LEY NUM 194- 2011

GOBIERNO DE PUERTO RICO
Oficina del Asesor Legislativo

11 SEP -1 AM 11:58
Secretaría

31 de agosto de 2011

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

Estimado señor Presidente:

Me place informarle que el día 29 de agosto de 2011, el Gobernador Hon. Luis G. Fortuño, aprobó y firmó el Proyecto del Senado 1856 (Conferencia), aprobado en la Decimosexta Asamblea Legislativa en su Quinta Sesión Ordinaria, titulado:

LEY: Para crear el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico; establecer sus disposiciones generales y la forma en que éste interactuará con el Código de Seguros de Puerto Rico; reglamentar el manejo de medicamentos de receta por parte de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, según definidos; estandarizar en Puerto Rico las pautas para las auditorías de reclamaciones por servicios de cuidado de la salud; promover la disponibilidad de planes médicos para los patronos de pequeñas y medianas empresas en Puerto Rico, independientemente de la condición de salud o experiencia de reclamaciones de su grupo de empleados; prohibir el uso de cláusulas discrecionales en los planes médicos y las cubiertas de protección de ingresos en caso de incapacidad; proveer las normas para establecer y mantener los procedimientos que deben seguir las organizaciones de seguros de salud o aseguradores para garantizar que las personas cubiertas o asegurados obtengan una oportuna y adecuada resolución de sus querellas; para fijar requisitos uniformes para las cubiertas de niños recién nacidos, niños recién adoptados y niños colocados para adopción, tanto en los planes médicos grupales como individuales; para establecer estándares para los seguros de cuidado prolongado; y para otros fines relacionados.

Cordialmente,

Lcdo. Philippe A. 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. del S. 1856)
(Conferencia)

LEY NUM. 194-2011
29 DE AGOSTO DE 2011

Para crear el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico; establecer sus disposiciones generales y la forma en que éste interactuará con el Código de Seguros de Puerto Rico; reglamentar el manejo de medicamentos de receta por parte de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, según definidos; estandarizar en Puerto Rico las pautas para las auditorías de reclamaciones por servicios de cuidado de la salud; promover la disponibilidad de planes médicos para los patronos de pequeñas y medianas empresas en Puerto Rico, independientemente de la condición de salud o experiencia de reclamaciones de su grupo de empleados; prohibir el uso de cláusulas discrecionales en los planes médicos y las cubiertas de protección de ingresos en caso de incapacidad; proveer las normas para establecer y mantener los procedimientos que deben seguir las organizaciones de seguros de salud o aseguradores para garantizar que las personas cubiertas o asegurados obtengan una oportuna y adecuada resolución de sus querellas; para fijar requisitos uniformes para las cubiertas de niños recién nacidos, niños recién adoptados y niños colocados para adopción, tanto en los planes médicos grupales como individuales; para establecer estándares para los seguros de cuidado prolongado; y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

A pesar de las innumerables enmiendas que ha experimentado el Código de Seguros de Puerto Rico desde su aprobación en 1957, el área de los planes médicos ha quedado rezagada en términos de regulación específica, todo ello a pesar de los profundos cambios ocurridos en este sector durante los pasados años. La situación se hace más relevante al considerar los cambios introducidos en este campo por la Ley de Reforma de Salud Federal —"Patient Protection and Affordable Care Act" y "Health Care and Education Reconciliation Act"—, que habrá de tener un efecto trascendental en nuestra sociedad y en nuestra economía. El Código de Seguros de Puerto Rico apenas cuenta con un reducido grupo de capítulos relacionados con esta importante área, como son: el Capítulo 16, dedicado a los seguros de incapacidad física; el Capítulo 19, dedicado a las organizaciones de servicios de salud; el Capítulo 30, dedicado a requisitos de pago puntual a los proveedores de cuidado de salud; y el Capítulo 31, relacionado con la negociación colectiva entre planes médicos y proveedores. Ha llegado el momento de actualizar el marco regulatorio que conlleva una actividad tan importante como es la salud de nuestro Pueblo. Además de armonizar las disposiciones legales vigentes en Puerto Rico en torno a las cubiertas de salud con la legislación más reciente aprobada a nivel federal, mediante la presente legislación se crea un nuevo Código de Seguros de Salud que hará más efectiva la fiscalización de estas actividades a nivel local.

Este Código de Seguros de Salud incide sobre un sinnúmero de áreas de gran relevancia en la industria de los seguros de salud, tales como la protección del consumidor; la regulación de planes médicos grupales e individuales; las organizaciones de servicios de salud; la disponibilidad y asequibilidad de los seguros de cuidado prolongado; los sistemas de prestación de servicios; la prohibición de prácticas desleales; los procedimientos de querellas de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores; la suficiencia de las redes de proveedores; los planes médicos para personas no asegurables; la regulación de los terceros administradores; las cubiertas para niños recién nacidos y adoptados; entre muchas otras. Todo lo anterior, basado en la legislación modelo desarrollada por la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC, por sus siglas en inglés).

Esta iniciativa regulatoria atiende, además, un sinnúmero de 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. Ejemplos de esas áreas de necesidad la constituyen actividades de vital importancia para una efectiva regulación de esta industria, tales como lo son los beneficios y restricciones en el manejo de los medicamentos de receta; los procesos de examen o auditoría de reclamaciones; la disponibilidad de planes médicos para pequeñas y medianas empresas y para asegurados individuales en Puerto Rico; la prohibición de prácticas injustas por parte de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores; la protección de la integridad y confidencialidad de la información médica; la protección y fiscalización de la solvencia de los aseguradores; y garantías de protección a los asegurados bajo sistemas de prestación de servicios de cuidado coordinado.

Debido a la complejidad e importancia de este asunto, esta Asamblea Legislativa ha determinado conveniente aprobar, por fases, el nuevo Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, de manera que los distintos Capítulos que lo componen puedan ser analizados responsablemente. En esta primera fase se aprueban los siguientes Capítulos; Disposiciones Generales, Manejo de Medicamentos de Receta, Auditoría de Reclamaciones Presentadas a las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores, Disponibilidad de Seguros de Salud para las Pequeñas y Medianas Empresas, Prohibición de Uso de Claúsulas Discrecionales, Procedimientos Internos de Querellas de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores, Cubierta para Niños Recién Nacidos, Niños Recién Adoptados y Niños Colocados para Adopción y el Capítulo de Seguro de Cuidado Prolongado.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Sección 1.- Se adopta un conjunto de disposiciones legales que será conocido y podrá citarse como el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, el cual será complementado por el Código de Seguros de Puerto Rico, Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, en todo aquello que éste último no tenga conflicto con el primero. Ninguna disposición del Código de Seguros de Puerto Rico se entenderá derogada, salvo que expresamente así se disponga en este Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, o cuando las disposiciones de ambos códigos estén en conflicto.

"Capítulo 2. Disposiciones Generales

Artículo 2.010. Título

Esta Ley constituye el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico y puede citarse como tal.

Artículo 2.020. Declaración de Política Pública

El Gobierno de Puerto Rico adopta como política pública el garantizar una regulación y reglamentación más efectiva de la industria de los seguros de salud, incluyendo la regulación de aquellas entidades que ofrecen planes médicos grupales e individuales. Como parte de esa política pública, es vital que se cumplan las normas promovidas por la Reforma de Salud Federal implantada a través del "Patient Protection and Affordable Care Act" y el "Health Care and Education Reconciliation Act." De igual forma, a nivel estatal es necesario recoger y uniformar, en lo posible, en un nuevo cuerpo legal conocido como el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, las normas legales aplicables a esta importante industria, la cual ha experimentado un crecimiento sin precedentes en los pasados años.

La política pública aquí adoptada tiene como fin primordial lograr que todos los puertorriqueños tengan acceso a más y mejores servicios de salud y promover un mayor crecimiento y desarrollo de esta industria.

Artículo 2.030 Definiciones

Para fines de este Código y excepto para aquellos Capítulos donde se provea una definición más específica, los siguientes términos tendrán el significado que se indica a continuación:

A. "Beneficios cubiertos" o "beneficios" significa los servicios de cuidado de la salud a los que una persona cubierta o asegurado tiene derecho conforme a un plan médico.

B. "Código de Seguros de Puerto Rico" se refiere a la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada.

C. "Comisionado" significa el Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

D. "Condición médica 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.

E. "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 médica e idoneidad del servicio de cuidado de la salud.

F. "Cuidado médico" significa:
(1) El diagnóstico, alivio, tratamiento o prevención de enfermedades;
(2) transporte esencial para recibir el cuidado médico indicado en el inciso (1) y principalmente para dicho propósito.

G. "Dependientes" significa cualquier persona que es o pudiese ser elegible a un plan médico por motivo de la relación que tiene con el asegurado principal y a tenor con las condiciones dispuestas en el plan médico. Podrán considerarse dependientes del asegurado principal los siguientes:

(1) El cónyuge;

(2) un hijo biológico, hijo adoptivo o colocado para adopción menor de veintiséis (26) años;

(3) un hijo biológico, hijo adoptivo o colocado para adopción que, independientemente de la edad, no pueda sostenerse a sí mismo por razón de incapacidad mental o física existente antes de cumplir los veintiséis (26) años, a tenor con lo dispuesto en la Ley Pública 111-148, conocida como "Patient Protection and Affordable Care Act", la Ley Pública 111-152, conocida como "Health Care and Education Reconciliation Act" y los reglamentos promulgados al amparo de éstas;

Hijastros;

(4) Hijos de crianza que han vivido desde su infancia bajo el mismo techo con el asegurado principal, en una relación de padre/madre e hijo/hija, y que es y continuará siendo totalmente dependiente de la familia del asegurado principal para recibir alimento, según se establece en el Artículo 16.330 del Código de Seguros de Puerto Rico;

(5) menor no emancipado cuya custodia haya sido adjudicada al asegurado principal;

(6) persona de cualquier edad que haya sido judicialmente declarada incapaz y cuya tutela haya sido adjudicada al asegurado principal;

(7) familiar del asegurado principal o su cónyuge mientras viva permanentemente bajo el mismo techo del asegurado principal y que dependa sustancialmente de éste para su sustento, quienes podrán ser clasificados en la categoría de dependientes opcionales o colaterales, según este término es comúnmente aceptado y definido en el mercado de los seguros de salud;

(8) padre y madre del asegurado principal, o los de su cónyuge, aunque no vivan bajo el mismo techo, quienes podrán ser clasificados en la categoría de dependientes opcionales o colaterales, según este término es comúnmente aceptado y definido en el mercado de los seguros de salud.

H. "Instalación de cuidado de salud" o "instalación" significa una institución con licencia para proveer servicios de cuidado de la salud o un lugar donde se provee cuidado médico, incluyendo los hospitales y otros centros con pacientes recluidos, centros de cirugía o tratamiento ambulatorios, centros de enfermería

especializada, centros residenciales de tratamiento, centros de laboratorios, radiología e imágenes, y los lugares de rehabilitación y otros tipos de terapia.

I. "NAIC" se refiere a la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros, conocido así por sus siglas en inglés.

J. "Organización de servicios de salud" significa toda entidad que se compromete mediante contrato a proveer o tramitar servicios de cuidado de la salud a sus suscriptores a base del prepago de los mismos, salvo la cantidad que debe pagar el suscriptor por concepto de copago, coaseguro o deducible, según se establece en el Capítulo sobre Organizaciones de Servicios de Salud de este Código.

K. "Organización de seguros de salud" o "asegurador" significa una entidad sujeta a las leyes y reglamentos de seguros de Puerto Rico o sujeta a la jurisdicción del Comisionado, que contrata o se ofrece a contratar para proveer, suministrar, tramitar o pagar los costos de servicios de cuidado de salud o reembolsar los mismos, incluyendo cualquier corporación con o sin fines de lucro de servicios hospitalarios y de salud, las organizaciones de servicios de salud u otra entidad que provea planes de beneficios, servicios o cuidado de la salud.

L. "Persona cubierta" o "asegurado" significa el tenedor de una póliza o certificado, suscriptor, u otra persona que participe de los beneficios de un plan médico.

M. "Persona" significa persona natural o jurídica, incluyendo corporación, sociedad, asociación, sociedad conjunta, sociedad comanditaria, fideicomiso, organización no incorporada y entidades similares o alguna combinación de las anteriores.

N. "Plan abierto" significa un plan de cuidado coordinado que provee incentivos, incluidos los incentivos económicos, para que la persona cubierta o asegurado use los proveedores participantes conforme a los términos del plan.

O. "Plan cerrado" significa un plan de cuidado coordinado que requiere que la persona cubierta o asegurado use sólo proveedores participantes conforme a los términos del plan.

P. "Plan de cuidado coordinado" significa un plan médico que provee incentivos económicos o de otro tipo para que la persona cubierta o asegurado use los proveedores participantes de la organización de seguros de salud o asegurador, o que son administrados, contratados o empleados por ésta.

Q. "Plan de indemnización médica" significa plan médico que no es un plan de cuidado coordinado.

R. "Plan médico" significa un contrato de seguro, póliza, certificado, o contrato de suscripción con una organización de seguros de salud, organización de servicios de salud o cualquier otro asegurador, provisto en consideración o a cambio del pago de una prima, o sobre una base prepagada, mediante el cual la organización de seguros de salud, organización de servicios de salud o cualquier otro asegurador se obliga a proveer o pagar por la prestación de determinados servicios médicos, de hospital, gastos médicos mayores, servicios dentales, servicios de salud mental, o servicios incidentales a la prestación de éstos.

S. "Profesional de la salud" significa un médico u otro profesional del campo de la salud con licencia, acreditado o certificado por las entidades correspondientes para proveer determinados servicios de cuidado de la salud a tenor con las leyes estatales y reglamentos correspondientes.

T. "Proveedor de cuidado de salud" o "proveedor" significa un profesional de la salud o una instalación de cuidado de la salud debidamente autorizado a prestar o proveer servicios de cuidado de la salud.

U. "Proveedor participante" significa el proveedor que, conforme a un contrato con una organización de seguros de salud o asegurador, o con el contratista o subcontratista de ésta, haya acordado brindar servicios de cuidado de la salud a las personas cubiertas o asegurados con la expectativa de recibir pago, aparte del porcentaje de coaseguro, el copago o el deducible, directa o indirectamente, de parte de la organización de seguros de salud o asegurador.

V. "Representante personal" significa:

(1) Una persona a quien la persona cubierta o asegurado ha dado consentimiento expreso por escrito para que le represente para los propósitos de este Código;

(2) una persona autorizada por ley a dar el consentimiento en sustitución de la persona cubierta o asegurado;

(3) un miembro de la familia inmediata de la persona cubierta o asegurado, o el profesional de la salud que atiende a la persona cubierta o asegurado cuando ésta no tenga la capacidad de dar su consentimiento;

(4) un profesional de la salud cuando el plan médico de la persona cubierta o asegurado requiere que un profesional de la salud solicite el beneficio; o

(5) en el caso de una solicitud de cuidado urgente, un profesional de la salud que tenga conocimiento sobre la condición médica de la persona cubierta o asegurado.

W. "Reglamento del Código de Seguros de Salud" se refiere a cualquier regla o reglamento que adopte el Comisionado al amparo de cualquier disposición de este Código.

X. "Servicios de cuidado de la salud" o "servicios médicos" significa servicios de diagnóstico, prevención, tratamiento, cura o alivio de padecimientos crónicos, dolencias, lesiones o enfermedades.

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

Z. "Suscriptor" significa cualquier persona acogida a un plan médico emitido por una organización de servicios de salud.

AA. "Urgencia" significa una condición médica suscitada, que no expone a riesgo de muerte inminente o la integridad de la persona, y que puede ser tratada en oficinas médicas u oficinas de horario extendido, no necesariamente en salas de emergencia, pero la cual, de no ser tratada en el momento adecuado y de la manera correcta, se podría convertir en una emergencia.

Artículo 2.040. Código de Seguros de Puerto Rico

Las disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico serán de aplicación a los planes médicos y a las entidades reguladas por este Código, en todo aquello que no sea incompatible con las disposiciones de éste.

Artículo 2.050. Conformidad con Leyes Federales

Cualquier disposición de este Código que conflija con alguna ley o reglamento federal aplicable a Puerto Rico en el área de la salud o de los planes médicos, se entenderá enmendada para que armonice con tal ley o reglamento federal. Además:

A. Ningún asegurador u organización de seguros de salud que provea planes médicos grupales o individuales establecerá lo siguiente:

(1) Límites de por vida en los beneficios esenciales cubiertos, a tenor con la Ley Pública 111-148, conocida como "Patient Protection and Affordable Care Act", la Ley Pública 111-152, conocida como "Health Care and Education Reconciliation Act" y los reglamentos promulgados al amparo de éstas.

(2) Límites anuales irrazonables en los beneficios esenciales cubiertos, a tenor con la Ley Pública 111-148, conocida como "Patient Protection and Affordable Care Act", la Ley Pública 111-152, conocida como "Health Care and Education Reconciliation Act" y los reglamentos promulgados al amparo de éstas.

B. El apartado A no prohíbe que un asegurador u organización de seguros de salud que provea planes médicos grupales o individuales para los cuales no se requiera proveer beneficios esenciales de salud, según este término es definido en la legislación y reglamentación federal y local, establezca límites anuales o de por vida en beneficios específicos cubiertos, todo ello en la medida que tales límites estén de otro modo permitidos bajo leyes federales o estatales.

C. Todo asegurador u organización de seguros de salud que provea planes médicos individuales o grupales deberá, por lo menos, proveer cubierta y no impondrá requisitos de compartir costos ("cost-sharing") con respecto a los siguientes servicios de cuidado preventivo:

(1) Servicios incluidos en las recomendaciones más recientes del "United States Preventive Services Task Force".

(2) Inmunizaciones para las cuales hay en efecto una recomendación del "Advisory Committee on Immunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention" y del Comité Asesor en Prácticas de Inmunización del Departamento de Salud de Puerto Rico.

(3) Con respecto a infantes, niños y adolescentes hasta los veintiún (21) años, servicios de cuidado preventivo y cernimiento de los contemplados en las directrices del "Health Resources and Services Administration".

(4) Con respecto a mujeres, todo servicio preventivo y de cernimiento, según las directrices del "Health Resources and Services Administration", incluyendo los servicios relacionados con cernimiento de cáncer del seno.

D. Todo asegurador u organización de seguros de salud que provea planes médicos individuales o grupales deberá, por lo menos, tener disponible una cubierta que incluya los siguientes servicios:

(1) Servicios ambulatorios, médico-quirúrgicos

(2) Servicios de emergencia

(3) Hospitalización

(4) Servicios de maternidad y cuidado de recién nacidos

(5) Servicios de salud mental y de desórdenes por el uso de sustancias controladas

(6) Servicios de laboratorios, rayos x y pruebas diagnósticas

(7) Servicios pediátricos, incluyendo la vacuna contra el virus sincitial respiratorio y la vacuna contra el cáncer cervical

(8) Cualquier otro servicio o beneficio mandatorio que se requiera por ley o reglamento, estatal o federal.

E. Nada de lo provisto en este Artículo se entenderá como que prohíbe a un asegurador u organización de seguros de salud proveer servicios más amplios que los aquí descritos.

F. Ningún plan médico individual o grupal que incluya servicios de emergencia requerirá aprobación previa para tales servicios, independientemente de que el proveedor sea un proveedor participante o no.

G. Todo plan médico individual o grupal que requiera la designación de un proveedor de cuidado primario, cuando el asegurado tiene dieciocho (18) años o menos, deberá permitir que se designe un médico especializado en pediatría en calidad de proveedor de cuidado primario, siempre que ese médico pediatra sea parte de la red de proveedores participantes del plan médico. "Proveedor de cuidado primario" significa el proveedor participante que tenga a su cargo, por designación de una organización de seguros de salud o asegurador, la supervisión, coordinación y suministro de cuidado inicial o de seguimiento de la persona cubierta 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.

H. Ningún plan médico individual o grupal establecerá requisitos de referido o de autorización previa para obtener servicios de obstetricia y ginecología provistos por proveedores participantes.

I. Ningún plan médico individual o grupal establecerá exclusiones para condiciones preexistentes en el caso de menores de diecinueve (19) años. A partir del año 2014, el derecho a que no se discrimine por condiciones médicas preexistentes aplicará a todas las personas, independientemente de su edad.

J. Los derechos establecidos en este Artículo tendrán el alcance y se regirán de conformidad con los requisitos y procedimientos dispuestos por la Ley Pública 111-148, conocida como "Patient Protection and Affordable Care Act", la Ley Pública 111-152,

conocida como "Health Care and Education Reconciliation Act" y la reglamentación federal y local adoptada al amparo de ésta.

Artículo 2.060. Poderes y Deberes del Comisionado

Según este Código, el Comisionado tendrá los poderes, facultades y deberes que se proveen en el mismo y, además, los poderes, facultades y deberes que se establecen en el Código de Seguros de Puerto Rico.

Artículo 2.070. Separabilidad

Si alguna disposición de este Código, o su aplicabilidad a determinada persona o circunstancia, fuere declarada nula o inválida por un tribunal con jurisdicción competente, ello no afectará la validez de las demás disposiciones del Código o su aplicabilidad a personas o circunstancias distintas a aquéllas para las cuales fue determinada tal nulidad o invalidez.

Artículo 2.080. Sanciones

Aquellas violaciones a las disposiciones de este Código o a las reglas o reglamentos promulgados a su amparo que no tuvieren sanción o penalidad expresamente establecida, estarán sujetas a una multa administrativa no menor de quinientos dólares ($500.00) ni mayor de diez mil dólares ($10,000.00) por violación imputada.

Capítulo 4 Manejo de Medicamentos de Receta

Artículo 4.010. Título

Este Capítulo se conocerá y podrá citarse como el Capítulo sobre el Manejo de Medicamentos de Receta.

Artículo 4.020. Propósito

El propósito de este Capítulo es establecer las normas para desarrollar, conservar y manejar los formularios de medicamentos de receta y otros procedimientos como parte del manejo de beneficios de medicamentos de receta que establecen las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que proveen dichos beneficios.

Artículo 4.030. Definiciones

Para los fines de este Capítulo:

A. "Autorización previa o pre-autorización" significa el proceso de obtener aprobación previa de la organización de seguros de salud o asegurador, que se requiera bajo los términos de la cubierta del plan médico, para el despacho de un medicamento de receta.

B. "Comité de farmacia y terapéutica" significa un comité o cuerpo equivalente, compuesto por empleados o consultores externos contratados por una organización de seguros de salud o asegurador, el cual estará compuesto por un número impar de miembros. Los miembros del comité de farmacia y terapéutica serán profesionales de la salud, tales como médicos y farmacéuticos, los cuales tendrán conocimiento y pericia respecto a:

(1) La forma adecuada, desde la perspectiva clínica, de recetar, suministrar y supervisar los medicamentos de receta para pacientes ambulatorios; y

(2) la revisión y evaluación del uso de los medicamentos, así como la intervención con dicho uso.

Si entre los miembros del comité de farmacia y terapéutica se encontrasen representantes del administrador de beneficios de farmacia o de la organización de seguros de salud o asegurador, éstos sólo podrán aportar consideraciones operacionales o de logística, pero no tendrán voto en determinaciones relativas a la inclusión o exclusión de medicamentos de receta en el formulario.

C. "Criterios de revisión clínica" son 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 médica e idoneidad de los servicios de cuidado de la salud.

D. "Evidencia médica o científica" significa evidencia producida por 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 Estados 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 es evaluar la eficacia de los servicios de cuidado de salud;

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

E. "Exclusión categórica" significa la disposición expresa que establece un plan médico para la no cobertura de un medicamento de receta, identificando el mismo por su nombre científico o comercial.

F. "Formulario" significa una lista de medicamentos de receta desarrollada y aprobada por la organización de seguros de salud o asegurador, o su designado, y la cual regularmente se evalúa para añadir o excluir medicamentos de receta, a la cual se refieren para determinar los beneficios en la cubierta de farmacia.

G. "Medicamento de receta" o "medicina de receta" significa un medicamento aprobado o regulado que la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) permite que se mercadee, y que las leyes de Puerto Rico o de Estados Unidos exigen que sea suministrado mediante receta.

H. "Orden de medicamento de receta", "receta" o "prescripción" significa una orden expedida por una persona licenciada, certificada o legalmente autorizada a expedir recetas de medicamentos, dirigida a un farmacéutico para el despacho de un medicamento de receta.

I. "Persona que expide una receta de medicamentos" significa todo profesional de la salud autorizado por ley a expedir órdenes de medicamentos de receta.

J. "Procedimiento de manejo de medicamentos de receta" o "PBMP", por sus siglas en inglés, incluye los siguientes elementos:

(1) Formularios (listas de medicamentos de receta);

(2) restricciones de dosificación y límites de cantidad;

(3) requisitos de autorización previa; o

(4) requisitos de terapia escalonada.

K. "Querella" significa el documento escrito solicitando algún remedio por parte o en representación de una persona cubierta o asegurado, por acciones o determinaciones de una organización de seguros de salud o asegurador en asuntos como los siguientes:

(1) La disponibilidad, prestación o calidad de los servicios de cuidado de salud, incluidas las querellas relacionadas con una determinación adversa que resulte de una revisión de utilización;

(2) el pago o manejo de reclamaciones o el reembolso por servicios de cuidado de salud; o

(3) asuntos relacionados con la relación contractual entre la persona cubierta o asegurado y la organización de seguros de salud o asegurador.

L. "Representante personal" significa:

(1) Una persona a quien la persona cubierta o asegurado ha dado consentimiento expreso por escrito para que le represente al solicitar una excepción médica, según se establece en este Capítulo;

(2) una persona autorizada por ley a dar el consentimiento en sustitución de la persona cubierta o asegurado;

(3) un miembro de la familia inmediata de la persona cubierta o asegurado, o el profesional de la salud que la atiende, cuando ésta no tenga la capacidad de dar su consentimiento;

(4) el profesional de la salud que trata o suministra medicamentos a la persona cubierta o asegurado, a los fines de solicitar una excepción médica a nombre de ésta, según se establece en este Capítulo.

M. "Restricción de dosis" significa el establecimiento de una limitación en el número de dosis de un medicamento de receta que estará cubierto durante un periodo de tiempo específico.

(1) "Restricción de dosis" no incluye:

(a) Una disposición incluida en la cubierta en la cual se limita el número de dosis de un medicamento de receta que se cubrirá durante determinado periodo; o

(b) una limitación en la dosis de un medicamento de receta cuando el fabricante del mismo lo ha retirado del mercado o no lo puede suplir.

N. "Sustitución con bioequivalentes" significa el intercambio de un medicamento de receta de marca por una versión bioequivalente que tenga los mismos ingredientes activos, potencia y esté indicado para el mismo uso que el medicamento de receta de marca, cuya equivalencia terapéutica haya sido reconocida por la Administración Federal de Alimentos y Drogas (FDA), y que aparezca codificado como tal en el "Approved Drug Products with Therapeutic Equivalence Evaluations", mejor conocido como "Orange Book".

O. "Terapia escalonada" significa el protocolo que especifica la secuencia en que se deben suministrar los medicamentos de receta para determinada condición médica.

Artículo 4.040. Aplicabilidad y Alcance

Este Capítulo será aplicable a todas las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, o sus designados, que provean o administren beneficios de medicamentos de receta para pacientes ambulatorios, conforme las disposiciones del plan médico emitido, mediante el uso de un formulario o la aplicación de otro procedimiento de manejo de los beneficios de medicamentos de receta.

Las disposiciones de este Capítulo no serán aplicables a los medicamentos de receta que se excluyan categóricamente o por disposición contractual del plan médico de la persona cubierta o asegurado. Las disposiciones del plan médico que pretendan excluir todos los medicamentos de receta que no estén incluidos en el formulario no se considerarán una exclusión categórica para los fines de este Capítulo.

Artículo 4.050. Requisitos para el Desarrollo, Mantenimiento y Manejo de Formularios de Medicamentos de Receta y otros Procedimientos de Manejo de los Beneficios de Medicamentos de Receta

A. Toda organización de seguros de salud o asegurador que provea beneficios de medicamentos de receta y maneje dichos beneficios mediante el uso de un formulario u

otro procedimiento, establecerá uno o más comités de farmacia y terapéutica, según entienda apropiado, para desarrollar, mantener y manejar dicho formulario y los procedimientos relacionados conforme a los requisitos de este Artículo. El comité de farmacia y terapéutica no participará en los procesos de determinación de beneficios que establezca la organización de seguros de salud o asegurador para el despacho de medicamentos de receta.

La organización de seguros de salud o asegurador garantizará que todo comité de farmacia y terapéutica establezca políticas y requisitos de divulgación en los que se contemple la identificación de posibles conflictos de interés entre los miembros de los comités y los desarrolladores o fabricantes de los medicamentos de receta. Ningún miembro del comité de farmacia y terapéutica podrá tener relación o interés alguno, financiero o de otra índole, con los desarrolladores o fabricantes de los medicamentos de receta.

B. La organización de seguros de salud o asegurador garantizará que todo comité de farmacia y terapéutica establezca por escrito y siga un procedimiento para evaluar la evidencia médica y científica relacionada con la seguridad y eficacia de los medicamentos de receta, incluyendo la información comparativa sobre medicamentos de receta similares y bioequivalentes, al decidir cuáles de los medicamentos de receta se incluirán en el formulario y al desarrollar otros procedimientos de manejo. La organización de seguros de salud o asegurador también garantizará que el comité de farmacia y terapéutica establezca procedimientos para el análisis, y posible inclusión en el formulario, de medicamentos para un uso no indicado ("off label use"), en aquellas condiciones de salud donde se haya probado, mediante evidencia médica o científica, la eficacia del medicamento.

Todo comité de farmacia y terapéutica mantendrá la documentación del proceso según se requiere en este inciso y suministrará todos los registros y documentos a solicitud de la organización de seguros de salud o asegurador.

C. La organización de seguros de salud o asegurador requerirá que todo comité de farmacia y terapéutica adopte y observe un procedimiento, el cual constará por escrito, para considerar e implantar actualizaciones y cambios en el formulario u otro procedimiento de manejo, de manera oportuna, a base de:

(1) Nueva evidencia científica y médica u otra información relacionada con los medicamentos de receta que figuren en el formulario o estén sujetos a otro procedimiento de manejo y nueva evidencia científica y médica sobre medicamentos de receta recién aprobados y de otra índole que no figuren en el formulario o estén sujetos a algún otro procedimiento de manejo, para determinar si se debe hacer un cambio al formulario o procedimiento de manejo;

(2) si fuera aplicable, información que reciba la organización de seguros de salud o asegurador respecto a solicitudes de excepción médica para permitir que el comité de farmacia y terapéutica evalúe si los medicamentos que figuran en el formulario o que están sujetos a otro procedimiento de manejo, cumplen con las necesidades de las personas cubiertas o asegurados; e

(3) información sobre la seguridad y eficacia de los medicamentos de receta que figuran en el formulario o están sujetos a otro procedimiento de manejo, información sobre medicamentos de receta que sean clínicamente similares o bioequivalentes pero que no figuran en el formulario ni están sujetos a otro procedimiento de manejo, información que surja de las actividades de garantía de calidad de la organización de seguros de salud o asegurador, o información incluida en reclamaciones recibidas después de la revisión más reciente del comité de farmacia y terapéutica de dichos medicamentos de receta.

(4) La organización de seguros de salud o asegurador requerirá que el comité de farmacia y terapéutica realice la evaluación de nuevos medicamentos de receta aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) en un término no mayor de noventa (90) días, contados a partir de la fecha de aprobación emitida por la FDA. En un término no mayor de noventa (90) días, contados a partir de que el nuevo medicamento de receta entre al mercado, el comité de farmacia y terapéutica deberá emitir su determinación en torno a si incluirá o no en el formulario dicho nuevo medicamento de receta.

D. Sujeto a lo dispuesto por este Capítulo, la organización de seguros de salud o asegurador podrá contratar a otras personas para que realicen las funciones del comité de farmacia y terapéutica, según se describen en este Artículo. La organización de seguros de salud o asegurador responderá al Comisionado por las acciones, incumplimiento y violaciones a este Capítulo en que incurra el comité de farmacia y terapéutica.

Artículo 4.060. Información para las Personas que Expiden Recetas de Medicamentos, Farmacias, Personas Cubiertas o Asegurados y Posibles Personas Cubiertas o Asegurados

A. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores deberán cumplir con los siguientes requisitos:

(1) Toda organización de seguros de salud o asegurador mantendrá y facilitará a las personas cubiertas o asegurados, a las personas que suscriben recetas y a las farmacias, o que proveen servicios de cuidado de salud a las personas cubiertas o asegurados, por medios electrónicos o, a solicitud de la persona cubierta o asegurado o de la farmacia, por escrito, lo siguiente:

(a) Su formulario (lista de medicamentos de receta) organizado por categorías terapéuticas;

(b) información sobre los medicamentos de receta, si alguno, que estén sujetos a un procedimiento de manejo desarrollado y mantenido, según las disposiciones de este Capítulo; e

(c) información sobre la documentación que debe presentar la persona cubierta o asegurado o su representante personal para solicitar una excepción médica, según el proceso establecido a tenor con el Artículo 4.070 de este Código y la manera en que se debe presentar dicha documentación.

(2) La organización de seguros de salud o asegurador sólo podrá hacer, durante la vigencia de la póliza, certificado o contrato, cambios en el formulario o en otros

procedimientos de manejo de medicamentos de receta, si el cambio obedece a motivos de seguridad, a que el fabricante del medicamento de receta no lo puede suplir o lo ha retirado del mercado, o si el cambio implica la inclusión de nuevos medicamentos de receta en el formulario. A estos efectos notificará, o bajo su responsabilidad hará las gestiones para que algún tercero notifique dicho cambio a:

(a) Todas las personas cubiertas o asegurados y a las farmacias participantes, a más tardar la fecha de efectividad del cambio.

Artículo 4.070. Requisitos y Procedimientos para la Aprobación de Excepciones Médicas

A. Si la organización de seguros de salud o asegurador que provee beneficios de medicamentos de receta maneja dicho beneficio mediante el uso de un formulario o la aplicación de limitaciones de dosis, de manera que determinado medicamento recetado no se cubra para la cantidad de dosis recetada, o que tenga un requisito de terapia escalonada, de manera que no se cubra un medicamento recetado hasta que se cumplan los requisitos del procedimiento de manejo en particular, la organización de seguros de salud o asegurador establecerá y mantendrá un procedimiento para solicitar excepciones médicas que permita que la persona cubierta o asegurado, o su representante personal, solicite la aprobación de:

(1) Un medicamento de receta que no está cubierto según el formulario;

(2) cubierta continuada de determinado medicamento de receta que la organización de seguros de salud o asegurador habrá de descontinuar del formulario por motivos que no sean de salud o porque el fabricante no pueda suplir el medicamento o lo haya retirado del mercado; o

(3) una excepción a un procedimiento de manejo que implica que el medicamento de receta no estará cubierto hasta que se cumpla con el requisito de terapia escalonada o que no estará cubierto por la cantidad de dosis recetada.

B. (1) La persona cubierta o asegurado, o su representante personal, solamente podrá hacer una solicitud conforme a este Artículo, la cual deberá constar por escrito, si la persona que expidió la receta ha determinado que el medicamento de receta solicitado es médicamente necesario para el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona cubierta o asegurado porque:

(a) No hay ningún medicamento de receta en el formulario que sea una alternativa clínicamente aceptable para tratar la enfermedad o condición médica de la persona cubierta o asegurado;

(b) el medicamento de receta alternativo que figura en el formulario o que se requiere conforme a la terapia escalonada:

(i) Ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona cubierta o asegurado o, a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen de la persona cubierta o asegurado y las características conocidas del régimen del medicamento de receta,

es muy probable que sea ineficaz, o se afectará la eficacia del medicamento de receta o el cumplimiento por parte del paciente; o

(ii) ha causado o, según la evidencia clínica, médica y científica, es muy probable que cause una reacción adversa u otro daño a la persona cubierta o asegurado; o

(iii) la persona cubierta o asegurado ya se encontraba en un nivel más avanzado en la terapia escalonada de otro plan médico, por lo cual sería irrazonable requerirle comenzar de nuevo en un nivel menor de terapia escalonada.

(c) La dosis disponible según la limitación de dosis del medicamento de receta ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona cubierta o asegurado o, a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen de la persona cubierta o asegurado y las características conocidas del régimen del medicamento de receta, es muy probable que sea ineficaz, o se afectará la eficacia del medicamento de receta o el cumplimiento por parte del paciente.

(2) (a) La organización de seguros de salud o asegurador podrá requerir que la persona cubierta o asegurado, o su representante personal, provea una certificación de la persona que expide la receta sobre la determinación que se hizo conforme al inciso (1).

(b) La organización de seguros de salud o asegurador sólo podrá requerir que dicha certificación incluya la siguiente información:

(i) Nombre, número de grupo o contrato, número de suscriptor;

(ii) historial del paciente;

(iii) diagnóstico primario relacionado con el medicamento de receta objeto de la solicitud de excepción médica;

(iv) razón por la cual:

(I) El medicamento de receta que figura en el formulario no es aceptable para ese paciente en particular;

(II) el medicamento de receta que se requiere que se use ya no es aceptable para ese paciente en particular, si la solicitud de excepción médica se relaciona con terapia escalonada; o

(III) la dosis disponible para el medicamento de receta no es aceptable para ese paciente en particular, si la solicitud de excepción médica se relaciona con una limitación de dosis;

(v) razón por la cual el medicamento de receta objeto de la solicitud de excepción médica se necesita para el paciente, o, si la solicitud se relaciona con una limitación de dosis, la razón por la que se requiere la excepción a la limitación de dosis para ese paciente en particular.

C. (1) Al recibo de una solicitud de excepción médica hecha conforme a este Artículo, la organización de seguros de salud o asegurador se asegurará de que la solicitud sea revisada por profesionales de la salud adecuados, dependiendo de la condición de salud para la cual se solicita la excepción médica, quienes, al hacer su determinación sobre la solicitud, considerarán los hechos y las circunstancias específicas aplicables a la persona cubierta o asegurado para la cual se presentó la solicitud, usando criterios documentados de revisión clínica que:

(a) Se basan en evidencia clínica, médica y científica sólida; y

(b) si las hubiera, guías de práctica pertinentes, las cuales pueden incluir guías de práctica aceptadas, guías de práctica basadas en evidencia, guías de práctica desarrolladas por el comité de farmacia y terapéutica de la organización de seguros de salud o asegurador u otras guías de práctica desarrolladas por el gobierno federal, o sociedades, juntas o asociaciones nacionales o profesionales en el campo de la medicina o de farmacia.

(2) Los profesionales de la salud designados por la organización de seguros de salud o asegurador para revisar las solicitudes de excepción médica, se asegurarán que las determinaciones tomadas correspondan a los beneficios y exclusiones que se disponen en el plan médico de la persona cubierta o asegurado. Los profesionales de salud designados para revisar las solicitudes de excepción médica deberán poseer experiencia en el manejo de medicamentos. Las referidas determinaciones deberán constar en un informe debidamente y en el mismo se hará constar las cualificaciones de los profesionales de la salud que hicieron tal determinación.

D. (1) El procedimiento de solicitud de excepciones médicas que se dispone en este Artículo requerirá que la organización de seguros de salud o asegurador tome la determinación respecto a una solicitud presentada y notifique dicha determinación a la persona cubierta o asegurado, o a su representante personal, con la premura que requiera la condición médica de la persona cubierta o asegurado, pero en ningún caso a más de setenta y dos (72) horas desde la fecha del recibo de la solicitud, o de la fecha del recibo de la certificación, en el caso que la organización de seguros de salud o asegurador solicite la misma conforme al apartado B(2), cual fuere posterior de las fechas.

(2) (a) Si la organización de seguros de salud o asegurador no toma una determinación respecto a la solicitud de excepción médica, ni la notifica dentro del periodo antes mencionado:

(i) La persona cubierta o asegurado tendrá derecho al suministro del medicamento de receta objeto de la solicitud hasta por treinta (30) días; y

(ii) la organización de seguros de salud o asegurador tomará una determinación con respecto a la solicitud de excepción médica antes de que la persona cubierta o asegurado termine de consumir el medicamento suministrado.

(b) Si la organización de seguros de salud o asegurador no toma una determinación respecto a la solicitud de excepción médica, ni notifica la

determinación antes de que la persona cubierta o asegurado termine de consumir el medicamento suministrado, deberá mantener la cubierta en los mismos términos y continuadamente, mientras se siga recetando el medicamento a la persona cubierta o asegurado y se considere que el mismo sea seguro para el tratamiento de su enfermedad o condición médica, a menos que se hayan agotado los límites de los beneficios aplicables.

E. (1) Si se aprueba una solicitud de excepción médica hecha conforme a este Artículo, la organización de seguros de salud o asegurador proveerá cubierta para el medicamento de receta objeto de la solicitud y no requerirá que la persona cubierta o asegurado solicite aprobación para una repetición, ni para una receta nueva para continuar con el uso del mismo medicamento de receta luego de que se consuman las repeticiones iniciales de la receta. Todo lo anterior, sujeto a los términos de la cubierta de medicamentos de receta del plan médico, siempre y cuando:

(a) La persona que le expidió la receta a la persona cubierta o asegurado siga recetando dicho medicamento para tratar la misma enfermedad o condición médica; y

(b) se siga considerando que el medicamento de receta sea seguro para el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona cubierta o asegurado.

(2) La organización de seguros de salud o asegurador no establecerá un nivel de formulario especial, copago u otro requisito de costo compartido que sea aplicable únicamente a los medicamentos de receta aprobados mediante solicitudes de excepción médica.

F. (1) Toda denegación de una solicitud de excepción médica hecha por una organización de seguros de salud o asegurador:

(a) Se notificará a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, por escrito, o por medios electrónicos, si la persona cubierta o asegurado ha acordado recibir la información por esa vía;

(b) Se notificará, por medios electrónicos, a la persona que expide la receta o, a su solicitud, por escrito; y

(c) se podrá apelar mediante la presentación de una querella a tenor con el Capítulo sobre Procedimientos Internos de Querellas de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores de este Código.

(2) La denegación expresará de una manera comprensible a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal:

(a) Las razones específicas de la denegación;

(b) referencias a la evidencia o documentación, las cuales incluyen los criterios de revisión clínica y las guías de práctica, así como evidencia

clínica, médica y científica considerada al tomar la determinación de denegar la solicitud;

(c) instrucciones sobre cómo solicitar una declaración escrita de la justificación clínica, médica o científica de la denegación; y

(d) una descripción del proceso y los procedimientos para presentar una querella para apelar la denegación conforme al Capítulo sobre Procedimientos Internos de Querellas de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores de este Código, incluyendo los plazos para dichos procedimientos.

G. No se requerirá que la organización de seguros de salud o asegurador establezca un procedimiento para solicitar excepciones médicas, ni que cumpla con las disposiciones de los apartados B, C, D, E (1), y F, si la organización de seguros de salud o asegurador:

(1) Tiene un procedimiento de revisión acelerada de utilización como se dispone en el Capítulo sobre Revisión de Utilización y Determinación de Beneficios de este Código; y

(2) permite que la persona cubierta o asegurado, o su representante personal, use dicho proceso para solicitar la aprobación de cubierta de un medicamento de receta que no tiene cubierta debido al formulario u otro procedimiento de manejo.

I. No se interpretará que este Artículo permite que la persona cubierta o asegurado pueda usar el procedimiento de solicitud de excepción médica aquí dispuesto para solicitar la cubierta de un medicamento de receta que esté excluido categóricamente de la cubierta de su plan médico.

Artículo 4.080. Requisitos de Registros e Informes

A. Toda organización de seguros de salud o asegurador mantendrá registros escritos o electrónicos suficientes para demostrar el cumplimiento con este Capítulo, los cuales incluirán registros que documenten el proceso de toma de determinaciones respecto a los formularios u otros procedimientos de manejo de medicamentos de receta y registros que documenten la implantación del proceso de solicitud de excepción médica. Los registros se conservarán por un periodo no menor de tres (3) años o hasta que se complete el próximo examen de la organización de seguros de salud o asegurador, cual de las fechas sea posterior, y estarán disponibles a solicitud del Comisionado.

B. Toda organización de seguros de salud o asegurador mantendrá registros respecto a los asuntos que se indican a continuación y, a solicitud del Comisionado, proveerá la siguiente información relacionada con las solicitudes de excepción médica:

(1) La cantidad total de solicitudes de excepción médica;

(2) de la cantidad total de solicitudes de excepción médica provista a tenor con el inciso (1):

(a) La cantidad de solicitudes hechas para cubierta de un medicamento de receta que no figura en el formulario;

(b) la cantidad de solicitudes hechas para cubierta continuada de un medicamento de receta que la organización de seguros de salud o

asegurador habría de descontinuar del formulario por motivos que no fueran de seguridad o porque el fabricante no puede suplir el medicamento o lo haya retirado del mercado; y

(c) la cantidad de solicitudes hechas para una excepción a un procedimiento de manejo en el que se aplican requisitos de limitación de dosis o terapia escalonada al medicamento de receta;

(3) la cantidad de solicitudes aceptadas y denegadas; y

(4) toda otra información que el Comisionado pudiera solicitar.

Artículo 4.090. Responsabilidades de Fiscalización y Contratación

A. La organización de seguros de salud o asegurador será responsable de fiscalizar todas las actividades que se realicen a tenor con este Capítulo y de asegurar que se cumplan todos sus requisitos y los reglamentos aplicables.

B. Si la organización de seguros de salud o asegurador contrata a otra persona para realizar las actividades que se requieren en este Capítulo o en los reglamentos aplicables, el Comisionado responsabilizará a la organización de seguros de salud o asegurador por la fiscalización de las actividades de la persona contratada y por el cumplimiento de los requisitos de este Capítulo y los reglamentos aplicables.

Artículo 4.100. Requisitos de Divulgación

A. En las pólizas, certificados, folletos informativos, resúmenes de cubierta, evidencia de cubierta o cualquier otro documento que se provea a las personas cubiertas o asegurados, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que utilicen formularios u otro tipo de procedimiento de manejo de medicamentos de receta:

(1) Divulgarán la existencia del formulario y otro procedimiento de manejo y el hecho de que puede haber otras limitaciones o requisitos en el plan que pudieran afectar la cubierta de determinados medicamentos de receta en específico;

(2) describirán el proceso de solicitud de excepción médica que se puede usar para solicitar la cubierta de medicamentos de receta que no figuran en el formulario o para solicitar una excepción a los requisitos de limitación de dosis o terapia escalonada; y

(3) describirán el proceso para presentar una querella, tal como se dispone en el Capítulo sobre Procedimientos Internos de Querellas de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores de este Código, para apelar la denegación de una solicitud de excepción médica.

B. En las pólizas, certificados, folletos informativos, resúmenes de cubierta, evidencia de cubierta o cualquier otro documento que se provea a las personas cubiertas o asegurados se explicará y se incluirá una descripción, de manera comprensible a un lego, el formulario de medicamentos y cada uno de los procedimientos de manejo de medicamentos de receta. La explicación indicará, además, que la organización de seguros de salud o asegurador proveerá a la persona cubierta o asegurado copia del formulario, junto con información sobre cuáles medicamentos de receta están sujetos a los procedimientos de manejo.

Artículo 4.110. Programas de incentivos o bonificaciones

A. Se prohíbe que las farmacias, los administradores de beneficios de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés), manufactureros o distribuidores de medicamentos, organizaciones de seguros de salud o aseguradores, incentiven o participen en programa de incentivos, bonificaciones u otras transacciones de naturaleza similar, dirigidas a profesionales de la salud, a fines de influenciar, directa o indirectamente, a que se recete, prescriba, despache o intercambie determinado medicamento bioequivalente por uno de marca o viceversa.

B. Se prohíbe que cualquier profesional de la salud reciba o participe en programas de incentivos, bonificaciones u otras transacciones de naturaleza similar, de parte de farmacias, administradores de beneficios de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés), manufactureros o distribuidores de medicamentos, organizaciones de seguros de salud o aseguradores, a fines de influenciar, directa o indirectamente, a que se recete, prescriba, despache o intercambie determinado medicamento bioequivalente por uno de marca o viceversa.

C. No obstante lo dispuesto en los incisos A y B de este Artículo, se permite el establecimiento de programas de incentivos, bonificaciones u otras transacciones de naturaleza similar, que estén basados en los resultados positivos obtenidos en el manejo o control de la condición clínica o de salud de las personas cubiertas o asegurados, según los estándares de calidad de cuidado de salud establecidos por organizaciones nacionales dedicadas a mejorar los resultados en el cuidado de la salud, tales como "Healthcare Effectiveness Data and Information Set". Estos programas deben implementarse con el objetivo de mejorar u obtener resultados óptimos en el manejo de la salud, y deben cumplir con parámetros de tiempo suficientes que permitan identificar patrones medibles de resultados en el manejo o control de la condición clínica o de salud de las personas cubiertas o asegurados.

   Las personas o entidades que establezcan programas de incentivos, bonificaciones u otras transacciones de naturaleza similar deberán someter los mismos al Comisionado dentro del término de noventa (90) días antes de que éstos entren en vigor, de manera que se evalúe y apruebe dicho programa en cumplimiento con lo aquí dispuesto. El Comisionado establecerá, por reglamento, los criterios que se usarán para evaluar estos programas. Los criterios tomarán en consideración los estándares de calidad de cuidado de salud establecidos por organizaciones nacionales dedicadas a mejorar los resultados en el cuidado de la salud, tales como "Healthcare Effectiveness Data and Information Set".

D. El Comisionado podrá establecer aquellas reglas y reglamentos necesarios para implementar las disposiciones de este Artículo.

E. Cualquier persona que viole las disposiciones de este Artículo, además de cualquier otra penalidad que se disponga en este Código o en las leyes del Gobierno de Puerto Rico, estará sujeta a una multa por una cantidad equivalente a tres veces la cantidad recibida u otorgada en incentivos o bonificaciones.

Artículo 4.120. Medicamentos de Mantenimiento

A. Cuando el historial de la persona cubierta o asegurado así lo amerite, siempre y cuando no ponga en riesgo la salud del paciente, y a discreción del proveedor de servicios de salud, el proveedor de servicios de salud podrá suscribir una receta en la cual los medicamentos de

mantenimiento sean prescritos con repeticiones de hasta un término no mayor de ciento ochenta días (180) días, sujeto a las limitaciones de la cubierta del plan médico.

Capítulo 6 Auditoría de Reclamaciones Presentadas a las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores

Artículo 6.010. Título

Este Capítulo se conocerá y se podrá citar como el Capítulo sobre Auditoría de Reclamaciones Presentadas a las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores.

Artículo 6.020. Propósito

El propósito de este Capítulo es estandarizar las pautas para las auditorías de reclamaciones por servicios de cuidado de salud presentadas a las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, terceros administradores y otros planes médicos. Dichas auditorías se realizan para determinar si la información en los expedientes médicos del proveedor concuerda con los servicios que figuran en la reclamación de pago presentada por un asegurado o proveedor. Se pretende, además, mitigar los posibles conflictos con el uso de los expedientes médicos y reducir los costos adicionales que representan las auditorías innecesarias.

Artículo 6.030. Definiciones

Para los fines de este Capítulo:

A. "Auditor de reclamaciones cualificado" significa una persona empleada o contratada por una organización de seguros de salud o asegurador, capacitada para realizar o coordinar auditorías, de reclamaciones y que se rige por políticas y procedimientos explícitos dirigidos a proteger la confidencialidad y para manejar adecuadamente la información del paciente que tuviera bajo su control.

B. "Auditoría de reclamaciones" significa el proceso para determinar si la información en el expediente médico del reclamante corresponde a los servicios de cuidado de la salud que figuran en la reclamación presentada a la organización de seguros de salud o asegurador. La auditoría de reclamaciones no comprende la revisión de la necesidad médica, ni de la razonabilidad de los cargos cobrados por los servicios.

C. "Sobrefacturación" o "cargos no documentados" significa que el volumen de servicios indicado en la reclamación supera el volumen identificado en la documentación del proveedor.

D. "Cargos no facturados" significa cargos o servicios prestados que no se han facturado.

E. "Cargos subfacturados" significa que el volumen de servicios indicado en la reclamación es menor que el volumen identificado en la documentación del proveedor.

F. "Centro de cirugía ambulatoria" significa un establecimiento con una facultad médica organizada, con instalaciones permanentes equipadas y operadas principalmente con el propósito de realizar procedimientos quirúrgicos. En tales establecimientos se proveen servicios médicos y de enfermería graduada constantemente, mientras el paciente se encuentra en el establecimiento. Un centro de cirugía ambulatoria no provee servicios ni

alojamiento para que los pacientes pernocten y presta los siguientes servicios mientras el paciente esté en el centro:

(1) medicamentos según requieran los procedimientos quirúrgicos,

(2) atención al bienestar físico y mental de los pacientes,

(3) servicios de emergencia,

(4) administración estructurada y

(5) expedientes administrativos, estadísticos y médicos.

G. "Expediente médico" significa una recopilación de gráficas, registros, informes, documentos y otros memorandos que mantiene el proveedor en determinado lugar, para registrar o indicar la condición, dolencia o enfermedad física o mental y el tratamiento correspondiente del paciente, en la actualidad, en el pasado o prospectivamente.

H. "Proveedor" significa un profesional de la salud o instalación de cuidado de la salud debidamente autorizado a prestar o proveer servicios de cuidado de la salud.

I. "Reclamación final" significa la factura final de un proveedor en la que se detallan todos los cargos que el proveedor está cobrando.

J. "Reclamante" significa una persona cubierta o asegurado de un plan médico que haya recibido servicios de cuidado de la salud y cuyos costos éste, u otra persona a nombre de éste, solicita que pague la organización de seguros de salud o asegurador.

Artículo 6.040. Aplicabilidad y Alcance

Este Capítulo será aplicable a todas las organizaciones de seguros de salud o aseguradores. Todo proveedor que acepte el pago de beneficios que corresponden a la persona cubierta o asegurado será responsable del trámite de facturación y de los resultados de las auditorías de las reclamaciones, independientemente de si la auditoría la lleva a cabo un empleado o se subcontrate a otra firma. El proveedor y la organización de seguros de salud o asegurador:

A. Fiscalizarán el proceso para asegurar que la auditoría se lleve a cabo de conformidad con este Capítulo;

B. se mantendrán al tanto de las actividades del auditor referentes a la auditoría de reclamaciones; y

C. tomarán las medidas correctivas correspondientes de manera expedita de observarse alguna conducta indebida por parte del auditor.

Artículo 6.050. Cualificaciones de los Auditores y de los Coordinadores de Auditorías de Proveedores

A. Los auditores de reclamaciones y los coordinadores de auditorías de proveedores tendrán el conocimiento, la experiencia y la pericia adecuada en el campo del cuidado de la salud, entre otros, en las siguientes áreas:

(1) El formato y contenido de los expedientes médicos y los demás tipos de documentación médica y clínica;

(2) los principios y prácticas aceptados, tal como se aplican a la auditoría de reclamaciones;

(3) los formularios de facturación vigentes en la industria de seguros de salud y los procedimientos de facturación;

(4) la reglamentación estatal y federal relacionada con el uso, la divulgación y la confidencialidad de los expedientes de los pacientes;

(5) las unidades de cuidado crítico, áreas de especialización y unidades auxiliares relacionadas con determinado examen; y

(6) la terminología médica y la codificación bajo códigos, tales como ICD-9, CPT y HCPCS.

B. Si los proveedores o la organización de seguros de salud o asegurador entienden que la persona que realiza la auditoría no cumple con estos requisitos, deben comunicarlo de inmediato a la firma del auditor o auspiciador de la auditoría.

C. El personal de auditoría actuará de una manera profesional y conforme a las normas éticas y requisitos de confidencialidad, siempre con perspectiva objetiva. Dicho personal tendrá la obligación de documentar sus hallazgos y señalamientos.

D. El auditor identificará en su informe todo cargo no corroborado, no facturado o subfacturado que se identifique durante una auditoría.

E. La remuneración, beneficios, honorarios o instrucciones de los auditores individuales no se tramitarán de forma tal que pudieran poner en tela de juicio sus hallazgos. La remuneración de los auditores se tramitará de manera que no se produzca incentivo alguno por producir hallazgos de asuntos cuestionables. Los proveedores o las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que entiendan que el auditor aparente tener un conflicto de intereses, se comunicarán con los funcionarios correspondientes de la organización que esté llevando a cabo la auditoría.

Artículo 6.060. Notificación de la Auditoría

A. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores y los proveedores se esforzarán por resolver directamente todas las interrogantes relacionadas a toda reclamación. Se indicará el nombre, número de teléfono de contacto, número de fax y la dirección de correo electrónico de todo representante de la organización de seguros de salud o asegurador o proveedor, a más tardar al momento de la facturación, en el caso del proveedor, y al momento de la primera solicitud presentada por la organización de seguros de salud o asegurador.

B. Si los representantes de la organización de seguros de salud o asegurador y el proveedor no pueden resolver de manera satisfactoria las interrogantes referentes a la facturación, la organización de seguros de salud o asegurador podrá iniciar de lleno el proceso de auditoría.

C. La auditoría de reclamaciones puede requerir el uso de alguna documentación o el examen del expediente médico del paciente, así como cualquier otra documentación médica y/o clínica. El propósito principal de la documentación contenida en un expediente médico es asegurar la continuidad del cuidado del paciente. Por lo tanto, el

uso de los expedientes del paciente para propósitos de auditoría estará siempre subordinado a su uso para el cuidado del paciente.

D. Toda intención de realizar una auditoría de las reclamaciones presentadas a las organizaciones de seguros de salud o aseguradores comenzará con la debida notificación al proveedor. El auditor de reclamaciones cualificado enviará la notificación al proveedor en un término que no excederá de seis (6) meses del recibo de la reclamación final por parte de la organización de seguros de salud o asegurador. Al recibir la notificación, el proveedor tendrá treinta (30) días para responder y proveerá un itinerario para la auditoría. El auditor cualificado completará la auditoría a más tardar los treinta y seis (36) meses del recibo por la organización de seguros de salud o asegurador de la reclamación final. Cada una de las partes tomará previsiones razonables ante la eventualidad de que alguna de éstas no pueda cumplir con el itinerario. La organización de seguros de salud o asegurador no solicitará, ni aceptará ninguna auditoría después de haber transcurrido treinta y seis (36) meses de la fecha del recibo de la reclamación final. Disponiéndose, que no se interpretará que el término treinta y seis (36) meses para completar la auditoría dejará sin efecto aquellos términos menores que para los mismos propósitos se hayan acordado mediante libre contratación.

E. Toda auditoría de reclamaciones se llevará a cabo en las oficinas del proveedor, salvo que el proveedor acepte una solicitud particular y razonable para realizar la auditoría en otro lugar.

F. Toda solicitud de auditoría de reclamaciones, sea por teléfono, correo electrónico o por escrito, incluirá la siguiente información:

(1) La factura o grupo de facturas que motiva la solicitud de auditoría por parte de la organización de seguros de salud o asegurador. Cuando se pretende examinar solamente determinados cargos o partes de las facturas, se debe indicar en la notificación;

(2) nombre del paciente;

(3) fechas de admisión y alta, si aplica;

(4) nombre del auditor y el nombre de la firma del auditor, cuando la organización de seguros de salud o asegurador haya contratado con un tercero para realizar la auditoría;

(5) el número del expediente médico y el número de cuenta del paciente del proveedor, si se conocen; y

(6) la persona de contacto para discutir la solicitud y programar la auditoría.

G. Los proveedores que no puedan tramitar la solicitud de auditoría conforme a las disposiciones aquí establecidas, explicarán, en un término máximo de treinta (30) días calendario, la razón por la cual no pueden atender la solicitud. Se anejará a la referida explicación fecha alterna para realizar la auditoría, la cual no excederá de sesenta (60) días a partir de la fecha originalmente establecida para la realizacion de la misma. Los auditores deberán agrupar las auditorías para maximizar la eficiencia, cuando sea factible.

H. El proveedor que haya hecho la reclamación de pago o reembolso, conforme a un contrato de cuidado coordinado, será responsable de notificar, con anticipación a la fecha

programada para la auditoría, si el auditor habrá de confrontar alguna dificultad para acceder los expedientes. El proveedor será responsable de proveer al auditor toda información que pudiera afectar la eficiencia de la auditoría cuando el auditor llegue a las oficinas del proveedor.

Artículo 6.070. Coordinadores de Auditorías de Proveedores

A. Los proveedores designarán una persona para coordinar todas las actividades de auditorías de reclamaciones. Los coordinadores de auditorías tendrán las mismas cualificaciones que se requieren del auditor conforme al Artículo 6.050 de este Capítulo. Los deberes del coordinador de auditorías incluyen, entre otros, los siguientes:

(1) Programar la auditoría;

(2) notificar al resto del personal y a los otros departamentos del proveedor de la auditoría programada;

(3) asegurar que el expediente médico incluye la declaración de la condición de admisión del paciente;

(4) verificar que el auditor sea un representante autorizado de la organización de seguros de salud o asegurador;

(5) reunir los documentos que se requieren en el examen de la auditoría;

(6) coordinar las solicitudes de información del auditor, el espacio donde se llevará a cabo la auditoría y el acceso a los registros y al personal del proveedor;

(7) orientar a los auditores con respecto a los procedimientos de auditoría del proveedor, las pautas de documentación y las prácticas de facturación;

(8) servir de enlace entre el personal de la auditoría y el personal del proveedor;

(9) hacer una entrevista final con el auditor para responder a sus preguntas y discutir los hallazgos de la auditoría;

(10) leer el informe escrito final del auditor y darle seguimiento a las reclamaciones o cargos pendientes de resolución;

(11) tramitar el pago, según corresponda; y

(12) tramitar los ajustes a las facturas o reembolsos que se requieran.

Artículo 6.080. Condiciones y Programación de las Auditorías

A. Para asegurar que el proceso de auditoría sea justo, eficiente y eficaz, los proveedores y auditores cumplirán con los siguientes requisitos:

(1) Independientemente del propósito original de la auditoría de reclamaciones, todas las partes acordarán reconocer, registrar o presentar cualquier cargo no corroborado, no facturado o subfacturado que descubra el auditor;

(2) la programación de una auditoría no impedirá la facturación de cargos no facturados;

(3) las partes que participan en la auditoría acordarán mutuamente el itinerario para la resolución de toda discrepancia, interrogante o error que surja y se ceñirán a dicho itinerario;

(4) se hará una reunión y un informe escrito al final de toda auditoría. Si el proveedor renuncia a la reunión final, el auditor así lo hará constar en su informe escrito. El contenido específico del informe final se divulgará únicamente a las partes que participan en la auditoría;

(5) el proveedor tendrá sesenta (60) días para responder a los hallazgos, después de lo cual se considerará que la auditoría es final;

(6) cuando ambas partes hayan aceptado los hallazgos de la auditoría, los resultados de ésta serán finales;

(7) todas las personas que participen en la auditoría actuarán de una manera profesional y respetuosa y resolverán todas las diferencias de criterio de manera cordial;

(8) en caso de que los auditores noten que hay algún problema recurrente con la facturación o la documentación y que dicho problema no se puede corregir como parte del proceso de culminación de la auditoría, se informará de la situación a la gerencia del proveedor y a la organización de seguros de salud o asegurador. El proveedor y la organización de seguros de salud o asegurador tomarán las medidas correspondientes para resolver el problema que se ha identificado. Las partes auditadas atenderán los problemas o interrogantes que surjan como parte del proceso de auditoría.

Artículo 6.090. Confidencialidad y Autorizaciones

A. Todos los participantes de una auditoría de reclamaciones cumplirán con todas las leyes federales y estatales y todos los acuerdos contractuales relacionados con la confidencialidad de la información de los pacientes.

B. Se requiere autorización del paciente para divulgar sus expedientes médicos. En la declaración de condición que solicita el proveedor al admitir el paciente se incluirá un texto que contemple la autorización de la divulgación de los expedientes. Si no se obtiene esta declaración, se requiere una autorización aparte para la auditoría de reclamaciones. La autorización no tiene que nombrar a una organización de seguros de salud o asegurador o una firma de auditoría en específico.

C. La persona que realice la auditoría de reclamaciones o el proveedor obtendrá la autorización, la cual deberá incluir por lo menos, la siguiente información:

(1) El nombre de la organización de seguros de salud o asegurador y, si fuera aplicable, el nombre de la firma de auditoría que recibirá la información;

(2) el nombre de la institución que divulgará la información;

(3) el nombre completo, fecha de nacimiento y dirección del paciente cuyos expedientes se divulgarán;

(4) la naturaleza o alcance de la información que se divulgará, con las fechas de tratamiento;

(5) el número de cuenta del paciente con el proveedor, si figura en la factura; y

(6) la firma del paciente o su representante legal y la fecha en que se firmó el consentimiento.

D. El pago de beneficios a un paciente implicará que se autorizó la auditoría de sus expedientes.

E. El coordinador de la auditoría confirmará al representante de la firma de auditoría que hay una declaración de condición al momento de admisión para la auditoría que se programará.

F. El proveedor informará al paciente o reclamante, a su debido tiempo, si hay leyes federales o estatales que prohíban o restrinjan de alguna manera la auditoría de los expedientes médicos, y si la institución tiene políticas y procedimientos relacionados con la confidencialidad que sean aplicables a la auditoría de dichos documentos. Dichas políticas no tendrán la intención específica de demorar la auditoría.

Artículo 6.100. Documentación

A. La verificación de los cargos incluirá la investigación de que:

(1) Los cargos que figuran en la factura son correctos;

(2) se prestaron los servicios según consta en los expedientes médicos u otros registros; y

(3) los servicios fueron prestados según el plan de tratamiento de un médico. Si corresponde, el personal profesional puede proveer suministros o seguir los procedimientos conforme a las políticas y procedimientos de la institución, o las normas de las juntas de práctica profesional. Muchos procedimientos podrían incluir artículos que no constan específicamente en el expediente médico pero se disponen en las políticas médicas o clínicas. Dichas políticas se revisarán, aprobarán y documentarán, según lo requiere la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Cuidado de la Salud ("Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations") u otra agencia acreditadora. Las políticas estarán disponibles para los auditores.

B. El expediente médico contiene información clínica sobre los diagnósticos, tratamientos y resultados, y no es un documento de facturación. En general, el expediente médico del paciente contiene información relacionada con el cuidado del paciente y no tiene que proveer constancia de cada cargo individual que aparece en la factura del paciente. Podría existir algún otro tipo de documentación firmada donde figuren los servicios prestados al paciente en los departamentos auxiliares del proveedor, tal como las bitácoras de tratamiento, registros diarios, boletas individuales de servicio o de órdenes y otros documentos.

C. Los auditores podrán revisar varios otros documentos para determinar la validez de los cargos y aceptarán estas fuentes de información como evidencia razonable de la prestación de los servicios al paciente, según fueron ordenados por un médico. Los proveedores se deben asegurar de que existan políticas y procedimientos adecuados en los que se especifiquen la documentación y las autorizaciones que deben incluirse en el expediente médico, los registros y bitácoras suplementarias. Estos procedimientos,

además, deberán especificar que los servicios suministrados a los pacientes fueron prestados y ordenados debidamente. En caso de que la documentación provenga de fuentes alternas al expediente médico, será responsabilidad del proveedor notificar al auditor sobre la situación y facilitar el acceso a dichas fuentes.

Artículo 6.110. Honorarios y Pagos

A. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores pagarán las facturas de conformidad con las disposiciones del Capítulo 3 o del Código de Seguros de Puerto Rico y no demorarán el pago debido al proceso de auditoría. El pago de una factura presentada a un pagador secundario se basará en la cantidad facturada y cubierta por el plan médico primario del paciente.

B. Si se pagaran honorarios a los auditores, se pagarán al comienzo de la auditoría de reclamaciones.

C. Si durante la auditoría se identifica alguna cantidad debida por alguna de las partes, se pagará dicha cantidad dentro de un plazo razonable que no excederá los treinta (30) días de la fecha en que se completó la auditoría, salvo que las partes acuerden algún otro término.

Capítulo 8 Disponibilidad de Planes Médicos para los Patronos de Pequeñas y Medianas Empresas

Artículo 8.010. Título

Este Capítulo se conocerá y podrá ser citado como el Capítulo sobre Disponibilidad de Planes Médicos para los Patronos de Pequeñas y Medianas Empresas (PYMES).

Artículo 8.020. Propósito

El propósito de este Capítulo es promover la disponibilidad de planes médicos para los patronos de PYMES, independientemente de la condición de salud o experiencia de reclamaciones de su grupo de empleados; prevenir prácticas de tarifación abusivas; prevenir la segmentación del mercado de planes médicos a base del riesgo de salud; esparcir el riesgo de los planes médicos de manera más amplia; requerir la divulgación de las prácticas de tarifación a los compradores de planes médicos; establecer reglas con respecto a la renovación de los planes médicos; limitar el uso de las exclusiones por condiciones preexistentes; proveer para el desarrollo de planes médicos "básico" y "estándar", para ser ofrecidos a todos los patronos de PYMES; disponer el establecimiento de un Programa de Reaseguro; y mejorar la equidad y eficiencia general del mercado de planes médicos para grupos pequeños.

Artículo 8.030. Definiciones

Para los fines de este Capítulo:

A. "Afiliada" o "compañías afiliadas" significa toda entidad o persona que directa o indirectamente, mediante uno o más intermediarios, controla, o es controlada por, o se encuentra bajo el mismo control que una entidad o persona en específico.

B. "Área geográfica de servicio" significa un área geográfica, según aprobada por el Comisionado, en el cual se autoriza al asegurador a proveer cubierta bajo las disposiciones de este Capítulo. El asegurador deberá dar estricto cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, en especial al

Artículo 6(b) relacionado a todas las áreas geográficas de servicio en las cuales esté autorizado a proveer cubierta.

C. "Asegurador" o "asegurador de patronos de PYMES" significa toda entidad autorizada por el Comisionado para ofrecer planes médicos a los empleados elegibles de uno o más patronos de PYMES a tenor con este Capítulo. Para propósitos de este Capítulo, "asegurador" incluye a una compañía de seguros, un plan prepagado de cuidado médico o de hospital, una sociedad fraternal benéfica, una organización de servicios de salud, y toda otra entidad que ofrezca y provea planes médicos o beneficios de salud que esté sujeta a la reglamentación de seguros en Puerto Rico.

D. "Asegurador que asume riesgo" significa un asegurador de patronos de PYMES cuya solicitud para ofrecer y proveer planes médicos a uno o más patronos de PYMES en Puerto Rico es aprobada por el Comisionado a tenor con este Capítulo.

E. "Asegurador-reasegurador" significa un asegurador de patronos de PYMES que participa del Programa de Reaseguro establecido por virtud de este Capítulo.

F. "Certificación actuarial" significa una declaración firmada por un miembro de la Academia Americana de Actuarios u otro individuo aceptable para el Comisionado, aseverando que las tarifas y primas de un asegurador de patronos de PYMES cumplen con las disposiciones de este Capítulo. Tal certificación estará basada en un examen realizado por dicha persona que incluya una revisión de los registros apropiados, los supuestos y métodos actuariales usados por el asegurador para establecer las tarifas de los planes médicos aplicables.

G. "Comité" significa el Comité de Planes Médicos creado a tenor con este Capítulo.

H. "Cubierta acreditable" significa, respecto a una persona, los beneficios de salud o la cubierta provista conforme a algunos de los siguientes mecanismos:

(1) Un plan médico, ya sea grupal o individual;

(2) La Parte A o la Parte B del Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Medicare);

(3) El Título XIX de la Ley del Seguro Social (Medicaid), aparte de la cubierta que consiste solamente de beneficios en el Artículo 1928 (el programa para la distribución de vacunas pediátricas);

(4) El Capítulo 55 del Título 10 del Código de Estados Unidos (cuidado médico y dental para los miembros y algunos ex-miembros de la uniformada, y para sus dependientes. Para propósitos del Título 10 U.S.C. Capítulo 55, "la uniformada" significa las Fuerzas Armadas y el Cuerpo Comisionado de la Oficina Nacional de Administración Oceánica y Atmosférica y del Servicio Público de Salud);

(5) Un fondo común de riesgos de salud estatal;

(6) Un plan médico ofrecido bajo el Capítulo 89 del Título 5 del Código de Estados Unidos (Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales —FEHBP, por sus siglas en inglés—);

(7) Un plan médico público que, para propósitos de este Capítulo, significa un plan establecido o mantenido por un estado, el Gobierno de los Estados Unidos o un país extranjero o alguna subdivisión política de un estado, del Gobierno de los Estados Unidos o un país extranjero que provea cubierta a las personas afiliadas en el plan;

(8) Un plan médico según descrito en el Artículo 5(e) de la Ley del Cuerpo de Paz, 22 U.S.C. 2504(e); o

(9) El Título XXI de la Ley del Seguro Social (Programa de Seguro de Salud para Niños, conocido como Children's Health Insurance Program o CHIP, por sus siglas en inglés).

No se contará un periodo de cubierta acreditable con respecto a la suscripción de un individuo bajo un plan médico grupal si, después de dicho periodo y antes de la fecha de suscripción, la persona es objeto de una interrupción sustancial de cubierta ("significant break coverage"). Se entenderá como "interrupción sustancial de cubierta" un periodo de sesenta y tres (63) días consecutivos durante el cual la persona no ha tenido cubierta acreditable alguna. Los periodos de espera y los periodos de inscripción no se tomarán en cuenta para efectos del cómputo de los sesenta y tres (63) días.

I. "Dependientes" significa cualquier persona que es o pudiese ser elegible al plan médico por motivo de la relación que tiene con el empleado elegible y a tenor con las condiciones dispuestas en el plan. Podrán considerarse dependientes del empleado los siguientes:

(1) El cónyuge;

(2) Un hijo biológico, hijo adoptivo o colocado para adopción menor de veintiséis (26) años;

(3) Un hijo biológico, hijo adoptivo o colocado para adopción que, independientemente de su edad, no pueda sostenerse a sí mismo por razón de incapacidad mental o física existente antes de cumplir los veintiséis (26) años, a tenor con lo dispuesto en la Ley Pública 111-148, conocida como "Patient Protection and Affordable Care Act", la Ley Pública 111-152, conocida como "Health Care and Education Reconciliation Act" y los reglamentos promulgados al amparo de éstas;

(4) Hijastros;

(5) Hijos de crianza que han vivido desde su infancia bajo el mismo techo con el empleado, en una relación de padre/madre e hijo/hija, y que es y continuará siendo totalmente dependiente de la familia del empleado para recibir alimento, según se establece en el Artículo 16.330 del Código de Seguros de Puerto Rico;

(6) Menor no emancipado cuya custodia le ha sido adjudicada al empleado;

(7) Persona de cualquier edad que haya sido judicialmente declarada incapaz y cuya tutela haya sido adjudicada al empleado;

(8) Familiar del empleado o su cónyuge mientras viva permanentemente bajo el mismo techo del empleado y dependa sustancialmente de éste para su

sustento, quienes podrán ser clasificados en la categoría de dependientes opcionales o colaterales, según este término es comúnmente aceptado y definido en el mercado de los seguros de salud;

(9) Padre y madre del asegurado principal, o los de su cónyuge, aunque no vivan bajo el mismo techo, quienes podrán ser clasificados en la categoría de dependientes opcionales o colaterales, según este término es comúnmente aceptado y definido en el mercado de los seguros de salud.

J. "Empleado elegible" significa un empleado que trabaja a tiempo completo —semana regular de trabajo de treinta (30) horas o más—, o a tiempo parcial —al menos diecisiete y media (17.5) horas por semana regular de trabajo— para un patrono de PYMES, en una relación de buena fe de patrono y empleado que no se establece con el propósito de comprar un plan médico. En este cómputo se deben incluir aquellos empleados que están ausentes del trabajo por motivo de alguna licencia o derecho reconocido por ley, tales como los beneficios que provee la Corporación del Fondo del Seguro del Estado o la "Family and Medical Leave Act of 1993". El término "empleado elegible" no incluye a un empleado temporero ni a los contratistas independientes.

K. "Exclusión por condición preexistente" significa una limitación o exclusión de beneficios por motivo de una condición de salud, lesión o enfermedad que existía antes de la fecha de suscripción al plan médico. La información genética no se utilizará para imponer una exclusión por condición preexistente en ausencia de un diagnóstico de la condición relacionada con dicha información.

L. "Factor relacionado con el estado de la salud", incluye lo siguiente:

(1) Estado de salud;

(2) Condición médica, que incluye tanto enfermedades físicas como mentales;

(3) Experiencia de reclamaciones;

(4) Servicios de cuidado de salud recibidos;

(5) Historial médico;

(6) Información genética;

(7) Evidencia de asegurabilidad, incluyendo condiciones que surjan de actos de violencia doméstica y de la participación en actividades, tales como motociclismo, vehículos todoterreno, montar a caballo, esquiar y otras actividades de alto riesgo similares; o

(8) Incapacidad.

M. "Fecha de efectividad" significa el primer día de la cubierta o, si hay un periodo de espera, el primer día del periodo de espera, lo que ocurra primero.

N. "Información genética" significa información sobre genes, productos de genes y características heredadas que podrían derivarse de la persona o de un miembro de la familia. Esto incluye información relacionada con el estatus de portador e información derivada de pruebas de laboratorio que identifican mutaciones en genes o cromosomas

específicos, exámenes médicos físicos, historiales familiares y el análisis directo de los genes o cromosomas.

O. "Junta" significa la Junta de Directores del Programa de Reaseguro para los Patronos de PYMES creado en este Capítulo.

P. "Patrono de pequeña y mediana empresa (PYMES)" significa toda persona, firma, corporación, sociedad, asociación, con o sin fines de lucro, que haya empleado durante al menos el cincuenta (50) por ciento de sus días laborables del año natural anterior, al menos dos (2), pero no más de cincuenta (50) empleados elegibles. Al determinar el número de empleados elegibles, las compañías que sean afiliadas, o que sean elegibles para presentar una planilla de impuestos combinada para propósitos de tributación en Puerto Rico, se considerarán un solo patrono. Después de emitido el plan médico y con el propósito de determinar la continuidad de la elegibilidad, el tamaño de dicho patrono de PYMES se determinará anualmente.

Q. "Periodo de espera" significa el periodo que debe transcurrir con respecto a la persona cubierta o asegurado antes de que pueda ser elegible a recibir ciertos beneficios bajo los términos del plan médico. El periodo de espera en ningún caso podrá exceder de noventa (90) días.

R. "Periodo de suscripción" significa el lapso de tiempo establecido para que un empleado elegible se suscriba a un plan médico de patronos de PYMES.

S. "Persona cubierta" o "asegurado" significa el titular de una póliza o certificado, u otra persona que participe de los beneficios de un plan médico de patronos de PYMES.

T. "Plan de red preferida" significa un plan médico en donde el pago de los beneficios está condicionado a que los servicios médicos sean provistos, en su totalidad o en parte, por aquellos proveedores que han contratado con el asegurador.

U. "Plan médico" significa un contrato de seguro, póliza o certificado provisto en consideración o a cambio del pago de una prima, o sobre una base prepagada, mediante el cual el asegurador se obliga a proveer, o pagar por la prestación de determinados servicios médicos, de hospital, gastos médicos mayores, servicios dentales, servicios de salud mental o servicios incidentales a la prestación de éstos.

(1) "Plan médico" no incluirá ninguna de las siguientes alternativas:

(a) Cubierta sólo para accidente, o seguro de ingresos por incapacidad, o combinación de las mismas;

(b) Cubierta emitida como suplemento al seguro de responsabilidad;

(c) Seguro de responsabilidad, incluso seguro de responsabilidad general y seguro de responsabilidad de automóvil;

(d) Seguro de compensación a los trabajadores;

(e) Seguro de pagos médicos por accidentes automovilísticos;

(f) Seguro de crédito solamente;

(g) Cubierta para clínicas médicas en los predios ("on-site medical clinics"); y

(h) Otra cubierta de seguro similar, en la cual los beneficios de cuidado médico son secundarios o incidentales a otros beneficios del seguro.

(2) "Plan médico" no incluirá los siguientes beneficios si se proveen bajo una póliza, un certificado o un contrato de seguros aparte, o de alguna otra manera no son parte integral del plan:

(a) Beneficios limitados de servicios dentales o de visión;

(b) Beneficios de cuidado a largo plazo, cuidado de enfermeras en el hogar, cuidado de salud en el hogar, cuidado basado en la comunidad, o alguna combinación de los mismos;

(c) Otros beneficios limitados similares.

Para propósitos de este inciso, los beneficios no se considerarán parte integral de un plan, sólo si se satisfacen los siguientes requisitos:

(i) Los asegurados pueden elegir no recibir cubierta para esos beneficios, es decir, los beneficios provistos son opcionales; y

(ii) Se le requiere al asegurado pagar una prima o contribución adicional por esa cubierta de beneficios opcionales.

(3) "Plan médico" no incluirá los beneficios que se indican a continuación si los mismos son provistos bajo una póliza, certificado o contrato de seguro separado:

(a) Cubierta que provea beneficios sólo para una enfermedad o padecimiento específico; o

(b) Indemnización por hospitalización u otro seguro de indemnización fijo;

(c) Seguro de salud suplementario de Medicare;

(d) Cubierta suplementaria a la cubierta provista (conocido como programas suplementarios TRICARE); o

(e) Cubierta suplementaria similar provista a la cubierta bajo un plan médico grupal.

V. "Plan médico básico" significa un plan médico de menor costo desarrollado por el Comité de Planes Médicos de conformidad con este Capítulo.

W. "Plan médico estándar" significa un plan médico diseñado por el Comité de Planes Médicos a tenor con este Capítulo y cuyo costo es mayor que el del plan médico básico.

X. "Plan médico grupal" significa una póliza, contrato de seguro o certificado, emitido por un asegurador para beneficio de un patrono PYMES o un grupo de patronos de PYMES, mediante el cual se provee servicios de cuidado de la salud a los empleados elegibles y sus dependientes.

Y. "Prima" significa la cantidad específica de dinero pagada a un asegurador como condición para recibir los beneficios de un plan médico para los empleados elegibles de patronos de PYMES.

Z. "Productor" significa una persona que, con arreglo al Código de Seguros de Puerto Rico, ostenta una licencia debidamente emitida por el Comisionado para gestionar seguros en Puerto Rico.

AA. "Programa" significa el Programa de Reaseguro para Aseguradores de Patronos de PYMES creado por este Capítulo.

BB. "Suscriptor tardío" significa un empleado elegible o dependiente que solicita acogerse a un plan médico de patronos de PYMES después del periodo de suscripción inicial, disponiéndose que dicho término nunca será menor de treinta (30) días.

No se considerará un suscriptor tardío a un empleado elegible o dependiente alguno:

(1) Si el empleado elegible o dependiente cumple con cada uno de los siguientes criterios:

(a) Estaba cubierto bajo una cubierta acreditable al momento de la suscripción inicial;

(b) Perdió la cubierta acreditable como resultado del cese de la aportación del patrono, la terminación de su empleo o de su elegibilidad, la reducción en el número de horas de su empleo, la terminación involuntaria de una cubierta acreditable, o la muerte de un cónyuge, divorcio o separación legal; y

(c) Solicita acogerse dentro de treinta (30) días a partir de la terminación de la cubierta acreditable o el cambio en las condiciones que llevaron a la terminación de la cubierta.

(2) Si el empleado elegible o dependiente se acoge durante un periodo de suscripción establecido, cuando se provea para ello en un plan médico o cuando de otra manera disponga la ley;

(3) Si el empleado elegible está empleado por un patrono que ofrece múltiples planes médicos y éste elige un plan médico diferente durante un periodo de suscripción;

(4) Si un tribunal ha ordenado que se provea cubierta para un cónyuge, hijo menor o dependiente bajo el plan médico de un empleado y se hace la solicitud de suscripción dentro de los treinta (30) días después de emitirse la orden del tribunal;

(5) Si el estatus del empleado cambia de no elegible a uno de elegible y solicita suscripción dentro de los treinta (30) días después del cambio de estatus;

(6) Si el empleado elegible o dependiente tenía cubierta bajo una disposición de continuación del "Consolidated Omnibus Budget Reconcilation Act (COBRA)" y la cubierta bajo esa disposición se ha extinguido; o

(7) El empleado elegible cumple con los requisitos de suscripción especial a tenor con las disposiciones de este Capítulo.

CC. "Tarifación de comunidad ajustada" significa un método utilizado para desarrollar tarifas que dispersa el riesgo financiero a lo largo del universo de grupos pequeños del asegurador de acuerdo con los requisitos de este Capítulo.

Artículo 8.040. Aplicabilidad y Alcance

A. Este Capítulo será aplicable a todo asegurador que provea planes médicos a los empleados de patronos de PYMES en Puerto Rico, siempre y cuando el patrono de PYMES pague parte o la totalidad de la prima, de los beneficios, o reembolse al empleado elegible alguna porción de la prima, ya sea mediante deducción de salario o mediante otra forma, según se acuerde entre las partes.

B. Para propósitos de este Capítulo, los aseguradores que sean compañías afiliadas o que sean elegibles para presentar una planilla contributiva consolidada deberán ser tratados como un solo asegurador y toda restricción o limitación impuesta por este Capítulo deberá ser aplicable como si todos los planes médicos emitidos para su formalización a patronos de PYMES en Puerto Rico por dichos aseguradores afiliados hubieran sido emitidos por un solo asegurador.

C. Aquellos aseguradores que deseen contratar con la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) para ofrecer, mercadear o administrar el Plan MI Salud PYMES, cumplirán con los requisitos y las disposiciones legales y reglamentarias establecidas por ASES, el Código de Seguros de Puerto Rico y este Capítulo. Disponiéndose, que en el caso del Plan MI Salud PYMES, al asegurador le aplicarán las normas establecidas por ASES en cuanto a:

(1) el área geográfica de servicio;

(2) los criterios para determinar la elegibilidad del patrono PYMES, así como de sus empleados y dependientes de éstos;

(3) el desarrollo y definición del plan o los planes médicos y sus cubiertas de beneficios; y

(4) los asuntos relacionados con los modelos, métodos y prácticas de tarifación y las primas a pagar.

Se dispone además que aquellos aseguradores que no estén ofreciendo, mercadeando o administrando un plan médico para algún patrono de PYMES en Puerto Rico y deseen contratar con ASES para el Plan MI Salud PYMES, tendrán que solicitar y obtener la aprobación o una dispensa del Comisionado para poder participar en dicho Plan MI Salud PYMES.

Artículo 8.050. Restricciones Relacionadas con las Tarifas

A. Las tarifas de los planes médicos estarán sujetas a las siguientes disposiciones:

(1) El asegurador de patronos de PYMES deberá desarrollar sus tarifas a base de un cálculo comunitario ajustado y sólo podrá variar el cálculo comunitario ajustado por área geográfica, composición familiar y edad.

(2) El ajuste por edad que menciona el inciso anterior no utilizará categorías de edad con incrementos menores de cinco (5) años y éstos comenzarán con la edad de treinta (30) años y terminarán con la edad de sesenta y cinco (65) años.

(3) Los aseguradores podrán desarrollar tarifas distintas para personas de sesenta y cinco (65) años o más independientemente de que Medicare sea el pagador primario o no. En ambos casos las tarifas estarán sujetas a los requisitos de este Artículo.

(4) A partir de la aprobación de esta Ley los ajustes en las tarifas por edad serán las que determine el Comisionado de Seguros.

B. La prima cobrada por un plan médico no puede ajustarse más de una vez por año contrato, salvo ocurra algún cambio en:

(1) La afiliación del patrono de PYMES;

(2) La composición familiar del empleado elegible; o

(3) Los beneficios de plan médico solicitado por el patrono de PYMES.

C. Las tarifas no pueden ser alteradas por los aseguradores a base de la cuota pagada o pagadera como parte del Programa de Reaseguro que se establece en este Capítulo.

D. Los factores de tarifación deberán producir primas para grupos idénticos que se diferencien solamente por las características atribuibles al diseño del plan y no reflejen diferencias debido a la naturaleza de los grupos supuestos a seleccionar planes médicos en particular.

E. El Comisionado podrá establecer, mediante reglamento, las prácticas de tarifación a ser utilizadas por los aseguradores de patronos de PYMES que sean cónsonas con los propósitos de este Capítulo.

F. Cada asegurador deberá mantener en su lugar principal de negocios, para inspección del Comisionado, una descripción completa y detallada de sus prácticas de tarifación, de suscripción y de renovación. Además, mantendrá la información y documentación que demuestren que sus métodos y prácticas de tarifación se basan en supuestos actuariales ampliamente aceptados y están de acuerdo con principios actuariales razonables. Además, los aseguradores deberán cumplir con los siguientes requisitos:

(1) Cada asegurador deberá presentar ante el Comisionado anualmente, no más tarde del 31 de marzo, una certificación actuarial acreditando que cumple con este Capítulo y que los métodos de tarifación que utiliza son actuarialmente razonables. La certificación deberá ser de la forma y manera, y deberá contener la información que especifique el Comisionado. El asegurador deberá retener una copia de la certificación en su lugar principal de negocios.

(2) Un asegurador de patronos de PYMES deberá tener disponible para la inspección del Comisionado la información y documentación descrita en este inciso F, cuando dicho funcionario la solicite. Excepto en casos de violaciones a este Capítulo, la información se deberá considerar información privilegiada y secreto del negocio y no estará sujeta a divulgación por el Comisionado a personas fuera de su oficina, excepto según lo acepte el asegurador o según lo ordene un tribunal con jurisdicción y competencia.

G. Los requisitos de este Artículo serán aplicables a todos los planes médicos emitidos o renovados en o después de la fecha de vigencia de este Capítulo.

Artículo 8.060. Renovación del Plan Médico

A. Un asegurador que provea planes médicos a los patronos de PYMES renovará el mismo a todos los empleados elegibles y sus dependientes, excepto en los casos siguientes:

(1) Por falta de pago de la prima, considerando el período de gracia;

(2) Cuando la persona cubierta o asegurado realiza un acto que constituye fraude. En tal caso, el asegurador puede elegir no renovar el plan médico a esa persona cubierta o asegurado por un (1) año a partir de la fecha de terminación de la cubierta;

(3) Cuando la persona cubierta o asegurado ha hecho una representación falsa intencional de un hecho importante y material bajo los términos del plan médico. En tal caso, el asegurador puede elegir no renovar el plan médico a esa persona cubierta o asegurado por un (1) año a partir de la fecha de terminación de la cubierta;

(4) Por incumplimiento con los requisitos de participación mínima establecidos por el asegurador de conformidad con las disposiciones de este Capítulo;

(5) Por incumplimiento con los requisitos de aportación patronal;

(6) Cuando el asegurador determina descontinuar el ofrecimiento de todos sus planes médicos formalizados con patronos de PYMES en Puerto Rico. En estos casos, el asegurador notificará por escrito al Comisionado, al patrono de PYMES y a las personas cubiertas o asegurados, su determinación de no renovar, por lo menos ciento ochenta (180) días antes de la fecha de renovación del plan médico. El asegurador que determina descontinuar el ofrecimiento de planes médicos conforme lo aquí dispuesto, estará impedido de suscribir nuevo negocio en el mercado de patronos de PYMES en Puerto Rico por un período de cinco (5) años, comenzando en la fecha en que el asegurador cesó el ofrecimiento de tales planes médicos.

(7) Cuando el Comisionado decide que la continuación del plan médico no responde a los mejores intereses de los titulares de las pólizas, o afectaría la capacidad del asegurador de cumplir sus obligaciones contractuales.

(8) Cuando, en el caso de los planes médicos que se hacen disponibles en el mercado de grupos pequeños mediante un plan de red preferida, ya no hay un empleado del patrono de PYMES que viva, trabaje o resida dentro del área geográfica establecida del asegurador.

B. En el caso de un asegurador de patronos de PYMES que lleve a cabo negocios en un área geográfica de servicio en Puerto Rico, las reglas establecidas en este Artículo sólo serán aplicables a las operaciones del asegurador en dicha área de servicio.

C. Además de lo dispuesto en este Artículo, el asegurador cumplirá en todo momento con la reglamentación federal aplicable, según codificada en 45 C.F.R. sec. 146.152 ("Guaranteed renewability of coverage for employers in the group market").

Artículo 8.070. Disponibilidad del Plan Médico

A. Como condición para realizar negocios en Puerto Rico y salvo lo dispuesto en este Capítulo, los aseguradores ofrecerán a los patronos de PYMES todos los planes médicos que mercadeen activamente para este sector de PYMES, incluyendo al menos un plan médico básico y un plan médico estándar. Los aseguradores deberán cumplir, además, con los siguientes requisitos sobre disponibilidad:

(1) El asegurador de patronos de PYMES deberá emitir el plan médico a todo patrono que solicite dicho plan y acepte realizar los pagos mínimos requeridos y satisfacer las demás disposiciones razonables del plan médico que no sean contrarias a este Capítulo.

(2) Salvo que el Comisionado disponga en contrario, el asegurador de patronos de PYMES no deberá celebrar uno o más arreglos de cesión con respecto a los planes médicos formalizados o emitidos para su formalización a patronos de PYMES en Puerto Rico, si dichos arreglos resultarían en la retención por parte del asegurador cedente de menos del cincuenta (50) por ciento de la obligación o riesgo de seguro para tales planes médicos.

B. Los aseguradores le presentarán al Comisionado los formularios de los planes médicos que mercadearán. El asegurador podrá comenzar a usar dichos formularios sesenta (60) días luego de presentar los mismos, siempre que no hayan sido desaprobados por el Comisionado. Disponiéndose que:

(1) El Comisionado en cualquier momento podrá prorrogar este término por no más de sesenta (60) días adicionales.

(2) El Comisionado en cualquier momento, previa notificación y vista, podrá retirar la aprobación concedida a los formularios de un plan médico básico o estándar, en aquellas instancias en que el plan no cumpla con los requisitos de este Capítulo o los reglamentos promulgados.

C. Los planes médicos que cubren a los patronos de PYMES deben cumplir con las siguientes disposiciones:

(1) Un asegurador no podrá denegar, excluir o limitar los beneficios de un plan médico por motivo de una condición preexistente cuando se trate de una persona de 19 años o menos.

(2) En el caso de un individuo mayor de 19 años, el asegurador podrá denegar, excluir o limitar los beneficios por motivo de una condición preexistente, por un periodo máximo de seis (6) meses a partir de la fecha de efectividad del plan médico.

(3) El plan médico no incluirá una definición de "condición preexistente" que sea más amplia que la siguiente: "una condición, sin importar la causa de ésta, para la cual se recomendó tratamiento o para la cual se obtuvo, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico durante los seis (6) meses inmediatamente anteriores a la fecha de suscripción."

(4) A partir del año 2014, los planes médicos no podrán denegar, excluir o limitar beneficios a las personas por motivo de una condición preexistente, independientemente de la edad de la persona.

(5) Los aseguradores de patronos de PYMES deberán cumplir, además, con las siguientes disposiciones sobre condiciones preexistentes:

(a) Todo asegurador deberá reducir el período de denegación, limitación o exclusión por motivo de una condición preexistente, siempre y cuando el individuo haya tenido una cubierta acreditable, y ésta haya terminado en una fecha no anterior a los noventa (90) días previos a la fecha de suscripción al nuevo plan médico. La reducción dispuesta en este inciso será por la totalidad del período de cubierta acreditable.

(b) El asegurador que no establezca limitaciones por condiciones preexistentes con respecto a sus planes médicos podrá imponer un periodo de suscripción que no exceda sesenta (60) días para suscriptores nuevos y de noventa (90) días para suscriptores tardíos. Estos períodos de suscripción se aplicarán de manera uniforme, independientemente de cualquier factor relacionado con la salud.

(6) Los aseguradores de patronos de PYMES no impondrán una exclusión por condición preexistente relacionada a la condición de embarazo.

(7) Los aseguradores permitirán que los suscriptores tardíos se suscriban conforme a los términos del plan médico durante un periodo especial de suscripción si:

(a) El suscriptor tardío estuvo cubierto por otro plan médico cuando se ofreció el plan médico de patronos de PYMES, incluyendo un plan médico conforme a las disposiciones de continuación de "Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act" (COBRA).

(b) El otro plan médico que tenía el suscriptor tardío terminó conforme a los requisitos de elegibilidad de dicho plan médico, los cuales incluyen la separación, el divorcio, la muerte, la terminación del empleo, o reducción en el número de horas de empleo o las aportaciones patronales a la otra cubierta se han terminado y

(c) El suscriptor tardío solicita acogerse al plan de patronos de PYMES a más tardar a los treinta (30) días de la fecha de vencimiento del otro plan médico.

Si un empleado solicita la suscripción según este inciso (7), el plan médico de patronos de PYMES entrará en vigor a más tardar el primer mes natural siguiente a la fecha en que se recibió la solicitud de suscripción.

(8) Todo asegurador que provea plan médico a patronos de PYMES establecerá un periodo especial para suscripción de dependientes, durante el cual el dependiente y el empleado elegible, si no está suscrito de otra manera, podrán suscribirse al plan médico, en el caso del nacimiento, adopción de un niño, adjudicación de custodia o tutela, o en el caso de matrimonio. El periodo especial de suscripción para las personas que cumplen con las disposiciones de este inciso (8) será un periodo no menor de treinta (30) días y comenzará en la fecha más tardía de las siguientes:

(a) La fecha en que se haga disponible el plan médico para dependientes; o

(b) La fecha del matrimonio, nacimiento, adopción o adjudicación de custodia o tutela.

Si el empleado elegible suscribe al dependiente durante los primeros treinta (30) días del periodo especial de suscripción, la fecha de efectividad del plan médico será la siguiente:

(a) En el caso de un matrimonio, el primer día del mes siguiente a la fecha en que se recibe la solicitud de suscripción completada;

(b) En el caso del nacimiento de un dependiente, a la fecha de nacimiento y

(c) En el caso de la adopción, adjudicación de custodia o tutela del dependiente, la fecha de la adopción o de la adjudicación.

(9) Los aseguradores de patronos de PYMES no requerirán un nivel mínimo de participación que sea mayor de:

(a) El cien por ciento (100%) de los empleados elegibles que trabajen para patronos de tres (3) empleados o menos y

(b) El setenta y cinco por ciento (75%) de los empleados elegibles que trabajen para patronos con cuatro (4) empleados o más.

Al aplicar los criterios de participación mínima con respecto a un patrono de PYMES, el asegurador tomará en consideración los empleados o dependientes que tengan cubierta acreditable al momento de determinar el porcentaje de participación aplicable. No se tomarán en consideración las personas que están cubiertas por un plan médico conforme a las disposiciones de continuación de COBRA.

Los aseguradores no aumentarán los niveles de participación mínima, ni modificarán ningún requisito de aportación mínima del patrono de PYMES, después que se haya aceptado al patrono para el plan médico.

(10) (a) El asegurador que ofrezca un plan médico a un patrono de PYMES, ofrecerá el mismo a todos los empleados elegibles de dicho patrono y sus dependientes. El asegurador no limitará el plan médico únicamente a determinados empleados elegibles o dependientes del grupo.

(b) Los aseguradores de patronos de PYMES no establecerán restricción alguna en cuanto a la suscripción o participación en el plan de los empleados elegibles o sus dependientes que se relacione con la condición de salud de éstos.

(c) Salvo como se permite en este Capítulo, los aseguradores no modificarán los planes médicos con respecto a patronos de PYMES, o algún empleado elegible o su dependiente, mediante anejos, endosos, o de otra manera, que tengan el efecto de restringir o excluir los beneficios del plan médico con respecto a enfermedades, condiciones médicas o servicios específicos.

D. No se requerirá al asegurador de patronos de PYMES que ofrezca planes médicos ni acepte solicitudes de suscripción en los siguientes casos:

(1) A un patrono de PYMES, cuando dicho patrono no está ubicado en el área geográfica donde ofrece servicios el asegurador;

(2) A un empleado, cuando el empleado no vive, trabaja, ni está domiciliado en el área geográfica de servicio donde ofrece servicios el asegurador.

Los aseguradores aplicarán las disposiciones de este Artículo de manera uniforme a todos los patronos de PYMES, independientemente de la experiencia de reclamaciones o algún

otro factor relacionado con el estado de salud de los empleados elegibles y sus dependientes.

E. No se requerirá que un asegurador de patronos de PYMES provea planes médicos a dichos patronos si por algún periodo de tiempo el Comisionado determina que el asegurador no tiene las reservas financieras adecuadas para suscribir los planes médicos. En estos casos, el asegurador no podrá ofrecer planes médicos en el mercado de patronos de PYMES antes de la fecha más tardía de las siguientes:

(1) A los ciento ochenta (180) días de la fecha en que el Comisionado tomó la determinación; o

(2) Cuando el asegurador haya demostrado al Comisionado que tiene las reservas financieras adecuadas para suscribir planes médicos a los patronos de PYMES nuevamente y el Comisionado lo haya autorizado a ofrecer planes médicos a los patronos de PYMES nuevamente.

F. No se requerirá que ningún asegurador suscriba nuevos planes médicos a patronos de PYMES si el asegurador opta por no suscribir nuevos planes médicos a los patronos de PYMES en Puerto Rico. Disponiéndose, además, que:

(1) El asegurador que opte por no suscribir nuevos planes médicos a los patronos de PYMES podrá mantener sus pólizas existentes en Puerto Rico, si así lo determina el Comisionado.

(2) El asegurador que opte por no suscribir nuevos planes médicos a los patronos de PYMES notificará su decisión al Comisionado y éste emitirá una prohibición que le impedirá suscribir nuevos planes médicos en el mercado de patronos de PYMES en Puerto Rico por un periodo de cinco (5) años, a partir de la fecha en que el asegurador dejó de suscribir nuevos planes médicos en Puerto Rico.

Artículo 8.080. Certificación de Cubierta Acreditable

A. Los aseguradores de patronos de PYMES proveerán un formulario de certificación de cubierta acreditable a las personas según se dispone en el apartado B.

B. El formulario de certificación de cubierta acreditable se proveerá:

(1) Cuando la persona deje de estar cubierta por el otro plan médico o tiene cubierta por una disposición de continuación según la Ley COBRA;

(2) En el caso de la persona cubierta o asegurado por una disposición de continuación según la Ley COBRA, cuando la persona ya no esté cubierta por dicha disposición.

C. El formulario de certificación de cubierta acreditable que se requiere conforme a este Artículo contendrá lo siguiente:

(1) El periodo de cubierta acreditable de la persona según el otro plan médico y

(2) El periodo de espera, si alguno, y, si fuera aplicable, el periodo de suscripción que se estipula para la persona con respecto a la cubierta del otro plan médico.

Artículo 8.090. Aviso de Intención de Operar como Asegurador que Asume Riesgos o como Asegurador-Reasegurador

A. A más tardar los treinta (30) días de la fecha en que el Comisionado apruebe el plan de operaciones del Programa de Reaseguro que se establece en el Artículo 8.110, cada asegurador notificará al Comisionado de su intención de operar como un asegurador que asume riesgos o como un asegurador-reasegurador. Aquél que pretenda operar como un asegurador que asume riesgos hará su solicitud conforme al Artículo 8.100.

B. La decisión inicial del asegurador respecto a si quiere operar como un asegurador que asume riesgo o como un asegurador-reasegurador, lo obligará por dos (2) años. Las decisiones subsiguientes obligarán al asegurador por cinco (5) años. El Comisionado podrá autorizar que el asegurador modifique su decisión en todo momento por justa causa.

C. El Comisionado establecerá un proceso de solicitud para los aseguradores de patronos de PYMES que pretendan cambiar su decisión en cuanto a cómo operar conforme a este Artículo. En el caso de un asegurador de patronos de PYMES que haya sido adquirido por otro asegurador de ese tipo, el Comisionado podrá obviar o modificar los plazos que se establecen en el inciso (B) de este Artículo.

D. Un asegurador-reasegurador que solicite y se le apruebe operar como un asegurador que asume riesgos no podrá continuar reasegurando ningún plan médico bajo el Programa de Reaseguro que se establece en el Artículo 8.110. En esos casos, el asegurador pagará una derrama prorrateada a base de las pólizas de reaseguro suscritas por el Programa durante la parte del año en que éste participó como reasegurador.

Artículo 8.100. Solicitud para Convertirse en Asegurador que Asume Riesgos

A. Los aseguradores que interesen ofrecer y mercadear, o continuar ofreciendo y mercadeando los planes médicos permitidos por este Capítulo, o cualquier otro diseñado para los patronos de PYMES en Puerto Rico, radicarán una solicitud para convertirse en aseguradores que asumen riesgos ante el Comisionado, en la forma y manera que este último determine.

(1) Como medida de transición y en lo que se evalúa la solicitud requerida en este Artículo, se dispone que aquel asegurador que al momento de aprobarse este Capítulo ofrezca, mercadee u administre algún plan médico a uno o más patronos de PYMES, podrá continuar haciéndolo.

(2) No obstante lo dispuesto en el inciso anterior, dicho asegurador tendrá que radicar dentro de un plazo de treinta (30) días una notificación ante el Comisionado en la que indique:

(a) la fecha en que comenzó a ofrecer, mercadear o administrar planes médicos a los patronos de PYMES;

(b) la cantidad de los modelos de planes médicos para PYMES que tiene vigente, clasificándolos en los que mercadea, los que son de carácter exclusivo o los que administra, y si éstos últimos tienen algún tipo de cubierta "stop loss";

(c) la cantidad de patronos PYMES y de asegurados que están acogidos por tipo de plan médico y para ello seguirá la clasificación antes indicada;

(d) la tarifa o las tarifas para estos planes médicos y la base para determinar las mismas, así como las que utiliza y suscribe;

(e) una tabla en la que desglosan los beneficios cubiertos, las exclusiones y limitaciones, los deducibles, copagos y coaseguros aplicables, los empleados y dependientes elegibles, y las primas aplicables para un individuo, el grupo familiar, para el empleado y un dependiente (de pareja), para los dependientes opcionales o colaterales, según estos términos y prácticas son comúnmente aceptadas y definidas en el mercado de los seguros de salud; y

(f) cualquier otra información que sea necesaria para cumplir con los propósitos de este Capítulo.

B. El Comisionado tomará en cuenta los siguientes factores al evaluar las solicitudes para convertirse en asegurador que asume riesgos:

(1) La situación financiera del asegurador;

(2) El historial del asegurador con respecto a tarifas y pólizas grupales suscritas con patronos de PYMES;

(3) El compromiso del asegurador de mercadear sus productos de manera equitativa a todos los patronos de PYMES de Puerto Rico o en su área geográfica de servicio, según fuera aplicable; y

(4) La experiencia del asegurador con el manejo del riesgo de los grupos de patronos PYMES.

C. El Comisionado podrá retirar la aprobación concedida a un asegurador que asume riesgos si determina que:

(1) La condición financiera del asegurador ya no podrá sostener el riesgo que representa la suscripción de planes médicos de patronos de PYMES;

(2) El asegurador no ha mercadeado sus productos de manera equitativa a todos los patronos de PYMES en Puerto Rico o en su área geográfica de servicio, según fuera aplicable; o

(3) El asegurador no proveyó cubierta a los patronos de PYMES elegibles según se requiere en el Artículo 8.070.

D. El asegurador que opte por convertirse en un asegurador que asume riesgos, así como aquel que ofrezca y emita un plan de seguro de grupo con límite de siniestralidad ("stop loss"), no estará sujeto a las disposiciones sobre el Programa de Reaseguro para los Aseguradores de Patronos de PYMES.

E. Se dispone, además, que todo asegurador que al momento de aprobarse este Capítulo haya suscrito algún plan médico a un patrono de PYMES, podrá continuar renovando el mismo, según dispone la reglamentación federal aplicable, la cual está codificada en el 45 CFR secs. 146.152 ("Guaranteed renewability of coverage for employers in the group

market") y 147.140 ("Preservation of right to maintain existing coverage"), promulgada al amparo de la Ley Pública 111-148, conocida como "Patient Protection and Affordable Care Act", y la Ley Pública 111-152, conocida como "Health Care and Education Reconciliation Act".

Artículo 8.110. Programa de Reaseguro para los Aseguradores de Patronos de PYMES de Puerto Rico

A. Todo asegurador o reasegurador estará sujeto a las disposiciones de este Artículo.

B. Se crea una entidad sin fines de lucro que se conocerá como el Programa de Reaseguro para los Aseguradores de Patronos de PYMES de Puerto Rico, en el cual participarán todos los asegurados que le notifiquen al Comisionado, de conformidad con el Artículo 8.090, su intención de operar como un asegurador-reasegurador.

C. El Programa operará bajo la supervisión y el control de una Junta. La Junta tendrá cuatro (4) miembros nombrados por el Gobernador, a recomendación del Comisionado, más el Comisionado o su representante designado, quien será miembro nato de ésta, la Junta estará presidida por uno de los miembros nominados por el Gobernador.

(1) Al seleccionar los miembros de la Junta, el Gobernador incluirá un (1) representantes de los patronos de PYMES, dos (2) representantes de los aseguradores de patronos de PYMES y una (1) persona adicional cualificada que determine dicho funcionario. Estos miembros se seleccionarán conforme a los procedimientos y guías que establezca el Comisionado.

(2) Si el Programa fuera elegible para financiamiento adicional conforme al apartado K, la Junta se expandirá para incluir a dos (2) miembros adicionales quiénes serán nombrados por el Gobernador, a recomendación del Comisionado. Al seleccionar los miembros adicionales de la Junta, el Gobernador escogerá personas que representan fuentes de financiamiento que se identifican en el apartado K. La expansión de la Junta conforme a este inciso continuará por el periodo en que el Programa sea elegible para dicho financiamiento.

(3) Los miembros iniciales de la Junta se nombrarán como sigue: dos (2) miembros que pertenecerán a la Junta por dos (2) años; dos (2) miembros que pertenecerán por cuatro (4) años y un (1) miembro que pertenecerán a la Junta por seis (6) años. Los miembros subsiguientes pertenecerán a la Junta por un término de tres (3) años. El término de cada miembro de la Junta continuará hasta tanto se nombre su sucesor.

(4) En caso de que surgiese una vacante en la Junta, ya sea por cumplimiento del término o por renuncia o muerte de un miembro de la Junta, el Gobernador, contando con la recomendación del Comisionado, nombrará a un nuevo miembro para ocupar el puesto por el término estipulado en el presente Código. El Gobernador podrá remover a cualquier miembro de la Junta cuando medie justa causa.

D. A más tardar a los sesenta (60) días de la fecha de vigencia de este Capítulo, todo asegurador de patronos de PYMES radicará un documento ante el Comisionado en el que deberá hacer constar las primas netas que obtiene de planes médicos entregados o

emitidos para entrega a los patronos de PYMES en Puerto Rico durante el pasado año natural.

E. A más tardar a los ciento ochenta (180) días del nombramiento de la Junta inicial, la Junta presentará al Comisionado un plan de operaciones y posteriormente, toda enmienda necesaria a dicho plan, para asegurar una administración justa, razonable y equitativa del Programa. El Comisionado aprobará el plan de operaciones, si determina que es adecuado para asegurar dicha administración y para asegurar que se compartan las ganancias y pérdidas del Programa de manera equitativa y proporcional, conforme a las disposiciones de este Artículo. El plan de operaciones entrará en vigor cuando el Comisionado lo apruebe por escrito.

F. El plan de operaciones establecerá lo siguiente:

(1) Procedimientos para la administración y contabilidad de los activos y fondos del Programa y los informes fiscales anuales al Comisionado;

(2) Procedimientos para la selección de un asegurador administrador y los poderes y deberes de dicho asegurador;

(3) Procedimientos para el reaseguro de riesgos conforme a las disposiciones de este Artículo;

(4) Procedimientos para cobrar derramas de aseguradores que operan como reaseguradores; proveer fondos para pagar las reclamaciones; y sufragar los gastos administrativos incurridos o estimados;

(5) Una metodología para aplicar los límites monetarios que se disponen en este Artículo en el caso de los aseguradores que pagan o reembolsan a los proveedores de cuidado de salud mediante capitación o salario;

(6) Metodología para determinar las primas que cobrará el Programa de Reaseguro aquí establecido;

(7) Normas para determinar los niveles y la manera de pago de remuneración para los productores con respecto a la venta de los planes médicos básico y estándar; y

(8) Lo que fuera necesario para la implantación y administración del Programa.

G. El Programa tendrá los poderes generales y la autoridad que otorgan las leyes de Puerto Rico a los aseguradores y las organizaciones de servicios de salud, salvo el poder de emitir planes médicos directamente a grupos o a personas particulares. Además, el Programa tendrá autorización específica para lo siguiente:

(1) Otorgar los contratos que fueren necesarios o convenientes para ejecutar las disposiciones y los propósitos de este Capítulo;

(2) Demandar o ser demandada, lo cual incluye las medidas judiciales necesarias para cobrar derramas y sanciones del Programa o de aseguradores que operan como reaseguradores o a favor de éstos;

(3) Tomar las acciones judiciales necesarias para evitar el pago de reclamaciones improcedentes en contra del Programa;

(4) Definir los planes médicos para los cuales se proveerá reaseguro y emitir contratos de reaseguro, a cambio del pago de la prima correspondiente, conforme a los requisitos de este Capítulo;

(5) Establecer las reglas, condiciones y procedimientos para el reaseguro de los riesgos conforme al Programa;

(6) Establecer funciones actuariales según corresponda para la operación del Programa;

(7) Imponer cuotas o derramas a los reaseguradores conforme a las disposiciones de este Artículo, e imponer derramas interinas según sean razonables y necesarias para sufragar los gastos operacionales interinos. Las derramas interinas se acreditarán a toda cuota o derrama regular pagadera después del cierre de cada año fiscal;

(8) Nombrar los comités legales, actuariales o de otro tipo, según sean necesarios, para proveer ayuda técnica en la operación del Programa, diseño de pólizas u otros contratos y demás funciones dentro de la autorización del Programa; y

(9) Tomar prestado dinero para implantar los objetivos del Programa. Todo pagaré u evidencia de deuda del Programa que no esté en mora constituirán una inversión legal y se podrá contabilizar como un activo admitido.

H. Con respecto a un plan médico básico o un plan médico estándar, el Programa reasegurará el nivel de cubierta provisto y con respecto a otros planes, hasta al nivel de la cubierta provisto en un plan médico básico o estándar.

(1) El asegurador de patronos de PYMES podrá reasegurar un grupo completo de un patrono a partir de los sesenta (60) días del comienzo o renovación de la cubierta del plan médico grupal.

(2) Un empleado recién elegible del patrono de PYMES, o su dependiente, se podrá reasegurar dentro de los sesenta (60) días luego del comienzo de su cubierta.

(3) El Programa no reembolsará al asegurador-reasegurador respecto a las reclamaciones de un empleado reasegurado o sus dependientes hasta tanto el asegurador haya incurrido en un nivel inicial de reclamaciones para dicho empleado o dependiente de $5,000 en un año póliza por beneficios cubiertos. Además, el asegurador-reasegurador será responsable del diez (10) por ciento de los siguientes $50,000 de pago de beneficios durante el año póliza y el Programa reasegurará el restante. La responsabilidad del asegurador-reasegurador conforme a este inciso no excederá $10,000 en determinado año póliza con respecto a una persona reasegurada.

(a) Anualmente, la Junta ajustará el nivel inicial de reclamaciones y el límite de retención por el asegurador para reflejar los aumentos en costos y la utilización en el mercado general de planes médicos en Puerto Rico. El ajuste no será menor que el cambio anual en el componente médico del "Índice de Precios al Consumidor para todos los Consumidores Urbanos (ICP-U)" del Negociado de Estadísticas del Departamento del Trabajo

Federal, a menos que la Junta proponga un factor de ajuste menor y el Comisionado lo apruebe.

(4) El asegurador de patronos de PYMES podrá dar por terminado el reaseguro por medio del Programa con respecto a uno o más de los empleados o dependientes reasegurados, en el aniversario del plan médico.

(5) Las primas cobradas por concepto de reaseguro a una organización de servicios de salud que cualifique conforme al 42 U.S.C. Sec. 300c(c) (2) (A), y como tal esté sujeta a los requisitos que limitan la cantidad de riesgo que se puede ceder al Programa, se reducirán para reflejar la parte del riesgo que no se puede ceder al Programa, si alguno.

(6) El asegurador-reasegurador aplicará todas las técnicas de cuidado coordinado y manejo de reclamaciones, las cuales incluyen la revisión de utilización, manejo de casos individuales, disposiciones sobre proveedores participantes y otras disposiciones o métodos de operación del cuidado coordinado de manera uniforme con respecto a las pólizas reaseguradas y las pólizas no reaseguradas.

I. La Junta, como parte del plan de operaciones, establecerá una metodología para determinar las primas que cobrará el Programa por el Reaseguro. La metodología incluirá un sistema de tarifación de los patronos de PYMES con las características que comúnmente usan este tipo de aseguradores en Puerto Rico. La metodología incluirá la forma en que se desarrollarán las tarifas básicas de reaseguro, que se multiplicarán por los factores indicados en el inciso (2) para determinar las primas que cobrará el Programa. La Junta establecerá las tarifas básicas de reaseguro, sujeto a la aprobación del Comisionado.

(1) Las primas para el Programa serán como sigue:

(a) El grupo completo de un patrono de PYMES se podrá reasegurar a una tarifa que sea uno punto cinco (1.5) veces la tarifa básica de reaseguro para el grupo.

(b) La tarifa de reaseguro para empleados o dependientes elegibles podrá ser cinco (5) veces la tarifa básica de reaseguro para las personas individuales.

(2) La Junta revisará periódicamente la metodología establecida, incluidos el sistema de tarifación y los factores para determinar las tarifas, para asegurar que ésta refleja de manera razonable la experiencia de reclamaciones del Programa. Además, tendra la facultad de proponer cambios en la metodología que estarán sujetos a la aprobación del Comisionado.

(3) La Junta podrá considerar la necesidad de hacer ajustes en las tarifas cobradas por el Programa para que las mismas reflejen el uso de sistemas efectivos de contención de costos y cuidado coordinado.

J. Aún cuando el plan médico de un patrono de PYMES esté total o parcialmente reasegurado por el Programa, las primas cobradas al patrono de PYMES cumplirán con las restricciones relacionadas con las tarifas que se disponen en este Capítulo.

K. (1) Antes del 31 de marzo de cada año, la Junta determinará e informará al Comisionado las pérdidas netas del Programa para el año natural precedente, las

cuales incluirán los gastos administrativos y las pérdidas incurridas en dicho año, tomando en cuenta el ingreso derivado de inversiones y otras ganancias y pérdidas, según corresponda.

(2) Se recuperará la pérdida neta del año mediante la imposición de una derrama a los aseguradores-reaseguradores.

(3) La Junta establecerá, como parte del plan de operaciones, una fórmula para establecer la derrama que se impondrá a los aseguradores-reaseguradores.

(a) La fórmula para establecer la derrama se basará en lo siguiente:

(i) El porcentaje que corresponde a cada asegurador-reasegurador de las primas totales devengadas durante el año natural anterior, por concepto de los planes médicos emitidos a los patronos de PYMES en Puerto Rico.

(b) A ningún asegurador-reasegurador se le impondrá una derrama que sea menor del cincuenta (50) por ciento, ni mayor del ciento cincuenta (150) por ciento de una cantidad basada en la proporción de:

(i) las primas totales devengadas por el asegurador-reasegurador durante el año natural precedente por concepto de los planes médicos emitidos a patronos de PYMES en Puerto Rico con respecto al total de primas devengadas por todos los aseguradores-reaseguradores durante el año natural precedente por concepto de planes médicos emitidos a patronos de PYMES en Puerto Rico.

(c) Sujeto a la aprobación por el Comisionado, la Junta ajustará la fórmula para el cálculo de la derrama que se imponga a los aseguradores-reaseguradores que sean organizaciones de servicios de salud y que cualifiquen conforme al 42 U.S.C. Sec. 300, et seq., para tomar en cuenta las restricciones a imponerse si alguna, que no se impongan a los demás aseguradores.

(4) Antes del 31 de marzo de cada año, la Junta determinará y radicará con el Comisionado un estimado de la derrama que se requiere para cubrir las pérdidas incurridas por el Programa durante el año natural precedente.

(a) Si la Junta determina que la derrama que se requiere para cubrir las pérdidas incurridas por el Programa durante el año natural precedente excederá el cinco por ciento (5%) del total de primas devengadas durante dicho año por concepto de planes médicos emitidos a patronos de PYMES en Puerto Rico, la Junta evaluará la operación del Programa e informará al Comisionado de sus determinaciones. Dichas determinaciones incluirán recomendaciones de cambios en el plan de operaciones del Programa, y se presentarán antes del 31 de marzo próximo al año natural en el que incurrieron las pérdidas. La evaluación incluirá un estimado de las derramas futuras y una valoración de los costos administrativos del Programa, la suficiencia de las primas cobradas, el nivel de retención de aseguradores por el Programa y los costos de plan médico para los patronos de PYMES. De la Junta no radicar un informe al Comisionado en

la fecha indicada, el Comisionado podrá evaluar las operaciones del Programa y formular las enmiendas al plan de operaciones que entienda necesarias para reducir las pérdidas y las derramas futuras.

(b) Si las derramas exceden la cantidad especificada en el inciso (b) durante dos (2) años naturales consecutivos, el Programa será elegible a recibir financiamiento adicional. El financiamiento adicional se obtendrá de las mismas fuentes que las establecidas bajo el Capítulo sobre Planes Médicos para Personas No Asegurables de este Código. La cantidad de financiamiento adicional que se provea al Programa equivaldrá a la cantidad por la cual las derramas de los dos (2) años naturales excedieron el cinco por ciento (5%) del total de primas devengadas durante ese periodo por los patronos de PYMES en concepto de planes médicos emitidos en Puerto Rico. Si el Programa ha recibido financiamiento adicional conforme a este inciso, la cantidad de dicho financiamiento se restará de la cantidad total de la derrama para los fines de los cálculos que disponen en la oración anterior. El financiamiento adicional que reciba el Programa se distribuirá a los aseguradores-reaseguradores proporcionalmente según las derramas que hayan pagado en los dos (2) años naturales precedentes.

(5) Si las derramas exceden las pérdidas netas del Programa, dicho excedente se retendrá y devengará intereses. La Junta usará el excedente para compensar por las pérdidas futuras o reducir las primas del Programa. Para los fines de este inciso, las "pérdidas futuras" incluyen las reservas por concepto de reclamaciones incurridas pero no informadas (IBNR, por sus siglas en inglés).

(6) La Junta determinará anualmente la parte de la derrama que corresponde a cada asegurador-reasegurador a base de los estados de situación anuales y otros informes que entienda necesarios la Junta.

(7) El plan de operaciones contemplará la imposición de un pago por intereses por el pago tardío de la derrama.

(8) El asegurador-reasegurador podrá solicitar al Comisionado una prórroga con respecto al pago de una parte o la totalidad de la derrama impuesta por la Junta. El Comisionado concederá la prórroga si determina que el pago de la derrama afectará la situación económica del asegurador-reasegurador. Si el Comisionado concede la prórroga, la cantidad diferida se repartirá entre el resto de los aseguradores-reaseguradores en la proporción que se distribuyen las derramas en este Artículo. El asegurador-reasegurador a quien se le conceda la prórroga responderá al Programa por la cantidad diferida y no tramitará reaseguro de personas o grupos con el Programa hasta tanto pague la derrama diferida.

L. Como parte del plan de operaciones, la Junta establecerá las normas para determinar los niveles y la manera de pago de remuneración para los productores con respecto a la venta de planes médicos básicos y estándar. Al establecer las normas, la Junta tomará en cuenta la necesidad de proveer una amplia disponibilidad de planes médicos, los objetivos del Programa, el tiempo y el esfuerzo que se requiere para emitir los mencionados planes, la necesidad de proveer servicio continuo a los patronos de PYMES, los niveles de

remuneración actuales en la industria y los costos del plan médico en general para los patronos de PYMES.

M. El Programa tendrá exención contributiva con respecto a todo tipo de impuestos.

Artículo 8.120. Comité de Planes Médicos

A. El Comisionado nombrará un Comité de Planes Médicos compuesto por cinco (5) miembros. El Secretario de Salud, quien presidirá el Comité, el Procurador del Paciente y el Comisionado serán los tres (3) miembros natos del Comité. Los otros dos (2) miembros lo serán un (1) profesional competente en la industria de seguros y un (1) representante del interés público, quienes serán seleccionados conforme a los procedimientos y las guías que establezca el Comisionado.

B. El Comité recomendará la forma y el nivel de cubierta que el asegurador de patronos de PYMES debe proveer conforme a este Capítulo. En el descargo de esta función, el Comité podrá hacer las consultas que estime necesarias a aquellas personas o entidades dedicadas a prestar servicios de cuidado de la salud, ofrecer y mercadear planes médicos a este segmento del mercado y otras actividades relacionadas con los planes médicos, especialmente a los patronos de PYMES.

C. El Comité recomendará y diseñará los niveles de beneficios, costos compartidos, exclusiones y limitaciones para el plan médico básico y el plan médico estándar, teniendo en cuenta todas las disposiciones impuestas por las leyes y los reglamentos federales y estatales. Los planes médicos recomendados y diseñados por el Comité incluirán medidas de control de costos tales como las siguientes:

(1) Revisión de utilización, lo cual incluye la revisión de la necesidad médica de los servicios médicos y de hospitalización;

(2) Mejorar la calidad y el acceso a los servicios, programas preventivos y manejo de casos, entre otros;

(3) Contratación con hospitales, médicos y otros proveedores de cuidado de la salud;

(4) Diferencias razonables entre beneficios aplicables a proveedores participantes o no participantes en los arreglos que contemplan disposiciones sobre redes preferidas; y

(5) Otras disposiciones relacionadas con el cuidado coordinado.

D. Luego de aprobarse este Capítulo, pero no más tarde de ciento ochenta (180) días de su nombramiento, el Comité presentará para aprobación del Comisionado un plan médico básico y un plan médico estándar, así como otros planes médicos que estime conveniente para cumplir con los propósitos descritos en este Artículo. Posterior a esta recomendación inicial y por lo menos una vez al año, el Comité presentará y recomendará las enmiendas necesarias a dichos planes médicos.

Artículo 8.130. Evaluación Periódica del Mercado

Por lo menos una vez cada tres (3) años, la Junta de Directores del Programa de Reaseguro para los Patronos de PYMES, en consulta con los miembros del Comité de Planes Médicos, llevará a cabo un estudio sobre la efectividad de las disposiciones de este Capítulo e informará al Comisionado de los resultados de dicho estudio. En el informe se analizará la

efectividad de las disposiciones de este Capítulo en promover la estabilidad de tarifas, la disponibilidad de los productos y la asequibilidad económica de los planes médicos para los patronos de PYMES. El informe podrá incluir recomendaciones para mejoras que se pudieran introducir con respecto a la efectividad general, eficiencia y la equidad en el mercado de seguros para grupos pequeños. En el informe se discutirá si los aseguradores y productores están mercadeando o emitiendo de manera activa y equitativa los planes médicos a los patronos de PYMES, de conformidad con los propósitos de este Capítulo. El informe podrá incluir recomendaciones sobre conducta de mercado u otras normas o acciones regulatorias.

Artículo 8.140. Relevo de Ciertas Leyes Estatales

Cualquier ley o reglamento estatal que sea aprobado luego de la fecha de vigencia de este Capítulo y que requiera la inclusión en un plan médico de ciertos servicios o beneficios, el reembolso de éstos, así como la utilización o inclusión de algún proveedor de cuidado de salud o de persona alguna, no será aplicable a los planes médicos de los aseguradores de patronos de PYMES en Puerto Rico, salvo que expresamente así lo disponga la ley o el reglamento en cuestión. No obstante, cualquier asegurador podrá optar por cumplir con la ley o reglamento aprobado, si ello redunda en beneficios para los patronos de PYMES, así como para los empleados y sus dependientes.

Artículo 8.150. Procedimientos Administrativos

El Comisionado promulgará el o los reglamentos que sean necesarios para hacer efectivas las disposiciones de este Capítulo, siguiendo el proceso establecido para ello en el Capítulo 2 del Código de Seguros de Puerto Rico.

Artículo 8.160. Estándares y Restricciones para Garantizar el Mercadeo Equitativo

A. Todo asegurador mercadeará de manera activa a todos los patronos de PYMES en Puerto Rico todos los planes médicos que venda dicho asegurador en este mercado.

B. Ningún asegurador o productor podrá participar, directa o indirectamente, en las siguientes actividades:

(1) Alentar o inducir a cualquier patrono de PYMES a que no solicite el plan médico al asegurador, o a que solicite el plan médico de otro asegurador, por razón del estado de salud de los empleados elegibles o dependientes, o la experiencia de reclamaciones, industria, ocupación o ubicación geográfica del patrono de PYMES. Esta disposición no será aplicable a información provista por un asegurador o productor sobre el área geográfica de servicio del asegurador o alguna disposición de red preferida.

C. Ningún asegurador, directa o indirectamente, contratará, acordará o hará algún acuerdo con un productor para disponer o que resulte en que la remuneración pagada al productor por la venta de planes médicos variará debido a algún factor relacionado con el estado de salud de los empleados elegibles o dependientes, o la industria, ocupación o ubicación del patrono de PYMES, ya fuere al inicio del plan médico, como al momento de renovarlo. Esta disposición no será aplicable con respecto a un acuerdo de remuneración a un productor a base de porcentaje de las primas, disponiéndose que dicho porcentaje no

variará debido a ningún factor relacionado con el estado de salud de los empleados elegibles o dependientes, o la industria, ocupación o ubicación del patrono de PYMES.

D. Ningún asegurador podrá dar por terminado, negarse a renovar o limitar el contrato o acuerdo de representación con un productor por alguna razón que tenga que ver con un factor relacionado con el estado de salud de los empleados elegibles o dependientes, o la industria, ocupación o ubicación del patrono de PYMES, ya fuere al inicio o al momento de renovación de un plan médico colocado por el productor con dicho patrono.

E. Ningún asegurador o productor podrá inducir o alentar a patronos de PYMES a separar o de otra manera excluir a un empleado elegible o dependiente de los beneficios del plan médico.

F. Siempre que el asegurador deniegue una solicitud de plan médico de un patrono de PYMES, por alguna razón permitida bajo las disposiciones de este Capítulo, lo notificará por escrito e indicará de forma clara la razón o razones por las que deniega la solicitud.

G. Toda violación de este Artículo constituirá una práctica comercial desleal conforme al Capítulo 27 del Código de Seguros de Puerto Rico y estará sujeta a las sanciones allí dispuestas. Si un asegurador contrata, acuerda o hace otro tipo de arreglo con un tercero administrador para proveer servicios administrativos, de mercadeo o de otro tipo relacionados con el ofrecimiento de planes médicos a los patronos de PYMES en Puerto Rico, el tercero administrador estará sujeto a este Artículo como si fuera el asegurador.

Artículo 8.170. Divulgaciones Requeridas

A. Referente a las ofertas para la venta de un plan médico a un patrono de PYMES, el asegurador deberá realizar una divulgación razonable, como parte de sus materiales de solicitación y venta, que incluya todo lo siguiente:

(1) Las disposiciones del plan médico que, conforme este Capítulo, le otorgan el derecho al asegurador de cambiar las tarifas y los factores, que no sea la experiencia en reclamaciones;

(2) Las disposiciones relacionadas a la posibilidad de renovación de las pólizas y contratos;

(3) Las disposiciones relacionadas a las condiciones preexistentes; y

(4) Una lista e información descriptiva, incluso beneficios y primas, sobre todos los planes médicos disponibles para el patrono de PYMES.

Capítulo 12 Prohibición del Uso de Cláusulas Discrecionales

Artículo 12.010. Título

Este Capítulo se conocerá y citará como el Capítulo sobre Prohibición del Uso de Cláusulas Discrecionales.

Artículo 12.020. Propósito

El propósito de este Capítulo es asegurar que se acuerden contractualmente los beneficios de los planes médicos y las cubiertas de protección de ingresos en caso de incapacidad De este modo se evitará el conflicto de intereses que surge cuando la organización de seguros de salud o el asegurador de incapacidad responsable de proveer los beneficios tiene la autoridad

discrecional para decidir cuáles beneficios se tienen que pagar. No se entenderá que las disposiciones de este Capítulo imponen un requisito o deber a ninguna persona que no sea la organización de seguros de salud o el asegurador de incapacidad que ofrece cubierta de protección de ingresos en caso de incapacidad.

Artículo 12.030. Definiciones

A. "Cubierta de protección de ingresos en caso de incapacidad" es una póliza, un contrato, un certificado o un acuerdo que dispone que se hagan pagos regulares, sean semanales o mensuales, durante un periodo específico de tiempo, mientras exista una incapacidad que resulte de una enfermedad o lesión o combinación de ambas.

B. "Servicios de cuidado de la salud" significa servicios de diagnóstico, prevención, tratamiento, cura o alivio de padecimientos crónicos, dolencias, lesiones o enfermedades.

Artículo 12.040. Prohibición del Uso de Cláusulas Discrecionales

A. Las pólizas, contratos, certificados o acuerdos ofrecidos o emitidos en Puerto Rico por una organización de seguros de salud o asegurador para proveer, entregar, tramitar, pagar o reembolsar el costo de servicios de cuidado de la salud no dispondrán que la interpretación final de los términos del contrato estará sujeta a discreción por parte de la organización de seguros de salud o asegurador, ni contendrán normas de interpretación o revisión que contravengan las leyes de Puerto Rico. Las determinaciones adversas que emitan las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, así como las disputas o controversias que surjan entre una organización de seguros de salud o asegurador y una persona cubierta o asegurado, estarán sujetas a los procedimientos de revisión, tanto internos como externos, que se establecen en este Código.

B. Las pólizas, contratos, certificados o acuerdos ofrecidos o emitidos en Puerto Rico que provean cubierta de protección de ingresos en caso de incapacidad no dispondrán que la interpretación final de los términos del contrato estará sujeta a discreción por parte del asegurador de incapacidad, ni contendrán normas de interpretación o revisión que contravengan las leyes de Puerto Rico.

Capítulo 22 Procedimientos Internos de Querellas de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores

Artículo 22.010. Título

Este Capítulo se conocerá y se podrá citar como el Capítulo sobre Procedimientos Internos de Querellas de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores.

Artículo 22.020. Propósito

El propósito de este Capítulo es proveer las normas para establecer y mantener los procedimientos que deben seguir las organizaciones de seguros de salud o aseguradores para garantizar que las personas cubiertas o asegurados adquieran una oportuna y adecuada resolución de querellas, como se definen en este Capítulo.

Artículo 22.030. Definiciones

Para los fines de este Capítulo:

A. "Beneficios cubiertos" o "beneficios" significa los servicios de cuidado de la salud a que las personas cubiertas o asegurados tienen derecho conforme al plan médico.

B. "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 cuidado de la salud, o el nivel o eficacia del cuidado.

C. "Criterios de revisión clínica" significa los procedimientos escritos para el cernimiento, 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 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 e idoneidad, lugar en que se presta el servicio o el nivel o eficacia 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, respecto a una condición médica 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. "Plan de cuidado coordinado" significa

(1) Un plan médico que requiere o incentiva, incluso económicamente, que las personas cubiertas o asegurados utilicen los proveedores de la organización de seguros de salud o asegurador, o proveedores que son administrados, contratados o empleados por ésta, para que las personas cubiertas o asegurados utilicen dichos servicios.

(2) Los "planes de cuidado coordinado" incluyen:

(a) Los planes cerrados, según se definen en el Artículo 2.020 de este Código; y

(b) Los planes abiertos, según se define en el Artículo 2.020 de este Código.

I. "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.

J. "Plan médico" significa un contrato de seguro, póliza, certificado, o contrato de suscripción con una organización de seguros de salud, organización de servicios de salud o cualquier otro asegurador, provisto en consideración o a cambio del pago de una prima, o sobre una base prepagada, mediante el cual la organización de seguros de salud, organización de servicios de salud o cualquier otro asegurador se obliga a proveer o pagar por la prestación de determinados servicios médicos, de hospital, gastos médicos mayores, servicios dentales, servicios de salud mental, o servicios incidentales a la prestación de éstos.

K. "Planificación de altas" significa el proceso formal que se lleva a cabo antes de que a un paciente se le dé 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.

L. "Querella" significa una queja escrita —o verbal, si la misma conlleva una solicitud de cuidado urgente— presentada por una persona cubierta o asegurado, o a nombre de éste, con respecto a:

(1) La disponibilidad, prestación o calidad de los servicios de cuidado de la salud, incluidas las querellas relacionadas con una determinación adversa que resulte de una revisión de utilización;

(2) El pago o manejo de reclamaciones o el reembolso por servicios de cuidado de la salud; o

(3) Asuntos relacionados con la relación contractual entre la persona cubierta o asegurado y la organización de seguros de salud o asegurador.

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

N. "Revisión concurrente" significa la revisión de utilización hecha durante la estadía del paciente en una facilidad, 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.

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

P. "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.

Q. "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.

R. "Revisión retrospectiva" significa la revisión de una solicitud de un beneficio que se lleve 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.

S. "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.

T. "Solicitud de cuidado urgente" significa

(1) Una solicitud de servicio de cuidado de la salud o tratamiento en la 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 médica 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 médica 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 22.040. Aplicabilidad y Alcance

Salvo se especifique en contrario, este Capítulo será aplicable a todas las organizaciones de seguros de salud o aseguradores.

Nada de lo dispuesto en este Capítulo limitará o de forma alguna afectará las facultades legales de la Oficina del Procurador del Paciente, la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica o de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico para iniciar, investigar, procesar o adjudicar querellas, nuevas o pendientes. Nada de lo dispuesto en este Capítulo se entenderá como una enmienda o derogación a las leyes, reglamentos o procedimientos que administra la Oficina del Procurador del Paciente, la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica o la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.

Artículo 22.050. Requisitos para Reportar Querellas al Comisionado

A. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores mantendrán registros escritos para documentar todas las querellas recibidas durante cada año natural (el registro).

B. Las solicitudes de revisión de primer nivel de las querellas relacionadas con una determinación adversa se procesarán según el Artículo 22.070. Las solicitudes de revisión ordinaria de las querellas no relacionadas con una determinación adversa se procesarán según el Artículo 22.080.

C. Las solicitudes de revisión voluntaria adicional de una querella se procesarán según el Artículo 22.090.

D. Para cada querella, el registro contendrá, como mínimo, la siguiente información:

(1) Una descripción general de la razón o razones por las cuales se presentó la querella;

(2) La fecha en que se recibió;

(3) La fecha de cada revisión o, si fuera aplicable, de cada reunión de revisión;

(4) La decisión/resolución que se emitió en cada nivel de revisión, si fuera aplicable;

(5) La fecha de la decisión/resolución en cada nivel de revisión, si fuera aplicable; y

(6) El nombre de la persona cubierta o asegurado querellante.

E. El registro se mantendrá de una manera clara y accesible al Comisionado.

F. (1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores conservarán el registro recopilado durante el año natural por un periodo de cinco (5) años o hasta que el Comisionado haya emitido el informe final de un examen que incluya una revisión del registro para dicho año natural, cual plazo sea mayor.

(2) (a) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores presentarán al Comisionado, por lo menos una vez al año, un informe en el formato especificado por el Comisionado.

(b) El informe incluirá lo siguiente para cada uno de los planes médicos que ofrece la organización de seguros de salud o asegurador:

(i) La certificación de cumplimiento que se requiere en el Artículo 22.060 (C);

(ii) La cantidad de personas cubiertas o asegurados;

(iii) La cantidad total de querellas;

(iv) La cantidad de querellas para las cuales una persona cubierta o asegurado solicitó una revisión voluntaria, a tenor con el Artículo 22.090;

(v) La cantidad de querellas resueltas en cada nivel, si fuera aplicable, y la decisión/resolución;

(vi) La cantidad de querellas que fueran apeladas al Comisionado de las cuales se ha informado a la organización de seguros de salud o asegurador;

(vii) La cantidad de querellas referidas a procedimientos alternos de mediación o arbitraje, o que resultaron en litigios; y

(viii) Una sinopsis de las medidas tomadas para corregir los problemas identificados.

Artículo 22.060. Procedimientos de Revisión de las Querellas

A. Salvo como se especifique en el Artículo 22.100, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores recibirán y resolverán las querellas de las personas cubiertas o asegurados, según los procedimientos descritos en los Artículos 22.070, 22.080 y 22.090.

B. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores radicarán ante el Comisionado una copia de los procedimientos requeridos en el apartado A, incluyendo así todos aquellos formularios usados para procesar las solicitudes hechas. De igual manera, toda modificación sustancial a dichos procedimientos se radicará ante el Comisionado. De no cumplir con las disposiciones de este Capítulo o con las reglamentaciones aplicables, el Comisionado podrá desaprobar la radicación.

C. Además de lo dispuesto en el apartado B, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores radicarán anualmente ante el Comisionado, como parte del informe anual requerido en el Artículo 22.050, una certificación de que ha establecido y mantiene, para cada uno de sus planes médicos, procedimientos de querellas que cumplen plenamente con las disposiciones de este Capítulo.

D. La descripción de los procedimientos de querella que se requieren en este Artículo se incluirá en la póliza, certificado, folleto de ofrecimiento a socios, resumen de cubierta o cualquier otra evidencia de cubierta provista a las personas cubiertas o asegurados.

E. La descripción de los procedimientos de querella en los documentos antes mencionados incluirán una declaración del derecho de la persona cubierta o asegurado a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador del Paciente para obtener ayuda en todo momento. La declaración incluirá el número telefónico y la dirección del Comisionado y de la Oficina del Procurador del Paciente.

Artículo 22.070. Revisión de Primer Nivel de las Querellas Relacionadas con una Determinación Adversa

A. A más tardar ciento ochenta (180) días del recibo de la notificación de una determinación adversa, la persona cubierta o asegurado, o su representante personal, podrá radicar una querella ante la organización de seguros de salud o asegurador en la que se solicita una revisión de primer nivel de la determinación adversa.

B. La organización de seguros de salud o asegurador proveerá a la persona cubierta o asegurado el nombre, la dirección y el número telefónico de la persona u organización designada para coordinar la revisión de primer nivel a nombre de la organización de seguros de salud o asegurador.

C. (1) (a) Si la querella surge como resultado de una determinación adversa relacionada con una revisión de utilización, la organización de seguros de salud o asegurador designará uno o varios homólogos clínicos de la misma especialidad, o especialidad similar a los profesionales de la salud que, normalmente manejarían el caso para el cual se hizo dicha determinación adversa. Los homólogos clínicos designados no pueden haber participado en la determinación adversa inicial.

(b) La organización de seguros de salud o asegurador se asegurará de que, si designa a más de un homólogo clínico para la revisión, éstos tengan la pericia adecuada.

(2) Al llevar a cabo una revisión a tenor con este Artículo, los revisores tomarán en cuenta todos los comentarios, documentos y registros, así como cualquier información relacionada a la solicitud de revisión presentada por las personas cubiertas o asegurados, independientemente de que la información se hubiese presentado o considerado al hacer la determinación adversa inicial.

D. (1) (a) Las personas cubiertas o asegurados o, si fuera aplicable, sus representantes personales, tienen el derecho de:

(i) Presentar comentarios por escrito, documentos, registros y otros materiales relacionados a la querella objeto de revisión; y

(ii) Recibir de la organización de seguros de salud o asegurador, a solicitud y gratuitamente, acceso a todos los documentos y registros, y a obtener copias de los mismos, así como información pertinente a la querella.

(b) Para los fines del sub inciso (a) (ii), se considerará que los documentos, registros o cualquier información será pertinente para la radicación de la querella de la persona cubierta o asegurado si los mismos:

(i) Fueron usados en la determinación de beneficios;

(ii) Se presentaron, consideraron o generaron con relación a la determinación adversa, aunque la determinación del beneficio no dependiera de dichos documentos, registros u otra información;

(iii) Demuestran que al hacer la determinación, la organización de seguros de salud o asegurador siguió, de manera uniforme, los mismos procedimientos y garantías administrativas que se siguen con otras personas cubiertas o asegurados en circunstancias similares; o

(iv) Constituyen declaraciones de política o directrices del plan médico relacionadas con el servicio de cuidado de la salud o tratamiento denegado y el diagnóstico de la persona cubierta o asegurado,

independientemente de si se tomaron o no en consideración al momento de hacer la determinación adversa inicial.

(2) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores informarán a las personas cubiertas o asegurados o, si fuera aplicable, a sus representantes personales, de los derechos que conforme al inciso (1) le asisten, a más tardar tres (3) días laborables del recibo de la querella.

E. A los fines de calcular los plazos que se establecen en el apartado F para la determinación y notificación, los plazos comenzarán cuando la organización de seguros de salud o asegurador reciba la querella, independientemente de si se acompaña la misma con toda la información necesaria para hacer la determinación. Si la organización de seguros de salud o asegurador entiende que la querella no contiene toda la información necesaria para hacer una determinación, le indicará claramente a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, las razones por las cuales considera que no puede tramitar la querella, indicando los documentos o información adicional que deberá someter.

F. (1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores emitirán su determinación y la notificarán por escrito, o por medios electrónicos si la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, su representante personal, ha acordado recibir la notificación por esta vía, dentro de los plazos establecidos en los incisos (2) ó (3).

(2) En relación a una querella en la cual se solicita una revisión de primer nivel de una determinación adversa relacionada con una revisión prospectiva, la organización de seguros de salud o asegurador notificará y emitirá su determinación dentro de un plazo razonable, de acuerdo a la condición médica de la persona cubierta o asegurado, pero nunca más tarde de quince (15) días calendario del recibo de la querella.

(3) Toda querella en la que se solicita una revisión de primer nivel de una determinación adversa relacionada con una revisión retrospectiva, la organización de seguros de salud o asegurador notificará y emitirá su determinación en un plazo razonable, pero nunca más tarde de treinta (30) días calendario del recibo de la querella.

G. La determinación emitida conforme al apartado F expresará de manera comprensible para la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, para su representante personal:

(1) Los títulos y credenciales de las personas que participaron en el proceso de revisión de primer nivel (los revisores);

(2) Una declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la querella;

(3) La determinación de los revisores en términos claros y la base contractual o justificación médica, para que la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, su representante personal, pueda responder a los planteamientos de la organización de seguros de salud o asegurador;

(4) La evidencia o documentación usada como base de la determinación;

(5) En el caso de que la determinación de la organización de seguros de salud o asegurador, luego de realizar una revisión de primer nivel, resulte adversa, se incluirá, además, lo siguiente:

(a) Las razones específicas de la determinación adversa;

(b) Referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;

(c) Una declaración que haga mención del derecho que tiene la persona cubierta o asegurado tiene derecho a recibir de manera gratuita, a su solicitud, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información pertinente, según se defina el término "pertinente" en el apartado D(1)(b);

(d) Si para formular la determinación adversa la organización de seguros de salud o asegurador se fundamentó en una regla, guía o protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá una copia de dicha regla, guía o protocolo en específico u otro criterio similar en que se fundamentó la determinación adversa, de manera gratuita a solicitud de la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, de su representante personal;

(e) Si la determinación adversa se basa en la necesidad médica o la naturaleza experimental o investigativa del tratamiento, o en una exclusión o limitación similar, una explicación escrita del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, o una declaración de que se proveerá una explicación a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, de manera gratuita, a su solicitud; y

(f) Si fuera aplicable, instrucciones para solicitar:

(i) Una copia de la regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar en que se basó la determinación, según se dispone en el inciso 5 (d); y(ii). Una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, según se dispone en el inciso 5 (e).

(6) Si fuera aplicable, una declaración en la que se indique:

(a) Una descripción del proceso para obtener una revisión voluntaria adicional, si la persona cubierta o asegurado deseare solicitar una revisión voluntaria, conforme al Artículo 22.090;

(b) Los procedimientos escritos que rigen la revisión voluntaria, incluyendo los plazos requeridos para la revisión;

(c) Una descripción de los procedimientos para obtener una revisión externa independiente, conforme las disposiciones del Capítulo sobre "Revisión Externa de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores" de este Código, si la persona cubierta o asegurado decidiera que no solicitará una revisión voluntaria; y

(d) El derecho de la persona cubierta o asegurado a incoar una demanda ante un tribunal competente.

(7) Si fuera aplicable, y enfatizando el carácter voluntario, la siguiente declaración: "El plan médico y usted podrían tener otras opciones de resolución voluntaria de las controversias, tales como la mediación o el arbitraje. Para determinar las opciones disponibles, comuníquese con el Comisionado de Seguros"; y

(8) Una notificación del derecho de la persona cubierta o asegurado a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador del Paciente para solicitar ayuda en todo momento, con el número telefónico y la dirección de la Oficina del Comisionado y de la Oficina del Procurador del Paciente.

Artículo 22.080. Revisiones Ordinarias de Querellas No Relacionadas con una Determinación Adversa

A. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores establecerán procedimientos escritos para las revisiones ordinarias de querellas no relacionadas a una determinación adversa.

B. (1) Los procedimientos permitirán que la persona cubierta o asegurado, o su representante personal, presente una querella no relacionada a una determinación adversa ante la organización de seguros de salud o asegurador, conforme a las disposiciones de este Artículo.

(2) (a) La persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, su representante personal, tiene derecho a presentar documentos escritos para la consideración de las personas designadas por la organización de seguros de salud o asegurador para llevar a cabo la revisión ordinaria.

(b) La organización de seguros de salud o asegurador informará a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, dentro de tres (3) días laborables del recibo de la querella, los derechos que le asisten, conforme al inciso 2 (a).

C. (1) Al recibo de la querella, la organización de seguros de salud o asegurador designará una o más personas para realizar la revisión ordinaria.

(2) Para realizar la revisión ordinaria, la organización de seguros de salud o asegurador no designará a la persona que manejó el asunto objeto de la querella.

(3) La organización de seguros de salud o asegurador proveerá a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, el nombre, la dirección y el número telefónico de las personas designadas para realizar la revisión ordinaria de la querella.

D. La organización de seguros de salud o asegurador notificará por escrito su determinación a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, a más tardar los treinta (30) días calendario del recibo de la querella.

E. La determinación por escrito emitida conforme al apartado D contendrá:

(1) Los títulos y credenciales de las personas que participaron en el proceso de revisión ordinaria (los revisores);

(2) Una declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la querella;

(3) La determinación de los revisores en términos claros y la base contractual o justificación médica, para que la persona cubierta o asegurado pueda responder a los planteamientos de la organización de seguros de salud o asegurador;

(4) Referencia a la evidencia o documentación usada como base de la determinación;

(5) Si fuera aplicable, una declaración escrita que incluya:

(a) Una descripción del proceso para obtener una revisión voluntaria adicional, si la persona cubierta o asegurado deseare solicitar una revisión voluntaria conforme al Artículo 22.090;

(b) Los procedimientos escritos que rigen la revisión voluntaria, lo cual incluye los plazos requeridos para la revisión; y

(6) Una notificación del derecho que asiste a la persona cubierta o asegurado a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador del Paciente para solicitar ayuda en todo momento, con el número telefónico y la dirección de la Oficina del Comisionado y de la Oficina del Procurador del Paciente.

Artículo 22.090. Nivel Voluntario de Revisiones de Querellas

A. (1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que ofrecen planes de cuidado coordinado establecerán un proceso de revisión voluntaria para sus planes de cuidado coordinado. El propósito de este proceso de revisión voluntaria es proveer a las personas cubiertas o asegurados que estén insatisfechos con la determinación de la revisión de primer nivel hecha conforme al Artículo 22.070, o que estén insatisfechos con la determinación de la revisión ordinaria hecha conforme al Artículo 22.080, la opción de solicitar una revisión voluntaria adicional en la cual tengan el derecho de comparecer ante los representantes designados por la organización de seguros de salud o asegurador.

(2) Este Artículo no será aplicable a los planes de indemnización médica.

B. (1) Toda organización de seguros de salud o asegurador al que se le requiera conforme a este Artículo que establezca un proceso de revisión voluntaria, proveerá a las personas cubiertas o asegurados, o a sus representantes personales, una notificación conforme al Artículo 22.070 G (6) o el Artículo 22.080 E (5), según corresponda. Tal notificación será a los efectos de que dichas personas cuentan con la opción de presentar una solicitud de revisión voluntaria adicional.

(2) Al recibo de una solicitud de una revisión voluntaria adicional, la organización de seguros de salud o asegurador notificará a la persona cubierta o asegurado o, si fuere aplicable, a su representante personal, del derecho que tiene la persona cubierta o asegurado a:

(a) Solicitar dentro del plazo especificado en el inciso (3) (a), la oportunidad de comparecer en persona ante el panel de revisión designado por la organización de seguros de salud o asegurador;

(b) Recibir de la organización de seguros de salud o asegurador, a solicitud de la persona cubierta o asegurado, copias de todos los documentos, registros y otra información, que no sea confidencial ni privilegiada, relacionada con la solicitud de revisión voluntaria adicional;

(c) Presentar el caso de la persona cubierta o asegurado ante el panel de revisión;

(d) Presentar comentarios escritos, documentos, registros y otros materiales relacionados con la solicitud de revisión voluntaria adicional para la consideración del panel de revisión, tanto antes como durante la reunión de revisión, si fuera aplicable;

(e) Si fuera aplicable, formular preguntas a los representantes de la organización de seguros de salud o asegurador en el panel de revisión; y

(f) Tener la asistencia o representación de cualquier persona, incluyendo abogado, que escoja la persona cubierta o asegurado.

(3) (a) Toda persona cubierta o asegurado, o su representante personal, que desee comparecer en persona ante el panel de revisión presentará por escrito a la organización de seguros de salud o asegurador una solicitud a dichos efectos, a más tardar quince (15) días laborables del recibo de la notificación enviada conforme al inciso (2).

(b) No se condicionará el derecho que tiene la persona cubierta o asegurado a una revisión justa, a que ésta comparezca a la reunión de revisión.

C. (1) (a) Con respecto a una solicitud de revisión voluntaria adicional de una determinación emitida conforme al Artículo 22.070, la organización de seguros de salud o asegurador nombrará un panel de revisión para considerar la solicitud.

(b) Al realizar la revisión, el panel de revisión tomará en consideración todo comentario, documento, registro y otra información relacionada con la solicitud de revisión voluntaria adicional que presente la persona cubierta o asegurado o su representante personal, independientemente de si la información se presentó o consideró al tomar la determinación en la revisión de primer nivel.

(c) El panel tendrá la autoridad legal para obligar a la organización de seguros de salud o asegurador a cumplir con la determinación de dicho panel. Si transcurren veinte (20) días calendario sin que la organización de seguros de salud o asegurador haya dado cumplimiento a la determinación del panel de revisión, este último tendrá la obligación de notificar dicho hecho al Comisionado.

(2) (a) Salvo como se dispone en el inciso 2 (b), la mayoría de las personas que compongan el panel de revisión serán personas que no participaron en la revisión de primer nivel realizada conforme al Artículo 22.070.

(b) Una persona que haya participado en la revisión de primer nivel podrá ser miembro del panel o comparecer ante el panel para proveer información o responder a las preguntas del panel.

(c) La organización de seguros de salud o asegurador se asegurará de que las personas que realizan la revisión voluntaria adicional sean profesionales de la salud con la pericia adecuada.

(d) El personal que realiza la revisión voluntaria adicional:

(i) No será un proveedor del plan médico de la persona cubierta o ni

(ii) Tendrá ningún interés económico en el resultado de la revisión.

D. (1) (a) Respecto a una solicitud de revisión voluntaria adicional de una determinación emitida conforme al Artículo 22.080, la organización de seguros de salud o asegurador nombrará el panel de revisión para considerar la solicitud.

(b) El panel tendrá la autoridad legal para obligar a la organización de seguros de salud o asegurador a cumplir con su determinación. Si transcurren veinte (20) días calendario sin que la organización de seguros de salud o asegurador haya dado cumplimiento a la determinación del panel de revisión, este último tendrá la obligación de notificar dicho hecho al Comisionado.

(2) (a) Salvo como se dispone en el inciso 2 (b), la mayoría las personas que componen el panel serán empleados o representantes de la organización de seguros de salud o asegurador que no participaron en la revisión ordinaria realizada conforme al Artículo 22.080.

(b) Un empleado o representante de la organización de seguros de salud o asegurador que haya participado en la revisión ordinaria podrá ser miembro del panel o comparecer ante el panel para proveer información o responder preguntas.

E. (1) (a) Cuando una persona cubierta o asegurado o su representante personal solicite, conforme al apartado C o el apartado D, comparecer en persona ante el panel, los procedimientos para realizar la revisión voluntaria adicional se regirán por las disposiciones establecidas a continuación.

(b) (i) El panel de revisión programará y celebrará una reunión a más tardar los treinta (30) días calendario contados a partir del recibo de la solicitud de revisión voluntaria adicional.

(ii) Con por lo menos quince (15) días calendario de anticipación, se notificará por escrito a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, la fecha en que se llevará a cabo la reunión del panel de revisión.

(iii) La organización de seguros de salud o asegurador no denegará de manera irrazonable una solicitud de la persona cubierta o asegurado o su representante personal para aplazar la revisión.

(c) La reunión de revisión se realizará durante horas laborables normales en un lugar accesible a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal.

(d) Cuando una reunión en persona no sea factible por razones geográficas, la organización de seguros de salud o asegurador ofrecerá a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, la oportunidad de comunicarse con el panel de revisión, mediante llamada telefónica de tipo conferencia, videoconferencia u otra tecnología apropiada, por cuenta de la organización de seguros de salud o asegurador.

(e) Si la organización de seguros de salud o asegurador tiene la intención de estar asistida por su representación legal, notificará este hecho a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, con por lo menos quince (15) días calendario de anticipación a la fecha de la reunión de revisión Además, le notificará a la persona cubierta o asegurado que puede estar asistida por su propia representación legal.

(f) El panel de revisión emitirá una determinación por escrito, según se dispone en el apartado F, y la notificará a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, a más tardar diez (10) días calendario de finalizar la reunión de revisión.

(2) Cuando la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, su representante personal, no solicite la oportunidad de comparecer en persona ante el panel de revisión, dicho panel de revisión emitirá su determinación y notificará la misma, según dispuesto en el apartado F, por escrito o electrónicamente (si se ha acordado recibir la notificación por esta vía), a más tardar los cuarenta y cinco (45) días calendario de la primera de las siguientes fechas:

(a) La fecha en que la persona cubierta o asegurado o su representante personal notifique a la organización de seguros de salud o asegurador que no solicitará la comparecencia en persona ante el panel de revisión; o

(b) La fecha en que vence el plazo establecido en el apartado B (3) (a) para que la persona cubierta o asegurado o su representante personal solicite comparecer ante el panel de revisión.

F. La determinación por escrito emitida conforme al apartado E incluirá:

(1) Los títulos y credenciales de los miembros del panel de revisión;

(2) Una declaración de la interpretación que hizo el panel de revisión de la solicitud de revisión voluntaria adicional y todos los hechos pertinentes;

(3) La justificación de la determinación del panel de revisión;

(4) Referencia a la evidencia o documentación que el panel de revisión consideró al tomar la determinación;

(5) Si la solicitud de revisión voluntaria adicional se relaciona con una determinación adversa:

(a) Las instrucciones para solicitar una declaración escrita de la justificación médica, incluidos los criterios de revisión clínica usados al tomar la determinación;

(b) Si fuera aplicable, una declaración en la que se describen los procedimientos para obtener una revisión externa independiente de la determinación adversa a tenor con el Capítulo sobre "Revisión Externa de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores" de este Código; y

(6) Una notificación del derecho de la persona cubierta o asegurado a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador del Paciente para solicitar ayuda en todo momento, con el número telefónico y la dirección de la Oficina del Comisionado y de la Oficina del Procurador del Paciente.

Artículo 22.100. Revisiones Aceleradas de Querellas Relacionadas con una Determinación Adversa

A. La organización de seguros de salud o asegurador establecerá por escrito procedimientos para la revisión acelerada de solicitudes de cuidado urgente, relacionadas con una determinación adversa.

B. Los procedimientos permitirán que la persona cubierta o asegurado, o su representante personal, solicite a la organización de seguros de salud o asegurador una revisión acelerada, según se dispone en este Artículo, verbalmente o por escrito.

C. La organización de seguros de salud o asegurador designará para la revisión acelerada homólogos clínicos de la misma especialidad o especialidad similar a la de la persona que normalmente manejaría el caso que se revisa. Dichos homólogos no deben haber participado en la determinación adversa inicial.

D. En una revisión acelerada, toda la información necesaria, incluida la determinación de la organización de seguros de salud o asegurador, se transmitirá entre la organización de seguros de salud o asegurador y la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, su representante personal, por teléfono, fax, o la manera más expedita disponible.

E. La decisión de la revisión acelerada se tomará y se notificará a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, conforme al apartado G, con la premura que requiera la condición médica de la persona cubierta o asegurado, pero en ningún caso a más de cuarenta y ocho (48) horas del recibo de la solicitud de revisión acelerada.

F. Para fines de calcular los plazos en que se requiere que se tome la decisión y se notifique conforme al apartado E, el plazo comenzará en la fecha en que se radique la solicitud de revisión acelerada con la organización de seguros de salud o asegurador, independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para tomar la determinación.

G. (1) La notificación de la decisión detallará lo siguiente, de una manera comprensible para la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, para su representante personal:

(a) Los títulos y credenciales de las personas que participaron en el proceso de revisión acelerada (los revisores);

(b) Una declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la solicitud de revisión acelerada;

(c) La determinación de los revisores en términos claros y la base contractual o justificación médica, para que la persona cubierta o asegurado pueda responder a los planteamientos de la organización de seguros de salud o asegurador;

(d) Una referencia a la evidencia o documentación usada como base de la determinación; y

(e) Si la determinación resulta en una determinación adversa, la misma proveerá:

(i) Las razones específicas de la determinación adversa;

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

(iii) 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 una copia de dicha regla, guía o protocolo u otro criterio similar en que se fundamentó la determinación adversa, de manera gratuita a la solicitud de la persona cubierta o asegurado;

(iv) Si la determinación adversa se basa en la necesidad médica o la naturaleza experimental o investigativa del tratamiento, o en una exclusión o limitación similar, una explicación escrita del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación;

(v) Si fuera aplicable, instrucciones para solicitar:

(I) Una copia de la regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar en que se basó la determinación adversa, según se dispone en el subinciso (e) (iii) o

(II) Una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, según se dispone en el inciso (e) (iv);

(vi) Una descripción de los procedimientos para obtener una revisión externa independiente conforme a las disposiciones del Capítulo sobre "Revisión Externa de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores" de este Código;

(vii) Una declaración en la que se indica el derecho de la persona cubierta o asegurado a incoar una demanda en el tribunal competente;

(viii) La siguiente declaración, enfatizando el carácter voluntario de los procedimientos: "El plan médico y usted podrían tener otras opciones de resolución voluntaria de las controversias, tal como la mediación o el arbitraje. Para determinar las opciones disponibles, comuníquese con el Comisionado de Seguros"; y

(ix) Una notificación del derecho de la persona cubierta o asegurado a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador del Paciente para solicitar ayuda en todo momento, con el número telefónico y la dirección de la Oficina del Comisionado y de la Oficina del Procurador del Paciente.

(2) (a) La organización de seguros de salud o asegurador podrá proveer la notificación que se requiere en este Artículo verbalmente, por escrito o electrónicamente.

(b) Si se provee la notificación de la determinación adversa verbalmente, la organización de seguros de salud o asegurador proveerá una notificación por escrito o por medio electrónico a más tardar a los tres (3) días de la notificación verbal.

(3) Nada de lo aquí dispuesto se entenderá que limita la facultad de una organización de seguros de salud o un asegurador para dejar sin efecto una determinación adversa sin observar el procedimiento aquí prescrito.

Capítulo 54 Cubierta para Niños Recién Nacidos, Niños Recién Adoptados y Niños Colocados para Adopción

Artículo 54.010. Título

Este Capítulo se conocerá y se podrá citar como el Capítulo sobre Cubierta para Niños Recién Nacidos, Niños Recién Adoptados y Niños Colocados para Adopción.

Artículo 54.020. Propósito

El propósito de este Capítulo es fijar requisitos uniformes para las cubiertas de niños recién nacidos, niños recién adoptados y niños colocados para adopción, tanto en los planes médicos grupales como individuales.

Artículo 54.030. Definiciones

Para propósitos de este Capítulo:

A. "Plan médico" significa una póliza, un contrato, un certificado o acuerdo ofrecido o emitido por una organización de seguros de salud o asegurador para proveer, suministrar, o tramitar los servicios de cuidado de la salud, o pagar o reembolsar los costos de los mismos.

Artículo 54.040. Aplicabilidad

A. Con la excepción de lo dispuesto en el apartado B, este Capítulo se aplicará a los planes médicos que proveen cubierta a los dependientes de las personas cubiertas o asegurados.

B. Las disposiciones de este Capítulo no aplicarán a los planes médicos, sean grupales o individuales, que proveen solamente cubierta para enfermedades específicas, cubierta

específica de accidentes o sólo de accidentes, cubierta de seguro de crédito, cubierta dental, cubierta de ingreso por incapacidad, indemnización hospitalaria u otra cubierta de indemnización fija, cubierta de visión o cualquier otro beneficio suplementario o póliza suplementaria de Medicare, cubierta bajo un plan a través de Medicare, Medicaid o el programa de beneficios de salud de los empleados federales, toda cubierta emitida como suplemento de un seguro de responsabilidad, compensación para trabajadores o algún seguro similar, seguro de automóviles que cubren gastos médicos o algún seguro bajo el cual los beneficios son pagaderos sin importar la culpa.

Artículo 54.050. Requisitos para la Cubierta

A. Todo plan médico sujeto a este Capítulo deberá proveer cubierta a:

(1) Niños recién nacidos de personas cubiertas o asegurados desde el momento en que nacen o

(2) Niños recién adoptados por personas cubiertas o asegurados a partir de la primera de las siguientes fechas:

(a) La fecha en que se colocan en el hogar de la persona cubierta o asegurado con el propósito de ser adoptados y permanecen en el hogar en las mismas condiciones que los demás dependientes de la persona cubierta o asegurado, a menos que la colocación se interrumpa antes de la adopción legal y se traslade al niño del hogar donde había sido colocado;

(b) La fecha en que se emitió una orden proveyéndole la custodia del niño a la persona cubierta o asegurado que tenga la intención de adoptarlo; o

(c) La fecha de vigencia de la adopción.

B. La cubierta para niños recién nacidos, niños recién adoptados o niños colocados para adopción deberá cumplir con los siguientes requisitos:

(1) Deberá incluir servicios de cuidado de salud para lesiones o enfermedades, lo que incluye el cuidado y tratamiento de defectos y anormalidades congénitas que se hayan diagnosticado por un médico; y

(2) No estará sujeta a ninguna exclusión por condición preexistente.

Artículo 54.060. Requisitos de Notificación

A. En los casos de niños recién nacidos, la organización de seguros de salud o asegurador estará obligada a proveer a las personas cubiertas o asegurados una notificación razonable sobre lo siguiente:

(1) Si para proveer cubierta a un niño recién nacido, según se dispone en este Capítulo, se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, el plan médico podrá exigir que la persona cubierta o asegurado notifique a la organización de seguros de salud o asegurador del nacimiento del niño y que proporcione el pago de los cargos o la prima requeridos a más tardar a los treinta (30) días de la fecha de nacimiento.

(2) Si no se proporciona la notificación y pago descrito en el inciso anterior, la organización de seguros de salud o asegurador podrá optar por no continuar

proporcionándole cubierta al niño más allá del periodo de treinta (30) días. No obstante lo anterior, si a más tardar a los cuatro (4) meses de la fecha de nacimiento del niño la persona cubierta o asegurado emite todos los pagos adeudados, se reinstalará la cubierta del niño.

(3) Si para proveer cubierta a un niño recién nacido no se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, la organización de seguros de salud o asegurador podrá solicitar que se proporcione una notificación del nacimiento del niño, pero no podrá denegar o rehusarse a continuar proveyendo la cubierta si la persona cubierta o asegurado no proporciona dicha notificación.

B. En los casos de niños recién adoptados o niños colocados para adopción, la organización de seguros de salud o asegurador estará obligada a proveer a las personas cubiertas o asegurados una notificación razonable acerca de lo siguiente:

(1) Si para proveer cubierta a un niño recién adoptado o un niño colocado para adopción se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, el plan médico podrá exigirle a la persona cubierta o asegurado que notifique a la organización de seguros de salud o asegurador sobre la adopción o sobre la colocación en un hogar para adopción y que provea el pago de la prima o cargos requeridos a más tardar los treinta (30) días de la fecha en que se requiere que la cubierta comience según lo dispuesto en el Artículo 54.050A(2).

(2) Si la persona cubierta o asegurado no provee la notificación o el pago descrito en el inciso anterior dentro del periodo de treinta (30) días, la organización de seguros de salud o asegurador no podrá tratar al niño adoptado o al niño colocado para adopción de manera menos favorable que a otros dependientes, que no sean niños recién nacidos, para quienes se solicita cubierta en una fecha posterior a la fecha en que el dependiente se hizo elegible a la cubierta.

Capítulo 66 Seguro de Cuidado Prolongado

Artículo 66.010. Título

Este Capítulo se conocerá y podrá citarse como el Capítulo sobre Seguros de Cuidado Prolongado.

Artículo 66.020. Alcance

Los requisitos de este Capítulo aplicarán a las pólizas entregadas o emitidas para entregarse en Puerto Rico en o después de la fecha de vigencia del mismo. No se pretenden sustituir las obligaciones que tienen las entidades sujetas a este Capítulo de cumplir con las disposiciones de otras leyes de seguro aplicables, en la medida en que no conflijan con este Capítulo, salvo que las leyes y reglamentos diseñados para aplicar a las pólizas de seguro suplementario de Medicare no aplicarán a los seguros de cuidado prolongado.

Artículo 66.030. Propósito

El propósito de este Capítulo es promover el interés público y la disponibilidad de pólizas de seguro de cuidado prolongado, proteger a los solicitantes de seguros de cuidado prolongado, según definido, de prácticas de venta o suscripción injustas o engañosas, establecer estándares para los seguros de cuidado prolongado, facilitar el entendimiento del público y la comparación

de pólizas de seguro de cuidado prolongado y facilitar también la flexibilidad y la innovación en el desarrollo de cubiertas de seguro de cuidado prolongado.

Artículo 66.040. Definiciones

Para los fines de este Capítulo:

A. "Certificado" significa todo certificado emitido conforme a una póliza grupal de seguro de cuidado prolongado, cuya póliza se haya entregado o emitido para entregarse en Puerto Rico.

B. "Contrato de seguro de cuidado prolongado cualificado" o "contrato de seguro de cuidado prolongado que cualifique para crédito contributivo federal" significa un contrato de seguro individual o grupal que cumple con los requisitos del Código de Rentas Internas Federal de 1986, según enmendado, de la siguiente manera:

(1) La única protección de seguro que se provee bajo el contrato es la cubierta de servicios de cuidado prolongado establecida según las leyes de contribuciones federales. El contrato no incumplirá con los requisitos de este inciso debido a que se están efectuando pagos a base de periodos de tiempo (por día u otro periodo) sin tomar en consideración los gastos en los que se ha incurrido durante dicho período;

(2) El contrato no dispone que se paguen ni se reembolsen los gastos incurridos por servicios o artículos que sean reembolsables bajo el Título XVIII de la Ley de Seguro Social, según enmendada, o serían reembolsables sólo si se le aplica un monto de deducible o coaseguro. Los requisitos de este inciso no aplican a los gastos que son reembolsables bajo el Título XVIII de la Ley de Seguro Social sólo como pagador secundario. El contrato no incumplirá con los requisitos de este inciso debido a que se están efectuando pagos a base de periodos de tiempo (por día u otro periodo) sin tomar en consideración los gastos en los que se ha incurrido durante dicho período;

(3) Se garantiza que el contrato es renovable, según se define en el Código de Rentas Internas Federal de 1986, según enmendado;

(4) El contrato no dispone un valor de rescate en efectivo u otro tipo de prestación monetaria que se pueda pagar, ceder, pignorar o tomar prestada, excepto según se dispone en el Artículo 66.040 B (1) (e) de este Capítulo;

(5) Toda devolución de primas, y todos los dividendos o montos similares del titular de la póliza, que se realicen conforme al contrato se aplicarán mediante reducciones en las primas futuras o aumentando los beneficios futuros, excepto que un reembolso en caso de muerte del asegurado o una entrega total o cancelación del contrato no podrá exceder el total de primas pagadas conforme el contrato; y

(6) El contrato cumple con las disposiciones de protección al consumidor expuestas en el Código de Rentas Internas Federal de 1986, según enmendado.

"Contrato de seguro de cuidado prolongado cualificado" o "contrato de seguro de cuidado prolongado que cualifique para crédito contributivo federal" también significa la porción de un contrato de seguro de vida que provee cubierta de seguro de cuidado

prolongado mediante una cláusula enmendada o como parte del contrato y que cumple con los requisitos del Código de Rentas Internas Federal de 1986, según enmendado.

C. "Póliza" significa toda póliza, contrato, acuerdo de la persona cubierta, anejo o endoso entregado o emitido para entregarse en Puerto Rico por un asegurador autorizado a mercadear seguros de incapacidad en Puerto Rico.

D. "Seguro de cuidado prolongado" significa:

(1) Toda póliza de seguro o anejo anunciado, mercadeado, ofrecido o diseñado para proveer cubierta por no menos de doce (12) meses consecutivos, a base de gastos incurridos, indemnización, prepago u otro tipo de cubierta; para uno o más servicios de cuidado diagnóstico, preventivo, terapéutico, de rehabilitación, de mantenimiento o personal necesario o médicamente necesario que se provea en cualquier lugar que no sea una unidad de cuidado agudo de un hospital.

(2) El término incluye anualidades grupales e individuales y pólizas de seguro de vida que provean seguro de cuidado prolongado directa o suplementariamente. También incluye pólizas o anejos que dispongan que se paguen beneficios basado en la pérdida de capacidad cognoscitiva o en la pérdida de capacidad funcional. Incluirá también los contratos de seguro de cuidado prolongado que cualifiquen para crédito contributivo federal.

(3) Los seguros de cuidado prolongado pueden ser emitidos por aseguradores autorizados a emitir seguros de incapacidad.

(4) Los seguros de cuidado prolongado no incluirán ninguna póliza de seguro que se ofrezca principalmente para proveer cubierta básica de Medicare suplementario, cubierta básica de gastos de hospital, cubierta básica de gastos médico-quirúrgicos, cubierta de indemnización por hospitalización, cubierta de los gastos médicos mayores, cubierta de ingresos por incapacidad o relacionada con la protección de activos, cubierta solamente para accidentes, cubierta para enfermedades específicas o accidentes específicos o cubierta de salud de beneficios limitados.

(5) Respecto a los seguros de vida, este término no incluye las pólizas de seguro de vida que aceleran el beneficio por muerte específicamente para uno o más de los sucesos calificadores de enfermedad terminal, condiciones médicas que requieran intervención médica extraordinaria o reclusión institucional permanente; que proveen la opción de pago de una suma global por esos beneficios y en que ni los beneficios ni la elegibilidad para los beneficios están condicionados al recibo de cuidado prolongado. No obstante alguna otra disposición de este Capítulo, todo producto anunciado, mercadeado u ofrecido como seguro de cuidado prolongado estará sujeto a las disposiciones de este Capítulo.

E. "Seguro de cuidado prolongado grupal" significa una póliza de seguro de cuidado prolongado que se entrega o se emite para entregarse en Puerto Rico a:

(1) Uno o más patronos u organizaciones laborales, un fideicomiso o los fiduciarios de un fondo establecido por uno o más patronos u organizaciones laborales, o una combinación de éstos, para empleados o ex empleados, o una combinación de

éstos, o para miembros o ex miembros, o una combinación de éstos, de las organizaciones laborales; o

(2) Toda asociación profesional, gremial u ocupacional, para sus miembros presentes, pasados o retirados, o una combinación de éstos, si la asociación:

(a) Se compone de personas que están o estuvieron activos en la misma profesión, gremio u ocupación; y

(b) Se ha mantenido de buena fe para otros propósitos que no sean la obtención de un seguro; o

(3) Una asociación, fideicomiso o los fiduciarios de un fondo establecido, creado o mantenido para el beneficio de miembros de una o más asociaciones. Previo al anuncio, mercadeo u ofrecimiento de la póliza en Puerto Rico, la asociación, o el asegurador de la asociación, radicará evidencia ante el Comisionado de que la asociación desde el comienzo se organizó y se ha mantenido de buena fe para otros propósitos que no sean la obtención de un seguro; ha existido activamente durante al menos un (1) año; y tiene una constitución y estatutos que disponen que:

(a) La asociación lleva a cabo reuniones regulares no menos de una vez al año para promover los propósitos de los miembros;

(b) Salvo en el caso de las cooperativas de ahorros, la asociación cobra cuotas o solicitan contribuciones a los miembros; y

(c) Los miembros tienen derecho al voto y representación en la junta de gobierno y los comités.

Luego de transcurridos treinta (30) días de la radicación, se entenderá que la asociación cumple con los requisitos organizacionales, salvo que el Comisionado determine lo contrario.

(4) Para cualificar como seguro de cuidado prolongado grupal, el asegurador deberá cerciorarse de que se satisfacen los requisitos mínimos de personas cubiertas o asegurados establecidos en el Capítulo 14.010 del Código de Seguros de Puerto Rico.

F. "Solicitante" significa:

(1) En el caso de una póliza de seguro de cuidado prolongado individual, la persona que interesa obtener el seguro.

(2) En el caso de una póliza grupal de seguro de cuidado prolongado, el prospecto tenedor del certificado.

Artículo 66.050. Jurisdicción Extraterritorial—Seguros de Cuidado Prolongado Grupal

No se ofrecerá ninguna cubierta de seguro de cuidado prolongado a un residente de Puerto Rico bajo una póliza grupal emitida en otro estado a un grupo descrito en el Artículo 66.040 E, salvo que el Gobierno de Puerto Rico, o el gobierno de otro estado que tenga requisitos estatutarios y reglamentarios con respecto a los seguros de cuidado prolongado

considerablemente similares a los adoptados en Puerto Rico, haya determinado que se ha cumplido con dichos requisitos.

Artículo 66.060. Estándares de Divulgación y Desempeño para Seguros de Cuidado Prolongado

A. El Comisionado podrá promulgar un reglamento que incluya estándares para una divulgación completa y justa, en la cual se exponga la manera en que se hará la divulgación y su contenido e información requerida para la venta de pólizas de seguro de cuidado prolongado, los términos de renovación, las condiciones iniciales y futuras de elegibilidad, la no duplicidad de disposiciones de cubierta, el seguro de dependientes, las condiciones preexistentes, la cancelación de la póliza, la continuación o conversión, los períodos de espera, las limitaciones, excepciones, reducciones, los períodos de eliminación, los requisitos de reemplazo, las condiciones recurrentes y definiciones de términos.

B. Ninguna póliza de seguro de cuidado prolongado puede:

(1) Cancelarse, no renovarse o darse por terminada debido a la edad o el deterioro de la salud física o mental del asegurado o el tenedor del certificado; ni

(2) Contener una disposición que establezca un nuevo período de espera en caso de que la cubierta existente se convierta o se reemplace por una nueva u otra forma de cubierta dentro de la misma compañía, excepto si se tratare de un aumento en beneficios seleccionado voluntariamente por el asegurado o el tenedor de la póliza grupal; ni

(3) Proveer cubierta sólo para cuidado de enfermería especializada ni proveer significativamente más cubierta para cuidado especializado en una institución que para niveles menores de cuidado.

C. Condiciones preexistentes.

(1) Ninguna póliza o certificado de seguro de cuidado prolongado usará una definición de "condición preexistente" que sea más restrictiva que la siguiente:

> "Condición preexistente significa una condición para la cual se recomendó o recibió atención médica o tratamiento por parte de un proveedor de servicios de cuidado de salud en los seis (6) meses anteriores a la fecha de vigencia de cubierta de una persona asegurada."

(2) Ninguna póliza o certificado de seguro de cuidado prolongado puede excluir de la cubierta una pérdida o reclusión que resulte de una condición preexistente, a menos que la pérdida o reclusión comience dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha de inicio de cubierta del asegurado.

(3) La definición de "condición preexistente" no impide que el asegurador use un formulario de solicitud diseñado para obtener el historial médico completo de un solicitante, y, a base de las respuestas en esa solicitud, asegurar a la persona de acuerdo con los estándares de suscripción establecidos por el asegurador. Salvo como se disponga en la póliza o el certificado, una condición preexistente, independientemente de si se informó en la solicitud, no tiene que cubrirse hasta que venza el período de espera descrito en el apartado C (2). Ninguna póliza o

certificado de seguro de cuidado prolongado podrá excluir o utilizar cláusulas de renuncia o cláusulas de enmienda de ningún tipo para excluir, limitar o reducir la cubierta o los beneficios para enfermedades o condiciones físicas preexistentes específicamente nombradas o descritas más allá del período de espera descrito en el apartado C (2).

D. Hospitalización/institucionalización previa.

(1) No se puede entregar o emitir para entrega en Puerto Rico una póliza de seguro de cuidado prolongado si la póliza:

(a) Condiciona la elegibilidad para un beneficio a un requisito relacionado con la hospitalización previa;

(b) Condiciona la elegibilidad para beneficios provistos en un ambiente de cuidado institucional al recibo de un nivel mayor de cuidado institucional; o

(c) Condiciona la elegibilidad para algún beneficio, que no sea la exención del pago de la prima, los beneficios post-reclusión, post-cuidado agudo o de recuperación, a un requisito de institucionalización previa.

(2) (a) Una póliza de seguro de cuidado prolongado que contenga beneficios post-reclusión, post-cuidado agudo o de recuperación identificará claramente las limitaciones o condiciones, e incluirá la cantidad de días de reclusión requerida en un párrafo aparte de la póliza o el certificado titulado "Limitaciones o condiciones a la elegibilidad para beneficios".

(b) Una póliza de seguro de cuidado prolongado o anejo que condicione la elegibilidad para beneficios no institucionales a que se haya recibido cuidado institucional previo no requerirá una estadía previa de más de treinta (30) días.

(3) Ninguna póliza de seguro de cuidado prolongado o anejo que provea beneficios sólo después de que la persona sea ingresada en una institución condicionará dichos beneficios a que la admisión de la persona a la institución por condiciones similares o relacionadas se efectúe en un período menor de treinta (30) días del alta de dicha institución.

E. El Comisionado podrá adoptar reglamentos que establezcan estándares sobre la razón de pérdida ("loss ratio") para las pólizas de seguro de cuidado prolongado.

F. Derecho a devolución. Los solicitantes de seguro de cuidado prolongado tendrán el derecho a devolver la póliza o el certificado hasta treinta (30) días después de la entrega y a que se les reembolse la prima pagada si, luego de examinar la póliza o el certificado, el solicitante no está satisfecho por el motivo que fuera. Las pólizas y los certificados de seguro de cuidado prolongado tendrán un aviso escrito en un lugar prominente en la primera página o adjunto a ésta que diga en esencia que el solicitante tendrá el derecho a devolver la póliza o el certificado hasta treinta (30) días después de la entrega y a que se le reembolse la prima pagada si, luego de examinar la póliza o el certificado, el solicitante no está satisfecho por el motivo que fuera. Este inciso también aplicará a la denegación de solicitudes. Todo reembolso que deba realizar el asegurador, por

devolución de la póliza o el certificado o por denegación de la solicitud, se tendrá que efectuar a más tardar a los treinta (30) días de la devolución o denegación.

G. Resumen de cubierta.

(1) Se entregará un resumen de cubierta a la persona que posiblemente solicite el seguro de cuidado prolongado al momento de la solicitación inicial. El resumen se proveerá en un documento que atraiga la atención y que destaque su propósito.

(a) El Comisionado determinará un formato estándar, que incluya el estilo, el arreglo y la apariencia general, así como el contenido del resumen de cubierta.

(b) En el caso de la solicitación por parte del productor, éste entregará el resumen de cubierta antes de presentar una solicitud o un formulario de inscripción a la persona.

(2) El resumen de cubierta incluirá:

(a) Una descripción de los principales beneficios y la cubierta provistos en la póliza;

(b) Una enumeración de las principales exclusiones, reducciones y limitaciones que contiene la póliza;

(c) Una exposición de los términos bajo los cuales la póliza o el certificado, o ambos, pueden continuar en vigencia o ser descontinuados, incluida cualquier reserva en la póliza a un derecho a cambiar las primas. Las disposiciones de continuación o de conversión de la cubierta grupal se describirán de manera específica;

(d) Una declaración en la que se indica que la cubierta es sólo un resumen, no un contrato de seguro, y que la póliza o póliza matriz grupal contiene las disposiciones contractuales vigentes;

(e) Una descripción de los términos según los cuales puede devolverse la póliza o el certificado y reembolsarse las primas;

(f) Una breve descripción de la relación entre el costo de cuidado y los beneficios; y

(g) Una declaración que informe al tenedor de la póliza o el certificado si la póliza es un contrato de seguro de cuidado prolongado cualificado o que cualifique para crédito contributivo federal.

H. Un certificado emitido de conformidad con una póliza de seguro de cuidado prolongado grupal cuya póliza se entregue o se emita para ser entregada en Puerto Rico incluirá:

(1) Una descripción de los principales beneficios y la cubierta provistos en la póliza;

(2) Una enumeración de las principales exclusiones, reducciones y limitaciones que contiene la póliza; y

(3) Una declaración en la que se indica que la póliza matriz grupal determina las disposiciones contractuales vigentes.

I. Si se aprueba una solicitud para un contrato de seguro de cuidado prolongado, el asegurador entregará la póliza o certificado de seguro al solicitante a más tardar los treinta (30) días de la fecha de aprobación.

J. En el caso de una póliza de seguro de vida individual que provee beneficios de cuidado prolongado, al momento de la entrega de la póliza se entregará un resumen de dichos beneficios, sea como parte de la póliza o mediante un anejo. Además de cumplir con todos los requisitos aplicables, el resumen incluirá:

(1) Una explicación de cómo el beneficio de cuidado prolongado interactúa con otros componentes de la póliza, incluidas las deducciones de los beneficios por muerte;

(2) Una ilustración de la cantidad de beneficios, la duración de los beneficios y los beneficios de por vida garantizados, si alguno, para cada persona cubierta o asegurado;

(3) Todas las exclusiones, reducciones y limitaciones a los beneficios de cuidado prolongado;

(4) Una declaración indicando que cualquier opción de protección de inflación de cuidado prolongado no está disponible bajo la póliza;

(5) Si fuera aplicable al tipo de póliza, el resumen también incluirá:

(a) Una divulgación de los efectos de ejercer otros derechos conforme a la póliza;

(b) Una divulgación de las garantías relacionadas con los costos del seguro del cuidado prolongado; y

(c) Los beneficios máximos que se proveen actualmente y que se proyecta que se proveerán en el futuro, mientras viva el asegurado.

K. Si el beneficio de cuidado prolongado que se está pagando se financia mediante la aceleración de los beneficios por muerte de un seguro de vida, se le proveerá un informe mensual al tenedor de la póliza o el certificado. El informe incluirá:

(1) Todos los beneficios de cuidado prolongado pagados durante el mes;

(2) Una explicación de todos los cambios en la póliza, como por ejemplo, los beneficios por muerte o el valor en efectivo de la póliza, debido a los beneficios de cuidado prolongado que se están pagando; y

(3) Los beneficios de cuidado prolongado existentes o restantes.

L. Si se deniega una reclamación conforme a un contrato de seguro de cuidado prolongado, el asegurador, o un representante del mismo, a más tardar los sesenta (60) días de la fecha de la solicitud por escrito del tenedor de la póliza o el certificado:

(1) Proveerá una explicación por escrito de los motivos de la denegación; y

(2) Tendrá disponible toda la información directamente relacionada con la denegación.

M. Toda póliza o anejo que se anuncie, mercadee u ofrezca como seguro de cuidado prolongado o de hogar de envejecientes cumplirá con las disposiciones de este Capítulo.

Artículo 66.070. Período de Incontestabilidad

A. Si la póliza o certificado ha estado vigente por menos de seis (6) meses, el asegurador podrá rescindir la póliza o el certificado de seguro de cuidado prolongado o denegar una reclamación de seguro de cuidado prolongado que de otro modo sería válida, si puede probar que hubo falsa representación material para la aceptación del riesgo o para el peligro asumido por el asegurador.

B. Si la póliza o certificado ha estado vigente por más de seis (6) meses pero menos de dos (2) años, el asegurador podrá rescindir dicha póliza o certificado de seguro, denegar una reclamación de seguro de cuidado prolongado, que de otro modo sería válida, si puede probar que hubo falsa representación que es material para la aceptación del riesgo y está relacionada con la condición para la cual se reclaman los beneficios.

C. Luego que la póliza o certificado haya estado vigente por más de dos (2) años, no se podrá contestar sobre la única base de una alegación de falsa representación, sino que será necesario demostrar que el asegurado a sabiendas e intencionalmente hizo representaciones falsas con respecto a su estado de salud.

D. Los terceros administradores podrán emitir pólizas o certificados de seguro de cuidado prolongado sin la evaluación de la oficina principal del asegurador, si la remuneración del productor o tercero administrador no estuviese basada en la cantidad de pólizas o certificados que emita. Para propósitos de este Artículo, "sin la evaluación de la oficina principal del asegurador" significa una póliza o un certificado emitido por un tercero administrador de conformidad con la autoridad para asegurar, otorgada por un asegurador a este tercero administrador y siguiendo las pautas para asegurar establecidas por el asegurador.

E. Si un asegurador ha pagado beneficios bajo la póliza o el certificado de seguro de cuidado prolongado, el asegurador no podrá recuperar los pagos de beneficios en el caso que se rescinda la póliza o el contrato.

F. En caso de muerte del asegurado, este Artículo no aplicará al beneficio por muerte restante de una póliza de seguro de vida que acelere beneficios para cuidado prolongado. En esta situación, los beneficios por muerte restantes bajo estas pólizas serán regidos por las disposiciones legales aplicables a los seguros de vida. En todas las demás situaciones, este Artículo aplicará a las pólizas de seguro de vida que aceleren beneficios para cuidado prolongado.

Artículo 66.080. Beneficios de No Caducidad

A. Excepto lo dispuesto en el apartado B, no se podrá entregar o emitir para entrega en Puerto Rico una póliza de seguro de cuidado prolongado, salvo que al tenedor de la póliza o del certificado se le ofrezca la opción de comprar una póliza o un certificado que incluya un beneficio de no caducidad. La oferta de un beneficio de no caducidad puede ser mediante un anejo a la póliza. En el caso que el tenedor de la póliza o del certificado no acepte el beneficio de no caducidad, el asegurador proveerá un beneficio contingente sobre caducidad que estará disponible por un período de tiempo específico luego de que haya un aumento considerable en las primas.

B. Cuando se emite una póliza de seguro de cuidado prolongado grupal, la oferta requerida en el apartado A se hará al tenedor de la póliza grupal.

C. El Comisionado promulgará un reglamento que especifique el tipo o los tipos de beneficios de no caducidad que se ofrecerán como parte de las pólizas y los certificados de seguro de cuidado prolongado, los estándares para los beneficios de no caducidad y las reglas respecto al beneficio contingente sobre caducidad, que incluya una determinación del período de tiempo específico durante el cual estará disponible un beneficio contingente sobre caducidad y el aumento considerable en el precio de las primas que provoca un beneficio contingente sobre caducidad, según descrito en el apartado A.

Artículo 66.090. Requisitos de Adiestramiento a Productores

A. Se deberán satisfacer los siguientes requisitos relacionados con la venta, ofrecimiento o negociación de seguros de cuidado prolongado:

(1) Una persona no podrá vender, ofrecer o negociar seguros de cuidado prolongado a menos que posea licencia de productor de seguros para gestionar seguros de incapacidad y haya completado el curso de adiestramiento requerido. El adiestramiento cumplirá con los requisitos expuestos en el apartado B.

(2) Una persona que ya posea licencia y venda, ofrezca y negocie seguros de cuidado prolongado en la fecha de vigencia de este Capítulo no podrá continuar vendiendo, ofreciendo o negociando seguros de cuidado prolongado, a menos que la persona complete el curso de adiestramiento requerido, según expuesto en el Apartado B, a más tardar un (1) año de la fecha de vigencia de este Capítulo.

(3) Además del adiestramiento requerido en los incisos (1) y (2), una persona que venda, ofrezca o negocie seguros de cuidado prolongado completará los adiestramientos continuos dispuestos en el Apartado B.

(4) Los requisitos de adiestramiento del Apartado B pueden aprobarse como cursos de educación continua conforme a la Regla 52 del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico.

B. El curso de adiestramiento requerido por este Artículo durará no menos de ocho (8) horas y el adiestramiento continuo durará no menos de (4) horas cada veinticuatro (24) meses.

El adiestramiento consistirá de temas relacionados con los seguros de cuidado prolongado, servicios de cuidado prolongado y, si fuera aplicable, los programas de alianzas para el cuidado prolongado establecidos según las leyes estatales, los cuales incluirán, entre otros:

(1) Los reglamentos y requisitos estatales y federales y la relación entre los programas de alianzas para el cuidado prolongado establecidos según las leyes estatales y las demás cubiertas públicas y privadas de servicios de cuidado prolongado, incluido Medicaid;

(2) Los servicios prolongados y los proveedores disponibles;

(3) Los cambios o las mejoras a los servicios de cuidado prolongado o proveedores;

(4) Las alternativas a la compra de seguros de cuidado prolongado privados;

(5) El efecto de la inflación en los beneficios y la importancia de la protección contra la inflación; y

(6) Los estándares y directrices de idoneidad de consumidores.

El adiestramiento requerido por este Artículo no incluirá el adiestramiento específico del asegurador o de un producto de la compañía o que incluya información, materiales o adiestramientos sobre ventas o mercadeo, distintos a los requeridos por la ley estatal o federal.

C. Los aseguradores sujetos a este Capítulo obtendrán la verificación de que un productor recibió el adiestramiento requerido por este Artículo antes de permitirle vender, ofrecer, o negociar los productos de seguro de cuidado prolongado del asegurador; mantendrán los expedientes según los requisitos estatales de retención de expedientes y tendrán esa verificación disponible para el Comisionado, de ser requerida. Los aseguradores sujetos a este Capítulo mantendrán los expedientes relacionados con el adiestramiento de sus productores sobre la distribución de sus pólizas participantes en el programa de alianza, si aplica, de forma que le permita al Comisionado proveer garantía a la agencia estatal de Medicaid de que los productores hayan recibido el adiestramiento descrito en este Artículo y que los productores hayan demostrado un entendimiento de las pólizas participantes en el programa de alianza, si aplica, y su relación con las cubiertas de cuidado prolongado públicas y privadas, incluido Medicaid, en Puerto Rico. Estos expedientes se mantendrán de conformidad con los requisitos estatales de retención de expedientes y se tendrán disponibles para el Comisionado, de ser requeridos.

D. Completar estos requisitos de adiestramiento en cualquier estado equivaldrá a haber cumplido con los requisitos de adiestramiento en Puerto Rico.

Artículo 66.100. Autoridad para Promulgar Reglamentos

El Comisionado emitirá reglamentos razonables para fomentar el uso de primas adecuadas y proteger al tenedor de la póliza o certificado en caso de un aumento considerable en las tarifas, y para establecer estándares mínimos de educación de los productores, de prácticas de mercadeo, de compensación a los productores, de evaluación a los productores, de sanciones y de notificación de las prácticas para los seguros de cuidado prolongado.

El Comisionado emitirá reglamentos razonables para fomentar el uso de primas adecuadas y proteger al tenedor de la póliza o certificado en caso de un aumento considerable en las tarifas, y para establecer estándares mínimos de educación de los productores, de prácticas de mercadeo, de compensación a los productores, de evaluación a los productores, de sanciones y de notificación de las prácticas para los seguros de cuidado prolongado.

Artículo 66.130. Sanciones

Además de alguna otra penalidad que se disponga en las leyes de Puerto Rico, incluyendo el Código de Seguros de Puerto Rico, todo asegurador y todo productor hallado culpable de violar algún requisito de Puerto Rico relacionado con la regulación de los seguros de cuidado prolongado o del mercadeo de dichos seguros, estará sujeto a una multa que será la mayor entre las siguientes cantidades: hasta tres (3) veces el monto pagado en comisiones por cada póliza involucrada en la violación o hasta $10,000."

Sección 2.- Esta Ley comenzará a regir ciento ochenta (180) días después de su aprobación.