

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

17^{ma.} Asamblea
Legislativa

1^{ra.} Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. del S. 610

13 de mayo de 2013

Presentado por los señores *Bhatia Gautier, Dalmau Santiago, Torres Torres*; la señora *López León*; los señores *Fas Alzamora, Nadal Power, Rosa Rodríguez*; la señora *González López*; los señores *Nieves Pérez, Pereira Castillo, Rivera Filomeno, Rodríguez González, Rodríguez Otero, Rodríguez Valle, Ruíz Nieves, Suárez Cáceres, Tirado Rivera y Vargas Morales*

Referido a la Comisión de Salud y Nutrición

LEY

Para enmendar los Artículos, 2.030, 2.050, 4.060, 4.070, 6.030, 6.040, 6.050, 6.060, 6.070, 6.080, 6.090, 6.100, 8.020, 8.030, 8.040, 8.050, 8.070, 8.100, 8.120, 8.130, 8.150, 22.010, 22.040, 22.060, 22.070, 22.080, 22.090 y 22.100; derogar los Artículos 4.110, 8.090 y 8.110; y proceder con la reenumeración correspondiente de la Ley 194-2011, según enmendada, conocida como el “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”; a los fines de aclarar el texto o el alcance de diversos términos; atemperar y conformar dicho Código a las leyes federales aplicables; añadir condiciones bajo las cuales se puede dar el cambio del formulario de medicamento; hacer más eficientes las auditorías para reducir el término disponible para reprogramarlas; permitir que el Comisionado de Seguros disponga por carta normativa el listado de la información que debe tener el consentimiento del paciente para las auditorías; los criterios para los ajustes de las tarifas y de la cubierta de los planes básicos y estándar; eliminar el requisito de solicitar dispensas relacionadas a los planes médicos para patronos de PYMES; requerir la presentación al Comisionado de las tarifas; proveer para disposiciones transitorias en lo que se implementa el Capítulo 8 del Código de Seguros de Salud; eliminar las disposiciones relacionadas al Comité de Planes Médicos; eliminar el Programa de Reaseguro y las funciones de la Junta Directiva del Programa de Reaseguro y asignárselas al Comisionado; y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Con la aprobación de la Ley 194-2011 se adoptó el Código de Seguros de Salud a los fines de actualizar el marco regulatorio de la industria de seguros de salud y los planes médicos, así como establecer disposiciones reglamentarias que fueran cónsonas con las disposiciones de la legislación federal vigente y aplicable.

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.

Debido a la complejidad, importancia y dinamismo de la industria de los seguros de salud, esta Asamblea Legislativa ha determinado conveniente aprobar, por fases, el nuevo Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. Sin embargo, hemos identificado la necesidad de realizar unas enmiendas a algunos de los capítulos aprobados en la fase 1 de la Ley 194-2011. Con estas enmiendas se procura adaptar dicha ley a la legislación federal aplicable; eliminar las disposiciones que le confieren al Comisionado de Seguros jurisdicción para fiscalizar los programas de incentivos o bonificaciones de medicamentos que establecen entre otros, las farmacéuticas; hacer más eficiente el proceso de las auditorías a los proveedores; eliminar la estructura de “Asegurador que asume riesgos de patronos de PYMES” y de “Asegurador-Reasegurador”; eliminar el Comité de Planes Médicos y otorgarle las funciones de este Comité al Comisionado de Seguros; y eliminar la estructura del Programa de Reaseguro que actualmente no se ajusta al mercado de aseguradores de salud en Puerto Rico, así como la Junta Directiva del mismo, entre varios propósitos.

Estas enmiendas resultan necesarias para implementar adecuadamente y con prontitud las disposiciones del Código de Seguro de Salud de Puerto Rico y para cumplir con las regulaciones federales pertinentes. Asimismo, la adopción de estas enmiendas proveerán una reglamentación

de la industria de seguros en beneficio y protección de los pacientes y en muchos casos de los proveedores de seguros de salud. Todo ello, en armonía con la política pública de mejorar y reformar el sistema de seguros de salud de Puerto Rico para garantizar un mayor acceso a servicios de salud de eficiencia y de alta calidad.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

1 Artículo 1.- Se enmienda el Artículo 2.030 de la Ley 194-2011, según enmendada, para
2 que lea como sigue:

3 “Artículo 2.030 Definiciones

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

7 A. ...

8 B. ...

9 C. ...

10 D. ...

11 E. ...

12 F. ...

13 G. ...

14 (1) ...

15 (2) ...

16 (3) ...

17 (4) *Hijastros;*

1 **[(4)]** (5) Hijos de crianza que han vivido desde su infancia bajo el mismo techo
2 con el asegurado principal, en una relación de padre [/] , madre e hijo [/] o
3 hija, y que es y continuará siendo totalmente dependiente de la familia del
4 asegurado principal para recibir alimento, según se establece en el Artículo
5 16.330 del Código de Seguros de Puerto Rico;

6 **[(5)]** (6) ...

7 **[(6)]** (7) ...

8 **[(7)]** (8) ...

9 **[(8)]** (9) ...

10 H. ...

11 I. ...

12 J. ...

13 K. ...

14 L. ...

15 M. ...

16 N. ...

17 O. ...

18 P. ...

19 Q. ...

1 R. ...

2 S. ...

3 T. ...

4 U. *“Proveedor de cuidado primario” significa el proveedor participante que tenga a*
5 *su cargo, por designación de una organización de seguros de salud asegurador, la*
6 *supervisión, coordinación y suministro de cuidado inicial o de seguimiento de la*
7 *persona cubierta o asegurados.”*

8 [U.] V. ...

9 [V.] W. ...

10 [W.] X. ...

11 [X.] Y. ...

12 [Y.] Z. ...

13 [Z.] AA. ...

14 [AA.] BB. ...”

15 Artículo 2.- Se enmienda el Artículo 2.050 de la Ley 194-2011, según enmendada, para
16 que lea como sigue:

17 “Artículo 2.050. Conformidad con Leyes Federales

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

1 A. ...

2 B. ...

3 C. Todo asegurador u organización de seguros de salud que provea planes médicos
4 individuales o grupales deberá, por lo menos, proveer cubierta y no impondrá requisitos
5 de compartir costos (“cost-sharing”) con respecto a los siguientes servicios de cuidado
6 preventivo[:] , *siempre y cuando la persona cubierta los reciba de un proveedor*
7 *participante.*

8 (1) ...

9 (2) ...

10 (3) ...

11 (4) ...

12 D. ...

13 (1) ...

14 (2) ...

15 (3) ...

16 (4) ...

17 (5) ...

18 (6) ...

1 (7) Servicios pediátricos, incluyendo la vacuna contra el virus sincitial
2 respiratorio y la vacuna contra el cáncer cervical, *servicios de salud de visión y*
3 *dental.*

4 (8) *Cubierta de medicamentos*

5 (9) *Servicios de habilitación y rehabilitación*

6 (10) *Servicios preventivos y de bienestar, así como de manejo de enfermedades*
7 *crónicas.*

8 **[8]** (11) ...

9 E. ...

10 F. ...

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

19 Además, la organización de seguros de salud o asegurador puede requerir que el
20 proveedor de cuidado primario inicie los trámites de referido para cuidado especializado
21 y continúe supervisando los servicios de cuidado de la salud ofrecidos a la persona
22 cubierta o asegurado.

1 H. ...

2 I. ...

3 J. *Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores no podrán rescindir o*
4 *dar por resuelto un plan médico, tanto para personas individuales como para grupos de*
5 *personas, luego de que la persona asegurada esté cubierta bajo el plan médico, excepto*
6 *en casos que involucren fraude o una tergiversación intencional de datos sustanciales de*
7 *parte de la persona asegurada o de la persona solicitando un plan médico a nombre de*
8 *otra persona. La organización de seguros de salud o asegurador que desee rescindir o*
9 *dar por resuelta una cobertura de un plan médico deberá proporcionar un aviso, con por*
10 *lo menos treinta (30) días de anticipación, a cada suscriptor del plan médico o, el*
11 *suscriptor primario en el caso de planes médicos individuales, que se pueda ver afectado*
12 *por la propuesta rescisión de la cubierta.*

13 K. *Las organizaciones de seguros de salud y aseguradores de planes médicos*
14 *individuales y de patronos PYMES deberán utilizar directamente:*

15 1. *al menos un 80% de las primas en proveer cuidado de salud y para el*
16 *mejoramiento de la calidad del cuidado de salud que recibe el asegurado.*

17 2. *al menos un 85% a los aseguradores de grupos grandes de las primas en*
18 *proveer cuidado de salud y para el mejoramiento de la calidad del*
19 *cuidado de salud que recibe el asegurado. Los grupos grandes son grupos*
20 *que tienen cincuenta (50) empleados o miembros y que en el 2016 tendrán*
21 *más de cien (100) empleados o miembros.*

1 (a) Todas las personas cubiertas o asegurados [**y a las farmacias**
 2 **participantes a más tardar la fecha de efectividad del cambio.]**

3 y

4 (b) *a las farmacias participantes solamente si el cambio implica la*
 5 *inclusión de nuevos medicamentos de receta en el formulario.”*

6 Artículo 4.- Se enmienda el Artículo 4.070 de la Ley 194-2011, según enmendada, para
 7 que lea como sigue:

8 Artículo 4.070. Requisitos y Procedimientos para la **[Aprobación]** *Solicitud* de
 9 Excepciones Médicas

10 A. ...

11 B. ...

12 C. ...

13 D. ...

14 (2) (a) ...

15 (i) La persona cubierta o asegurado tendrá, *por un término de*
 16 *treinta (30) días*, derecho al suministro del medicamento de
 17 receta objeto de la solicitud [**hasta por treinta (30) días**]; y
 18 *según el suministro sea solicitado o prescrito, o en caso de*
 19 *terapia escalonada, por los términos que disponga la*
 20 *cubierta*

21 (ii) ...

1 (b) ...

2 E. ...

3 F. ...

4 G. ...

5 [I.] H. ...”

6 Artículo 5.- Se deroga el Artículo 4.110 de la Ley 194-2011, según enmendada.

7 Artículo 6.- Se enmienda el Artículo 6.030 de la Ley 194-2011, según enmendada, para

8 que lea como sigue:

9 “Artículo 6.030. Definiciones

10 Para los fines de este Capítulo:

11 A. ...

12 B. “Auditoría de reclamaciones” significa el proceso para determinar si la
13 información en el expediente **[médico]** *clínico* del reclamante corresponde a los
14 servicios de cuidado de la salud que figuran en la reclamación presentada a la
15 organización de seguros de salud o asegurador. La auditoría de reclamaciones no
16 comprende la revisión de la necesidad médica, ni de la razonabilidad de los cargos
17 cobrados por los servicios.

18 C. ...

19 D. ...

20 E. ...

1 F. ...

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

7 H. ...

8 I. ...

9 J. ...”

10 Artículo 7.- Se enmienda el Artículo 6.040 de la Ley 194-2011, según enmendada, para
11 que lea como sigue:

12 “Artículo 6.040. Aplicabilidad y Alcance

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

19 A. ...

20 B. ...

1 C. tomarán las medidas correctivas correspondientes de manera expedita de
2 observarse alguna conducta indebida por parte del auditor, *del proveedor o de quien éste*
3 *designe como coordinador de la auditoría.”*

4 Artículo 8.- Se enmienda el Artículo 6.050 de la Ley 194-2011, según enmendada, para
5 que lea como sigue:

6 “Artículo 6.050. Cualificaciones de los Auditores y de los Coordinadores de Auditorías
7 de Proveedores

8 A. ...

9 (1) ...

10 (2) ...

11 (3) ...

12 (4) ...

13 (5) ...

14 (6) la terminología médica y la codificación bajo códigos *actualizados*, tales
15 como ICD-[9] 10, CPT y HCPCS, *según sean éstos subsiguientemente*
16 *revisados y actualizados.*

17 B. ...

18 C. ...

19 D. ...

20 E. ...”

1 Artículo 9.- Se enmienda el Artículo 6.060 de la Ley 194-2011, según enmendada, para
2 que lea como sigue:

3 “Artículo 6.060. Notificación de la Auditoría

4 A. ...

5 B. ...

6 C. La auditoría de reclamaciones puede requerir el uso de alguna documentación o el
7 examen del expediente [médico] *clínico* del paciente, así como cualquier otra
8 documentación médica [y/o] *o* clínica. El propósito principal de la documentación
9 contenida en un expediente [médico] *clínico* es asegurar la continuidad del
10 cuidado del paciente. Por lo tanto, el uso de los expedientes del paciente para
11 propósitos de auditoría estará siempre subordinado a su uso para el cuidado del
12 paciente.

13 D. Toda intención de realizar una auditoría de las reclamaciones presentadas a las
14 organizaciones de seguros de salud o aseguradores comenzará con la debida
15 notificación al proveedor. El auditor de reclamaciones cualificado enviará la
16 notificación al proveedor en un término que no excederá de seis (6) meses del
17 recibo de la reclamación final por parte de la organización de seguros de salud o
18 asegurador. Al recibir la notificación, el proveedor tendrá treinta (30) días
19 *calendario* para responder y proveerá un itinerario para la auditoría. El auditor
20 cualificado completará la auditoría a más tardar los treinta y seis (36) meses del
21 recibo por la organización de seguros de salud o asegurador de la reclamación
22 final. Cada una de las partes tomará previsiones razonables ante la eventualidad

1 de que alguna de éstas no pueda cumplir con el itinerario. La organización de
2 seguros de salud o asegurador no solicitará, ni aceptará ninguna auditoría después
3 de haber transcurrido treinta y seis (36) meses de la fecha del recibo de la
4 reclamación final. Disponiéndose, que no se interpretará que el término treinta y
5 seis (36) meses para completar la auditoría dejará sin efecto aquellos términos
6 menores que para los mismos propósitos se hayan acordado mediante libre
7 contratación.

8 E. ...

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

11 (1) ...

12 (2) ...

13 (3) ...

14 (4) ...

15 (5) el número del expediente [**médico**] *clínico* y el número de cuenta del
16 paciente del proveedor, si se conocen; y

17 (6) ...

18 G. Los proveedores que no puedan tramitar la solicitud de auditoría conforme a las
19 disposiciones aquí establecidas, explicarán, en un término máximo de treinta (30)
20 días calendario, la razón por la cual no pueden atender la solicitud. Se anejará a la
21 referida explicación, *la recomendación de una* fecha alterna para realizar la
22 auditoría, la cual no excederá de [**sesenta (60)**] *cuarenta (40)* días a partir de la

1 fecha originalmente establecida para la realización de la misma. Los auditores
2 deberán agrupar las auditorías para maximizar la eficiencia, cuando sea factible.

3 H. ...”

4 Artículo 10.- Se enmienda el Artículo 6.070 de la Ley 194-2011, según enmendada, para
5 que lea como sigue:

6 “Artículo 6.070. Coordinadores de Auditorías de Proveedores

7 A. ...

8 (1) Programar la auditoría *para que pueda llevarse a cabo en horas*
9 *laborables;*

10 (2) ...

11 (3) asegurar que el expediente [**médico**] *clínico* incluye la declaración de la
12 condición de admisión del paciente;

13 (4) ...

14 (5) ...

15 (6) ...

16 (7) ...

17 (8) ...

18 (9) ...

19 (10) ...

20 (11) ...

1 (12) ...”

2 Artículo 11.- Se enmienda el Artículo 6.080 de la Ley 194-2011, según enmendada, para
3 que lea como sigue:

4 “Artículo 6.080. Condiciones y Programación de las Auditorías

5 A. ...

6 (1) ...

7 (2) ...

8 (3) ...

9 (4) ...

10 (5) el proveedor tendrá [**sesenta (60)**] *cuarenta (40)* días *calendario* para
11 responder a los hallazgos, después de lo cual se considerará que la
12 auditoría es final;

13 (6) ...

14 (7) ...

15 (8) ...”

16 Artículo 12.- Se enmienda el Artículo 6.090 de la Ley 194-2011, según enmendada, para
17 que lea como sigue:

18 “Artículo 6.090. Confidencialidad y Autorizaciones

19 A. ...

20 B. ...

1 C. La persona que realice la auditoría de reclamaciones o el proveedor obtendrá la
2 autorización, la cual deberá incluir **[por lo menos, la siguiente información:]** *la*
3 *información que disponga el Comisionado mediante Carta Normativa.*

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

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

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

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

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

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

16 D. ...

17 E. ...

18 F. ...”

19 Artículo 13.- Se enmienda el Artículo 6.100 de la Ley 194-2011, según enmendada, para
20 que lea como sigue:

1 “Artículo 6.100. Documentación

2 A. ...

3 (1) ...

4 (2) ...

5 (3) los servicios fueron prestados según el plan de tratamiento de un médico.

6 Si corresponde, el personal profesional puede proveer suministros o seguir

7 los procedimientos conforme a las políticas y procedimientos de la

8 institución, o las normas de las juntas de práctica profesional. Muchos

9 procedimientos podrían incluir artículos que no constan específicamente

10 en el expediente [**médico**] *clínico* pero se disponen en las políticas

11 médicas o clínicas. Dichas políticas se revisarán, aprobarán y

12 documentarán, según lo requiere la Comisión Conjunta de Acreditación de

13 Organizaciones de Cuidado de la Salud ("Joint Commission on

14 Accreditation of Healthcare Organizations") u otra agencia acreditadora.

15 Las políticas estarán disponibles para los auditores.

16 B. El expediente [**médico**] *clínico* contiene información clínica sobre los

17 diagnósticos, tratamientos y resultados, y no es un documento de facturación. En

18 general, el expediente [**médico**] *clínico* del paciente contiene información

19 relacionada con el cuidado del paciente y no tiene que proveer constancia de cada

20 cargo individual que aparece en la factura del paciente. Podría existir algún otro

21 tipo de documentación firmada donde figuren los servicios prestados al paciente

22 en los departamentos auxiliares del proveedor, tal como las bitácoras de

1 tratamiento, registros diarios, boletas individuales de servicio o de órdenes y otros
2 documentos.

- 3 C. Los auditores podrán revisar varios otros documentos para determinar la validez
4 de los cargos y aceptarán estas fuentes de información como evidencia razonable
5 de la prestación de los servicios al paciente, según fueron ordenados por un
6 médico. Los proveedores se deben asegurar de que existan políticas y
7 procedimientos adecuados en los que se especifiquen la documentación y las
8 autorizaciones que deben incluirse en el expediente [**médico**] *clínico*, los registros
9 y bitácoras suplementarias. Estos procedimientos, además, deberán especificar
10 que los servicios suministrados a los pacientes fueron prestados y ordenados
11 debidamente. En caso de que la documentación provenga de fuentes alternas al
12 expediente [**médico**] *clínico*, será responsabilidad del proveedor notificar al
13 auditor sobre la situación y facilitar el acceso a dichas fuentes.”

14 Artículo 14.- Se enmienda el Artículo 8.020 de la Ley 194-2011, según enmendada, para
15 que lea como sigue:

16 “Artículo 8.020. Propósito

17 El propósito de este Capítulo es promover la disponibilidad de planes médicos para los
18 patronos de PYMES, independientemente de la condición de salud o experiencia de
19 reclamaciones de su grupo de empleados; prevenir prácticas de tarificación abusivas; prevenir la
20 segmentación del mercado de planes médicos a base del riesgo de salud; [**esparcir el riesgo de**
21 **los planes médicos de manera más amplia**]; requerir la divulgación de las prácticas de
22 tarificación a los compradores de planes médicos; establecer reglas con respecto a la renovación de
23 los planes médicos; limitar el uso de las exclusiones por condiciones preexistentes; proveer para

1 el desarrollo de planes médicos ‘básico’ y ‘estándar’, para ser ofrecidos a todos los patronos de
2 PYMES; **[disponer el establecimiento de un Programa de Reaseguro]**; y mejorar la equidad y
3 eficiencia general del mercado de planes médicos para grupos pequeños. *Este Capítulo se regirá*
4 *y será interpretado para que no conflija con las disposiciones reglamentarias del “Patient*
5 *Protection and Affordable Care Act”, según sean expedidas por las agencias reguladoras*
6 *federales.”*

7 Artículo 15.- Se enmienda el Artículo 8.030 de la Ley 194-2011, según enmendada, para
8 que lea como sigue:

9 “Artículo 8.030. Definiciones

10 Para los fines de este Capítulo:

11 A. ...

12 B. ‘Área geográfica de servicio’ significa un área geográfica, según **[aprobada]**
13 *constituida y delineada* por el Comisionado *mediante carta normativas a tales*
14 *finés* **[, en el cual se autoriza al asegurador a proveer cubierta bajo las**
15 **disposiciones de este Capítulo]**. El asegurador deberá dar estricto cumplimiento
16 a lo dispuesto en la Ley 194-2000, según enmendada, en especial al Artículo 6(b)
17 relacionado a todas las áreas geográficas de servicio en las cuales esté autorizado
18 a proveer cubierta.

19 C. ...

20 **[D. ‘Asegurador que asume riesgo’ significa un asegurador de patronos de**
21 **PYMES cuya solicitud para ofrecer y proveer planes médicos a uno o más**

1 patronos de PYMES en Puerto Rico es aprobada por el Comisionado a tenor
2 con este Capítulo.]

3 [E. ‘Asegurador-reasegurador’ significa un asegurador de patronos de PYMES
4 que participa del Programa de Reaseguro establecido por virtud de este
5 Capítulo.]

6 [F.] *D.* ...

7 [G. ‘Comité’ significa el Comité de Planes Médicos creado a tenor con este
8 Capítulo.]

9 [H.] *E.* ...

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

14 (1) El cónyuge;

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

17 (3) Un hijo biológico, hijo adoptivo o colocado para adopción que,
18 independientemente de su edad, no pueda sostenerse a sí mismo por
19 razón de incapacidad mental o física existente antes de cumplir los
20 veintiséis (26) años, a tenor con lo dispuesto en la Ley Pública 111-
21 148, conocida como “Patient Protection and Affordable Care Act”, la
22 Ley Pública 111-152, conocida como “Health Care and Education

1 **Reconciliation Act” y los reglamentos promulgados al amparo de**
2 **éstas;**

3 **(4) Hijastros;**

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

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

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

13 **(8) Familiar del empleado o su cónyuge mientras viva**
14 **permanentemente bajo el mismo techo del empleado y dependa**
15 **sustancialmente de éste para su sustento, quienes podrán ser**
16 **clasificados en la categoría de dependientes opcionales o**
17 **colaterales, según este término es comúnmente aceptado y definido**
18 **en el mercado de los seguros de salud;**

19 **(9) Padre y madre del asegurado principal, o los de su cónyuge,**
20 **aunque no vivan bajo el mismo techo, quienes podrán ser**
21 **clasificados en la categoría de dependientes opcionales o**

1 **colaterales, según este término es comúnmente aceptado y definido**
2 **en el mercado de los seguros de salud.]**

3 [J.] *F.* ...

4 [K.] *G.* ...

5 [L.] *H.* ...

6 [M.] *I.* ...

7 [N.] *J.* ...

8 [O. **‘Junta’ significa la Junta de Directores del Programa de Reaseguro para los**
9 **Patronos de PYMES creado en este Capítulo.]**

10 [P.] K. ‘Patrono de pequeña y mediana empresa (PYMES)’ significa toda persona, firma,
11 corporación, sociedad, asociación, con o sin fines de lucro, que haya empleado
12 durante al menos el cincuenta (50) por ciento de sus días laborables del año
13 natural anterior, al menos dos (2), pero no más de cincuenta (50) empleados
14 elegibles. Al determinar el número de empleados elegibles, las compañías que
15 sean afiliadas, o que sean elegibles para presentar una planilla de impuestos
16 combinada para propósitos de tributación en Puerto Rico, se considerarán un solo
17 patrono. Después de emitido el plan médico y con el propósito de determinar la
18 continuidad de la elegibilidad, el tamaño de dicho patrono de PYMES se
19 determinará anualmente. *A partir del 1 de enero de 2016 o sujeto a las*
20 *disposiciones de la reglamentación relacionada con la ley federal “Patient*
21 *Protection and Affordable Care Act”, el patrono PYMES cubrirá a empresas que*
22 *tengan hasta 100 empleados.*

1 [Q.] L. ...

2 [R.] M....

3 [S.] N. ...

4 [T.] O. ...

5 [U.] P. ...

6 [V.] Q. ‘Plan médico básico’ significa un plan médico de menor costo desarrollado [**por**
7 **el Comité de Planes Médicos**] de conformidad con este Capítulo y *según sean*
8 *definidos por la reglamentación adoptada bajo las disposiciones de la ley federal*
9 *“Patient Protection and Affordable Care Act”.*

10 [W.] R. ‘Plan médico estándar’ significa un plan médico diseñado [**por el Comité de**
11 **Planes Médicos**] a tenor con este Capítulo y *de conformidad con la*
12 *reglamentación adoptada bajo las disposiciones de la ley federal “Patient*
13 *Protection and Affordable Care Act,”* cuyo costo es mayor que el del plan médico
14 básico.

15 [X.] S. ...

16 [Y.] T. ...

17 [Z.] U. ...

18 [AA. ‘Programa’ significa el Programa de Reaseguro para Aseguradores de
19 **Patronos de PYMES creado por este Capítulo.**]

20 [BB.] V. ...

21 [CC.] W. ...”

1 Artículo 16.- Se enmienda el Artículo 8.040 de la Ley 194-2011, según enmendada, para
2 que lea como sigue:

3 “Artículo 8.040. Aplicabilidad y Alcance

4 A. ...

5 B. ...

6 C. ...

7 (1) ...

8 (2) ...

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

11 (4) los asuntos relacionados con los modelos, métodos y prácticas de
12 tarifación y las primas a pagar [.]; y

13 (5) *los criterios de elegibilidad que deberán cumplir los aseguradores*
14 *participantes.*

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

1 Artículo 17.- Se enmienda el Artículo 8.050 de la Ley 194-2011, según enmendada, para
2 que lea como sigue:

3 “Artículo 8.050. Restricciones Relacionadas con las Tarifas

4 A. ...

5 (1) El asegurador de patronos de PYMES deberá desarrollar sus tarifas a base
6 de un cálculo comunitario ajustado y sólo podrá variar el cálculo
7 comunitario ajustado por área geográfica, composición familiar, [y] edad y
8 *uso del tabaco.*

9 (2) [El ajuste por edad que menciona el inciso anterior no utilizará
10 categorías de edad con incrementos menores de cinco (5) años y éstos
11 comenzarán con la edad de treinta (30) años y terminarán con la edad
12 de sesenta y cinco (65) años.] “Cualquier ajuste se realizará según las
13 directrices y condiciones que disponga el Comisionado mediante Carta
14 Normativa.”

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

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

21 B. ...

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

4 **[D.] C. ...**

5 **[E.] D.** El Comisionado podrá establecer, mediante **[reglamento]**, '*Carta Normativa*' las
6 prácticas de tarificación a ser utilizadas por los aseguradores de patronos de
7 PYMES que sean cónsonas con los propósitos de este Capítulo.

8 **[F.] E. ...**

9 (1) ...

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

18 **[G.] F. ... ”**

19 Artículo 18.- Se enmienda el Artículo 8.070 de la Ley 194-2011, según enmendada, para
20 que lea como sigue:

1 “Artículo 8.070. Disponibilidad del Plan Médico

2 A. Como condición para realizar negocios en Puerto Rico y salvo lo dispuesto en
3 este Capítulo, **[los]** *aquellos* aseguradores **[ofrecerán]** *que ofrezcan seguros* a los
4 patronos de PYMES *tendrán que ofrecer* todos los planes médicos que mercadeen
5 activamente para este sector de PYMES, incluyendo al menos un plan médico
6 básico y un plan médico estándar. Los aseguradores deberán cumplir, además,
7 con los siguientes requisitos sobre disponibilidad:

8 (1) ...

9 (2) ...

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

14 (1) ...

15 (2) ...

16 C. ...

17 D. ...

18 E. No se requerirá *ni se permitirá* que un asegurador de patronos de PYMES provea
19 planes médicos a dichos patronos si por algún periodo de tiempo el Comisionado
20 determina que el asegurador *no cumple con los criterios necesarios o no tiene* las
21 reservas financieras adecuadas para suscribir los planes médicos. **[En estos casos,**

1 **el asegurador no podrá ofrecer planes médicos en el mercado de patronos de**
2 **PYMES antes de la fecha más tardía de las siguientes:**

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

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

9 *(1) El Comisionado al hacer su determinación tomará en cuenta los*
10 *siguientes factores:*

11 *(a) La situación financiera del asegurador;*

12 *(b) El historial del asegurador con respecto a tarifas y pólizas*
13 *grupales suscritas con patronos de PYMES;*

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

17 *(d) La experiencia del asegurador con el manejo del riesgo de los*
18 *grupos de patronos PYMES;*

19 *(e) La condición financiera del asegurador no podrá sostener el*
20 *riesgo que representa la suscripción de planes médicos de*
21 *patronos de PYMES;*

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

4 (g) *El asegurador no proveyó cubierta a los patronos de PYMES*
5 *elegibles según se requiere en el Artículo 8.070 de este Capítulo.*

6 (2) *En estos casos, el asegurador no podrá ofrecer planes médicos en el*
7 *mercado de patronos de PYMES antes de la fecha más tardía de las*
8 *siguientes:*

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

11 [(2)] (b) Cuando el asegurador haya demostrado al Comisionado
12 que tiene las reservas financieras adecuadas para suscribir planes
13 médicos a los patronos de PYMES nuevamente y el Comisionado
14 lo haya autorizado a ofrecer planes médicos a los patronos de
15 PYMES nuevamente.

16 F. ...”

17 Artículo 19.- Se deroga el Artículo 8.090 de la Ley 194-2011, según enmendada.

18 Artículo 20.- Se enmienda el Artículo 8.100 de la Ley 194-2011, según enmendada, para
19 que lea como sigue:

1 “Artículo 8.100. [**Solicitud para Convertirse en Asegurador que Asume Riesgos**]
2 *Disposiciones Transitorias para Aseguradores que ofrezcan planes médicos a patronos*
3 *PYMES*

4 A. Los aseguradores que interesen ofrecer y mercadear, o continuar ofreciendo y
5 mercadeando los planes médicos permitidos por este Capítulo, o cualquier otro
6 diseñado para los patronos de PYMES en Puerto Rico, [**radicarán una solicitud**
7 **para convertirse en aseguradores que asumen riesgos ante el Comisionado,**
8 **en la forma y manera que este último determine.] *tendrán que cumplir con lo***
9 *siguiente:*

10 (1) Como medida de transición [**y en lo que se evalúa la solicitud requerida**
11 **en este Artículo]** *y en lo que se implementa completamente las*
12 *disposiciones de este capítulo,* se dispone que aquel asegurador que al
13 momento de aprobarse [**este Capítulo]** *esta ley* ofrezca, mercadee u
14 administre algún plan médico a uno o más patronos de PYMES, podrá
15 continuar haciéndolo.

16 (2) ...

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

19 (1) **La situación financiera del asegurador;**

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

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

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

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

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

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

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

16 **[D. El asegurador que opte por convertirse en un asegurador que asume riesgos,**
17 **así como aquel que ofrezca y emita un plan de seguro de grupo con límite de**
18 **sinistralidad (“stop loss”), no estará sujeto a las disposiciones sobre el**
19 **Programa de Reaseguro para los Aseguradores de Patronos de PYMES.]**

20 **[E.] B. ...**

1 Artículo 21.- Se deroga el Artículo 8.110 de la Ley 194-2011, según enmendada.

2 Artículo 22.- Se enmienda el Artículo 8.120 de la Ley 194-2011, según enmendada, para
3 que lea como sigue:

4 “Artículo 8.120. **[Comité de Planes Médicos]** *Plan Médico Básico y Plan Médico*
5 *Estándar*

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

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

20 **[C.] B. [El Comité recomendará y diseñará] *El Comisionado dispondrá* los niveles de**
21 **beneficios, costos compartidos, exclusiones y limitaciones para el plan médico**
22 **básico y el plan médico estándar, teniendo en cuenta todas las disposiciones**

1 impuestas por las leyes y los reglamentos federales y estatales. Los planes
2 médicos [**recomendados y**] diseñados por el [**Comité**] *Comisionado* incluirán
3 medidas de control de costos tales como las siguientes:

4 (1) ...

5 (2) ...

6 (3) ...

7 (4) ...

8 (5) ...

9 **[D.] C.** Luego de aprobarse este Capítulo, pero no más tarde [**de ciento ochenta (180)**
10 **días de su nombramiento, el Comité presentará para aprobación del]** *del 1 de*
11 *octubre de 2013, el Comisionado* establecerá mediante carta normativa los
12 requisitos de un plan médico básico y un plan médico estándar, así como otros
13 planes médicos que estime conveniente para cumplir con los propósitos descritos
14 en este Artículo. Posterior a esta recomendación inicial y por lo menos una vez al
15 año, el [**Comité presentará y recomendará**] *Comisionado podrá promulgar* las
16 enmiendas necesarias a dichos planes médicos.”

17 Artículo 23.- Se enmienda el Artículo 8.130 de la Ley 194-2011, según enmendada, para
18 que lea como sigue:

19 “Artículo 8.130. Evaluación Periódica del Mercado

20 Por lo menos una vez cada tres (3) años, [**la Junta de Directores del Programa de**
21 **Reaseguro para los Patronos de PYMES, en consulta con los miembros del Comité de**
22 **Planes Médicos, llevará a cabo un estudio sobre la efectividad de las disposiciones de este**

1 **Capítulo e informará al Comisionado de los resultados de dicho estudio]** *el Comisionado*
2 *llevará a cabo un estudio sobre la efectividad de las disposiciones de este Capítulo.* En el
3 informe se analizará la efectividad de las disposiciones de este Capítulo en promover la
4 estabilidad de tarifas, la disponibilidad de los productos y la asequibilidad económica de los
5 planes médicos para los patronos de PYMES. El informe podrá incluir recomendaciones para
6 mejoras que se pudieran introducir con respecto a la efectividad general, eficiencia y la equidad
7 en el mercado de seguros para grupos pequeños. En el informe se discutirá si los aseguradores y
8 productores están mercadeando o emitiendo de manera activa y equitativa los planes médicos a
9 los patronos de PYMES, de conformidad con los propósitos de este Capítulo. El informe podrá
10 incluir recomendaciones sobre conducta de mercado u otras normas o acciones regulatorias.”

11 Artículo 24.- Se enmienda el Artículo 8.150 de la Ley 194-2011, según enmendada, para
12 que lea como sigue:

13 “Artículo 8.150. Procedimientos Administrativos

14 El Comisionado promulgará [el] *las cartas normativas* o los reglamentos que sean
15 necesarios para hacer efectivas las disposiciones de este Capítulo, siguiendo el proceso
16 establecido para ello en el Capítulo 2 del Código de Seguros de Puerto Rico.”

17 Artículo 25.- Se enmienda el Artículo 22.010 de la Ley 194-2011, según enmendada,
18 para que lea como sigue:

19 “Artículo 22.010. Título

20 Este Capítulo se conocerá y se podrá citar como el Capítulo sobre Procedimientos
21 Internos de Querellas de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores. *En el caso de*
22 *los planes de patronos privados regidos por la Ley Federal de Seguridad en el Ingreso por*

1 *Retiro (“Employee Retirement Income Security Act of 1974,” conocida como ERISA, por sus*
2 *siglas en inglés), cualquier disposición de este Capítulo que conflija con alguna ley o*
3 *reglamento federal aplicable a Puerto Rico en el área de determinaciones adversas, se*
4 *entenderá enmendada para que armonice con tal ley o reglamento federal.”*

5 Artículo 26.- Se enmienda el Artículo 22.040 de la Ley 194-2011, según enmendada,
6 para que lea como sigue:

7 “Artículo 22.040. Aplicabilidad y Alcance

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

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

17 Artículo 27.- Se enmienda el Artículo 22.060 de la Ley 194-2011, según enmendada,
18 para que lea como sigue:

19 “Artículo 22.060. Procedimientos de Revisión de las Querellas

20 A. ...

21 B. ...

22 C. ...

1 D. ...

2 E. La descripción de los procedimientos de querrela en los documentos antes
3 mencionados incluirán una declaración del derecho de la persona cubierta o
4 asegurado a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del
5 Procurador [**del Paciente**], *de la Salud* para obtener ayuda en todo momento. La
6 declaración incluirá el número telefónico y la dirección del Comisionado y de la
7 Oficina del Procurador [**del Paciente**] *de la Salud.*”

8 Artículo 28.- Se enmienda el Artículo 22.070 de la Ley 194-2011, según enmendada,
9 para que lea como sigue:

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

12 A. ...

13 B. ...

14 C. ...

15 D. ...

16 E. ...

17 F. ...

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

21 (1) ...

22 (2) ...

1 (3) ...

2 (4) ...

3 (5) ...

4 (6) ...

5 (7) ...

6 (8) Una notificación del derecho de la persona cubierta o asegurado a
 7 comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador
 8 **[del Paciente] de la Salud** para solicitar ayuda en todo momento, con el
 9 número telefónico y la dirección de la Oficina del Comisionado y de la
 10 Oficina del Procurador **[del Paciente] de la Salud.**”

11 Artículo 29.- Se enmienda el Artículo 22.080 de la Ley 194-2011, según enmendada,
 12 para que lea como sigue:

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

15 A. ...

16 B. ...

17 C. ...

18 D. ...

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

20 (1) ...

21 (2) ...

1 (3) ...

2 (4) ...

3 (5) ...

4 (6) Una notificación del derecho que asiste a la persona cubierta o
5 asegurado a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina
6 del Procurador [**del Paciente**] *de la Salud* para solicitar ayuda en todo
7 momento, con el número telefónico y la dirección de la Oficina del
8 Comisionado y de la Oficina del Procurador [**del Paciente**] *de la*
9 *Salud.*”

10 Artículo 30.- Se enmienda el Artículo 22.090 de la Ley 194-2011, según enmendada,
11 para que lea como sigue:

12 “Artículo 22.090. Nivel Voluntario de Revisiones de Querellas

13 A. ...

14 B. ...

15 C. ...

16 D. ...

17 E. ...

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

19 (1) ...

20 (2) ...

1 (3) ...

2 (4) ...

3 (5) ...

4 (6) Una notificación del derecho de la persona cubierta o asegurado a
5 comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador
6 **[del Paciente] de la Salud** para solicitar ayuda en todo momento, con el
7 número telefónico y la dirección de la Oficina del Comisionado y de la
8 Oficina del Procurador **[del Paciente] de la Salud.**”

9 Artículo 31.- Se enmienda el Artículo 22.100 de la Ley 194-2011, según enmendada,
10 para que lea como sigue:

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

13 A. ...

14 B. ...

15 C. ...

16 D.

17 E. ...

18 F. ...

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

22 (a) ...

- 1 (b) ...
- 2 (c) ...
- 3 (d) ...
- 4 (e) Si la determinación resulta en una determinación adversa, la misma
- 5 proveerá:
- 6 (i) ...
- 7 (ii) ...
- 8 (iii)...
- 9 (iv)...
- 10 (v) ...
- 11 (vi)...
- 12 (vii) ...
- 13 (viii) ...
- 14 (ix) Una notificación del derecho de la persona cubierta o
- 15 asegurado a comunicarse con la Oficina del Comisionado o
- 16 la Oficina del Procurador [**del Paciente**] *de la Salud* para
- 17 solicitar ayuda en todo momento, con el número
- 18 telefónico y la dirección de la Oficina del Comisionado y
- 19 de la Oficina del Procurador [**del Paciente**] *de la Salud*.
- 20 (3) ...
- 21 (4) ...”

1 Artículo 32.- Cláusula de Separabilidad.

2 Si cualquier cláusula, párrafo, subpárrafo, artículo, disposición, sección o parte de esta
3 Ley fuera anulada o declarada inconstitucional con un Tribunal con jurisdicción, la sentencia a
4 tal efecto dictada no afectará, perjudicará, ni invalidará el resto de esta Ley. El efecto de dicha
5 sentencia quedará limitado a la cláusula, párrafo, subpárrafo, artículo, disposición, sección o
6 parte de la misma que así hubiere sido anulada o declarada inconstitucional.

7 Artículo 33.- Vigencia.

8 Esta Ley comenzará treinta (30) días después de su aprobación.