forma y contenido de la solicitud de revisión externa.

B. La persona cubierta o asegurado podrá solicitar una revisión externa de una determinación adversa o de una determinación adversa final, de conformidad con lo que de dispone en el Artículo 28.050 de este Código.

Artículo 28.070.-Requisito de Agotar el Proceso Interno de Querellas

A. (1) Salvo como se dispone en el apartado B de este Artículo, ninguna solicitud de revisión externa procederá hasta que la persona cubierta o asegurado haya agotado el proceso interno de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador.

(2) Para propósitos de este Artículo, se considerará que se ha agotado el proceso interno de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador si la persona cubierta o asegurado:

(a) Ha presentado una querella interna conforme al Artículo 22.070 de este Código y

(b) No ha recibido una determinación por escrito de parte de la organización de seguros de salud o asegurador dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha en que presentó la querella, a menos que se haya solicitado o acordado una prórroga.

(3) No obstante lo dispuesto en el apartado (2) anterior, la persona cubierta o asegurado no podrá solicitar una revisión externa de una determinación adversa relacionada con una revisión retrospectiva realizada conforme al Capítulo 24 de este Código hasta que haya

agotado el proceso interno de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador.

B. (1) (a) Simultáneo a la presentación de una solicitud de revisión interna acelerada de una querella, a tenor con el Artículo 22.100 de este Código, la persona cubierta o asegurado podrá solicitar una revisión externa acelerada conforme alguna de las siguientes opciones:

(i) A tenor con el Artículo 28.090 de este Código, si la persona cubierta o asegurado padece de una condición de salud con respecto a la cual el tiempo requerido para una revisión interna acelerada de la querella pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena; o

(ii) A tenor con el Artículo 28.100 de este Código, si la determinación adversa conlleva una denegación de cubierta basada en una determinación de que el servicio o tratamiento recomendado o solicitado es de naturaleza experimental o investigativa y el médico de la persona cubierta o asegurado certifica por escrito que dicho servicio o tratamiento sería significativamente menos eficaz si no se iniciara con premura.

(b) Al recibir una solicitud de revisión externa acelerada conforme al apartado (B)(1)(a) de este Artículo, la organización de revisión independiente designada para realizar la revisión externa, determinará si se requerirá que la persona cubierta o asegurado complete primero el proceso de revisión interna acelerada.

(c) Si la organización de revisión independiente determina que la persona cubierta o asegurado debe primero completar el proceso de revisión interna acelerada, lo notificará de inmediato a la persona cubierta o asegurado y le advertirá que, en virtud de dicha decisión, no procederá a realizar la revisión externa acelerada hasta que se complete el proceso interno.

(2) Se podrá solicitar la revisión externa de una determinación adversa antes de que la persona cubierta o asegurado haya agotado los

procedimientos internos de querella de la organización de seguros de salud o asegurador, siempre y cuando la organización de seguros de salud o asegurador acuerde renunciar al requisito de que se agoten dichos procedimientos.

C. Si la organización de seguros de salud o asegurador renuncia al requisito de agotar los procedimientos internos de querellas, la persona cubierta o asegurado podrá solicitar, por escrito, la revisión externa ordinaria.

Artículo 28.080.-Revisión Externa Ordinaria

A. (1) A más tardar los ciento veinte (120) días siguientes al recibo de una notificación de determinación adversa o determinación adversa final, la persona cubierta o asegurado podrá presentar una solicitud de revisión externa al Comisionado.

(2) Al recibo de una solicitud de revisión externa, el Comisionado dispondrá de un (1) día laborable para enviar una copia de la solicitud de revisión externa a la organización de seguros de salud o asegurador implicado.

B. A más tardar los cinco (5) días laborables siguientes al recibo de copia de la solicitud de revisión externa, la organización de seguros de salud o asegurador completará una revisión preliminar de la solicitud para determinar lo siguiente:

(1) Si el solicitante era una persona cubierta o asegurado al momento de solicitar el servicio de cuidado de la salud o, en el caso de una revisión retrospectiva, era una persona cubierta o asegurado por el plan médico al momento en que se prestó el servicio de cuidado de la salud;

(2) Si se podría entender, de manera razonable, que el servicio de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final es un servicio cubierto conforme al plan médico, salvo cuando la organización de seguros de salud o asegurador hubiese determinado que no está cubierto debido a que no cumple con los requisitos de necesidad médica, idoneidad, lugar donde se provee el servicio de cuidado de la salud, el nivel de cuidado o eficacia del servicio;

(3) Si la persona cubierta o asegurado agotó el proceso interno de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador,

salvo cuando no se requiera agotar dicho proceso interno de querellas conforme al Artículo 28.070 de este Código; y

(4) Si la persona cubierta o asegurado ha provisto toda la información y los formularios requeridos por el Comisionado para procesar las solicitudes de revisión externa, incluido el formulario de autorización para divulgar información de salud que se dispone en el Artículo 28.050(B)(3) de este Código.

C. (1) A más tardar el próximo día laborable a partir de completarse la revisión preliminar conforme al apartado B de este Artículo, la organización de seguros de salud o asegurador notificará por escrito al Comisionado y a la persona cubierta o asegurado si:

(a) La solicitud de revisión externa está completa y

(b) La solicitud es elegible para la revisión externa.

(2) Si la solicitud:

(a) No está completa, la organización de seguros de salud o asegurador enviará, por escrito, una notificación de determinación inicial informando a la persona cubierta o asegurado y al Comisionado, qué información o materiales hacen falta para completar la solicitud, o

(b) No es elegible para la revisión externa, la organización de seguros de salud o asegurador enviará, por escrito, una notificación de determinación inicial informando a la persona cubierta o asegurado y al Comisionado, las razones de la inelegibilidad.

(3) (a) El Comisionado podrá especificar la forma y el contenido de la notificación de determinación inicial a la que se refiere el apartado (C)(2) de este Artículo.

(b) Si la organización de seguros de salud o asegurador determina, a raíz de la revisión preliminar realizada conforme al apartado B de este Artículo, que la solicitud no es elegible para revisión externa, la notificación que a tales efectos se le haga a la persona cubierta o asegurado deberá advertirle que dicha determinación de inelegibilidad hecha

por la organización de seguros de salud o asegurador puede apelarse ante el Comisionado.

(4) (a) El Comisionado podrá determinar que una solicitud es elegible para revisión externa, de conformidad con el apartado B de este Artículo, aun cuando la organización de seguros de salud o asegurador hubiese determinado inicialmente lo contrario.

(b) La determinación del Comisionado a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa, luego de la determinación inicial en contrario de la organización de seguros de salud o asegurador, deberá hacerse en concordancia con los términos de cubierta del plan médico y estará sujeta a todas las disposiciones aplicables de este Capítulo.

D. (1) A más tardar el próximo día laborable a partir de que el Comisionado reciba una notificación a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa:

(a) Asignará una organización de revisión independiente para llevar a cabo la revisión externa y notificará a la organización de seguros de salud o asegurador cuál fue la organización de revisión independiente designada.

(b) Notificará por escrito a la persona cubierta o asegurado que la solicitud es elegible y fue aceptada para revisión externa.

(2) Al hacer su determinación, la organización de revisión independiente designada no estará obligada por ninguna de las decisiones o conclusiones resultantes del proceso de revisión de utilización o del proceso interno de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador.

(3) El Comisionado deberá incluir, en la notificación que le envíe a la persona cubierta o asegurado informándole la aceptación de su solicitud para propósitos de la revisión externa, un lenguaje a los efectos de que podrá someter por escrito a la organización de revisión independiente, en un término de cinco (5) días laborables contados a partir del recibo de la notificación de aceptación, cualquier información adicional que estime debiera ser considerada durante la revisión externa. La organización de revisión

independiente no tiene, pero puede aceptar y considerar información adicional sometida pasado el término de cinco (5) días laborables aquí dispuesto.

E. (1) A más tardar los cinco (5) días siguientes al recibo de la notificación sobre la organización de revisión independiente designada, la organización de seguros de salud o asegurador proveerá los documentos y toda información que se hubiese tomado en consideración al formular la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión externa.

(2) Salvo como se dispone en el apartado (E)(3) de este Artículo, el hecho de que la organización de seguros de salud o asegurador no provea los documentos y la información requerida en el plazo de cinco (5) días provisto en el apartado (E)(1) de este Artículo, no deberá retrasar la revisión externa.

(3) (a) Si la organización de seguros de salud o asegurador no provee los documentos y la información requerida en el plazo de cinco (5) días provisto en el apartado (E)(1) de este Artículo, la organización de revisión independiente podrá dar por terminada la revisión externa y decidir revocar la determinación adversa o la determinación adversa final objeto de revisión externa.

(b) No más tarde del próximo día laborable de haberse decidido revocar la determinación adversa o la determinación adversa final objeto de revisión, por la razón que se dispone en el apartado (E)(3)(a) de este Artículo, la organización de revisión independiente lo notificará a la persona cubierta o asegurado, a la organización de seguros de salud o asegurador y al Comisionado.

F. (1) La organización de revisión independiente revisará toda la información y los documentos recibidos de parte de la organización de seguros de salud o asegurador y toda otra información presentada por escrito por la persona cubierta o asegurado.

(2) En caso de que la organización de revisión independiente reciba información de la persona cubierta o asegurado, la organización de revisión independiente deberá remitir dicha información, a su vez, a la organización de seguros de salud o asegurador implicado, a más tardar el próximo día laborable del recibo de la información.

G. (1) Al recibo de la información dispuesta en el apartado (F)(2) de este Artículo, la organización de seguros de salud o asegurador podrá reconsiderar su determinación adversa o determinación adversa final objeto de la revisión externa.

(2) La reconsideración, por parte de la organización de seguros de salud o asegurador, de su determinación adversa o determinación adversa final, no demorará ni dará por terminada la revisión externa.

(3) Sólo se podrá dar por terminada la revisión externa si, al completar su reconsideración, la organización de seguros de salud o asegurador decide que revocará su determinación adversa o determinación adversa final y proveerá cubierta o pago por el servicio de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final.

(4) (a) Al cabo de un (1) día laborable de haberse tomado la decisión de revocar su determinación adversa o determinación adversa final, la organización de seguros de salud o asegurador notificará por escrito dicha determinación a la persona cubierta o asegurado, a la organización de revisión independiente y al Comisionado.

(b) La organización de revisión independiente dará por terminada la revisión externa al recibir, de la organización de seguros de salud o asegurador, la notificación aludida en el apartado (G)(4)(a) de este Artículo.

H. Además de los documentos e información aludida en el apartado (E)(1) de este Artículo, la organización de revisión independiente, en tanto lo considere adecuado y la información o documentos estén disponibles, tomará en cuenta lo siguiente al hacer su determinación:

(1) Los expedientes de salud pertinentes de la persona cubierta o asegurado;

(2) La recomendación del profesional de la salud que atiende a la persona cubierta o asegurado;

(3) Los informes de consultas que hayan hecho profesionales de la salud y otros documentos presentados por la organización de seguros de salud o asegurador, la persona cubierta o asegurado, o

el proveedor que ofrece el tratamiento a la persona cubierta o asegurado;

(4) Los términos de cubierta del plan médico de la persona cubierta o asegurado;

(5) Las directrices de práctica ("practice guidelines") más apropiadas, las cuales podrían incluir las guías de práctica, generalmente aceptadas, las guías de práctica basadas en evidencia u otras guías confeccionadas por el gobierno federal o por las asociaciones o juntas médicas y profesionales a nivel nacional;

(6) Todo criterio de revisión clínica creado y usado por la organización de seguros de salud o asegurador, o la organización de revisión de utilización, al hacer la determinación adversa o determinación adversa final; y

(7) La opinión de los revisores clínicos de la organización de revisión independiente, después de examinar los documentos que se enumeran en los apartados (1) al (6) del inciso (H) de este Artículo.

I. (1) A más tardar los cuarenta y cinco (45) días siguientes al recibo de una solicitud de revisión externa, la organización de revisión independiente deberá notificar su determinación acerca de si confirma o revoca la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión. La notificación escrita se hará a las siguientes personas:

(a) A la persona cubierta o asegurado;

(b) A la organización de seguros de salud o asegurador;

(c) Al Comisionado.

(2) La organización de revisión independiente incluirá en la notificación escrita de su determinación lo siguiente:

(a) Una descripción general de la razón de ser de la solicitud de revisión externa;

(b) La fecha en que la organización de revisión independiente recibió el referido del Comisionado para llevar a cabo la revisión externa;

(c) La fecha en que se llevó a cabo la revisión externa;

(d) La fecha de su determinación;

(e) La principal razón o razones de su determinación, incluyendo qué estándares, si alguno, dieron base a su determinación;

(f) El razonamiento ("rationale") de su determinación; y

(g) Referencias a la evidencia o documentación, incluidas las guías de práctica, que se tomaron en consideración para hacer la determinación.

(3) Si la determinación de la organización de revisión independiente revoca la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión, la organización de seguros de salud o asegurador implicado inmediatamente aprobará la cubierta o el pago para el servicio o beneficio que fue objeto de revisión.

J. La designación, por parte del Comisionado, de una organización de revisión independiente para llevar a cabo una revisión externa, de conformidad con este Capítulo, se hará seleccionando al azar una de entre las organizaciones de revisión independiente autorizadas y cualificada para llevar a cabo la revisión externa particular de que se trate, tomando en consideración la naturaleza de los servicios de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final que se revisa, así como cualquier otra circunstancia pertinente, incluyendo potenciales conflictos de intereses.

Artículo 28.090.-Revisión Externa Acelerada

A. Salvo como se dispone en el apartado F de este Artículo, la persona cubierta o asegurado podrá radicar ante el Comisionado una solicitud de revisión externa acelerada al recibir alguna de las siguientes:

(1) Una determinación adversa, siempre y cuando:

(a) La determinación adversa se relacione con una condición de salud de la persona cubierta o asegurado con respecto a la cual el tiempo dispuesto para una revisión interna acelerada, según se dispone en el Artículo 22.100 de este Código, pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena; y

(b) La persona cubierta o asegurado haya radicado una solicitud de revisión interna acelerada de una querella para la cual se hizo una determinación adversa según se dispone en el Artículo 22.100 de este Código; o

(2) Una determinación adversa final, siempre y cuando:

(a) La persona cubierta o asegurado padece una condición de salud con respecto a la cual el tiempo dispuesto para una revisión externa ordinaria, según se dispone en el Artículo 28.080 de este Código, pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena; o

(b) La determinación adversa final se relaciona con la admisión a una instalación de cuidado de la salud, la disponibilidad de un servicio o la estadía continuada en una instalación donde la persona cubierta o asegurado recibió servicios de emergencia y aún la persona cubierta o asegurado no ha sido dado de alta de la instalación donde recibió dichos servicios de emergencia.

B. (1) Al recibir una solicitud de revisión externa acelerada, el Comisionado deberá, de inmediato, enviar copia de dicha solicitud a la organización de seguros de salud o asegurador implicado.

(2) Tras recibir copia de la solicitud de revisión externa acelerada, la organización de seguros de salud o asegurador deberá, inmediatamente, determinar si la solicitud satisface los requisitos de revisión dispuestos en el Artículo 28.080 de este Código y notificar a la persona cubierta o asegurado, y al Comisionado, su determinación sobre si la solicitud es elegible para revisión externa.

(3) (a) El Comisionado podrá especificar la forma y contenido de la notificación de determinación inicial a la que se refiere el apartado (B)(2) de este Artículo.

(b) Si la organización de seguros de salud o asegurador determina, a raíz de la revisión preliminar realizada conforme al apartado (B)(2) de este Artículo, que la solicitud no es elegible para revisión externa, la notificación que a tales efectos se le haga a la persona cubierta o asegurado deberá advertirle que dicha determinación de inelegibilidad

hecha por la organización de seguros de salud o asegurador puede apelarse ante el Comisionado.

(4) (a) El Comisionado podrá determinar que una solicitud es elegible para revisión externa aun cuando la organización de seguros de salud o asegurador hubiese determinado inicialmente lo contrario.

(b) La determinación del Comisionado a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa, luego de la determinación inicial en contrario de la organización de seguros de salud o asegurador, deberá hacerse en concordancia con los términos de cubierta del plan médico y estará sujeta a todas las disposiciones aplicables de este Capítulo.

(5) Al recibo de una notificación de la organización de seguros de salud o asegurador indicando que una solicitud satisface los requisitos para revisión, el Comisionado inmediatamente asignará una organización de revisión independiente para llevar a cabo la revisión externa acelerada. Además, notificará a la organización de seguros de salud o asegurador cual fue la organización de revisión independiente designada y notificará por escrito a la persona cubierta o asegurado que la solicitud es elegible y fue aceptada para revisión externa acelerada.

(6) Al hacer su determinación, la organización de revisión independiente designada no estará obligada por ninguna de las decisiones o conclusiones resultantes del proceso de revisión de utilización o del proceso interno de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador.

C. Al recibir la notificación del Comisionado sobre la organización de revisión independiente designada, la organización de seguros de salud o asegurador proveerá a ésta, electrónicamente o por cualquier otro medio expedito, los documentos y toda información que se hubiese tomado en consideración al formular la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión externa acelerada.

D. Además de los documentos e información aludidos en el apartado (C) de este Artículo, la organización de revisión independiente, en tanto lo considere adecuado y la información o documentos estén disponibles, tomará en cuenta lo siguiente al hacer su determinación:

(1) Los expedientes médicos pertinentes de la persona cubierta o asegurado;

(2) La recomendación del profesional de la salud que atiende a la persona cubierta o asegurado;

(3) Los informes de consultas que hayan hecho profesionales de la salud y otros documentos presentados por la organización de seguros de salud o asegurador, la persona cubierta o asegurado, o el proveedor de la salud que ofrece el tratamiento a la persona cubierta o asegurado;

(4) Los términos de cubierta del plan médico de la persona cubierta o asegurado;

(5) Las directrices de práctica ("practice guidelines") más apropiadas, las cuales podrían incluir las guías de práctica generalmente aceptadas, las guías de práctica basadas en evidencia u otras guías confeccionadas por el Gobierno Federal o por las asociaciones o juntas médicas y profesionales a nivel nacional;

(6) Todo criterio de revisión clínica creado y usado por la organización de seguros de salud o asegurador, o la organización de revisión de utilización, al hacer la determinación adversa o determinación adversa final; y

(7) La opinión de los revisores clínicos de la organización de revisión independiente, después de examinar los documentos que se enumeran en los apartados (1) al (6) anteriores.

E. (1) La organización de revisión independiente hará su determinación con la premura que requiera la condición de salud o las circunstancias de la persona cubierta o asegurado, pero en ningún caso en un término mayor de setenta y dos (72) horas contadas a partir del recibo de la solicitud de revisión externa acelerada. En dicho término la organización de revisión independiente deberá:

(a) Hacer su determinación en cuanto a confirmar o revocar la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión; y

(b) Notificar su determinación a la persona cubierta o asegurado, a la organización de seguros de salud o asegurador y al Comisionado.

(2) Si la notificación sobre la determinación de la organización de revisión independiente no se hace inicialmente por escrito, al cabo de cuarenta y ocho (48) horas de la determinación, la organización de revisión independiente deberá:

(a) Proveer confirmación escrita de la determinación a la persona cubierta o asegurado, a la organización de seguros de salud o asegurador y al Comisionado; e

(b) Incluir en la notificación escrita la información dispuesta en el Artículo 28.080 (I)(2) de este Código.

(3) Si la determinación de la organización de revisión independiente revoca la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión, la organización de seguros de salud o asegurador implicado inmediatamente aprobará la cubierta o el pago para el servicio o beneficio que fue objeto de revisión externa acelerada.

F. La revisión externa acelerada no estará disponible cuando la determinación adversa o determinación adversa final haya sido producto de una revisión retrospectiva.

G. La designación, por parte del Comisionado, de una organización de revisión independiente para llevar a cabo una revisión externa acelerada de conformidad con este Capítulo, se hará seleccionando al azar una de entre las organizaciones de revisión independiente autorizadas y cualificada para llevar a cabo la revisión externa particular de que se trate, tomando en consideración la naturaleza de los servicios de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final que se revisa, así como cualquier otra circunstancia pertinente, incluyendo potenciales conflictos de intereses.

Artículo 28.100.-Revisión Externa de Determinaciones Adversas Basadas en Tratamiento Experimental o Investigativo

A. (1) A más tardar los ciento veinte (120) días siguientes al recibo de una notificación de determinación adversa o determinación adversa final, en la que se deniega un servicio de cuidado de la salud o

tratamiento recomendado o solicitado por ser éste de naturaleza experimental o investigativa, la persona cubierta o asegurado podrá radicar ante el Comisionado una solicitud de revisión externa.

(2) (a) La persona cubierta o asegurado podrá solicitar oralmente una revisión externa acelerada de una determinación adversa o determinación adversa final en la que se deniega un servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado por ser éste de naturaleza experimental o investigativa, siempre y cuando su médico certifique por escrito que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento denegado sería significativamente menos eficaz si no se inicia con premura.

(b) Al recibo de una solicitud de revisión externa acelerada conforme al apartado (a) anterior, el Comisionado inmediatamente notificará a la organización de seguros de salud o asegurador implicado sobre la presentación de la referida solicitud.

(c) (i) Tras recibir copia de la solicitud, la organización de seguros de salud o asegurador deberá, inmediatamente, determinar si la solicitud satisface los requisitos de revisión dispuestos en el apartado (B)(2) de este Artículo y notificar a la persona cubierta o asegurado, y al Comisionado, su determinación sobre si la solicitud es elegible para revisión externa.

(ii) El Comisionado podrá especificar la forma y contenido de la notificación de determinación inicial a la que se refiere el subapartado (i) anterior.

(iii) Si la organización de seguros de salud o asegurador determina, a raíz de la revisión preliminar realizada conforme al apartado (A)(2)(c)(i) de este Artículo, que la solicitud no es elegible para revisión externa, la notificación que a tales efectos se le haga a la persona cubierta o asegurado deberá advertirle que dicha determinación de inelegibilidad hecha por la organización de seguros de salud o asegurador puede apelarse ante el Comisionado.

(d) (i) El Comisionado podrá determinar que una solicitud es elegible para revisión externa aun cuando la organización de seguros de salud o asegurador hubiese determinado inicialmente lo contrario.

(ii) La determinación del Comisionado a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa, luego de la determinación inicial en contrario de la organización de seguros de salud o asegurador, deberá hacerse en concordancia con los términos de cubierta del plan médico y estará sujeta a todas las disposiciones aplicables de este Capítulo.

(e) Al recibo de una notificación de la organización de seguros de salud o asegurador indicando que la solicitud satisface los requisitos para revisión, el Comisionado inmediatamente asignará una organización de revisión independiente para llevar a cabo la revisión externa acelerada; notificará a la organización de seguros de salud o asegurador cuál fue la organización de revisión independiente designada y notificará por escrito a la persona cubierta o asegurado que la solicitud es elegible y fue aceptada para revisión externa acelerada.

(f) Al recibir la notificación del Comisionado sobre la organización de revisión independiente designada, la organización de seguros de salud o asegurador proveerá a ésta, electrónicamente o por cualquier otro medio expedito, los documentos y toda información que se hubiese tomado en consideración al formular la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión.

B. (1) Excepto en el caso de una solicitud de revisión externa acelerada hecha conforme al apartado (A)(2) de este Artículo, a más tardar el próximo día laborable del recibo de una solicitud de revisión externa por haberse denegado un servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado por ser éste de naturaleza experimental o investigativa, el Comisionado notificará, con copia de la solicitud, a la organización de seguros de salud o asegurador implicado.

(2) Tras recibir copia de la solicitud de revisión externa, la organización de seguros de salud o asegurador tendrá cinco (5)

días laborables para llevar a cabo una revisión preliminar de la solicitud para determinar si la misma satisface los siguientes requisitos:

(a) La persona es o había sido una persona cubierta o asegurado por el plan médico cuando se recomendó o solicitó el servicio de cuidado de la salud o tratamiento denegado o, en el caso de una revisión retrospectiva, había sido una persona cubierta o asegurado por un plan médico cuando se prestó el servicio de cuidado de la salud;

(b) El servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado, objeto de la determinación adversa o determinación adversa final:

(i) Es un beneficio cubierto bajo el plan médico de la persona cubierta o asegurado, pero la organización de seguros de salud o asegurador ha determinado que el servicio o tratamiento es de naturaleza experimental o investigativa; y

(ii) No está explícitamente mencionado como un beneficio excluido conforme al plan médico de la persona cubierta o asegurado;

(c) El médico de la persona cubierta o asegurado ha certificado por escrito que una de las siguientes situaciones es aplicable:

(i) Los servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales y acostumbrados no han sido efectivos en mejorar la condición de la persona cubierta o asegurado;

(ii) Los servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales y acostumbrados no son médicamente adecuados para la persona cubierta o asegurado; o

(iii) No hay ningún servicio de cuidado de la salud o tratamiento cubierto por el plan médico que sea más beneficioso que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado;

(d) El médico que atiende a la persona cubierta o asegurado:

(i) Ha recomendado un servicio de cuidado de la salud o tratamiento respecto al cual certifica, por escrito, que según su opinión, con toda probabilidad será de mayor beneficio para la persona cubierta o asegurado que los otros servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales o acostumbrados disponibles; o

(ii) El médico que atiende a la persona cubierta o asegurado, el cual está cualificado para practicar la medicina en la rama indicada para el tratamiento de la condición de salud en cuestión, ha certificado por escrito que existen estudios con validez científica, realizados según los protocolos aceptados, que demuestran que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento solicitado por la persona cubierta o asegurado tiene una mayor probabilidad de ser de beneficio que ningún otro servicio de cuidado de la salud o tratamiento usual o acostumbrado disponible;

(e) La persona cubierta o asegurado ha agotado el proceso interno de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador, salvo cuando no se requiera haber agotado dicho remedio a tenor con el Artículo 28.070 de este Código; y

(f) La persona cubierta o asegurado ha provisto toda la información y los formularios que se requieren para procesar la revisión externa, incluido el formulario de autorización que se dispone en el Artículo 28.050(B)(3) de este Código.

C. (1) A más tardar el próximo día laborable de completar la revisión preliminar conforme al apartado (B)(2) de este Artículo, la organización de seguros de salud o asegurador notificará por escrito al Comisionado y a la persona cubierta o asegurado:

(a) Si la solicitud está completa y

(b) Si la solicitud es elegible para la revisión externa.

(2) Si la solicitud:

(a) No está completa, la organización de seguros de salud o asegurador notificará, por escrito, a la persona cubierta o asegurado y al Comisionado, qué información o materiales hacen falta para completar la solicitud; o

(b) No es elegible para la revisión externa, la organización de seguros de salud o asegurador enviará, por escrito, una notificación informando a la persona cubierta o asegurado y al Comisionado, las razones de la inelegibilidad.

(3) (a) El Comisionado podrá especificar la forma y el contenido de la notificación de determinación inicial a la que se refiere el apartado (C)(2) de este Artículo.

(b) Si la organización de seguros de salud o asegurador determina, a raíz de la revisión preliminar realizada conforme al apartado (B)(2) de este Artículo, que la solicitud no es elegible para revisión externa, la notificación que a tales efectos se le haga a la persona cubierta o asegurado deberá advertirle que dicha determinación de inelegibilidad hecha por la organización de seguros de salud o asegurador puede apelarse ante el Comisionado.

(4) (a) El Comisionado podrá determinar que una solicitud es elegible para revisión externa aun cuando la organización de seguros de salud o asegurador hubiese determinado inicialmente lo contrario.

(b) La determinación del Comisionado a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa, luego de la determinación inicial en contrario de la organización de seguros de salud o asegurador, deberá hacerse en concordancia con los términos de cubierta del plan médico y estará sujeta a todas las disposiciones aplicables de este Capítulo.

(5) Si la organización de seguros de salud o asegurador determina que la solicitud de revisión externa es elegible para tales propósitos, así deberá notificarlo a la persona cubierta o asegurado y al Comisionado.

D. (1) A más tardar el próximo día laborable del recibo de la notificación de la organización de seguros de salud o asegurador indicando que

la solicitud es elegible para revisión externa, el Comisionado deberá:

(a) Asignar una organización de revisión independiente para llevar a cabo la revisión externa y notificar a la organización de seguros de salud o asegurador cuál fue la organización de revisión independiente designada; y

(b) Notificar por escrito a la persona cubierta o asegurado que la solicitud es elegible y fue aceptada para revisión externa.

(2) El Comisionado deberá incluir, en la notificación que le envíe a la persona cubierta o asegurado informándole la aceptación de su solicitud para propósitos de la revisión externa, un lenguaje a los efectos de que podrá someter por escrito a la organización de revisión independiente, en un término de cinco (5) días laborables contados a partir del recibo de la notificación de aceptación, cualquier información adicional que estime debiera ser considerada durante la revisión externa. La organización de revisión independiente no tiene, pero puede aceptar y considerar información adicional sometida pasado el término de cinco (5) días laborables aquí dispuesto.

(3) A más tardar el próximo día laborable del recibo de la notificación asignándole la revisión externa, la organización de revisión independiente deberá:

(a) Seleccionar, según se entienda apropiado, uno o más revisores clínicos para llevar a cabo la revisión externa.

(4) (a) Al seleccionar los revisores clínicos, la organización de revisión independiente escogerá a médicos u otros profesionales de la salud que cumplan con los requisitos mínimos descritos en el Artículo 28.140 (B) de este Código y que debido a su experiencia clínica durante los pasados tres (3) años sean expertos en el tratamiento de la condición de la persona cubierta o asegurado y, además, que tengan amplio conocimiento acerca del servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado.

(b) Ni la persona cubierta o asegurado ni la organización de seguros de salud o asegurador, escogerán ni controlarán la manera en que se seleccionarán a los médicos u otros

profesionales de la salud que actuarán como revisores clínicos.

(5) De conformidad con el apartado H de este Artículo, cada revisor clínico proveerá a la organización de revisión independiente una opinión escrita respecto a si se debe cubrir el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado.

(6) Al formular su opinión, los revisores clínicos no estarán obligados por ninguna de las decisiones o conclusiones resultantes del proceso de revisión de utilización o el proceso interno de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador.

E. (1) A más tardar los cinco (5) días siguientes al recibo de la notificación sobre la organización de revisión independiente designada, la organización de seguros de salud o asegurador proveerá los documentos y toda información que se hubiese tomado en consideración al formular la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión.

(2) Salvo como se dispone en el apartado (E)(3) de este Artículo, el hecho de que la organización de seguros de salud o asegurador no provea los documentos y la información requerida en el plazo de cinco (5) días provisto en el apartado (E)(1) de este Artículo, no deberá retrasar la revisión externa.

(3) (a) Si la organización de seguros de salud o asegurador no provee los documentos y la información requerida en el plazo de cinco (5) días provisto en el apartado (E)(1) de este Artículo, la organización de revisión independiente podrá dar por terminada la revisión externa y decidir revocar la determinación adversa o la determinación adversa final objeto de revisión.

(b) Si la organización de revisión independiente decidiera revocar la determinación adversa o la determinación adversa final por la razón que se dispone en el apartado (E)(3)(a) de este Artículo, la organización de revisión independiente lo notificará de inmediato a la persona cubierta o asegurado, a la organización de seguros de salud o asegurador y al Comisionado.

F. (1) Cada revisor clínico revisará toda la información y los documentos recibidos de parte de la organización de seguros de salud o asegurador y toda otra información presentada por escrito por la persona cubierta o asegurado.

(2) En caso de que la organización de revisión independiente reciba información de la persona cubierta o asegurado, la organización de revisión independiente deberá remitir dicha información, a su vez, a la organización de seguros de salud o asegurador implicado, a más tardar el próximo día laborable del recibo de la información.

G. (1) Al recibo de la información dispuesta en el apartado (F)(2) de este Artículo, la organización de seguros de salud o asegurador podrá reconsiderar su determinación adversa o determinación adversa final objeto de la revisión externa.

(2) La reconsideración por parte de la organización de seguros de salud o asegurador de su determinación adversa o determinación adversa final no demorará ni dará por terminada la revisión externa.

(3) Sólo se podrá dar por terminada la revisión externa si, al completar su reconsideración, la organización de seguros de salud o asegurador decide que revocará su determinación adversa o determinación adversa final y proveerá cubierta o pago por el servicio de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final.

(4) (a) Si la organización de seguros de salud o asegurador toma la decisión de revocar su determinación adversa o determinación adversa final, lo notificará de inmediato por escrito a la persona cubierta o asegurado, a la organización de revisión independiente y al Comisionado.

(b) La organización de revisión independiente dará por terminada la revisión externa al recibir, de la organización de seguros de salud o asegurador, la notificación aludida en el apartado (G)(4)(a) de este Artículo.

H. (1) Salvo como se dispone en el apartado (H)(3) de este Artículo, a más tardar los veinte (20) días de haber sido seleccionados para realizar la revisión externa, el o los revisores clínicos entregarán, a la organización de revisión independiente, su opinión en cuanto a si

se debe cubrir el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado.

(2) Salvo en el caso de una opinión que se formule conforme al apartado (H)(3) de este Artículo, la opinión de cada revisor clínico se entregará por escrito e incluirá la siguiente información:

(a) Una descripción de la condición de salud de la persona cubierta o asegurado;

(b) Una descripción de los indicadores relevantes en el análisis y proceso de determinar si existe suficiente evidencia para demostrar que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado tiene una mayor probabilidad de ser beneficioso para la persona cubierta o asegurado que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento usual o acostumbrado disponible y que los riesgos adversos del servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado no serían marcadamente mayores que los de los servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales y acostumbrados disponibles;

(c) Una descripción y análisis de la evidencia médica o científica que se tomó en consideración en la opinión expresada;

(d) Una descripción y análisis de cualquier estándar basado en evidencia ("evidence-based standard") que se haya tomado en consideración en la opinión expresada; e

(e) Información acerca de si el razonamiento tras la opinión del revisor estuvo basado en lo dispuesto en el apartado (I)(5)(a) ó (b) de este Artículo.

(3) (a) En el caso de una revisión externa acelerada, cada revisor clínico expresará su opinión, de manera verbal o escrita, a la organización de revisión independiente, tan pronto como la condición o circunstancia de salud de la persona cubierta o asegurado lo requiera, pero nunca más tarde de los cinco (5) días siguientes de haber sido seleccionado para realizar la revisión externa.

(b) Si la opinión del revisor clínico se hubiese expresado originalmente de manera verbal, a más tardar los dos (2) días de haber provisto la opinión, el revisor clínico suministrará una confirmación escrita a la organización de revisión independiente e incluirá en ésta la información que se requiere en el apartado (H)(2) de este Artículo.

I. Además de la información y los documentos aludidos en el apartado (A)(2)(f) o al apartado (E)(1) de este Artículo, cada revisor clínico, en tanto lo considere adecuado y la información o documentos estén disponibles, considerará lo siguiente al formular su opinión:

(1) Los expedientes médicos pertinentes de la persona cubierta o asegurado;

(2) La recomendación del profesional de la salud que atiende a la persona cubierta o asegurado;

(3) Los informes de consultas que hayan hecho profesionales de la salud y otros documentos presentados por la organización de seguros de salud o asegurador, la persona cubierta o asegurado, o el proveedor que ofrece el tratamiento a la persona cubierta o asegurado;

(4) Los términos de cubierta del plan médico de la persona cubierta o asegurado;

(5) La alternativa que sea aplicable, si alguna, de entre las siguientes:

(a) El servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado ha sido aprobado por la Administración Federal de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés), para la condición de la persona cubierta o asegurado; o

(b) Existe evidencia médica o científica o estándares basados en evidencia ("evidence-based standards") que demuestran que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado tiene una mayor probabilidad de beneficiar a la persona cubierta o asegurado que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento usual y acostumbrado disponible y que los riesgos adversos del servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado no serían

marcadamente mayores que los de los servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales y acostumbrados disponibles.

J. (1) (a) Salvo como se dispone en el apartado (J)(1)(b) de este Artículo, a más tardar los veinte (20) días siguientes al recibo de la opinión de los revisores clínicos, la organización de revisión independiente, de conformidad con lo dispuesto en el apartado (J)(2) de este Artículo, hará su determinación y la notificará por escrito a las siguientes personas:

(i) La persona cubierta o asegurado;

(ii) La organización de seguros de salud o asegurador; y

(iii) Al Comisionado.

(b) (i) En el caso de una revisión externa acelerada, a más tardar las cuarenta y ocho (48) horas siguientes al recibo de la opinión de los revisores clínicos, la organización de revisión independiente hará su determinación y la notificará, ya sea verbalmente o por escrito, a la persona cubierta o asegurado, a la organización de seguros de salud o asegurador y al Comisionado.

(ii) Si la determinación se hubiese notificado originalmente de manera verbal, a más tardar los dos (2) días de haber provisto dicha notificación verbal, la organización de revisión independiente suministrará una confirmación escrita a la persona cubierta o asegurado, a la organización de seguros de salud o asegurador y al Comisionado, e incluirá la información que se requiere en el apartado (J)(3) de este Artículo.

(2) (a) Si la mayoría de los revisores clínicos recomienda que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado se debe cubrir, la organización de revisión independiente determinará que se revoque la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión.

(b) Si la mayoría de los revisores clínicos recomienda que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado no se debe cubrir, la organización de revisión independiente determinará que se confirme la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión.

(c) (i) Si hay un empate entre los revisores clínicos en cuanto a si se debe cubrir o no el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado, la organización de revisión independiente obtendrá la opinión de un revisor clínico adicional, de modo que pueda hacer una determinación en base a las opiniones de la mayoría.

(ii) De surgir la necesidad de seleccionar un revisor clínico adicional de conformidad con el apartado anterior, dicho revisor clínico adicional usará la misma información que tuvieron disponible los demás revisores clínicos al formular su opinión.

(iii) La selección de un revisor clínico adicional no prolongará el plazo que tiene la organización de revisión independiente para hacer su determinación en base a las opiniones de los revisores clínicos seleccionados.

(3) La organización de revisión independiente incluirá, en la notificación escrita de su determinación, lo siguiente:

(a) Una descripción general del motivo de la solicitud de revisión externa;

(b) La opinión escrita de cada uno de los revisores clínicos, incluyendo la recomendación de cada uno respecto a si el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado se debe cubrir o no y la justificación de la recomendación del revisor;

(c) La fecha en que la organización de revisión independiente fue designada por el Comisionado para llevar a cabo la revisión externa;

(d) La fecha en que se llevó a cabo la revisión externa;

(e) La fecha de su determinación;

(f) La principal razón o razones de su determinación; y

(g) La justificación o razonamiento de su determinación.

(4) Si la determinación de la organización de revisión independiente revoca la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión, la organización de seguros de salud o asegurador implicado inmediatamente aprobará la cubierta o el pago para el servicio de cuidado de la salud o tratamiento que fue objeto de revisión.

K. La designación, por parte del Comisionado, de una organización de revisión independiente para llevar a cabo una revisión externa de conformidad con este Artículo, se hará seleccionando al azar una de entre las organizaciones de revisión independiente autorizadas y cualificada para llevar a cabo la revisión externa particular de que se trate, tomando en consideración la naturaleza de los servicios de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final que se revisa, así como cualquier otra circunstancia pertinente, incluyendo potenciales conflictos de intereses.

Artículo 28.110.-Obligatoriedad de la Determinación de la Revisión Externa

A. La determinación de la revisión externa obliga a la organización de seguros de salud o asegurador, salvo en los casos en que la organización de seguros de salud o asegurador tenga algún otro remedio conforme a las leyes aplicables de Puerto Rico.

B. La determinación de la revisión externa obliga a la persona cubierta o asegurado, salvo en los casos en que la persona cubierta o asegurado tenga algún otro remedio conforme a las leyes aplicables de Puerto Rico o a las leyes federales.

C. La persona cubierta o asegurado no podrá presentar subsiguientes solicitudes de revisión externa relacionadas con una determinación adversa o determinación adversa final para la cual ya hubo una determinación tras una revisión externa conforme a este Capítulo.

Artículo 28.130.-Autorización de las Organizaciones de Revisión Independientes

A. El Comisionado autorizará a las organizaciones de revisión independiente que sean elegibles para realizar revisiones externas a tenor con este Capítulo.

B. A los fines de ser elegible para llevar a cabo revisiones externas a tenor con este Capítulo, la organización de revisión independiente deberá:

(1) Salvo como de otra forma se disponga en este Artículo, estar acreditada por una entidad acreditadora reconocida por el Comisionado y cuyos estándares de acreditación para las organizaciones de revisión independiente, a juicio de dicho funcionario, son equivalentes o exceden los requisitos mínimos de aptitud y competencia establecidos en el Artículo 28.140 de este Código.

(2) Someter una solicitud para la autorización del Comisionado, de conformidad con el apartado (D) de este Artículo.

C. El Comisionado preparará un formulario para la solicitud de autorización y de renovación de autorización de las organizaciones de revisión independientes.

D. (1) Toda organización de revisión independiente que se proponga obtener la autorización del Comisionado para realizar revisiones externas a tenor con este Capítulo, presentará el formulario de solicitud junto con toda la documentación e información que el Comisionado estime necesaria, de modo que éste pueda determinar si la organización de revisión independiente cumple con los requisitos mínimos de aptitud y competencia establecidos en el Artículo 28.140 de este Código.

(2) (a) Sujeto a lo dispuesto en el apartado (D)(2)(b) de este Artículo, una organización de revisión independiente será elegible para autorización por parte del Comisionado sólo si está acreditada por una entidad acreditadora reconocida por el Comisionado y cuyos estándares de acreditación para las organizaciones de revisión independiente, a juicio de dicho funcionario, son equivalentes o exceden los requisitos mínimos de aptitud y competencia establecidos en el Artículo 28.140 de este Código.

(b) El Comisionado podrá autorizar a una organización de revisión independiente que no esté acreditada por una entidad acreditadora reconocida, sólo en el caso de que no hayan tales entidades reconocidas que se dediquen a la acreditación de organizaciones de revisión independiente.

(3) El Comisionado podrá cobrar las aportaciones o derechos que estime convenientes por las solicitudes de autorización y renovación de autorización de las organizaciones de revisión independientes.

E. (1) La autorización de la organización de revisión independiente tendrá una vigencia de dos (2) años, salvo que el Comisionado determine, antes de dicho término, que la organización de revisión independiente ya no cumple con los requisitos mínimos de aptitud y competencia establecidos en el Artículo 28.140 de este Código.

(2) Si el Comisionado determinara, en cualquier momento, que una organización de revisión independiente ya no cumple con los requisitos mínimos de aptitud y competencia establecidos en el Artículo 28.140 de este Código, podrá dar por terminada la autorización de la organización de revisión independiente y retirar el nombre de ésta de la lista de organizaciones de revisión independiente autorizadas para realizar revisiones externas a tenor con este Capítulo.

F. El Comisionado mantendrá y actualizará periódicamente una lista de las organizaciones de revisión independiente autorizadas.

G. El Comisionado podrá promulgar la reglamentación que estime necesaria para desempeñar los deberes que se le imponen en este Artículo.

Artículo 28.140.-Requisitos Mínimos de Aptitud y Competencia para las Organizaciones de Revisión Independiente

A. Con el fin de obtener la autorización del Comisionado para realizar revisiones externas, la organización de revisión independiente mantendrá, por escrito, políticas y procedimientos que rijan todos los aspectos de las revisiones externas ordinarias y de las revisiones externas aceleradas y que incluyan, como mínimo, lo siguiente:

(1) Mecanismos de garantía de calidad que cumplan los siguientes propósitos:

(a) Asegurar que las revisiones externas se lleven a cabo dentro de los plazos establecidos y que se provean las notificaciones correspondientes de manera oportuna;

(b) Asegurar la selección y designación adecuada de revisores clínicos capacitados e imparciales; La entidad debe poseer políticas y procedimiento documentados para que los revisores revelen cualquier conflicto de interés;

(c) Asegurar la confidencialidad de los expedientes médicos y de los criterios de revisión clínica; y

(d) Asegurar que las personas empleadas o contratadas por la organización de revisión independiente cumplan con los requisitos de este Capítulo.

(2) Servicio telefónico gratuito para recibir información relacionada con las revisiones externas. El servicio telefónico deberá operar las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana, y tener capacidad de recibir, grabar y proveer instrucciones adecuadas a las personas que llamen fuera de las horas laborales normales.

(3) Mantener y proveer al Comisionado la información que se dispone en el Artículo 28.160 de este Código.

B. Todos los revisores clínicos que asigne la organización de revisión independiente para realizar las revisiones externas serán médicos u otros profesionales de la salud que satisfagan los siguientes requisitos mínimos:

(1) Ser expertos en el tratamiento de la condición de salud de la persona cubierta o asegurado;

(2) Tener conocimiento adecuado acerca del servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado. Dicho conocimiento deberá haber sido obtenido mediante experiencia clínica reciente en el tratamiento de pacientes con la misma condición de salud o con alguna condición similar a la de la persona cubierta o asegurado;

(3) Tener una licencia irrestricta en un estado de Estados Unidos o en Puerto Rico y, en el caso de los médicos, una certificación vigente por parte de una junta de especialidad médica reconocida en

Estados Unidos o en Puerto Rico en la rama o ramas pertinentes al asunto objeto de la revisión externa; y

(4) No tener historial de acciones o sanciones disciplinarias que pudieran colocar en tela de juicio su competencia moral, física, mental o profesional.

C. Además de los requisitos establecidos en el apartado (A) de este Artículo, la organización de revisión independiente no podrá ser propietaria o subsidiaria de, ni controlar, ejercer control conjunto o ser controlada por, un plan médico ni una asociación profesional de proveedores de servicios de salud.

D. (1) A los fines de cualificar para realizar la revisión externa de un caso determinado, además de los requisitos que se establecen en los apartados (A), (B) y (C) de este Artículo, la organización de revisión independiente, así como tampoco los revisores clínicos designados, podrán tener interés profesional, familiar o conflicto de intereses económico con ninguno de los siguientes:

(a) La organización de seguros de salud o asegurador implicado;

(b) La persona cubierta o asegurado que solicitó la revisión externa;

(c) Los oficiales, directores o empleados gerenciales de la organización de seguros de salud o asegurador implicado;

(d) El proveedor de servicios de salud, el grupo médico del proveedor o la asociación de práctica independiente que recomienda el servicio de cuidado de la salud o tratamiento objeto de la revisión externa;

(e) La instalación donde se proveería el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado; o

(f) El desarrollador o fabricante del medicamento, aparato, procedimiento u otra terapia principal que se recomienda para la persona cubierta o asegurado.

(2) Al determinar si la organización de revisión independiente o los revisores clínicos tienen algún interés profesional, familiar o

conflicto de intereses económicos, el Comisionado tomará en consideración aquellas situaciones en las que, si bien la organización de revisión independiente o el revisor clínico pudiera tener alguna relación o conexión profesional, familiar o económica con las personas descritas en el apartado (D)(1), las características de dicha relación o conexión no constituyen un conflicto de interés significativo que les impida llevar a cabo la revisión externa.

E. (1) Se presumirá que las organizaciones de revisión independiente que estén acreditadas por una entidad acreditadora reconocida por el Comisionado y cuyos estándares de acreditación para las organizaciones de revisión independiente, a juicio de dicho funcionario, son equivalentes o exceden los requisitos mínimos de aptitud y competencia establecidos en este Artículo, son elegibles para realizar revisiones externas a tenor con el Artículo 28.130 de este Código.

(2) El Comisionado revisará, inicial y periódicamente, los estándares de acreditación de las entidades acreditadoras de organizaciones de revisión independiente para cerciorarse de que tales estándares sean, y continúen siendo, equivalentes o superiores a los requisitos mínimos de aptitud y competencia establecidos en este Artículo. A los fines de cumplir con el deber de revisión que aquí se le impone, el Comisionado podrá aceptar las revisiones que realice la NAIC sobre las entidades acreditadoras.

(3) Las entidades acreditadoras de organizaciones de revisión independiente pondrán a disposición del Comisionado, cuando éste así lo solicite, sus estándares de acreditación, de modo que dicho funcionario pueda hacer las determinaciones correspondientes a tenor con este Capítulo.

F. Las organizaciones de revisión independiente serán imparciales y establecerán y mantendrán, de forma escrita, procedimientos para asegurarse que cumplen con tal requerimiento de imparcialidad, así como con cualquier otro requisito dispuesto en este Artículo.

Artículo 28.150.-Relevo de Responsabilidad de las Organizaciones de Revisión Independiente

Ninguna organización de revisión independiente, revisor clínico, empleado, agente o contratista de una organización de revisión independiente, será hallado responsable por los daños que pueda haber sufrido alguna persona

a consecuencia de las opiniones, omisiones o actos incurridos por éstos en el marco de sus deberes bajo este Capítulo, salvo que la opinión, omisión o acto se haya formulado de mala fe o mediando negligencia crasa o incumplimiento con el deber de divulgación de conflicto de interés.

Artículo 28.160.-Requisitos de Informes de la Revisión Externa

A. (1) Las organizaciones de revisión independiente mantendrán registros con respecto a toda revisión externa que hubiesen realizado durante el año natural y presentarán un informe al Comisionado, según se requiere en el apartado (A)(2) de este Artículo. Dichos informes se harán respecto a cada organización de seguros de salud o asegurador individual y de forma global.

(2) Las organizaciones de revisión independiente presentarán al Comisionado, por lo menos una vez al año y en el formato especificado por dicho funcionario, un informe acerca de las revisiones externas realizadas durante el año natural precedente.

(3) El informe incluirá los siguientes datos, tanto de forma global como de forma particular para cada organización de seguros de salud o asegurador:

(a) La cantidad total de solicitudes de revisión externa presentadas;

(b) La cantidad de solicitudes de revisión externa resueltas y, de las resueltas, la cantidad de confirmaciones y revocaciones realizadas;

(c) El periodo de tiempo promedio que tomó realizar la determinación;

(d) Un resumen del tipo de cubiertas o casos para los cuales se solicitó la revisión externa, según el formato que requiera el Comisionado;

(e) La cantidad de revisiones externas ordinarias que se dieron por terminadas como resultado de la reconsideración de la organización de seguros de salud o asegurador, después del recibo de información adicional de la persona cubierta o asegurado; y

(f) Toda información adicional que el Comisionado pudiera solicitar o requerir.

(4) La organización de revisión independiente conservará los registros que se requieren en este Artículo durante al menos seis (6) años.

B. (1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores mantendrán registros, globales y para cada tipo de plan médico que ofrezcan, de las solicitudes de revisión externa presentadas en su contra.

(2) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores presentarán al Comisionado, a su solicitud y en el formato especificado por dicho funcionario, un informe acerca de las revisiones externas presentadas en su contra.

(3) El informe incluirá los siguientes datos, tanto de forma global como de forma particular para cada tipo de plan médico:

(a) La cantidad total de solicitudes de revisión externa presentadas;

(b) Del total de solicitudes de revisión externa presentadas, la cantidad de solicitudes para las cuales se determinó que eran elegibles para la revisión externa;

(c) Toda información adicional que el Comisionado pudiera solicitar o requerir.

(4) La organización de seguros de salud o asegurador conservará los registros requeridos en este Artículo durante al menos seis (6) años.

Artículo 28.170.-Pago del Costo de la Revisión Externa

La organización de seguros de salud o asegurador contra el que se presente una solicitud de revisión externa ordinaria o acelerada tendrá la obligación de pagar a la organización de revisión independiente por la revisión externa.

La Oficina del Comisionado de Seguros notificará a los aseguradores y organizaciones de servicios de salud los costos del proceso o cualquier modificación en los mismos con al menos 120 días de anticipación.

La persona cubierta o asegurado pagará un costo nominal no mayor de $25.00 por cada revisión. Disponiéndose, que para una misma persona cubierta o asegurado el costo no puede exceder de setenta y cinco dólares ($75.00) por año-póliza. La cantidad pagada por la persona cubierta o asegurado le será reembolsada si éste obtiene opinión a su favor.

Artículo 28.180.-Requisitos de Divulgación

A. (1) Toda organización de seguros de salud o asegurador incluirá una descripción de los procedimientos de revisión externa en las pólizas, los certificados, folletos de socios, resúmenes de cubiertas u otras evidencias de cubierta que provea a las personas cubiertas o asegurados.

(2) La divulgación de los procedimientos de revisión externa que se requiere en el apartado (A)(1) de este Artículo se hará en el formato que prescriba el Comisionado.

B. La descripción de los procedimientos de revisión externa incluirá una declaración en la que se informe a la persona cubierta o asegurado de su derecho a radicar con el Comisionado una solicitud para la revisión externa de una determinación adversa o determinación adversa final. Tal declaración podrá explicar que la revisión externa está disponible cuando la determinación adversa o determinación adversa final se fundamenta en la necesidad de salud, la idoneidad, el lugar donde se provee el servicio de cuidado de la salud, o el nivel o eficacia del servicio o rescisión de cubierta. La declaración incluirá el número telefónico y la dirección del Comisionado.

C. Además de lo dispuesto en el apartado (B) de este Artículo, la declaración informará a la persona cubierta o asegurado que, al radicar la solicitud de revisión externa, se requerirá que se autorice la divulgación de la información de salud necesaria y relevante que se tuviera que revisar, con el fin de tomar una determinación con respecto a la revisión externa."

Artículo 8.-Se añade el nuevo Capítulo 52 a la Ley 194-2011, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", el cual dispondrá lo siguiente:

"**Capítulo 52.-Uso No Indicado en la Etiqueta**

Artículo 52.010.-Propósito

El propósito de este Capítulo es establecer parámetros para el pago o reembolso de los costos relacionados con los medicamentos que, a pesar de tener la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés), son utilizados para indicaciones diferentes a las que aparecen en la etiqueta (uso que en lo sucesivo se denominará "uso no indicado en la etiqueta"). Denegar el pago o reembolso de los medicamentos por motivo de que el mismo será utilizado para un uso no indicado en la etiqueta podría interrumpir o impedir el acceso al tratamiento necesario y adecuado para las personas cubiertas o asegurados.

Artículo 52.020.-Aplicabilidad y Alcance

Este Capítulo aplica a todos los planes médicos que se emitan, enmienden, otorguen o renueven en o después de la fecha de vigencia de este Capítulo, y que provean cubierta para medicamentos. También aplica a todas las personas que lleven a cabo determinaciones sobre el pago o reembolso por medicamentos conforme a estos planes médicos.

Artículo 52.030.-Definiciones

A. "Compendios de referencia estándar" ("standard reference compendia") significa:

(1) The American Hospital Formulary Service-Drug Information;

(2) The American Medical Association Drug Evaluation o

(3) The United States Pharmacopoeia-Drug Information.

B. "FDA" significa la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos.

C. "Literatura médica evaluada por homólogos" ("peer-reviewed medical literature") significa un estudio científico que haya sido publicado en una revista académica o en otra publicación, en la que los manuscritos originales se divulgan luego de haber sido evaluados por peritos independientes e imparciales y de que el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas haya determinado que cumplen con los Requisitos de Uniformidad para Manuscritos enviados a revistas biomédicas. La literatura médica evaluada por homólogos no incluye publicaciones o suplementos de publicaciones que hayan recibido gran parte de su patrocinio de una compañía manufacturera de productos farmacéuticos o de una organización de seguros de salud o asegurador.

D. "Medicamento" o "medicamentos" significa toda sustancia recetada por un proveedor de cuidado de la salud licenciado y que se utilice para el diagnóstico, alivio, tratamiento o prevención de una enfermedad, independientemente del método mediante el cual se suministre (por vía oral, inyección en el músculo, la piel, vaso sanguíneo o cavidad corporal, o que se aplique en la piel o que el cuerpo lo asimile de alguna otra manera). El término incluye las sustancias que tienen la aprobación de la FDA para al menos una indicación.

Artículo 52.040.-Normas de la Cubierta

A. Los planes médicos que proveen cubierta para medicamentos deberán proveer para el despacho de los medicamento cubiertos, independientemente del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad para la cual sean prescritos, siempre y cuando: (1) el medicamento tenga la aprobación de la FDA para al menos una indicación y (2) el medicamento sea reconocido para el tratamiento del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad de que se trate en uno de los compendios de referencia estándar o en literatura médica evaluada por homólogos generalmente aceptada.

B. La cubierta de un medicamento a tenor con este Artículo deberá incluir, además, los servicios médicamente necesarios que estén asociados con la administración del medicamento.

C. Este Artículo no requiere que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores cubran un medicamento cuando la FDA ha determinado que su uso es contraindicado para el tratamiento de la indicación para la cual se prescribe.

D. Los siguientes medicamentos o servicios no estarán cubiertos a tenor con el inciso A de este Artículo:

(1) los medicamentos que se utilicen en pruebas de investigación que tengan el patrocinio de los manufactureros o de una entidad gubernamental;

(2) los medicamentos o servicios suministrados durante pruebas de investigación, si el patrocinador de dichas pruebas de investigación provee los medicamentos o servicios sin cobrarle nada a los participantes."

Artículo 9.-Se añade el nuevo Capítulo 72 a la Ley 194-2011, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", el cual dispondrá lo siguiente:

"**Capítulo 72.-Discrimen Indebido Contra Víctimas de Maltrato**

Artículo 72.010.-Propósito

El propósito de este Capítulo es prohibir que las organizaciones de seguros de salud, aseguradores o profesionales de seguros discriminen indebidamente contra las víctimas de maltrato.

Artículo 72.020.-Alcance

Este Capítulo es aplicable a todas las organizaciones de seguros de salud, aseguradores y profesionales de seguros que participan en la emisión o renovación de pólizas o certificados de planes médicos en Puerto Rico.

Artículo 72.030.-Definiciones

A. "Condición de salud relacionada con el maltrato" significa una condición de salud sufrida por la víctima de maltrato surgida, en parte o en su totalidad, como producto de un acto o patrón de maltrato.

B. "Información confidencial sobre el maltrato" significa información acerca de actos de maltrato cometidos contra una persona o sobre el estatus de víctima de maltrato de dicha persona; información acerca de determinada condición de salud para la cual el asegurador sabe, o tiene motivos para saber, que está relacionada con el maltrato; la dirección y el número de teléfono (residencial y de trabajo) de una víctima de maltrato o información sobre la relación familiar o laboral entre una persona cubierta o asegurado, actual o potencial, y una persona que es víctima de maltrato.

C. "Maltrato" significa la comisión de uno o más de los siguientes actos, bien fueren ejecutados por un miembro o ex miembro de la familia de la víctima, algún residente de su casa, compañero o compañera sentimental o cualquier persona a cargo de su cuidado:

(1) Intentar causar o causar, de manera intencional o negligente, daño corporal, daño físico, angustia mental grave, trauma psicológico, ultraje, agresión sexual o relaciones sexuales involuntarias;

(2) Llevar a cabo, a sabiendas, una conducta de persecución en contra de la víctima, lo que incluye perseguirla, sin la debida autorización, en

circunstancias que la víctima pudiera entender razonablemente que su integridad física peligra;

(3) Restringir la libertad de la víctima; o

(4) Causar, a sabiendas o de manera negligente, daños a la propiedad con el objetivo de intimidar o controlar el comportamiento de la víctima.

D. "Plan médico" o "plan" significa una póliza, un contrato, un certificado o un acuerdo ofrecido por una organización de seguros de salud, asegurador o profesional de seguros para proveer, prestar, tramitar, pagar o reembolsar los costos de servicios de cuidado de la salud. Los planes médicos incluyen, para efectos de este Capítulo, planes que cubren únicamente accidentes, protección de deuda crediticia, servicios dentales, cuidado de los ojos, seguros suplementarios de Medicare o seguros de cuidado prolongado, cubierta emitida como suplemento de una póliza de responsabilidad pública, pólizas de cuidado a corto plazo, seguros catastróficos y pólizas a base de gastos incurridos. El término "plan médico" no incluye a los seguros por accidentes o enfermedades ocupacionales o seguros similares.

E. "Profesional de seguros" significa un productor de seguros, representante autorizado o ajustador, según se definen dichos términos en el Capítulo 9 del Código de Seguros de Puerto Rico, así como los terceros administradores, según definidos en el Capítulo 38 de este Código.

F. "Situación de víctima de maltrato" significa el hecho o la percepción de que la persona es o ha sido víctima de maltrato, independientemente de si la persona ha sufrido alguna condición de salud relacionada con dicho maltrato.

G. "Víctima de maltrato" significa una persona en contra de la cual se ha cometido un acto de maltrato; que tiene o ha sufrido lesiones, enfermedades o trastornos resultantes del maltrato; o que solicita o ha solicitado, o podría tener motivo para solicitar, tratamiento médico o psicológico debido al maltrato; o protección legal o refugio para protegerse del maltrato.

Artículo 72.040.-Actos de Discrimen Indebido por Parte de los Planes Médicos

A. Constituye discrimen indebido:

(1) Denegar, rehusar emitir o renovar, cancelar o de otra manera terminar o restringir la cubierta de un plan médico, o establecer un costo adicional o aumentar la prima de un plan médico, basado en que la persona cubierta o asegurado ha sufrido maltrato; o

(2) Excluir, limitar la cubierta o denegar una reclamación basado en la situación de víctima de maltrato de la persona cubierta o asegurado.

B. Cuando una organización de seguros de salud, asegurador o profesional de seguros tenga información que claramente indique que una persona cubierta o asegurado, actual o potencial, es una víctima de maltrato, se considerará injustamente discriminatorio que dicha organización de seguros de salud, asegurador o profesional de seguros divulgue o transfiera información confidencial sobre el maltrato, según se define dicho término en este Capítulo, para el propósito que fuera o a la persona que fuera, excepto en los siguientes casos:

(1) A la víctima de maltrato o a una persona específicamente designada por escrito por dicha víctima;

(2) A un proveedor de cuidado de salud para fines de prestar servicios a la víctima;

(3) A un médico identificado y designado por la víctima de maltrato;

(4) Cuando lo ordene el Comisionado o un tribunal competente, o como se requiera por ley; o

(5) Cuando sea necesario, por motivos comerciales legítimos, transferir alguna información confidencial sobre maltrato debido a que no se pueda segregar dicha información del resto sin causar una carga indebida. En estos casos, la información confidencial sobre maltrato sólo se podrá divulgar si el destinatario ha accedido por escrito a atenerse a las prohibiciones dispuestas en este Capítulo y a someterse a la jurisdicción de los tribunales de Puerto Rico para hacer cumplir las disposiciones del mismo. La divulgación de información confidencial sobre maltrato por motivos comerciales legítimos que autoriza, a modo de excepción, este inciso, sólo podrá hacerse a las siguientes personas:

(a) Un reasegurador que pagará indemnización con respecto a una póliza o parte de ésta que cubre a una víctima de maltrato, siempre y cuando el reasegurador no pueda proveer el

reaseguro o cumplir con sus obligaciones conforme al contrato de reaseguro sin que se divulgue dicha información;

(b) Una de las partes en una transacción de venta, traspaso, fusión o consolidación, propuesta o consumada, de las operaciones de la organización de seguros de salud, asegurador o profesional de seguros;

(c) Personal médico o personal a cargo del trámite de reclamaciones empleado o contratado por la organización de seguros de salud, asegurador o profesional de seguros, únicamente cuando sea necesaria la divulgación para procesar una solicitud o desempeñar los deberes conforme a la póliza; o

(d) Con respecto a la dirección y número de teléfono de la víctima de maltrato, a las entidades con quiénes la organización de seguros de salud, asegurador o el profesional de seguros tengan relaciones comerciales, cuando no se puedan llevar a cabo las transacciones comerciales sin la referida dirección o número de teléfono;

(6) A un abogado que necesita la información para representar efectivamente a la organización de seguros de salud, asegurador o al profesional de seguros, siempre y cuando la organización de seguros de salud, asegurador o el profesional de seguros notifique al abogado de sus obligaciones conforme a este Capítulo y solicite que el abogado tome el debido cuidado de proteger la información confidencial sobre el maltrato;

(7) Al titular de la póliza o su cesionario, en el transcurso de entregar la póliza, si la póliza contiene información acerca de la situación de maltrato; o

(8) A toda entidad que el Comisionado determine que corresponde entregar la información.

C. Constituye un acto discriminatorio solicitar información acerca de actos de maltrato o la situación de maltrato de una persona cubierta o asegurado, actual o potencial, o usar dicha información, independientemente de cómo se obtenga, salvo para los fines limitados de cumplir con las obligaciones legales o verificar el reclamo que haga la persona a los efectos de que es una víctima de maltrato.

D. Constituye un acto discriminatorio terminar la cubierta grupal de una víctima de maltrato por motivo de que la cubierta se hubiere emitido originalmente a nombre del maltratante y éste se haya divorciado o separado de la víctima de maltrato o haya perdido la custodia de la víctima, o porque la cubierta del maltratante haya terminado de cualquier otra manera voluntaria o involuntaria. Lo aquí dispuesto no impide que la organización de seguros de salud, asegurador o el profesional de seguros requiera que la víctima de maltrato pague la prima completa de la cubierta del plan médico o que requiera, como condición de cubierta, que la víctima de maltrato resida o trabaje dentro del área de servicio del plan médico, si los requisitos se aplican igualmente a todas las personas cubiertas o asegurados, actuales o potenciales. La organización de seguros de salud o asegurador podrá dar por terminada la cubierta grupal después de que la cubierta continuada que aquí se requiere haya estado vigente durante dieciocho (18) meses, si ofrece una conversión equivalente a un plan individual. La cubierta continuada que aquí se requiere se podrá satisfacer con la cubierta que dispone la ley "Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985" (COBRA) y no será adicional a la cubierta provista al amparo de dicha ley COBRA.

E. Lo dispuesto en el Artículo 72.040(B) de este Código no le impedirá a la víctima de maltrato obtener su expediente de seguros.

F. Lo dispuesto en el Artículo 72.040(D) de este Código no prohíbe que una organización de seguros de salud, asegurador o un profesional de seguros pregunte sobre la condición de víctima de maltrato o use información de salud para suscribir un seguro o desempeñar deberes conforme a una póliza, aun si la información de salud está relacionada con una condición de salud que el asegurador o el profesional de seguros sabe, o tiene motivos para saber, que se relaciona con el maltrato, según se permita en las disposiciones de este Capítulo y otras leyes aplicables.

Artículo 72.050.-Justificación de las Decisiones Adversas

La organización de seguros de salud, asegurador o el profesional de seguros que actúe de alguna manera que afecte adversamente a una persona cubierta o asegurado, actual o potencial, a base de una condición de salud que sabe, o tiene motivos para saber, que está relacionada con el maltrato, explicará por escrito las razones de su proceder y estará preparado para demostrar que sus acciones y toda disposición aplicable del plan médico:

A. No tienen el propósito o efecto de tratar la condición de víctima de maltrato como una condición de salud o factor de asegurabilidad;

B. No se basan en una correlación real o percibida entre una condición de salud y el maltrato;

C. Se permiten por ley y se aplican de la misma manera y con el mismo alcance a todas las personas cubiertas o asegurados, actuales o potenciales, que tengan una condición de salud similar, independientemente si la condición o reclamación se relaciona con el maltrato; y

D. Excepto en el caso de alguna acción relacionada con una reclamación, se basan en una determinación hecha conforme a los principios actuariales establecidos y sustentada con evidencia estadística razonable de que hay una correlación entre la condición de salud y un aumento sustancial de riesgo con respecto al seguro.

Artículo 72.060.-Protocolos de Seguros para Víctimas del Maltrato

Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores establecerán y cumplirán con políticas en las que se especifiquen los procedimientos que deben seguir los empleados y los profesionales de seguros contratados por éstos, para proteger la seguridad y la privacidad de las víctimas de maltrato, e implementarán las disposiciones de este Capítulo al recibir solicitudes, investigar reclamaciones, procurar la subrogación o tomar cualquier otra acción relacionada con las pólizas o reclamaciones de las víctimas de maltrato. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores distribuirán sus políticas escritas a sus empleados y a los profesionales de seguros.

Artículo 72.070.-Aplicación

El Comisionado realizará una investigación razonable de toda querella recibida y hará una determinación con respecto a si se ha violado alguna disposición de este Capítulo. Si el Comisionado determina, a base de su investigación, que pudiera haber ocurrido dicha violación, se comenzará un procedimiento de adjudicación a nivel administrativo. El Comisionado podrá atender la violación de la manera que corresponda según la naturaleza y gravedad de la misma, lo cual podría incluir la suspensión o revocación de certificados de autoridad o licencias, la imposición de sanciones civiles, órdenes de cese y desista, interdictos, órdenes de resarcimiento, referidos a fiscalía o una combinación de estas medidas. Los poderes y deberes que se disponen en este Artículo son adicionales a la autoridad que tiene el Comisionado conforme a otras disposiciones legales."

Artículo 10.-Esta Ley comenzará a regir noventa (90) días después de su aprobación.