

(TEXTO DE APROBACION FINAL POR LA CAMARA)
(10 DE MAYO DE 2012)

GOBIERNO DE PUERTO RICO

16ta. Asamblea
Legislativa

6ta. Sesión
Ordinaria

CAMARA DE REPRESENTANTES

P. de la C. 3710

26 DE OCTUBRE DE 2011

Presentado por los representantes y las representantes *González Colón, Rodríguez Aguiló, Méndez Núñez, Pérez Otero, Alfaro Calero, Aponte Hernández, Bonilla Cortés, Bulerín Ramos, Casado Irizarry, Chico Vega, Cintrón Rodríguez, Colón Ruiz, Correa Rivera, Fernández Rodríguez, Jiménez Negrón, Jiménez Valle, León Rodríguez, López Muñoz, Márquez García, Meléndez Ortiz, Navarro Suárez, Nolasco Ortiz, Peña Ramírez, Pérez Ortiz, Quiles Rodríguez, Ramírez Rivera, Ramos Peña, Ramos Rivera, Rivera Guerra, Rivera Ortega, Rivera Ramírez, Rodríguez Homs, Rodríguez Miranda, Silva Delgado, Torres Calderón, Torres Zamora y Vega Pagán*

Referido a la Comisión de Salud

LEY

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

indebido contra víctimas de maltrato por parte de los planes médico; y para otros fines relacionados.

EXPOSICION DE MOTIVOS

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

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

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

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

1 Portability and Accountability Act de 1996”, según enmendada, o cualquier otra
2 ley federal aplicable, se entenderá enmendada para que armonice con la ley y la
3 regla federal.

4 Artículo 14.030. Definiciones

5 Para los fines de este Capítulo:

6 A. “Divulgar” significa dar a conocer, transferir o difundir de alguna
7 manera información de salud protegida.

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

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

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

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

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

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

3 C. “Información de salud protegida” significa información de salud:

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

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

8 Los elementos identificadores incluyen, pero no se limitan a:

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

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

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

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

21 e. Identificadores biométricos;

22 f. Fotografías de cara completa, entre otros

- 1 D. Investigación” significa el proceso de indagación que incluye, sin
2 limitarse a éstos, los siguientes: el desarrollo de una hipótesis y la
3 comprobación sistemática de la misma; la descripción y análisis de
4 los procesos, comportamientos y fenómenos físicos, sociales,
5 políticos y médicos.
- 6 E. “Investigación científica, médica o de política pública” significa una
7 investigación realizada para mejorar la eficacia de los
8 procedimientos de diagnóstico o de tratamiento, o las operaciones
9 de los sistemas de cuidado de la salud, públicos o privados, cuyos
10 resultados o hallazgos se propongan publicar o diseminar para
11 beneficio del público en general. Disponiéndose, que la
12 investigación científica, médica o de política pública excluye todas
13 las actividades enumeradas en el Artículo 14.100 (H)(1) de este
14 Código.
- 15 F. “No autorizada” significa la recopilación, utilización o divulgación
16 de información médica protegida que lleva a cabo una organización
17 de seguros de salud o asegurador, sin la autorización de la persona
18 objeto de dicha información, o sin cumplir con las disposiciones de
19 este Capítulo.
- 20 G. “Organización auxiliar de seguros” significa una persona o entidad
21 que se dedica a la recopilación de información de las
22 organizaciones de seguros de salud o aseguradores, productores u

1 utilización o divulgación no autorizada de información de salud
2 protegida. Las mismas deberán cumplir con las exigencias aplicables
3 contenidas en las Reglas de Privacidad y Seguridad federal expedidas acorde con
4 HIPAA. Dichas políticas, normas y procedimientos incluirán lo siguiente:

- 5 (1) Controles en el acceso a la información de salud basados en las
6 funciones del puesto de sus empleados
- 7 (2) Adiestramiento adecuado para todos los empleados;
- 8 (3) Medidas disciplinarias en caso de violaciones a las políticas,
9 normas y procedimientos sobre la información de salud;
- 10 (4) Identificación de los puestos de trabajo y descripciones de las tareas
11 de las personas que están autorizadas a divulgar la información de
12 salud protegida;
- 13 (5) Procedimientos para autorizar y restringir la recopilación,
14 utilización o divulgación de información de salud protegida;
- 15 (6) Métodos para acceder y enmendar la información de salud
16 protegida, según se dispone en los Artículos 14.070 y 14.080 de este
17 Código;
- 18 (7) Métodos para manejar, divulgar, almacenar y desechar la
19 información de salud;
- 20 (8) Verificación periódica del cumplimiento de los empleados con las
21 políticas, normas y procedimientos de la organización de seguros
22 de salud o asegurador y

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

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

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

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

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

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

1 Artículo 14.060. Aviso sobre las Políticas, Normas y Procedimientos para el
2 Manejo de la Información de salud

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

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

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

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

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

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

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

21 A. Sujeto a las excepciones enumeradas en el Artículo 14.070(B)(3) de este
22 Código, toda persona objeto de información de salud protegida tiene

1 derecho a examinar o recibir, de manos de la organización de seguros de
2 salud o asegurador, una copia de su información de salud protegida.

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

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

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

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

- 1 (a) Que el tener conocimiento de la información de salud
2 protegida podría identificar la fuente confidencial que
3 proveyó la misma en el curso de una investigación
4 debidamente constituida por ley, o de un proceso judicial;
- 5 (b) Que la información de salud protegida se recopiló en
6 preparación para un litigio, o como parte de una
7 investigación por parte de los agentes del orden público o de
8 alguna unidad anti fraude, o para propósitos de garantía de
9 calidad;
- 10 (c) Que la información de salud protegida es el trabajo original
11 producido por la organización de seguros de salud o
12 asegurador, lo cual incluye, entre otras, la interpretación,
13 impresiones mentales, instrucciones y todo otro producto
14 del trabajo original de la organización de seguros de salud o
15 asegurador, sus empleados y agentes;
- 16 (d) Que el solicitante es una de las partes en un litigio que
17 involucra a la organización de seguros de salud o
18 asegurador, y en donde la condición de salud del solicitante
19 está en controversia sujeto con lo dispuesto tanto en las
20 Reglas de Procedimiento Civil, Criminal o de Evidencia
21 vigentes relacionadas a los procedimientos descubrimiento
22 de prueba en casos judiciales de daños y perjuicios por mala

1 practica profesional o impericia médica. No obstante, una
2 vez se resuelva el litigio, se restaurará el derecho del
3 solicitante a acceder la información de salud protegida; o

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20 (a) Solicitar que el proveedor de cuidado de la salud o entidad
21 que creó el expediente en cuestión enmiende el mismo. La
22 organización de seguros de salud o asegurador incluirá el

1 nombre y dirección del proveedor de cuidado de la salud o
2 entidad; o

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

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

11 (1) Toda proveedor de servicios de salud o contratista o persona
12 autorizada que, durante los dos (2) años previos, hubiere recibido
13 de la organización de seguros de salud o asegurador la información
14 de salud protegida que se ha corregido o enmendado;

15 (2) La organización auxiliar de seguros cuya fuente primaria de
16 información de salud protegida son las organizaciones de seguros
17 de salud o aseguradores, siempre y cuando la organización auxiliar
18 de seguros haya recibido información de salud protegida
19 sistemáticamente de la organización de seguros de salud o
20 asegurador durante los siete (7) años previos. No obstante, la
21 corrección, enmienda o eliminación no se tendrá que proveer si la

1 organización auxiliar de seguros ya no tiene la información de
2 salud protegida que ha sido corregida o enmendada y

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

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

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

11 (2) Suministrará la declaración a las personas descritas en el Artículo
12 14.080(C) de este Código.

13 Artículo 14.090. Lista de las Divulgaciones de la Información de Salud
14 Protegida

15 A. A solicitud de la persona objeto de la información de salud protegida, la
16 organización de seguros de salud o asegurador le proveerá detalles sobre
17 las divulgaciones que ha realizado de su información de salud protegida,
18 de modo que la persona pueda ejercer el derecho a enmendar la
19 información conforme al Artículo 14.080 de este Código. Esta información
20 incluirá la fecha, el propósito, el destinatario y la autorización o base
21 pertinente para la divulgación. La organización de seguros de salud o

1 asegurador podrá cobrar una cantidad razonable por suministrar la
2 información relacionada con las divulgaciones.

3 B. La lista no incluirá las siguientes divulgaciones:

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

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

8 c. Las efectuadas para propósitos de seguridad nacional o servicios de
9 inteligencia, y

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

21 (4) El nombre y la dirección de la persona a quien se deberá divulgar la
22 información de salud protegida. Disponiéndose, que la

1 autorización provista a una organización de seguros de salud o
2 asegurador para recopilar información de salud protegida
3 relacionada con las gestiones de seguros enumeradas en el Artículo
4 14.100(H) de este Código, podrían describir de forma general a las
5 personas a quienes se podrá divulgar la información de salud
6 protegida;

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

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

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

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

- 1 D. La autorización especificará el periodo de vigencia de la misma, que en
2 ningún caso será mayor de veinticuatro (24) meses, salvo que se haya
3 firmado la autorización para uno de los siguientes propósitos:
- 4 (1) Para recopilar información de salud protegida en relación con las
5 gestiones de seguros enumeradas en el Artículo 14.100(H) de este
6 Código, en cuyo caso la autorización será válida mientras la póliza
7 esté vigente o por el tiempo necesario para que la organización de
8 seguros de salud o asegurador pueda cumplir sus obligaciones
9 conforme a la póliza o según se requiera por ley;
- 10 (2) Para sustentar una solicitud de beneficios bajo una póliza de
11 seguros de vida o para la rehabilitación o cambios de beneficios de
12 la misma, en cuyo caso la autorización estará vigente por treinta
13 (30) meses o hasta que se deniegue la solicitud, lo que ocurra
14 primero; o
- 15 (3) Para sustentar o facilitar la continuación del tratamiento en curso
16 para un padecimiento crónico o enfermedad crónica o la
17 rehabilitación de una lesión.
- 18 E. La organización de seguros de salud o asegurador requerirá al patrón, a
19 su administrador de riesgos o al productor que presente una autorización
20 aparte para divulgarles información de salud protegida excepto en los
21 siguientes casos:

- 1 (1) La información de salud protegida se divulgue como parte de un
2 programa de seguro por accidente o enfermedad laboral del
3 patrono, en tanto sea necesario para el desempeño de los derechos
4 y deberes del patrono y de la organización de seguros de salud o
5 asegurador conforme a las leyes estatales sobre el asunto;
- 6 (2) se divulga al patrono información de suscripción y elegibilidad de
7 los participantes y beneficiarios del plan médico grupal, como las
8 cubiertas de cada persona, altas y bajas del plan, entre otros;
- 9 (3) se divulga al patrono información estadística del plan médico sin
10 identificadores;
- 11 (3) Se requiere la información de salud para la gestión de
12 reclamaciones a tenor con una póliza comercial.
- 13 F. La organización de seguros de salud o asegurador obtendrá una
14 autorización aparte para recopilar, usar o divulgar información de salud
15 protegida si el propósito de dicha recopilación, uso o divulgación es el
16 mercadeo de bienes o servicios o para cualquier beneficio comercial de
17 otro tipo. En estos casos, el propósito de la recopilación, utilización o
18 divulgación aparecerá en un párrafo aparte, en letra negrita tamaño de
19 doce (12) puntos. El propósito se indicará en términos claros y sencillos.
20 La solicitud de autorización especificará que la autorización estará vigente
21 por un periodo no mayor de veinticuatro (24) meses y que se podrá
22 revocar en cualquier momento. La solicitud de autorización indicará que

1 las pólizas de seguros de la persona no quedarán afectadas de manera
2 alguna en caso de que se deniegue la autorización. No obstante lo
3 dispuesto anteriormente, no se requerirá una autorización aparte si la
4 utilización o la divulgación es interna o a un afiliado de la organización de
5 seguros de salud o asegurador y sólo se usará la información en relación
6 con el mercadeo de un producto de seguros, siempre y cuando la afiliada
7 acuerde que no divulgará la información con ningún otro propósito o a
8 alguna persona no afiliada.

9 G. La persona objeto de la información de salud protegida podrá revocar en
10 cualquier momento toda autorización para la divulgación que hubiera
11 otorgado, sujeto a los derechos de las personas que hubieren actuado
12 conforme a la autorización antes de que la misma fuera revocada. La
13 revocación de la autorización se hará por escrito, y estará firmada y
14 fechada. La organización de seguros de salud o asegurador guardará la
15 revocación de autorización en el expediente de la persona objeto de la
16 información de salud protegida. La organización de seguros de salud o
17 asegurador notificará de manera oportuna la revocación a todas las
18 personas a quienes hubiere divulgado la información de salud protegida
19 conforme la autorización inicial.

20 H. (1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que
21 hubieren recopilado información de salud protegida conforme a
22 una autorización válida a tenor con este Capítulo, podrán usar y

1 divulgar dicha información a las personas que están bajo su
2 dirección en las gestiones relacionadas con los seguros, tales como:
3 la administración, el ajuste y manejo de reclamaciones;
4 investigación de fraude; suscripción; control de pérdidas;
5 clasificación de tarifas; y prima; actividades relacionadas con la
6 creación, renovación o reemplazo de un contrato de seguros
7 reaseguro; manejo de riesgos; manejo de casos; manejo de
8 enfermedades; programa de evaluación y mejora de calidad,
9 incluyendo funciones relacionadas que no incluyen tratamiento
10 verificación de las credenciales de los proveedores; revisión de
11 utilización; actividades de revisión por expertos; procedimientos de
12 querellas y la administración interna de los sistemas de
13 cumplimiento, administración informática auditorías; servicios
14 legales; planificación y desarrollo de negocio, servicio a las
15 personas cubiertas o asegurados, así como procesos de debida
16 diligencia (due diligence) relacionados con la venta o transferencia
17 de activos a un sucesor potencial que sea una entidad cubierta
18 según este término es definido bajo la Health Insurance Portability
19 and Accountability Act de 1996, según enmendada. Se podrán
20 admitir otras gestiones relacionadas con la administración de
21 seguros con la aprobación previa del Comisionado, la cual deberá
22 ser notificada en un término de treinta (30) días calendario

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

5 I. No se entenderá que la autorización para recopilar, usar o divulgar
6 información de salud protegida conforme a este Capítulo, o la producción
7 de información de salud protegida a tenor con una orden del tribunal,
8 constituye una renuncia a otros derechos de confidencialidad que la
9 persona objeto de la información de salud protegida pudiera tener a tenor
10 con las leyes estatales o federales, la jurisprudencia o las reglas de
11 evidencia.

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

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

- 1 (a) Proveedores de cuidado de la salud empleados por la
2 organización de seguros de salud o asegurador y que
3 proveen servicios a la persona cubierta o asegurado;
- 4 (b) Proveedores de cuidado de la salud contratados por la
5 organización de seguros de salud o asegurador para brindar
6 servicios a las personas cubiertas o asegurados; o
- 7 (5) Divulgar información de salud protegida a una persona que
8 estudia, evalúa o investiga la calidad del cuidado de la salud
9 ofrecida por un proveedor conforme a las normas establecidas en
10 las leyes o reglamentos, estatales o federales, o conforme los
11 requisitos de un programa, privado o público, autorizado a pagar
12 por los servicios de cuidado de la salud;
- 13 (6) Sujeto a las limitaciones dispuestas en el Artículo 14.140(A) de este
14 Código, divulgar información de salud protegida para revelar la
15 presencia y el estado de salud general de una persona cubierta o
16 asegurado que se encuentra en una instalación que pertenece a la
17 organización de seguros de salud o asegurador, disponiéndose que
18 en estos casos la divulgación se limitará a la información "de
19 directorio", a menos que la persona cubierta o asegurado haya
20 restringido dicha divulgación o la misma esté de otra forma
21 prohibida por ley. Para los propósitos de este inciso, la información
22 "de directorio" significa información sobre la presencia o estado

1 general de salud de determinada persona cubierta o asegurado que
2 sea un paciente o reciba servicios de emergencia en una instalación
3 de cuidado de la salud. "Estado general de salud" significa la
4 condición de salud de la persona cubierta o asegurado
5 caracterizada como "crítica", "pobre", "regular", "buena",
6 "excelente" o en términos similares;

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

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

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

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

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

- 1 (1) A las autoridades federales, estatales o locales en tanto tal
2 divulgación se requiera por ley o a los fines de informar algún
3 fraude;
- 4 (2) Cuando la información de salud protegida se necesite para uno de
5 los siguientes propósitos:
- 6 (a) Identificación de una persona fallecida;
- 7 (b) Determinación de la causa y circunstancias del fallecimiento
8 por parte de un médico forense o persona designada por éste
9 o
- 10 (c) Para proveer información de salud protegida acerca de una
11 persona fallecida que sea donante de órganos;
- 12 (3) A la entidad reguladora de seguros que realiza un examen,
13 investigación, o auditoría de la organización de seguros de salud o
14 asegurador; o
- 15 (4) En cumplimiento de una orden del tribunal emitida conforme a la
16 determinación de que: (1) el interés público es de mayor peso que el
17 interés de confidencialidad de la persona cubierta o asegurado con
18 respecto a la divulgación y (2) la información de salud protegida no
19 está razonablemente disponible por otros medios.

1 Artículo 14.120 Recopilación, Utilización o Divulgación de Información de
2 Salud sin Autorización con Propósitos de Investigación
3 Científica, Médica o de Política Pública

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

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

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

1 servicios de salud podrá divulgar a la organización de investigación
2 información sin identificadores sin necesidad de la autorización de las
3 personas cubiertas.

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

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

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

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

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

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

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

21 (b) (i) Todos los planes de investigación que usen
22 información de salud protegida estarán disponibles al

1 público y se podrán obtener mediante solicitud por
2 escrito al principal ejecutivo de la organización de
3 investigación

4 (ii) Si el plan de investigación contiene información que
5 constituye propiedad intelectual o está protegida
6 contra la divulgación por contrato o por ley, se podrá
7 eliminar dicha información de la copia que se provea
8 al público.

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

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

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

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

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

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

- 1 (v) Explicar el método para disponer de la información
2 de salud protegida al terminar el uso de la misma y
- 3 (vi) Indicar que el acuerdo escrito estará disponible al
4 público y se podrá obtener previa solicitud por escrito
5 al principal ejecutivo de la organización de
6 investigación.
- 7 (b) La organización de seguros de salud o asegurador requerirá
8 a la organización de investigación que provea una copia del
9 acuerdo escrito a solicitud de cualquier persona. Si el
10 acuerdo otorgado contiene información que constituye
11 propiedad intelectual o protegida contra la divulgación
12 mediante contrato o por ley, se podrá eliminar dicha
13 información de la copia que se hace disponible conforme a
14 este apartado.
- 15 (c) La organización de seguros de salud o asegurador
16 conservará este acuerdo por cinco (5) años.
- 17 F. Si la investigación científica, médica o de política pública requiere
18 contacto con la persona objeto de la información de salud protegida, las
19 siguientes protecciones existirán antes de la divulgación:
- 20 (1) La organización de investigación y la organización de seguros de
21 salud o asegurador cumplirán con los requisitos del Artículo
22 14.120(E) de este Código y

- 1 propósitos de la investigación; el tiempo que se
2 espera que dure la participación del sujeto; una
3 descripción de los procedimientos que se seguirán y
4 la identificación de todo procedimiento de naturaleza
5 experimental;
- 6 (ii) Una descripción de todo riesgo o incomodidad
7 razonablemente previsible para el sujeto;
- 8 (iii) Una descripción de los beneficios que el sujeto u otras
9 personas pueden esperar, de manera razonable, como
10 resultado de la investigación;
- 11 (iv) La divulgación de procedimientos o tratamientos
12 alternos, si alguno, que pudieran ser beneficiosos para
13 el sujeto;
- 14 (v) Una declaración sobre cómo se mantendrá la
15 confidencialidad de los expedientes del sujeto;
- 16 (vi) Con respecto a las investigaciones que conlleven más
17 de un riesgo mínimo, una explicación con relación a la
18 compensación o tratamiento médico que estará
19 disponible si el sujeto se lesiona y en qué consisten o
20 dónde se puede obtener información adicional;
- 21 (vii) Una explicación de a quién debe contactar el sujeto
22 para obtener respuestas a sus preguntas acerca de la

1 investigación y los derechos que le asisten durante la
2 investigación;

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

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

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

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

21 (ii) Circunstancias previsibles en base a las cuales el
22 investigador podría dar por terminada la

- 1 participación del sujeto, independientemente del
2 consentimiento de éste;
- 3 (iii) Cualquier costo para el sujeto que pudiera
4 representar o resultar de su participación en la
5 investigación;
- 6 (iv) Las consecuencias de retirarse de la investigación y
7 los procedimientos para una terminación ordenada de
8 la participación del sujeto en la investigación;
- 9 (v) Una declaración a los efectos de que los hallazgos
10 nuevos significativos que se produzcan durante la
11 investigación, que pudieran afectar la disposición del
12 sujeto a continuar con su participación, se proveerán
13 al sujeto y
- 14 (vi) La cantidad aproximada de sujetos que participan en
15 el estudio.
- 16 (f) Si la organización de investigación presenta la investigación
17 para aprobación de una junta de revisión institucional
18 conforme a la Política Federal para la Protección de Sujetos
19 Humanos – 56 Federal Register 28000 (1991)– se entenderá
20 que el cumplimiento con dicho proceso constituye
21 cumplimiento con las disposiciones del Artículo 14.120(E)(2)
22 y (F)(2) de este Código.

- 1 G. (1) Si una organización de seguros de salud o asegurador divulga a
2 una organización de investigación información de salud que no
3 constituye información de salud protegida debido a que toda la
4 información de identificación de las personas está codificada, la
5 organización de seguros de salud o asegurador y la organización de
6 investigación suscribirán un acuerdo escrito en el que se dispondrá:
- 7 (a) Que la organización de investigación no divulgará a terceros
8 sus datos acompañados de la información de identificación
9 codificada. No obstante, la organización de investigación
10 podrá divulgar información de salud protegida a sus
11 agentes, colaboradores, o contratistas, según sea necesario
12 para llevar a cabo o asistir con la investigación, siempre y
13 cuando todos los requisitos de este Artículo se apliquen al
14 agente, colaborador, o subcontratista;
- 15 (b) Que la organización de investigación no hará ningún intento
16 de enlazar la información de salud que reciba con la
17 información de identificación codificada a otros datos que
18 pudieran identificar a la persona objeto de la información y
- 19 (c) Que la organización de investigación no hará ningún intento
20 por enlazar ninguna información de salud protegida
21 codificada con otros datos identificables.

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

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

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

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

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

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

21 B. La recopilación, utilización o divulgación no autorizada de información de
22 salud protegida para beneficio personal o profesional, incluida la

1 investigación no autorizada que no cumpla con los requisitos de este
2 Capítulo;

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

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

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

9 Artículo 14.140. Derecho a Limitar la Divulgación

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

19 B. Salvo como se disponga de otra manera por ley, si la persona objeto de la
20 información de salud protegida así lo solicita por escrito, la organización
21 de seguros de salud o asegurador no divulgará información de salud
22 protegida sobre servicios relacionados con la salud reproductiva,

1 enfermedades de transmisión sexual, abuso de sustancias controladas ni
2 salud conductual, lo cual incluye avisos de citas enviadas por correo,
3 llamadas a la casa para confirmar las citas o envío por correo de las
4 facturas o explicaciones de beneficios al titular de la póliza o certificado.
5 La solicitud de no divulgación debe incluir información sobre cómo se
6 manejará cualquier importe que tenga que pagar la persona cubierta o
7 asegurado.

- 8 C. (1) La organización de seguros de salud o asegurador reconocerá el
9 derecho de todo menor de edad que pudiera obtener cuidado de la
10 salud sin el consentimiento de uno de sus padres o custodio legal,
11 conforme a las leyes estatales o federales, a ejercer exclusivamente
12 los derechos otorgados en este Capítulo con respecto a la
13 información de salud; y
- 14 (2) La organización de seguros de salud o asegurador no divulgará, sin
15 la autorización expresa del menor de edad, ninguna información de
16 salud protegida relacionada con servicios de cuidado de la salud a
17 los que el menor haya consentido legalmente, lo cual incluye el
18 envío por correo de avisos de citas, llamadas a la casa para
19 confirmar las citas o el envío por correo de una factura o
20 explicación de beneficios al titular de la póliza o certificado.

21 Artículo 14.150. Sanciones

22 A. Sanciones civiles

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

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

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

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

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

19 B. Sanciones penales

20 (1) Las sanciones descritas a continuación serán aplicables a la persona
21 natural o jurídica que recopile, utilice o divulgue información de

1 salud protegida a sabiendas de que viola este Capítulo y las leyes y
2 reglas de privacidad aplicables.

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

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

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

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

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

21 **“Capítulo 16: Organizaciones de Servicios de Salud Limitados**

1 Artículo 16.010. Título

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

4 Artículo 16.020. Definiciones

5 Para los fines de este Capítulo:

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

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

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

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

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

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

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

16 Artículo 16.030. Requisito de Certificado de Autoridad

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

20 Artículo 16.040. Solicitud del Certificado de Autoridad

21 La solicitud para un certificado de autoridad como organización de
22 servicios de salud limitados se deberá presentar ante el Comisionado en los

1 formularios que éste prescriba. La solicitud será juramentada por un oficial o
2 representante autorizado del solicitante y se acompañará con los siguientes
3 documentos:

4 A. Copia del documento constitutivo o de organización del solicitante, sea el
5 certificado de incorporación, de asociación, sociedad, convenio de
6 fideicomiso o cualquier otro documento aplicable, así como todas las
7 enmiendas a éstos;

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

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

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

- 1 E. Una copia de todo contrato utilizado o a utilizarse entre el solicitante y los
2 proveedores para la prestación de servicios de salud limitados a
3 suscriptores;
- 4 F. Una copia de todo contrato utilizado o a utilizarse entre el solicitante y las
5 personas nombradas en el apartado C de este Artículo;
- 6 G. Una copia de todo contrato utilizado o a utilizarse entre el solicitante y
7 cualquier persona, corporación, asociación o entidad que actuará en
8 nombre del solicitante para llevar a cabo funciones de administración,
9 suscripción, manejo de inversiones y la subcontratación de servicios de
10 salud limitados prestados a suscriptores;
- 11 H. Una copia de todo contrato grupal que se emitirá a los patronos,
12 sindicatos, fiduciarios u otras organizaciones y copia de todo tipo de
13 evidencia de cubierta que se emitirá a los suscriptores;
- 14 I. Una copia de los estados financieros más recientes del solicitante, que
15 hayan sido auditados por contadores públicos autorizados e
16 independientes. Si un contador público autorizado e independiente audita
17 las finanzas de la compañía matriz pero no las del solicitante, se emitirá
18 una copia del estado financiero auditado más reciente de la compañía
19 matriz, junto al cual se incluirán los estados financieros consolidados del
20 solicitante.
- 21 J. Una copia del plan financiero del solicitante que incluya una proyección
22 de los resultados operacionales que se esperan para los próximos tres (3)

- 1 años, una declaración del capital operacional y cualquier otra fuente de
2 fondos y disposiciones en caso de contingencias;
- 3 K. Una descripción del método de mercadeo propuesto;
- 4 L. Un poder debidamente otorgado por el solicitante, si no está domiciliado
5 en Puerto Rico, designando al Comisionado y a sus sucesores en el cargo
6 como apoderado para recibir emplazamientos por causas de acción que
7 surjan contra éste en Puerto Rico;
- 8 M. Una descripción de los procedimientos para la tramitación de querellas
9 que se establecerán y se mantendrán conforme a lo que se dispone en el
10 Artículo 16.130 y en los Capítulos 22 y 28 de este Código;
- 11 N. Una descripción de los procedimientos y programas que utilizará el
12 solicitante para cumplir con los requisitos de evaluación de calidad de los
13 servicios y la revisión de utilización, de conformidad con los Capítulos 20
14 y 24 de este Código, respectivamente;
- 15 O. Una descripción de la forma en que el solicitante cumplirá con el Artículo
16 16.180 de este Código;
- 17 P. El costo del otorgamiento del certificado de autoridad conforme a lo
18 dispuesto en el Artículo 16.240 de este Código y
- 19 Q. Toda otra información que el Comisionado requiera para determinar que
20 se está cumpliendo con lo dispuesto en este Capítulo.

1 Artículo 16.050. Emisión o Denegación del Certificado de Autoridad

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

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

8 (2) Que las personas responsables de la dirección de los asuntos del
9 solicitante son competentes, dignos de confianza, gozan de buena
10 reputación y poseen la experiencia, adiestramiento y educación
11 adecuados;

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

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

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

20 (c) Todo acuerdo para cubrir el costo de los servicios de salud
21 limitados o para ofrecer una cubierta alternativa en caso de

1 insolventia de la organización de servicios de salud
2 limitados y

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

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

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

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

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

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

1 considerará como una organización de servicios de salud limitados a la que se le
2 revocó el certificado de autoridad.

3 Artículo 16.070. Requisitos de radicación para entidades autorizadas

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

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

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

15 A. Toda organización de servicios de salud limitados deberá presentar ante el
16 Comisionado, antes de ponerlo en vigor, una notificación de cualquier
17 cambio en tarifas, cargos o beneficios que se proponga efectuar, así como
18 cualquier cambio en las operaciones o en la información provista
19 conforme al Artículo 16.040 de este Código. Dicha radicación deberá
20 hacerse con no menos de sesenta (60) días de anticipación al cambio. Al
21 expirar dichos sesenta (60) días, el cambio se considerará aprobado a
22 menos que antes fuere afirmativamente aprobado o desaprobado por

1 orden del Comisionado. El Comisionado podrá, previa notificación,
2 prorrogar por no más de sesenta (60) días adicionales el periodo dentro
3 del cual puede aprobar o desaprobar el cambio.

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

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

12 Artículo 16.090. Evidencia de cubierta

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

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

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

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

1 (4) El método utilizado para atender las querellas.

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

4 C. Ningún formulario de evidencia de cubierta o enmienda a los mismos se
5 emitirá o entregará a cualquier persona en Puerto Rico a menos que
6 previamente haya sido presentado al Comisionado y aprobado por éste.

7 Cada una de dichas presentaciones deberá hacerse con no menos de
8 sesenta (60) días de anticipación a su expedición, entrega o uso. Al expirar

9 dichos sesenta (60) días, contados a partir de la fecha en que se reciban

10 tales presentaciones en la Oficina del Comisionado, el formulario

11 presentado se considerará aprobado a menos que antes fuere

12 afirmativamente aprobado o desaprobado por orden del Comisionado. La

13 aprobación de un formulario por el Comisionado constituirá una renuncia

14 del tiempo que faltare de espera. El Comisionado podrá prorrogar, por no

15 más de sesenta (60) días, el período dentro del cual puede aprobar o

16 desaprobar afirmativamente dicho formulario, dando aviso de tal

17 prórroga antes de expirar el período inicial de sesenta (60) días. En caso de

18 que el Comisionado determine que la información suministrada en la

19 presentación resulta insuficiente o que los formularios presentados no

20 cumplen con cualesquiera de las disposiciones de este Capítulo o su

21 reglamento y solicite, por lo tanto, información adicional, el período de

22 tiempo que transcurra desde que el Comisionado notifique tal

1 requerimiento hasta que la información o enmiendas solicitadas sean
2 recibidas por el Comisionado no contará en el cómputo de los términos
3 antes señalados. Para determinar si aprueba o desaprueba un formulario,
4 el Comisionado puede requerir que se someta cualquier información
5 relevante que estime pertinente.

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

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

1 Artículo 16.100. Tarifas y cargos

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

19 B. Las tarifas deberán ser establecidas de acuerdo con los principios
20 actuariales para varias categorías de suscriptores. Los cargos aplicables a
21 un suscriptor no se determinarán individualmente basándose en la
22 condición de salud. Las tarifas no serán excesivas, inadecuadas o

1 discriminatorias. Una certificación por un actuario calificado, sobre la
2 adecuación de las tarifas basadas en asunciones razonables, deberá
3 acompañar la radicación de las tarifas junto con la información adecuada
4 en apoyo de la petición.

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

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

1 Artículo 16.110. Interpretación con otras leyes

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

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

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

14 Artículo 16.120. No duplicidad de cubiertas

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

20 Artículo 16.130. Sistema de querellas

21 Toda organización de servicios de salud limitados deberá establecer y
22 mantener un sistema de querellas de conformidad con lo dispuesto en los

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

8 Artículo 16.140. Exámenes

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

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

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

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

4 Artículo 16.150. Inversiones

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

10 Artículo 16.160. Representantes Autorizados

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

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

18 Artículo 16.170. Contratación con proveedores

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

21 A. En caso de que la organización de servicios de salud limitados no cumpla
22 con su obligación de pagar a los proveedores por la prestación de servicios

1 a los suscriptores, ya sea por insolvencia, incumplimiento de contrato u
2 otra razón, la responsabilidad de pagar las cantidades adeudadas al
3 proveedor contratado no recaerá en los suscriptores.

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

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

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

17 E. La cancelación del contrato entre la organización de servicios de salud
18 limitados y el proveedor no eximirá al proveedor de continuar ofreciendo
19 los tratamientos que se estén brindando a un suscriptor para una
20 condición específica, por un periodo que no será mayor de treinta (30)
21 días, sujeto a los mismos copagos y cargos vigentes a la fecha de
22 cancelación de contrato. Este periodo de tiempo aplicará solo a los casos

1 en donde no se haya establecido mediante legislación federal o estatal un
2 periodo de transición de continuidad de servicios para un suscriptor por
3 razón de cancelación de contrato entre una organización de servicios de
4 salud limitados y un proveedor.

5 Artículo 16.180. Protección contra insolvencia; Depósito

6 A. Con excepción de lo aprobado en virtud del inciso D de este Artículo, toda
7 organización de servicios de salud limitados deberá en todo momento
8 mantener un “tangible net equity” mínimo de cincuenta mil dólares
9 (\$50,000) o el dos por ciento (2%) del ingreso anual por concepto de prima
10 de la organización, lo que sea mayor.

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

1 términos con que se pagan las transacciones equivalentes con empresas
2 que no son filiales y las transacciones que no están vencidas.

- 3 C. (1) Como garantía de sus obligaciones, toda organización de servicios
4 de salud limitados depositará con el Comisionado, al momento de
5 autorizarse, la cantidad de seiscientos mil dólares (\$600,000.00) en
6 activos elegibles, según se dispone en el Artículo 8.020 del Código
7 de Seguros de Puerto Rico.
- 8 (2) El depósito se admitirá como activo de la organización de servicios
9 de salud limitados en la determinación del “tangible net equity”.
- 10 (3) Todo ingreso por concepto de depósitos constituirá un activo de la
11 organización de servicios de salud limitados. La organización de
12 servicios de salud limitados podrá retirar el depósito o parte del
13 mismo luego de hacer un depósito sustituto de una cantidad o
14 valor equivalente. El Comisionado aprobará todos los valores antes
15 de que se sustituyan.
- 16 (4) El depósito se usará para proteger los intereses de los suscriptores y
17 para asegurar la continuación de los servicios a los suscriptores de
18 una organización de servicios de salud limitados que esté en
19 proceso de rehabilitación. Si dicha organización está en sindicatura
20 o liquidación, el depósito se considerará activo sujeto a las
21 disposiciones aplicables al proceso de liquidación.

1 D. Al recibir una solicitud de una organización de servicios de salud
2 limitados, el Comisionado podrá eliminar el requisito del inciso A de este
3 Artículo, por el periodo de tiempo que estime apropiado, si la
4 organización de servicios de salud limitados tiene un capital neto de por
5 lo menos cinco millones de dólares (\$5,000,000.00).

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

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

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

15 Artículo 16.200. Informes Anuales

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

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

- 1 (1) La situación económica de la organización, incluyendo el estado de
2 situación, el estado de ganancias y pérdidas y el estado de fuentes y
3 aplicación de fondos por el año precedente.;
- 4 (2) La cantidad de suscriptores que había a principios del año, los
5 suscriptores que había a final del año y la cantidad de suscripciones
6 que se cancelaron durante el año;
- 7 (3) Cualquier cambio material en la información sometida en virtud
8 del Artículo 16.040 y
- 9 (4) Cualquier otra información relacionada con el desempeño de la
10 organización que el Comisionado considere necesaria para llevar a
11 cabo sus funciones conforme a lo dispuesto en este Capítulo.

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

15 D. El Comisionado podrá imponer multas hasta un máximo de cien dólares
16 (\$100.00) diarios por cada día de retraso en entregar un informe y podrá
17 revocar el certificado de autoridad de una organización de servicios de
18 salud limitados hasta que dicha organización radique el informe.

19 Artículo 16.210. Suspensión o revocación del Certificado de Autoridad

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

- 1 (1) La organización de servicios de salud limitados opera en
2 contravención a lo dispuesto en sus documentos constitutivos;
- 3 (2) La organización de servicios de salud limitados emite evidencia de
4 cubierta o utiliza tarifas o cargos que no cumple con los requisitos
5 de los Artículos 16.090 y 16.100;
- 6 (3) La organización de servicios de salud limitados no puede cumplir
7 con sus obligaciones de proveer servicios de cuidado de la salud
8 limitados;
- 9 (4) La organización de servicios de salud limitados no tiene solidez
10 financiera y se espera que no pueda cumplir con sus obligaciones
11 con los suscriptores o con los posibles suscriptores;
- 12 (5) El “tangible net equity” de la organización de servicios de salud
13 limitados es menor que el que se requiere el Artículo 16.180 o dicha
14 organización no ha corregido las deficiencias en el “tangible net
15 equity” de la manera en que se lo ha exigido el Comisionado;
- 16 (6) La organización de servicios de salud limitados no ha
17 implementado un procedimiento de querellas conforme a lo
18 requerido en el Artículo 16.130;
- 19 (7) El continuar operando la organización sería peligroso para los
20 intereses de los suscriptores;

- 1 (8) La organización de servicios de salud limitados ha incumplido con
2 alguna otra disposición de este Código, del Código de Seguros de
3 Puerto Rico, regla, reglamento u orden legal del Comisionado o
- 4 (9) La organización o cualquier otra persona a su nombre ha publicado
5 o mercadeado sus servicios en una forma engañosa, desleal o
6 mediante falsas representaciones.
- 7 B. Si el Comisionado tuviera motivo para creer que existen fundamentos
8 para la suspensión o revocación del certificado de autoridad, deberá
9 enviarle a la organización de servicios de salud limitados una notificación
10 por escrito en la que esboce los fundamentos de la suspensión o
11 revocación y en la que fije una fecha, dentro de treinta (30) días a partir de
12 la emisión de la notificación, para la celebración de una vista.
- 13 C. Cuando se revoque el certificado de autoridad a una organización de
14 servicios de salud limitados, ésta procederá inmediatamente a gestionar el
15 cierre de operaciones y no realizará ninguna otra actividad que no sea
16 esencial al cierre de operaciones ordenado. La organización no hará
17 ninguna gestión publicitaria ni de solicitud adicional. El Comisionado
18 podrá permitir, mediante orden escrita, la continuación de las operaciones
19 que entienda respondan a los mejores intereses de los suscriptores, con el
20 fin de que se provea a éstas las mejores oportunidades prácticas para
21 obtener servicios de salud limitados de manera continuada.

1 Artículo 16.220. Sanciones adicionales por violaciones

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

7 Artículo 16.230. Rehabilitación o liquidación

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

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

1 Artículo 16.240. Derechos de radicación

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

- 4 A. La solicitud de certificado de autoridad o una enmienda al mismo;
- 5 B. Una modificación material a un servicio de salud limitado o la inclusión
6 de un servicio de salud limitado adicional;
- 7 C. Cada informe anual y
- 8 D. Los informes periódicos, conforme a lo dispuesto por el Comisionado.

9 Artículo 16.250. Confidencialidad

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

- 14 (1) En la medida en que sea necesario para cumplir con lo dispuesto en
15 este Capítulo;
- 16 (2) Si el suscriptor o proveedor ha dado su consentimiento expreso,
17 según sea el caso;
- 18 (3) En cumplimiento con una ley u orden que disponga que se debe
19 proveer evidencia o para descubrimiento de la misma o
- 20 (4) Si los datos o la información es pertinente para una reclamación o
21 litigación.

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

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

8 Artículo 16.260. Contribuciones

9 Las mismas contribuciones que se estipularen para las organizaciones de
10 servicios de salud serán de aplicación a las organizaciones de servicios de salud
11 limitados. Dichas organizaciones tendrán derecho a las mismas deducciones,
12 reducciones, rebajas y créditos contributivos que las organizaciones de servicios
13 de salud.”

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

16 **“Capítulo 18 Verificación de Credenciales de los Profesionales o Entidades de la**
17 **Salud**

18 Artículo 18.010. Título

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

1 Artículo 18.020. Propósito

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

9 Artículo 18.030. Definiciones

10 Para los fines de este Capítulo:

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

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

20 C. “Verificación secundaria” significa la verificación hecha por la
21 organización de seguros de salud o asegurador acerca de las credenciales
22 de un profesional de la salud, a base de la evidencia obtenida por medios

1 que no fueran el contacto directo con el emisor de la credencial (por
2 ejemplo, copias de los certificados provistos por el profesional de la salud
3 solicitante).

4 Artículo 18.040. Aplicabilidad y Alcance

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

7 Artículo 18.050. Responsabilidades Generales de las Organizaciones de 8 Seguros de Salud o Aseguradores

9 A. La organización de seguros de salud o asegurador:

- 10 (1) Establecerá políticas y procedimientos escritos para la verificación
11 de las credenciales de todos los profesionales o entidades de la
12 salud que contrate y aplicará dichas normas de manera uniforme;
- 13 (2) Verificará las credenciales del profesional o entidad de la salud
14 antes de contratarlo. El director médico de la organización de
15 seguros de salud o asegurador, u otro profesional de la salud
16 nombrado para tal propósito, será responsable de la verificación de
17 las credenciales y participará en dicho proceso de verificación;
- 18 (3) Establecerá un comité para la verificación de credenciales
19 compuesto por médicos y otros profesionales de la salud
20 licenciados, quienes revisarán la información y documentación que
21 avala las credenciales y tomarán decisiones con respecto a la
22 verificación de las credenciales;

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

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

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

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

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

19 La organización de seguros de salud o asegurador:

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

- 1 (1) Licencia, certificado de autorización o registro vigente para ejercer
2 en Puerto Rico;
 - 3 (2) Cumplimiento con requisitos de responsabilidad financiera;
 - 4 (3) Estado de asociación con algún hospital (si fuera aplicable);
 - 5 (4) Certificaciones expedidas por juntas de especialización (si fuera
6 aplicable);
 - 7 (5) Certificado de registro vigente con la Agencia de Drogas y
8 Narcóticos (DEA) (si fuera aplicable);
 - 9 (6) Graduación de una escuela profesional acreditada y
 - 10 (7) Estudios graduados completados (si fuera aplicable).
- 11 B. Obtendrá una verificación primaria o secundaria, a discreción de la
12 organización de seguros de salud o asegurador, de lo siguiente:
- 13 (1) El historial de la licencia del profesional de la salud en Puerto Rico
14 y en otros estados;
 - 15 (2) El historial de impericia médica del profesional de la salud y
 - 16 (3) El historial de trabajo del profesional de la salud.
- 17 C. Por lo menos cada tres (3) años obtendrá, con respecto al profesional de la
18 salud participante, lo siguiente:
- 19 (1) Licencia, certificado de autorización o registro vigente para ejercer
20 en Puerto Rico;
 - 21 (2) Cumplimiento con requisitos de responsabilidad financiera;
 - 22 (3) Estado de asociación con algún hospital (si fuera aplicable);

- 1 (4) Certificado de registro vigente con la DEA (si fuera aplicable) y
2 (5) Certificaciones expedidas por juntas de especialización (si fuera
3 aplicable).

4 D. Requerirá que los proveedores participantes notifiquen a la organización
5 de seguros de salud o asegurador todo cambio que ocurra en los
6 renglones indicados en este Artículo e indicará a los proveedores
7 participantes la información de contacto para informar dichos cambios.

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

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

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

19 B. La organización de seguros de salud o asegurador notificará al profesional
20 de la salud toda la información que obtenga que no satisfaga las normas
21 sobre verificación de credenciales establecidas o que varíe de manera
22 significativa de la información provista por el profesional o entidad de la

1 salud. No obstante lo anterior, la organización de seguros de salud o
2 asegurador no tendrá que divulgar la fuente de dicha información si tal
3 divulgación está prohibida por ley.

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

13 Artículo 18.080. Contratación

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

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

1 **“Capítulo 20 Evaluación y Mejora de Calidad en las Organizaciones de Seguros de**
2 **Salud o Aseguradores**

3 Artículo 20.010. Título

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

7 Artículo 20.020. Propósito

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

14 Artículo 20.030. Definiciones

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

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

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

4 Artículo 20.040. Aplicabilidad y Alcance

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

8 Artículo 20.050. Normas de Evaluación de Calidad

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

15 A. Establecer un sistema diseñado para evaluar la calidad de los servicios de
16 cuidado de la salud que se proveen a las personas cubiertas o asegurados.

17 Este sistema será apropiado para los tipos de planes que ofrece la
18 organización de seguros de salud o asegurador.

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

- 1 C. Informarle a las agencias reguladoras correspondientes, incluido el
2 Comisionado, de todo patrón inadecuado que identifique en torno a la
3 forma en que un proveedor presta los servicios de cuidado de la salud y
4 que pudieran causar que la organización de seguros de salud o
5 asegurador cancele o suspenda el contrato con dicho proveedor. La
6 organización de seguros de salud o asegurador no incurrirá en
7 responsabilidad legal por cumplir con el deber que le impone esta
8 disposición; y
- 9 D. Radicar ante el Comisionado, en el formato establecido por éste, una
10 descripción del programa de evaluación de calidad, el cual deberá incluir
11 una certificación firmada por un oficial ejecutivo de la organización de
12 seguros de salud o asegurador que acredite que se cumple con los
13 requisitos de este Capítulo.

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1 (a) Analizará los procesos y los resultados del cuidado de la
2 salud, incluido y según sea el caso, una revisión detallada de
3 casos individuales para distinguir las causas de la variación;
- 4 (b) Identificará los diagnósticos y tratamientos específicos que el
5 programa de mejora de calidad revisará cada año. Para
6 determinar los diagnósticos y tratamientos que se revisarán,
7 la organización de seguros de salud o asegurador deberá
8 tomar en consideración las prácticas y diagnósticos que
9 afectan o que pudieran poner en riesgo una cantidad
10 considerable de las personas cubiertas o asegurados del
11 plan. Lo anterior no significa que las organizaciones de
12 seguros de salud o aseguradores tendrán que evaluar cada
13 enfermedad, dolencia o padecimiento que pueda afectar a
14 algún miembro de un plan de cuidado coordinado.
- 15 (c) Utilizará una variedad de métodos adecuados para analizar
16 la calidad de los servicios, incluidos los siguientes:
- 17 (i) Recopilación y análisis de información sobre la
18 utilización excesiva y la subutilización de los
19 servicios;
- 20 (ii) Evaluación de los tratamientos y los resultados del
21 cuidado de la salud;

- 1 (iii) Recopilación y análisis de información específica
2 sobre personas cubiertas, asegurados o proveedores,
3 que se haya obtenido de múltiples fuentes como las
4 organizaciones de manejo de utilización, el
5 procesamiento de querellas, entre otras;
- 6 (d) Comparará los resultados del programa con el desempeño
7 pasado, según sea apropiado, y, según sea aplicable, con las
8 metas internas y las normas externas que haya adoptado la
9 organización de seguros de salud o asegurador;
- 10 (e) Medirá el desempeño de los proveedores participantes y
11 llevará a cabo actividades de evaluación por homólogos
12 clínicos (“peer review activities”), tales como:
- 13 (i) Identificar prácticas que no cumplan con los
14 estándares de la organización de seguros de salud o
15 asegurador;
- 16 (ii) Tomar las medidas adecuadas para corregir las
17 deficiencias;
- 18 (iii) Monitorear a los proveedores participantes para
19 determinar si han implementado medidas correctivas
20 y

- 1 (iv) Tomar las medidas adecuadas cuando el proveedor
2 participante no haya implementado las medidas
3 correctivas;
- 4 (f) Utilizará los protocolos de tratamiento y los parámetros de
5 la profesión que se hayan desarrollado tomando en
6 consideración datos clínicos adecuados y utilizando las
7 evaluaciones descritas en los incisos (C)(2)(a) y (C)(2)(b) de
8 este Artículo, o utilizará protocolos de tratamiento que se
9 hayan desarrollado con los datos clínicos adecuados; y le
10 proveerá información a los proveedores participantes sobre
11 los protocolos que les permitirán satisfacer las normas que
12 estos protocolos establezcan;
- 13 (g) Evaluará el acceso que las personas cubiertas o asegurados
14 tengan a los servicios de cuidado de la salud, a tenor con las
15 normas que se hayan establecido por ley, reglamentación o
16 por el Comisionado. El plan de mejora de calidad describirá
17 la estrategia que utilizará la organización de seguros de
18 salud o asegurador para integrar la política de salud pública
19 con los servicios de salud que ofrecen, incluyendo una
20 descripción de los esfuerzos que dicha organización de
21 seguros de salud o asegurador haya hecho de buena fe para

1 iniciar o mantener la comunicación con las agencias públicas
2 de la salud;

3 (h) Implementar estrategias de mejora basadas en las
4 conclusiones de los programas; y

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

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

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

13 Artículo 20.070. Auditoría Corporativa

14 El principal director médico o clínico de la organización de seguros de
15 salud o asegurador asumirá la responsabilidad primaria de evaluar la calidad y
16 las actividades de mejora de calidad que realice dicha organización de seguros
17 de salud o asegurador, o que se lleven a cabo en nombre de ésta. También se
18 asegurará de que se cumplan todos los requisitos dispuestos en este Capítulo. El
19 principal director médico o clínico deberá aprobar, por escrito, los programas de
20 evaluación de calidad y los programas de mejora de calidad, según sean
21 aplicables, que se implementen para cumplir con este Capítulo, y deberá
22 revisarlos y reevaluarlos de manera periódica. Al menos dos (2) veces al año, el

1 principal director médico o clínico deberá revisar los informes de evaluación de
2 calidad y las actividades de mejora de calidad. El Comisionado responsabilizará
3 a la organización de seguros de salud o asegurador por las acciones que lleve a
4 cabo el principal director médico o clínico. La organización de seguros de salud o
5 asegurador también será responsable de cumplir con todos los requisitos
6 establecidos en este Capítulo.

7 Artículo 20.080. Requisitos de Radicación de Informes y de Divulgación de
8 Información

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

- 13 (1) Incluir un resumen de los programas de evaluación y de mejora de
14 calidad en los documentos de mercadeo;
- 15 (2) Incluir, en la certificación de cubierta o en el manual que se le
16 provee a los nuevos suscriptores del plan, una descripción de los
17 programas de evaluación y de mejora de calidad, así como una
18 declaración de los derechos y responsabilidades del paciente con
19 respecto a estos programas y
- 20 (3) Suministrar a los proveedores y a las personas cubiertas o
21 asegurados, una (1) vez al año, los resultados de los programas de
22 evaluación y de mejora de calidad. También deberá informarles de

1 cómo ha ido cumpliendo con las metas internas y las normas
2 externas, cuando esta información esté disponible. Los informes
3 incluirán una descripción de la metodología utilizada para evaluar
4 cada área en específico.

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

11 (2) La organización de seguros de salud o asegurador deberá tener
12 accesible al público, en caso de que así se le solicite y sujeto a un
13 cargo razonable, los materiales certificados a los que se alude en el
14 inciso (B)(1) de este Artículo, excepto los materiales sujetos a
15 confidencialidad de conformidad con el Artículo 20.090 de este
16 Código y los materiales que sean propiedad intelectual del plan. La
17 organización de seguros de salud o asegurador deberá conservar
18 todos los materiales certificados por al menos tres (3) años a partir
19 de la fecha en que dicho material se haya utilizado o hasta que se
20 haya examinado como parte de una evaluación de conducta de
21 mercado, cuál de las dos fechas ocurra primero.

1 Artículo 20.090. Confidencialidad

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

19 B. Toda persona que, de buena fe y sin malicia, en su capacidad de miembro,
20 agente o empleado del comité de calidad de una organización de seguros
21 de salud o asegurador, tome alguna decisión o haga alguna
22 recomendación o provea algún expediente, información o asistencia al

1 comité de calidad, a tenor con las actividades de evaluación y de mejora
2 de calidad de la organización de seguros de salud o asegurador, y para
3 fomentar las mismas, no tendrá que responder ante ninguna demanda por
4 daños y perjuicios ni por alguna otra acción judicial como consecuencia de
5 dicha acción, así como tampoco la organización de seguros de salud o
6 asegurador, ni ninguno de sus directores, oficiales, empleados o agentes
7 tendrán que responder por las actividades de dicha persona. Este Artículo
8 no pretende relevar a persona alguna de responsabilidad en cuanto al
9 tratamiento de un paciente.

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

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

1 Artículo 20.100. Contratación

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

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

9 **“Capítulo 24 Revisión de Utilización y Determinación de Beneficios**

10 Artículo 24.010. Título

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

13 Artículo 24.020. Propósito

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

20 Artículo 24.030. Definiciones

21 Para los fines de este Capítulo:

- 1 A. “Certificación” significa un documento que contiene la determinación de
2 la organización de seguros de salud o asegurador, o de la organización de
3 revisión de utilización, en el que se expresa que se ha revisado la solicitud
4 de un beneficio a tenor con el plan médico y que, a base de la información
5 provista, el beneficio cumple con los requisitos de la organización de
6 seguros de salud o asegurador en cuanto a la necesidad médica, la
7 idoneidad, el lugar donde se provee el servicio de cuidado de la salud, o el
8 nivel o eficacia del servicio o del cuidado.
- 9 B. “Condición de salud de emergencia” significa una condición médica que
10 se manifiesta por síntomas agudos de suficiente severidad, incluyendo
11 dolor severo, ante la cual una persona lego, razonablemente prudente y
12 con un conocimiento promedio de salud y medicina, puede esperar que,
13 en ausencia de atención médica inmediata, la salud de la persona se
14 colocaría en serio peligro, o resultaría en una seria disfunción de cualquier
15 miembro u órgano del cuerpo o, con respecto a una mujer embarazada
16 que esté sufriendo contracciones, que no haya suficiente tiempo para
17 trasladarla a otras instalaciones antes del parto, o que trasladarla
18 representaría una amenaza a su salud o a la de la criatura por nacer.
- 19 C. “Criterios de revisión clínica” son los procedimientos escritos para el
20 cernimiento, resúmenes de las decisiones, los protocolos clínicos y guías
21 de práctica que usa la organización de seguros de salud o asegurador para

1 determinar la necesidad médica e idoneidad de los servicios de cuidado
2 de salud.

3 D. “Determinación adversa” significa:

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

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

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

- 1 E. “Estabilizado” significa, con respecto a una condición de salud de
2 emergencia, que no hay probabilidad de que se deteriore la condición del
3 paciente, dentro de las probabilidades médicas razonables, antes de que se
4 pueda transferir al paciente.
- 5 F. “Homólogo clínico” significa un médico u otro profesional de la salud
6 que tiene una licencia sin restricciones en un estado de los Estados Unidos
7 o en Puerto Rico, y en la misma especialidad, o especialidad similar, que
8 los médicos o profesionales de la salud que por costumbre atienden la
9 condición, procedimiento o tratamiento que se revisa.
- 10 G. “Manejo de casos” significa un conjunto de actividades coordinadas,
11 establecidas por la organización de seguros de salud o asegurador, para el
12 manejo individual de los padecimientos del paciente, sean complejos,
13 prolongados o de otro tipo.
- 14 H. “Organización de revisión de utilización” significa la entidad contratada
15 por una organización de seguros de salud o asegurador para llevar a cabo
16 la revisión de utilización, cuando no sea la organización de seguros de
17 salud o asegurador quien hace la revisión de su propio plan médico. No
18 se interpretará que es requisito para la organización de seguros de salud o
19 asegurador subcontratar una entidad independiente para llevar a cabo los
20 procesos de revisión de utilización.
- 21 I. “Planificación de altas” significa el proceso formal que se lleva a cabo
22 antes de que a un paciente se le dé de alta de una instalación, para

1 determinar la coordinación y manejo del cuidado que recibirá dicho
2 paciente luego de que se le haya dado de alta.

3 J. “Revisión concurrente” significa la revisión de utilización hecha durante
4 la estadía del paciente en una instalación, o durante el tratamiento del
5 paciente en la oficina de un profesional de la salud u otro lugar donde se
6 prestan servicios de cuidado de la salud a pacientes reclusos o
7 ambulatorios.

8 K. “Revisión de servicios ambulatorios” significa la revisión de utilización
9 de servicios de cuidado de la salud prestados en instalaciones que
10 proveen servicios ambulatorios.

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

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

- 1 N. "Revisión retrospectiva" significa la revisión de una solicitud de un
2 beneficio que se lleva a cabo luego de que el servicio de cuidado de la
3 salud fue prestado. "Revisión retrospectiva" no incluye la revisión de una
4 reclamación que se limita a la evaluación de la veracidad de la
5 documentación o el uso de los códigos correctos.
- 6 O. "Segunda opinión" significa la oportunidad o el requisito de obtener una
7 evaluación clínica hecha por un proveedor, que no sea el proveedor que
8 haya hecho la recomendación inicial, de un servicio de cuidado de la
9 salud, con miras a evaluar la necesidad médica e idoneidad de dicho
10 servicio.
- 11 P. "Servicios de emergencia" significa los servicios de cuidado de la salud
12 prestados o que se requieren para tratar una condición de salud de
13 emergencia.
- 14 Q. "Solicitud de cuidado urgente" significa
- 15 (1) Una solicitud de servicio de cuidado de la salud o tratamiento con
16 respecto al cual el tiempo establecido para hacer una determinación
17 de cuidado no urgente:
- 18 (a) Podría poner en peligro la vida o la salud de la persona
19 cubierta o asegurado o su recuperación plena; o
- 20 (b) En la opinión de un médico con conocimiento de la
21 condición de salud de la persona cubierta o asegurado,
22 expondría a la persona a dolor que no se puede manejar

1 adecuadamente sin el servicio de cuidado de la salud o
2 tratamiento solicitado.

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

12 Artículo 24.040. Aplicabilidad y Alcance

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

1 Artículo 24.050. Auditoría Corporativa del Programa de Revisión de
2 Utilización

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

10 Artículo 24.060. Contratación

11 Cuando una organización de seguros de salud o asegurador contrate una
12 organización de revisión de utilización u otra entidad para llevar a cabo las
13 funciones de revisión de utilización que se requieren en este Capítulo, el
14 Comisionado responsabilizará a la organización de seguros de salud o
15 asegurador por la fiscalización de las actividades de la organización de revisión
16 de utilización o entidad contratada. La organización de seguros de salud o
17 asegurador garantizará que se cumplan los requisitos de este Capítulo y los
18 reglamentos aplicables.

19 Artículo 24.070. Alcance y Contenido del Programa de Revisión de
20 Utilización

21 A. (1) Toda organización de seguros de salud o asegurador que requiera
22 que las solicitudes de beneficios, conforme al plan médico de la

1 persona cubierta o asegurado, sean objeto de una revisión de
2 utilización, implementarán, por escrito, un programa de revisión de
3 utilización en el que se describan todas las actividades y
4 procedimientos de tales revisiones, tanto los que se deleguen como
5 los que no se deleguen, con respecto a:

- 6 (a) Los procedimientos para la radicación de las solicitudes de
7 beneficios;
- 8 (b) La notificación de las determinaciones sobre revisión de
9 utilización y determinaciones de beneficios; y
- 10 (c) Los procesos para la revisión de determinaciones adversas,
11 conforme al Capítulo 22 de este Código.

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

- 14 (a) Los procedimientos para evaluar la necesidad de salud,
15 idoneidad, y eficiencia y eficacia de los servicios de cuidado
16 de la salud;
- 17 (b) Las fuentes de datos y criterios de revisión clínica utilizados
18 en el proceso de toma de decisiones;
- 19 (c) Los mecanismos usados para asegurar la aplicación
20 uniforme de los criterios de revisión clínica y de las
21 decisiones compatibles;

- 1 (d) Los procesos de recopilación de datos y métodos analíticos
2 usados para evaluar la utilización de servicios de cuidado de
3 la salud;
- 4 (e) Disposiciones para asegurar la confidencialidad de la
5 información de salud y la propiedad intelectual;
- 6 (f) La estructura organizativa (por ejemplo, comité de revisión
7 de utilización, comité de garantía de calidad u otro tipo de
8 comité), que periódicamente evalúa las actividades de
9 revisión de utilización y responde al cuerpo rector de la
10 organización de seguros de salud o asegurador; y
- 11 (g) El título del puesto de la persona responsable de la
12 operación diaria del programa.
- 13 B. (1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores radicarán
14 con el Comisionado, en el formato que éste disponga, un informe
15 anual que resuma las actividades del programa de revisión de
16 utilización.
- 17 (2) (a) Además del informe anual que resuma las actividades del
18 programa de revisión de utilización, las organizaciones de
19 seguros de salud o aseguradores mantendrán, por un
20 término mínimo de seis (6) años, récords de todas las
21 solicitudes de beneficios y reclamaciones y notificaciones
22 relacionadas a los procesos de revisión de utilización.

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

5 Artículo 24.080. Requisitos Operacionales

- 6 A. En el programa de revisión de utilización se usarán criterios de revisión
7 clínica que estén documentados y fundamentados en evidencia clínica
8 sólida y que sean evaluados periódicamente para asegurar su vigencia.
9 Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores podrán desarrollar
10 sus propios criterios de revisión clínica o podrán obtener dichos criterios
11 de un vendedor cualificado y utilizarlos mediante licencia. Las
12 organizaciones de seguros de salud o aseguradores proveerán los criterios
13 de revisión clínica a solicitud del Comisionado y de otras agencias
14 gubernamentales autorizadas.
- 15 B. La administración del programa de revisión de utilización estará a cargo
16 de profesionales de la salud cualificados, quienes supervisarán las
17 decisiones que se tomen en el proceso de revisión. Uno o más homólogos
18 clínicos evaluarán la corrección de las determinaciones adversas.
- 19 C. (1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores realizarán
20 la revisión de utilización y emitirán las determinaciones de
21 beneficios de manera expedita, según los requisitos de los Artículos
22 24.090 y 24.100 de este Código.

1 (2) (a) Cuando la organización de seguros de salud o asegurador
2 falle en adherirse estrictamente a los requisitos de los
3 Artículos 24.090 y 24.100 de este Código, podrá considerarse
4 que la persona cubierta o asegurado ha agotado el remedio
5 provisto en este Capítulo y podrá tomar acción ulterior, a
6 tenor con lo que a continuación se dispone en el apartado
7 (C)(2)(b) de este Artículo, independientemente de si la
8 organización de seguros de salud o asegurador alega haber
9 cumplido sustancialmente con los requisitos de los Artículos
10 24.090 y 24.100 de este Código, o de si alega que la falta
11 cometida fue mínima.

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

16 (ii) Además del proceso de revisión externa dispuesto en
17 el apartado anterior, la persona cubierta o asegurado
18 tendrá derecho a procurar cualquier remedio
19 disponible bajo las leyes de Puerto Rico o las leyes
20 federales, fundamentado en el hecho de que la
21 organización de seguros de salud o asegurador falló
22 en su deber de proveer un proceso interno de revisión

1 razonable, que condujera a una decisión basada en los
2 méritos de la reclamación.

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

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

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

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

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

- 1 (2) Evidencia de la aprobación formal, por parte de la organización de
2 seguros de salud o asegurador, del programa de revisión de
3 utilización; y
- 4 (3) El proceso mediante el cual las organizaciones de seguros de salud
5 o aseguradores evaluarán el desempeño de la organización de
6 revisión de utilización designada.
- 7 H. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores coordinarán el
8 programa de revisión de utilización junto con las otras actividades de
9 administración de servicios médicos que realizan, tales como los
10 programas de garantía de calidad, la verificación de credenciales, la
11 contratación de proveedores, la preparación de informes, los
12 procedimientos para atender las querellas, los procesos para evaluar la
13 satisfacción de las personas cubiertas o asegurados y el manejo de riesgos.
- 14 I. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores proveerán
15 mecanismos adecuados para que las personas cubiertas o asegurados, y
16 los proveedores participantes, puedan resolver sus dudas o preguntas con
17 relación al programa de revisión y determinación de beneficios.
- 18 J. Al llevar a cabo la revisión de utilización, las organizaciones de seguros de
19 salud o aseguradores recopilarán únicamente la información necesaria
20 para hacer la revisión, incluyendo la información clínica pertinente.
- 21 K. (1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores se
22 cerciorarán de que los procesos de revisión de utilización y

1 o aseguradores harán su determinación y la
2 notificarán a la persona cubierta o asegurado,
3 independientemente de si se certifica el beneficio o
4 no, dentro del plazo adecuado según la condición de
5 salud de la persona cubierta o asegurado, pero en
6 ningún caso en un plazo mayor de quince (15) días
7 contados a partir de la fecha en que se recibe la
8 solicitud.

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

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

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

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

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

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

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

18 (2) (a) Cuando las organizaciones de seguros de salud o
19 aseguradores reciban una solicitud de revisión prospectiva
20 que no cumpla con los requisitos para la radicación de
21 solicitudes de beneficios de la organización de seguros de
22 salud o asegurador, le notificarán a la persona cubierta o

1 asegurado de esta deficiencia y proveerán en la notificación
2 información sobre los procedimientos que se deben seguir
3 para radicar la solicitud correctamente.

4 (b) (i) La notificación sobre deficiencia en la radicación de la
5 solicitud se proveerá a la brevedad posible, pero en
6 ningún caso en un plazo mayor de cinco (5) días
7 contados a partir de la fecha de la presentación
8 deficiente.

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

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

18 (a) Se considerará como una determinación adversa toda
19 reducción o terminación del tratamiento que haga la
20 organización de seguros de salud o asegurador antes de
21 finalizar el plazo o la cantidad de tratamientos previamente
22 certificados, salvo que la reducción o terminación se deba a

1 una enmienda en los beneficios del plan médico o a la
2 terminación del plan médico; y

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

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

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

21 (b) En caso de que se emita una determinación adversa, las
22 organizaciones de seguros de salud o aseguradores

1 notificarán dicha determinación como se dispone en el
2 apartado (F) de este Artículo.

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

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

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

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

- 1 (i) Describirá exactamente cuál es la información
2 adicional que se requiere para completar la solicitud;
3 y
4 (ii) Dispondrá un plazo de por lo menos cuarenta y cinco
5 (45) días, contados a partir de la fecha del recibo de la
6 notificación de prórroga, para que la persona cubierta
7 o asegurado provea la información adicional
8 especificada.

9 E. (1) A los fines de calcular los plazos en que se requiere que las
10 organizaciones de seguros de salud o aseguradores tomen sus
11 determinaciones conforme a los apartados (B) y (D) de este
12 Artículo, el plazo comenzará en la fecha en que la organización de
13 seguros de salud o asegurador reciba la solicitud conforme a los
14 procedimientos de radicación que haya establecido a tenor con el
15 Artículo 24.070 de este Código, independientemente de si la
16 radicación incluye toda la información requerida para tomar la
17 determinación.

- 18 (2) (a) Si se extiende el plazo debido a que la persona cubierta o
19 asegurado no presentó toda la información necesaria para
20 hacer la determinación, el plazo aplicable se interrumpirá a
21 partir de la fecha en que la organización de seguros de salud
22 o asegurador envíe la notificación de prórroga a la persona

1 cubierta o asegurado, hasta la que ocurra primero de entre
2 las siguientes fechas:

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

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

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

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

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

- 1 (b) Las razones específicas de la determinación adversa,
2 incluyendo el código de denegación y su significado, así
3 como una descripción de los estándares, si alguno, utilizados
4 en la denegación del beneficio o reclamación;
- 5 (c) Una referencia a las disposiciones específicas del plan
6 médico en las que se basa la determinación;
- 7 (d) Una descripción de todo material o información adicional
8 que se necesite para que la persona cubierta o asegurado
9 pueda completar la solicitud, incluida una explicación de
10 por qué dicho material o información es necesaria;
- 11 (e) Una descripción de los procedimientos internos de querellas
12 de la organización de seguros de salud o asegurador,
13 establecidos a tenor con el Capítulo 22 de este Código,
14 incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos;
- 15 (f) Si para formular la determinación adversa la organización
16 de seguros de salud o asegurador se fundamentó en una
17 regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se
18 proveerá libre de costo a la persona cubierta o asegurado
19 una copia de dicha regla, guía, protocolo interno u otro
20 criterio similar;
- 21 (g) Si la determinación adversa se basó en el juicio sobre la
22 necesidad médica del servicio o tratamiento, en la naturaleza

1 experimental o investigativa del mismo o en una exclusión o
2 límite similar, la notificación incluirá una explicación del
3 razonamiento científico o clínico seguido al hacer la
4 determinación, y al aplicar los términos del plan médico a
5 las circunstancias de la persona cubierta o asegurado;

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

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

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

20 A. (1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores
21 establecerán, por escrito, procedimientos para la revisión acelerada
22 de utilización y determinación de beneficios, y para notificar a las

1 personas cubiertas o asegurados sus determinaciones respecto a las
2 solicitudes de cuidado urgente.

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

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

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

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

19 B. (1) (a) En el caso de una solicitud de cuidado urgente, la
20 organización de seguros de salud o asegurador notificará a
21 la persona cubierta o asegurado su determinación, sea o no
22 una determinación adversa, a la brevedad posible, tomando

1 en cuenta la condición de salud de la persona cubierta o
2 asegurado, pero en ningún caso en un término mayor de
3 veinticuatro (24) horas contadas a partir del recibo de la
4 solicitud, salvo que la persona cubierta o asegurado no haya
5 provisto suficiente información para que la organización de
6 seguros de salud o asegurador pueda determinar si los
7 beneficios solicitados son beneficios cubiertos y pagaderos a
8 tenor con el plan médico.

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

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

- 1 (b) La organización de seguros de salud o asegurador proveerá
2 a la persona cubierta o asegurado un plazo razonable para
3 presentar la información adicional especificada, pero en
4 ningún caso dicho plazo será menor de cuarenta y ocho (48)
5 horas contadas a partir de la notificación de la deficiencia.
- 6 (c) La organización de seguros de salud o asegurador notificará
7 a la persona cubierta o asegurado su determinación respecto
8 a la solicitud de cuidado urgente a la brevedad posible, pero
9 en ningún caso en un término mayor de cuarenta y ocho (48)
10 horas contadas a partir de lo que ocurra primero entre lo
11 siguiente:
- 12 (i) La fecha del recibo, por parte de la organización de
13 seguros de salud o asegurador, de la información
14 adicional especificada; o
- 15 (ii) La fecha en que vence el plazo otorgado para que la
16 persona cubierta o asegurado presentara la
17 información adicional especificada.
- 18 (d) Si la persona cubierta o asegurado no presenta la
19 información adicional especificada en el término concedido,
20 la organización de seguros de salud o asegurador podrá
21 denegar la certificación del beneficio solicitado.

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

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

18 D. A los fines de calcular los plazos en que se requiere que las organizaciones
19 de seguros de salud o aseguradores tomen sus determinaciones conforme
20 a los apartados (B) y (C) de este Artículo, el plazo comenzará en la fecha
21 en que la organización de seguros de salud o asegurador reciba la
22 solicitud conforme a los procedimientos para la radicación de solicitudes

1 que haya establecido a tenor con el Artículo 24.070 de este Código,
2 independientemente de si la radicación incluye toda la información
3 requerida para tomar la determinación.

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

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

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

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

21 (d) Una descripción de todo material o información adicional
22 que se necesite para que la persona cubierta o asegurado

- 1 pueda completar la solicitud, incluyendo una explicación de
2 por qué dicho material o información es necesaria;
- 3 (e) Una descripción de los procedimientos internos de querellas
4 de la organización de seguros de salud o asegurador,
5 establecidos a tenor con el Capítulo 22 de este Código,
6 incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos;
- 7 (f) Una descripción de los procedimientos internos de revisión
8 acelerada de querellas de la organización de seguros de
9 salud o asegurador, establecidos a tenor con el Artículo
10 22.100 de este Código, incluyendo los plazos aplicables a
11 dichos procedimientos;
- 12 (g) Si para formular la determinación adversa la organización
13 de seguros de salud o asegurador se fundamentó en una
14 regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se
15 proveerá libre de costo a la persona cubierta o asegurado
16 una copia de dicha regla, guía, protocolo interno u otro
17 criterio similar;
- 18 (h) Si la determinación adversa se basa en el juicio sobre la
19 necesidad médica del servicio o tratamiento, en la naturaleza
20 experimental o investigativa del mismo o en una exclusión o
21 límite similar, la notificación incluirá una explicación del
22 razonamiento científico o clínico seguido al hacer la

1 determinación, y al aplicar los términos del plan médico a
2 las circunstancias de la persona cubierta o asegurado;

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

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

16 Artículo 24.110. Servicios de Emergencia

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

21 B. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores cubrirán los
22 servicios de emergencia necesarios para el cernimiento y estabilización de

1 la persona cubierta o asegurado, de conformidad con las siguientes
2 normas:

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

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

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

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

- 1 (b) No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, la persona
2 cubierta o asegurado podrá ser requerida a pagar, además
3 de los copagos, coaseguros y deducibles aplicables conforme
4 el apartado anterior, cualquier cantidad adicional que cobre
5 el proveedor no participante por encima de la cantidad que
6 la organización de seguros de salud o asegurador viene
7 obligada a pagar.
- 8 (c) Se considerará que una organización de seguros de salud o
9 asegurador ha cumplido con los requerimientos de pago de
10 este Artículo si paga, por los servicios de emergencia
11 provistos por un proveedor no participante, una tarifa no
12 menor que la que resulte mayor de las siguientes cantidades:
- 13 (i) La tarifa negociada con los proveedores participantes
14 para tales servicios de emergencia, excluyendo los
15 copagos o coaseguros que debe pagar la persona
16 cubierta o asegurado;
- 17 (ii) La tarifa atribuible al servicio de emergencia provisto,
18 calculada según el método que la organización de
19 seguros de salud o asegurador utilice para determinar
20 los pagos a los proveedores no participantes, pero
21 utilizando los copagos, coaseguros y deducibles
22 aplicables a los proveedores participantes por los

1 mismos servicios, en lugar de los copagos, coaseguros
2 y deducibles de los proveedores no participantes;

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

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

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

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

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

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

11 Artículo 24.120. Requisitos de Confidencialidad

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

16 Artículo 24.130. Requisitos de Divulgación

17 A. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores incluirán una
18 descripción clara y detallada de sus procedimientos de revisión de
19 utilización y determinación de beneficios en las certificaciones de cubierta
20 o manuales del suscriptor que se proveen a las personas cubiertas o
21 asegurados. La descripción incluirá los procedimientos para obtener una
22 revisión de las determinaciones adversas y una declaración de los

1 derechos y responsabilidades de las personas cubiertas o asegurados con
2 respecto a dichos procedimientos.

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

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

12 Artículo 24.140. Reglamentación

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

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

17 **“Capítulo 26 Suficiencia de las Redes de Proveedores para Planes de Cuidado**

18 **Coordinado**

19 Artículo 26.010. Título

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

1 Artículo 26.020. Propósito

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

12 Artículo 26.030. Definiciones

13 Para fines de este Capítulo:

14 A. “Intermediario” significa una persona autorizada a negociar y otorgar
15 contratos con las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, a
16 nombre de los proveedores individuales o de las redes de proveedores
17 cuidado de salud.

18 B. “Proveedor de cuidado primario” significa el proveedor participante que
19 tiene a su cargo, la supervisión, coordinación y suministro del cuidado
20 inicial o de seguimiento a las personas cubiertas o asegurados. Además, la
21 organización de seguros de salud o asegurador puede requerir que el
22 proveedor de cuidado primario inicie los trámites de referido para

1 cuidado especializado y continúe supervisando los servicios de cuidado
2 de la salud ofrecidos a la persona cubierta o asegurado.

- 3 C. “Red” significa el grupo de proveedores participantes que presta servicios
4 a un plan de cuidado coordinado.

5 Artículo 26.040. Aplicabilidad y Alcance

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

8 Artículo 26.050. Creación de Redes Adecuadas

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

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

- 17 C. La suficiencia de proveedores se determinará conforme a los requisitos
18 establecidos en este Artículo y podrá establecerse, por referencia, a todo
19 tipo de criterio razonable que utilice la organización de seguros de salud o
20 asegurador, los cuales incluyen, entre otros, los siguientes: el promedio de
21 personas cubiertas o asegurados atendidos por cada especialidad médica;
22 el promedio de personas cubiertas o asegurados atendidos por el

1 proveedor de cuidado primario; acceso por zona geográfica; tiempo de
2 espera para citas con proveedores participantes; horas de operación y el
3 volumen de servicios tecnológicos y especializados que estén disponibles
4 para satisfacer las necesidades de las personas cubiertas o asegurados que
5 requieran cuidado tecnológico avanzado o cuidado especializado.

6 (1) En caso de que una organización de seguros de salud o asegurador
7 no tenga una cantidad o variedad suficiente de proveedores
8 participantes para proveer un beneficio cubierto, dicha
9 organización de seguros de salud o asegurador deberá garantizar
10 que las personas cubiertas o asegurados obtengan los beneficios
11 cubiertos al mismo costo que hubieran incurrido si hubiesen
12 obtenido el servicio de proveedores participantes.

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

21 (3) La organización de seguros de salud o asegurador deberá
22 mantenerse al tanto de la habilidad, capacidad clínica, capacidad

1 financiera y autoridad legal de sus proveedores para constatar que
2 estén proveyéndoles a las personas cubiertas o asegurados todos
3 los beneficios dispuestos en sus contratos.

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

- 16 (1) La red de la organización de seguros de salud o asegurador;
- 17 (2) Los procedimientos que la organización de seguros de salud o
18 asegurador haya estipulado para realizar referidos dentro y fuera
19 de la red;
- 20 (3) El procedimiento que utilizará la organización de seguros de salud
21 o asegurador para mantenerse al tanto y garantizar la suficiencia de

- 1 la red, de modo que satisfaga las necesidades de la población que
2 está suscrita a los planes de cuidado coordinado;
- 3 (4) Los esfuerzos que la organización de seguros de salud o
4 asegurador realizará para atender las necesidades de las personas
5 cubiertas o asegurados que tengan un conocimiento limitado o que
6 no sepan leer o escribir, las de trasfondos culturales y étnicos
7 diferentes y las que tengan limitaciones físicas o mentales.
- 8 (5) Los métodos que la organización de seguros de salud o asegurador
9 utilizará para evaluar las necesidades de cuidado de la salud de las
10 personas cubiertas o asegurados y la forma de satisfacerlas.
- 11 (6) El método que la organización de seguros de salud o asegurador
12 utilizará para informarle a las personas cubiertas o asegurados de
13 los servicios y ofrecimientos, incluido, pero sin limitarse a: los
14 procedimientos para presentar querellas, el proceso para escoger y
15 cambiar proveedores y los procedimientos para obtener cuidado de
16 emergencia y cuidado especializado;
- 17 (7) El sistema que la organización de seguros de salud o asegurador
18 utilizará para garantizar la coordinación y continuidad del cuidado
19 de la salud de las personas cubiertas o asegurados que se refieran a
20 médicos especialistas, que utilicen servicios complementarios,
21 incluidos los servicios sociales y otros recursos comunitarios, y para
22 garantizar que la planificación de las altas sea adecuada;

- 1 (8) El proceso que utilizará la organización de seguros de salud o
2 asegurador para que las personas cubiertas o asegurados puedan
3 cambiar de proveedores de cuidado primario;
- 4 (9) El plan que la organización de seguros de salud o asegurador
5 propone para garantizar la continuación de los servicios de cuidado
6 de la salud en caso de que ocurra una cancelación del contrato entre
7 la organización de seguros de salud o asegurador y alguno de sus
8 proveedores participantes; o en caso de que la organización de
9 seguros de salud o asegurador advenga insolvente o incapaz, por
10 algún otro motivo, de continuar operaciones. La descripción deberá
11 ser cónsona con la Ley 194-2000, según enmendada, conocida como
12 “Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente” y deberá
13 explicar la forma en que se notificará a las personas cubiertas o
14 asegurados sobre la cancelación del contrato, la insolvencia de la
15 organización de seguros de salud o asegurador o la cesación de
16 operaciones, según sea el caso, así como la forma en que las
17 personas cubiertas o asegurados se transferirán a otros proveedores
18 de manera oportuna; y
- 19 (10) Toda otra información que el Comisionado requiera para
20 determinar el cumplimiento con las disposiciones de este Capítulo.

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

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

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

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

14 “Bajo ninguna circunstancia, incluidas, entre otras, la falta de pago
15 a los proveedores, la insolvencia de la organización de seguros de salud o
16 asegurador o el incumplimiento de este contrato, el proveedor facturará,
17 cobrará o recaudará de la persona cubierta o asegurado cantidad alguna
18 por servicios que se hayan provisto conforme a lo dispuesto en este
19 contrato, ni iniciará ninguna acción judicial en contra de dicha persona
20 cubierta o asegurado. Disponiéndose, que esta cláusula no le prohíbe al
21 proveedor cobrar a la persona cubierta o asegurado el coaseguro,
22 deducible o copago que corresponda, conforme lo establecido en la póliza

1 o evidencia de cubierta, ni los servicios no cubiertos que se le hayan
2 ofrecido a las personas cubiertas o asegurados en la modalidad de “pago
3 por servicio”. Con excepción a lo aquí dispuesto, este contrato no le
4 prohíbe al proveedor recurrir a otros remedios judiciales que pueda tener
5 disponibles.”

6 C. Todo contrato entre una organización de seguros de salud o asegurador y
7 un proveedor participante deberá disponer que, en caso de que la
8 organización de seguros de salud o asegurador advenga insolvente, o
9 experimente otro tipo de cese de operaciones, el proveedor continuará
10 ofreciendo los servicios cubiertos a las personas cubiertas o asegurados,
11 durante el periodo para el cual se haya pagado la prima o hasta que se dé
12 de alta a la persona cubierta o asegurado recluida, cual sea mayor de los
13 periodos. Los beneficios cubiertos que se estén ofreciendo a pacientes que
14 estuvieren internados en instalaciones de cuidado de salud a la fecha de
15 insolvencia o cese de operaciones de la organización de seguros de salud o
16 asegurador, se continuarán ofreciendo hasta que su permanencia en la
17 instalación de cuidado de salud ya no sea médicamente necesaria.

18 D. Las disposiciones del contrato que satisfagan los requisitos de los
19 apartados B y C de este Artículo se interpretarán a favor de la persona
20 cubierta o asegurado, continuarán vigentes tras la cancelación del contrato
21 entre la organización de seguros de salud o asegurador y el proveedor,
22 independientemente de la razón de la cancelación, y sustituirán todo

1 acuerdo que pudiera haber habido en sentido contrario, fuere verbal o
2 escrito, entre el proveedor y la persona cubierta o asegurado.

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

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

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

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

5 (2) Las disposiciones del apartado (F)(1) de este Artículo no impiden
6 que una organización de seguros de salud o asegurador pueda
7 rehusar seleccionar a un proveedor particular que no cumpla con
8 los otros criterios legítimos de selección que la organización de
9 seguros de salud o asegurador desarrolle conforme a lo dispuesto
10 en este Capítulo.

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

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

20 H. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores notificarán a los
21 proveedores participantes de las responsabilidades de dichos proveedores
22 con respecto a los programas y políticas administrativas aplicables,

1 incluido, pero sin limitarse a: los términos de pago, los procesos de
2 revisión de utilización, los programas de evaluación de calidad y de
3 mejoras, la acreditación, los procedimientos de querellas, los requisitos
4 para informes de datos, los requisitos de confidencialidad y todo
5 programa federal o estatal aplicable.

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

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

18 K. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores requerirán a los
19 proveedores que mantengan disponibles los expedientes médicos de las
20 personas cubiertas o asegurados para propósitos de evaluaciones o
21 auditorías por parte de las autoridades estatales y federales
22 correspondientes, y que cumpla con las leyes estatales y federales

1 aplicables en cuanto a la confidencialidad de los expedientes médicos y de
2 la información de salud.

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

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

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

19 O. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores no deberán
20 penalizar a un proveedor porque dicho proveedor informe, de buena fe, a
21 las autoridades estatales o federales, de algún acto o práctica que haya

- 1 llevado a cabo la organización de seguros de salud o asegurador que, a su
2 juicio, pudiera poner en peligro la salud o el bienestar de un paciente.
- 3 P. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores establecerán
4 mecanismos mediante los cuales los proveedores participantes puedan
5 determinar, de manera oportuna, si una persona está cubierta por la
6 organización de seguros de salud o asegurador.
- 7 Q. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores establecerán
8 procedimientos para resolver las controversias que surjan con los
9 proveedores, sean administrativas, por pagos o por otras razones.
- 10 R. Los contratos entre las organizaciones de seguros de salud o aseguradores
11 y los proveedores no incluirán definiciones ni otras disposiciones que
12 entren en conflicto con las definiciones y disposiciones incluidas en el plan
13 de cuidado coordinado o en este Código.
- 14 S. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores incluirán en sus
15 contratos con los proveedores participantes un resumen adecuado de la
16 cláusula de coordinación de beneficios, la cual se regirá por la Ley Modelo
17 vigente de la NAIC y las leyes federales sobre coordinación de beneficios.
18 Los proveedores participantes tendrán la responsabilidad de coordinar
19 beneficios con las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, en
20 aquellos casos en que la persona cubierta o asegurado esté cubierto bajo
21 dos (2) o más planes médicos

1 Artículo 26.070. Intermediarios

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

4 Artículo:

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

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

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

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

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

- 1 (3) El proveedor fue anteriormente participante de la red de la
2 organización de seguros de salud o asegurador y fue expulsado de
3 ésta por incumplimiento de contrato, fraude u otro motivo;
- 4 (4) El proveedor aparece en la lista de proveedores excluidos de
5 participar en programas de salud federales o cualquier otra lista de
6 esta índole a nivel federal;
- 7 (5) El proveedor ha incurrido en conducta indebida hacia las personas
8 cubiertas o asegurados;
- 9 (6) El proveedor ha incurrido en prácticas de cobro indebido a la
10 organización de seguros de salud o asegurador o a las personas
11 cubiertas o asegurados.
- 12 D. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores deberá mantener
13 copias de todos los subcontratos de los intermediarios en su sede principal
14 en Puerto Rico, o asegurarse que tenga acceso a todos los subcontratos de
15 los intermediarios, incluido el derecho a fotocopiarlos para propósitos de
16 las revisiones de las agencias reguladoras.
- 17 E. Si fuera aplicable, el intermediario deberá proporcionarle a la
18 organización de seguros de salud o asegurador la documentación sobre
19 utilización y la documentación sobre las reclamaciones pagadas. La
20 organización de seguros de salud o asegurador deberá garantizar que los
21 pagos a los proveedores y la prestación de servicios de cuidado de la
22 salud sea oportuna y apropiada.

- 1 F. Si fuera aplicable, el intermediario deberá mantener los libros,
2 expedientes, información financiera y la documentación de los servicios
3 que se prestan a las personas cubiertas o asegurados en su sede en Puerto
4 Rico y conservarlos según dispone el Artículo 9.360 del Código de Seguros
5 de Puerto Rico, en una manera que facilite la revisión por parte de las
6 agencias reguladoras.
- 7 G. El intermediario permitirá que el Comisionado tenga acceso a los libros,
8 expedientes, información financiera y a toda documentación del
9 intermediario con respecto a los servicios que presta a las personas
10 cubiertas o asegurados, según sea necesario para determinar el
11 cumplimiento con este Capítulo.
- 12 H. En caso de insolvencia del intermediario, la organización de seguros de
13 salud o asegurador tendrá derecho a solicitar que se le asignen las
14 disposiciones contractuales relacionadas con la obligación del proveedor
15 de prestar los servicios cubiertos.

16 Artículo 26.080. Requisitos de Radicación y para la Administración Estatal

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

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

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

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

16 Artículo 26.090. Contratación

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

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

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

3 Artículo 26.100. Aplicación del Capítulo

4 A. Si el Comisionado determina que una organización de seguros de salud o
5 asegurador no ha contratado suficientes proveedores participantes para
6 asegurar que las personas cubiertas o asegurados tengan servicios
7 accesibles de cuidado de la salud en determinada área geográfica, o que el
8 plan de acceso de la organización de seguros de salud o asegurador no
9 garantiza el acceso razonable a los beneficios cubiertos, o que la
10 organización de seguros de salud o asegurador ha otorgado un contrato
11 que no cumple con este Capítulo, o que la organización de seguros de
12 salud o asegurador no ha cumplido con las disposiciones de este Capítulo,
13 podrá iniciar medidas correctivas y ejercer todo poder que por virtud de
14 este Código y del Código de Seguros de Puerto Rico tenga para obligar a
15 la organización de seguros de salud o asegurador a cumplir.

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

1 Artículo 26.140. Fecha de Vigencia

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

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

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

14 **“Capítulo 28 Revisión Externa Independiente**

15 Artículo 28.010. Título

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

18 Artículo 28.020. Propósito

19 El propósito de este Capítulo es proveer las normas para establecer y
20 mantener los procedimientos de revisión externa que regirán en Puerto Rico, a
21 fines de garantizar que las personas cubiertas o asegurados tengan la
22 oportunidad de recibir una revisión independiente de las determinaciones

1 adversas o determinaciones adversas finales que hacen las organizaciones de
2 seguros de salud o aseguradores.

3 Artículo 28.030. Definiciones

4 Para los fines de este Capítulo:

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

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

19 C. "Determinación adversa" significa una determinación hecha por una
20 organización de seguros de salud o asegurador, o por la organización de
21 revisión de utilización designada, en la que se deniega, reduce o termina
22 un beneficio o servicio, o no se paga el beneficio o servicio, parcial o

1 totalmente, ya que, a base de la información provista, el beneficio o
2 servicio solicitado, según el plan médico, no cumple con los requisitos de
3 la organización de seguros de salud o asegurador en cuanto a la necesidad
4 de salud, idoneidad, lugar en que se presta el servicio de cuidado de la
5 salud, nivel o eficacia del servicio o se determina que es de naturaleza
6 experimental o investigativa.

7 D. “Determinación adversa final” significa la determinación adversa que ha
8 sido confirmada por la organización de seguros de salud o asegurador, o
9 la organización de revisión de utilización designada, al completarse los
10 procedimientos internos de querrela que se disponen en el Capítulo 22 de
11 este Código.

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

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

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

21 (2) Publicaciones médicas revisadas por homólogos expertos, las
22 cuales incluyen publicaciones relacionadas con terapias que han

1 sido evaluadas y aprobadas por juntas de revisión institucional, los
2 compendios biomédicos y otras publicaciones médicas que
3 cumplen con los criterios de indización de la Biblioteca Médica de
4 los Institutos Nacionales de Salud en el Index Medicus (Medline) y
5 los de Elsevier Science Ltd. en Excerpta Medicus (EMBASE);

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

9 (4) Los siguientes compendios normativos en inglés:

10 (a) "The American Hospital Formulary Service-Drug
11 Information";

12 (b) "Drug Facts and Comparisons®";

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

15 (d) "The United States Pharmacopoeia-Drug Information";

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

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

22 (b) Los Institutos Nacionales de la Salud;

- 1 (c) El Instituto Nacional del Cáncer;
- 2 (d) La “National Academy of Sciences”;
- 3 (e) Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS);
- 4 (f) La Administración de Drogas y Alimentos (FDA) y
- 5 (g) Toda junta nacional reconocida por los Institutos Nacionales
- 6 de la Salud cuyo propósito sea evaluar la eficacia de los
- 7 servicios cuidados de la salud o
- 8 (6) Toda evidencia médica o científica adicional que sea comparable
- 9 con lo detallado en los apartados (1) al (5) precedente.
- 10 G. “Información de salud” significa información o datos, verbales o
- 11 registrados en la manera y el medio que fuera, acerca de sucesos o
- 12 relaciones con otras personas que afecten:
- 13 (1) La salud física, mental o conductual, o los padecimientos de salud
- 14 de la persona, o un miembro de la familia de ésta, bien sea en el
- 15 pasado, el presente o el futuro;
- 16 (2) Los servicios de cuidado de la salud que se presten a la persona o
- 17 (3) El pago por los servicios de cuidado de la salud prestados a una
- 18 persona.
- 19 H. “Información de salud protegida” significa información de salud:
- 20 (1) Que identifica a la persona objeto de la información; o
- 21 (2) Información con respecto a la cual sería razonable entender que se
- 22 podría usar para identificar a la persona objeto de ésta.

- 1 I. “Manejo de casos” significa un conjunto de actividades coordinadas,
2 establecidas por la organización de seguros de salud o asegurador, para el
3 manejo individual de los padecimientos del paciente, sean complejos,
4 prolongados o de otro tipo.
- 5 J. “Organización de revisión de utilización” significa la entidad contratada
6 por una organización de seguros de salud o asegurador para llevar a cabo
7 la revisión de utilización, cuando no sea la organización de seguros de
8 salud o asegurador quien hace la revisión de su propio plan médico. No
9 se interpretará que es requisito para la organización de seguros de salud o
10 asegurador subcontratar una entidad independiente para llevar a cabo los
11 procesos de revisión de utilización.
- 12 K. “Organización de revisión independiente” significa la entidad que realiza
13 una revisión externa independiente de una determinación adversa o
14 determinación adversa final hecha por la organización de seguros de
15 salud o asegurador, o la organización de revisión de utilización
16 designada.
- 17 L. “Planificación de alta” significa el proceso formal que se lleva a cabo antes
18 de que a un paciente se le dé de alta de una instalación de cuidado de la
19 salud, para determinar la coordinación y manejo del cuidado que recibirá
20 dicho paciente luego de que se le haya dado de alta.
- 21 M. “Revisión concurrente” significa la revisión de utilización hecha durante
22 la estadía del paciente en una instalación de cuidado de la salud, o

1 durante el tratamiento del paciente en la oficina de un profesional de la
2 salud u otro lugar donde se prestan servicios de cuidado de la salud a
3 pacientes reclusos o ambulatorios.

4 N. “Revisión de servicios ambulatorios” significa la revisión de utilización de
5 servicios de cuidado de la salud prestados en instalaciones que proveen
6 servicios ambulatorios.

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

14 P. “Revisión prospectiva” significa la revisión de utilización antes de que se
15 preste el servicio de cuidado de la salud o el tratamiento al paciente,
16 según el requisito de la organización de seguros de salud o asegurador
17 para que dicho servicio o tratamiento se apruebe, en parte o en su
18 totalidad, antes de que se preste el mismo.

19 Q. “Revisión retrospectiva” significa la revisión de una solicitud de un
20 beneficio que se lleva a cabo luego de que el servicio de cuidado de la
21 salud fue prestado. “Revisión retrospectiva” no incluye la revisión de una

1 reclamación que se limita a la evaluación de los niveles de reembolso, la
2 veracidad de la documentación o el uso de los códigos correctos.

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

7 Artículo 28.040. Aplicabilidad y Alcance

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

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

1 responsabilidad pública, seguros de accidentes o enfermedades laborales
2 o seguros similares, seguro médico como suplemento al seguro de
3 responsabilidad de un vehículo o todo seguro para el cual los beneficios
4 sean pagaderos independientemente de la culpa.

5 Artículo 28.050. Notificación del Derecho a la Revisión Externa

6 A. (1) La organización de seguros de salud o asegurador notificará por
7 escrito a la persona cubierta o asegurado del derecho que tiene a
8 solicitar que se realice una revisión externa conforme a las
9 disposiciones de este Capítulo. Dicha notificación se hará cuando la
10 organización de seguros de salud o asegurador envíe una
11 notificación escrita de alguna de las siguientes:

- 12 (a) Una determinación adversa, al completarse el proceso de
13 revisión de utilización que se dispone en el Capítulo 24 de
14 este Código.
- 15 (b) Una determinación adversa final
- 16 (c) Casos de rescisión de cubierta.

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

20 "Hemos denegado su solicitud de servicios de cuidado de la
21 salud, curso de tratamiento o el pago de los mismos. Usted podría
22 tener derecho a que profesionales de la salud que no tengan

1 ninguna relación con nosotros revisen esta determinación si, con
2 respecto al servicio de cuidado de la salud o el tratamiento
3 solicitado, nuestra determinación conllevaba una valoración de la
4 necesidad de salud, la idoneidad, el lugar donde se provee el
5 servicio de cuidado de la salud, o el nivel o eficacia del servicio. A
6 tales efectos, usted podrá radicar una solicitud de revisión externa
7 independiente en la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto
8 Rico. Para más información, puede comunicarse con la Oficina del
9 Comisionado de Seguros.” Si el asegurador u organización de
10 servicios de salud en cumplimiento con la ley federal ha contratado
11 entidades revisoras independientes o se ha acogido al proceso de
12 revisión independiente establecido por el Departamento de Salud
13 federal, el aviso será modificado para especificar la entidad y
14 medios de contacto a la cual el asegurado debe dirigir su solicitud
15 de revisión externa. Los aseguradores y organizaciones de seguros
16 de salud tendrán sesenta (60) días contados desde la fecha de
17 vigencia de este Capítulo para notificar a la Oficina del
18 Comisionado de Seguros el proceso de revisión independiente
19 externo seleccionado. En aquellos casos en que haya contratado las
20 entidades de revisión independiente privadas, especificará el
21 nombre y las credenciales de las entidades contratadas.

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

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

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

9 (i) Si la persona cubierta o asegurado padece de una
10 condición de salud respecto a la cual el tiempo
11 requerido para una revisión interna acelerada de su
12 querella, según se dispone en el Artículo 22.100 de
13 este Código, pondría en peligro su vida, salud o
14 recuperación plena, podrá solicitar que se realice una
15 revisión externa acelerada conforme al Artículo 28.090
16 o al Artículo 28.100 de este Código, según
17 corresponda. En estos casos, la organización de
18 revisión independiente asignada a realizar la revisión
19 externa acelerada determinará si se requerirá que la
20 persona cubierta o asegurado complete la revisión
21 interna acelerada de su querella, según se dispone en

1 el Artículo 22.100 de este Código, antes de realizar la
2 revisión externa; y

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

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

- 18 (i) Si la persona cubierta o asegurado padece de una
19 condición de salud respecto a la cual el tiempo
20 requerido para una revisión externa ordinaria,
21 conforme al Artículo 28.080 de este Código, pondría
22 en peligro su vida, salud o recuperación plena, podrá

1 solicitar una revisión externa acelerada conforme al
2 Artículo 28.090; ó

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

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

10 (II) Una denegación de cubierta basada en la
11 determinación de que el servicio o tratamiento
12 recomendado o solicitado es de naturaleza
13 experimental o investigativa, la persona
14 cubierta o asegurado podrá presentar una
15 solicitud para que se realice una revisión
16 externa ordinaria conforme al Artículo 28.100
17 de este Código o, si el médico de la persona
18 cubierta o asegurado certifica por escrito que el
19 servicio de cuidado de la salud o tratamiento
20 recomendado o solicitado será
21 significativamente menos eficaz si no se
22 iniciara con premura, la persona cubierta o

1 asegurado podrá solicitar que se realice una
2 revisión externa acelerada conforme al Artículo
3 28.100 de este Código.

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

12 (3) La organización de seguros de salud o asegurador incluirá, entre
13 los formularios a los que se hace referencia en el apartado (2)
14 anterior, un formulario de autorización u otro documento
15 aprobado por el Comisionado, mediante el cual la persona cubierta
16 o asegurado autorice a la organización de seguros de salud o
17 asegurador a divulgar información de salud protegida, incluidos
18 los expedientes médicos, que son pertinentes a la revisión externa.

19 Artículo 28.060. Solicitud de Revisión Externa

20 A. Toda solicitud de revisión externa se hará al Comisionado o de acuerdo al
21 proceso de revisión adoptado por el asegurador u organización de
22 servicios de salud en cumplimiento con la ley federal aplicable. El

1 Comisionado podrá disponer la forma y contenido de la solicitud de
2 revisión externa.

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

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

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

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

14 (a) Ha presentado una querella interna conforme al Artículo
15 22.070 de este Código y

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

- 21 (3) No obstante lo dispuesto en el apartado (2) anterior, la persona
22 cubierta o asegurado no podrá solicitar una revisión externa de una

1 determinación adversa relacionada con una revisión retrospectiva
2 realizada conforme al Capítulo 24 de este Código hasta que haya
3 agotado el proceso interno de querellas de la organización de
4 seguros de salud o asegurador.

5 B. (1) (a) Simultáneo a la presentación de una solicitud de revisión
6 interna acelerada de una querella, a tenor con el Artículo
7 22.100 de este Código, la persona cubierta o asegurado
8 podrá solicitar una revisión externa acelerada conforme
9 alguna de las siguientes opciones:

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

16 (ii) A tenor con el Artículo 28.100 de este Código, si la
17 determinación adversa conlleva una denegación de
18 cubierta basada en una determinación de que el
19 servicio o tratamiento recomendado o solicitado es de
20 naturaleza experimental o investigativa y el médico
21 de la persona cubierta o asegurado certifica por
22 escrito que dicho servicio o tratamiento sería

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

4 Artículo 28.080. Revisión Externa Ordinaria

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

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

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

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

- 1 (2) Si se podría entender, de manera razonable, que el servicio de
2 cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o
3 determinación adversa final es un servicio cubierto conforme al
4 plan médico, salvo cuando la organización de seguros de salud o
5 asegurador hubiese determinado que no está cubierto debido a que
6 no cumple con los requisitos de necesidad médica, idoneidad, lugar
7 donde se provee el servicio de cuidado de la salud, el nivel de
8 cuidado o eficacia del servicio;
- 9 (3) Si la persona cubierta o asegurado agotó el proceso interno de
10 querellas de la organización de seguros de salud o asegurador,
11 salvo cuando no se requiera agotar dicho proceso interno de
12 querellas conforme al Artículo 28.070 de este Código; y
- 13 (4) Si la persona cubierta o asegurado ha provisto toda la información
14 y los formularios requeridos por el Comisionado para procesar las
15 solicitudes de revisión externa, incluido el formulario de
16 autorización para divulgar información de salud que se dispone en
17 el Artículo 28.050(B)(3) de este Código.
- 18 C. (1) A más tardar el próximo día laborable a partir de completarse la
19 revisión preliminar conforme al apartado B de este Artículo, la
20 organización de seguros de salud o asegurador notificará por
21 escrito al Comisionado y a la persona cubierta o asegurado si:
- 22 (a) La solicitud de revisión externa está completa y

- 1 (b) La solicitud es elegible para la revisión externa.
- 2 (2) Si la solicitud:
- 3 (a) No está completa, la organización de seguros de salud o
- 4 asegurador enviará, por escrito, una notificación de
- 5 determinación inicial informando a la persona cubierta o
- 6 asegurado y al Comisionado, qué información o materiales
- 7 hacen falta para completar la solicitud, o
- 8 (b) No es elegible para la revisión externa, la organización de
- 9 seguros de salud o asegurador enviará, por escrito, una
- 10 notificación de determinación inicial informando a la
- 11 persona cubierta o asegurado y al Comisionado, las razones
- 12 de la inelegibilidad.
- 13 (3) (a) El Comisionado podrá especificar la forma y el contenido de
- 14 la notificación de determinación inicial a la que se refiere el
- 15 apartado (C)(2) de este Artículo.
- 16 (b) Si la organización de seguros de salud o asegurador
- 17 determina, a raíz de la revisión preliminar realizada
- 18 conforme al apartado B de este Artículo, que la solicitud no
- 19 es elegible para revisión externa, la notificación que a tales
- 20 efectos se le haga a la persona cubierta o asegurado deberá
- 21 advertirle que dicha determinación de inelegibilidad hecha

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

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

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

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

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

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

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

8 (3) El Comisionado deberá incluir, en la notificación que le envíe a la
9 persona cubierta o asegurado informándole la aceptación de su
10 solicitud para propósitos de la revisión externa, un lenguaje a los
11 efectos de que podrá someter por escrito a la organización de
12 revisión independiente, en un término de cinco (5) días laborables
13 contados a partir del recibo de la notificación de aceptación,
14 cualquier información adicional que estime debiera ser considerada
15 durante la revisión externa. La organización de revisión
16 independiente no tiene, pero puede aceptar y considerar
17 información adicional sometida pasado el término de cinco (5) días
18 laborables aquí dispuesto.

19 E. (1) A más tardar los cinco (5) días siguientes al recibo de la notificación
20 sobre la organización de revisión independiente designada, la
21 organización de seguros de salud o asegurador proveerá los
22 documentos y toda información que se hubiese tomado en

1 consideración al formular la determinación adversa o
2 determinación adversa final objeto de revisión externa.

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

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

15 (b) No más tarde del próximo día laborable de haberse decidido
16 revocar la determinación adversa o la determinación adversa
17 final objeto de revisión, por la razón que se dispone en el
18 apartado (E)(3)(a) de este Artículo, la organización de
19 revisión independiente lo notificará a la persona cubierta o
20 asegurado, a la organización de seguros de salud o
21 asegurador y al Comisionado.

- 1 F. (1) La organización de revisión independiente revisará toda la
2 información y los documentos recibidos de parte de la organización
3 de seguros de salud o asegurador y toda otra información
4 presentada por escrito por la persona cubierta o asegurado.
- 5 (2) En caso de que la organización de revisión independiente reciba
6 información de la persona cubierta o asegurado, la organización de
7 revisión independiente deberá remitir dicha información, a su vez,
8 a la organización de seguros de salud o asegurador implicado, a
9 más tardar el próximo día laborable del recibo de la información.
- 10 G. (1) Al recibo de la información dispuesta en el apartado (F)(2) de este
11 Artículo, la organización de seguros de salud o asegurador podrá
12 reconsiderar su determinación adversa o determinación adversa
13 final objeto de la revisión externa.
- 14 (2) La reconsideración, por parte de la organización de seguros de
15 salud o asegurador, de su determinación adversa o determinación
16 adversa final, no demorará ni dará por terminada la revisión
17 externa.
- 18 (3) Sólo se podrá dar por terminada la revisión externa si, al completar
19 su reconsideración, la organización de seguros de salud o
20 asegurador decide que revocará su determinación adversa o
21 determinación adversa final y proveerá cubierta o pago por el

1 servicio de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa
2 o determinación adversa final.

3 (4) (a) Al cabo de un (1) día laborable de haberse tomado la
4 decisión de revocar su determinación adversa o
5 determinación adversa final, la organización de seguros de
6 salud o asegurador notificará por escrito dicha
7 determinación a la persona cubierta o asegurado, a la
8 organización de revisión independiente y al Comisionado.

9 (b) La organización de revisión independiente dará por
10 terminada la revisión externa al recibir, de la organización
11 de seguros de salud o asegurador, la notificación aludida en
12 el apartado (G)(4)(a) de este Artículo.

13 H. Además de los documentos e información aludida en el apartado (E)(1) de
14 este Artículo, la organización de revisión independiente, en tanto lo
15 considere adecuado y la información o documentos estén disponibles,
16 tomará en cuenta lo siguiente al hacer su determinación:

17 (1) Los expedientes de salud pertinentes de la persona cubierta o
18 asegurado;

19 (2) La recomendación del profesional de la salud que atiende a la
20 persona cubierta o asegurado;

21 (3) Los informes de consultas que hayan hecho profesionales de la
22 salud y otros documentos presentados por la organización de

- 1 seguros de salud o asegurador, la persona cubierta o asegurado, o
2 el proveedor que ofrece el tratamiento a la persona cubierta o
3 asegurado;
- 4 (4) Los términos de cubierta del plan médico de la persona cubierta o
5 asegurado;
- 6 (5) Las directrices de práctica (“practice guidelines”) más apropiadas,
7 las cuales podrían incluir las guías de práctica generalmente
8 aceptadas, las guías de práctica basadas en evidencia u otras guías
9 confeccionadas por el gobierno federal o por las asociaciones o
10 juntas médicas y profesionales a nivel nacional;
- 11 (6) Todo criterio de revisión clínica creado y usado por la organización
12 de seguros de salud o asegurador, o la organización de revisión de
13 utilización, al hacer la determinación adversa o determinación
14 adversa final; y
- 15 (7) La opinión de los revisores clínicos de la organización de revisión
16 independiente, después de examinar los documentos que se
17 enumeran en los apartados (1) al (6) del inciso (H) de este Artículo.
- 18 I. (1) A más tardar los cuarenta y cinco (45) días siguientes al recibo de
19 una solicitud de revisión externa, la organización de revisión
20 independiente deberá notificar su determinación acerca de si
21 confirma o revoca la determinación adversa o determinación

1 adversa final objeto de revisión. La notificación escrita se hará a las
2 siguientes personas:

- 3 (a) A la persona cubierta o asegurado;
- 4 (b) A la organización de seguros de salud o asegurador;
- 5 (c) Al Comisionado.

6 (2) La organización de revisión independiente incluirá en la
7 notificación escrita de su determinación lo siguiente:

- 8 (a) Una descripción general de la razón de ser de la solicitud de
9 revisión externa;
- 10 (b) La fecha en que la organización de revisión independiente
11 recibió el referido del Comisionado para llevar a cabo la
12 revisión externa;
- 13 (c) La fecha en que se llevó a cabo la revisión externa;
- 14 (d) La fecha de su determinación;
- 15 (e) La principal razón o razones de su determinación,
16 incluyendo qué estándares, si alguno, dieron base a su
17 determinación;
- 18 (f) El razonamiento (“rationale”) de su determinación; y
- 19 (g) Referencias a la evidencia o documentación, incluidas las
20 guías de práctica, que se tomaron en consideración para
21 hacer la determinación.

1 (3) Si la determinación de la organización de revisión independiente
2 revoca la determinación adversa o determinación adversa final
3 objeto de revisión, la organización de seguros de salud o
4 asegurador implicado inmediatamente aprobará la cubierta o el
5 pago para el servicio o beneficio que fue objeto de revisión.

6 J. La designación, por parte del Comisionado, de una organización de
7 revisión independiente para llevar a cabo una revisión externa de
8 conformidad con este Capítulo, se hará seleccionando al azar una de entre
9 las organizaciones de revisión independiente autorizadas y cualificada
10 para llevar a cabo la revisión externa particular de que se trate, tomando
11 en consideración la naturaleza de los servicios de cuidado de la salud
12 objeto de la determinación adversa o determinación adversa final que se
13 revisa, así como cualquier otra circunstancia pertinente, incluyendo
14 potenciales conflictos de intereses.

15 Artículo 28.090. Revisión Externa Acelerada

16 A. Salvo como se dispone en el apartado F de este Artículo, la persona
17 cubierta o asegurado podrá radicar ante el Comisionado una solicitud de
18 revisión externa acelerada al recibir alguna de las siguientes:

19 (1) Una determinación adversa, siempre y cuando:

20 (a) La determinación adversa se relacione con una condición de
21 salud de la persona cubierta o asegurado con respecto a la
22 cual el tiempo dispuesto para una revisión interna acelerada,

1 según se dispone en el Artículo 22.100 de este Código,
2 pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena; y

3 (b) La persona cubierta o asegurado haya radicado una solicitud
4 de revisión interna acelerada de una querrela para la cual se
5 hizo una determinación adversa según se dispone en el
6 Artículo 22.100 de este Código; o

7 (2) Una determinación adversa final, siempre y cuando:

8 (a) La persona cubierta o asegurado padece una condición de
9 salud con respecto a la cual el tiempo dispuesto para una
10 revisión externa ordinaria, según se dispone en el Artículo
11 28.080 de este Código, pondría en peligro su vida, salud o
12 recuperación plena; o

13 (b) La determinación adversa final se relaciona con la admisión
14 a una instalación de cuidado de la salud, la disponibilidad
15 de un servicio o la estadía continuada en una instalación
16 donde la persona cubierta o asegurado recibió servicios de
17 emergencia y aún la persona cubierta o asegurado no ha sido
18 dado de alta de la instalación donde recibió dichos servicios
19 de emergencia.

20 B. (1) Al recibir una solicitud de revisión externa acelerada, el
21 Comisionado deberá, de inmediato, enviar copia de dicha solicitud
22 a la organización de seguros de salud o asegurador implicado.

- 1 (2) Tras recibir copia de la solicitud de revisión externa acelerada, la
2 organización de seguros de salud o asegurador deberá,
3 inmediatamente, determinar si la solicitud satisface los requisitos
4 de revisión dispuestos en el Artículo 28.080 de este Código y
5 notificar a la persona cubierta o asegurado, y al Comisionado, su
6 determinación sobre si la solicitud es elegible para revisión externa.
- 7 (3) (a) El Comisionado podrá especificar la forma y contenido de la
8 notificación de determinación inicial a la que se refiere el
9 apartado (B)(2) de este Artículo.
- 10 (b) Si la organización de seguros de salud o asegurador
11 determina, a raíz de la revisión preliminar realizada
12 conforme al apartado (B)(2) de este Artículo, que la solicitud
13 no es elegible para revisión externa, la notificación que a
14 tales efectos se le haga a la persona cubierta o asegurado
15 deberá advertirle que dicha determinación de inelegibilidad
16 hecha por la organización de seguros de salud o asegurador
17 puede apelarse ante el Comisionado.
- 18 (4) (a) El Comisionado podrá determinar que una solicitud es
19 elegible para revisión externa aun cuando la organización de
20 seguros de salud o asegurador hubiese determinado
21 inicialmente lo contrario.

- 1 (b) La determinación del Comisionado a los efectos de que una
2 solicitud es elegible para revisión externa, luego de la
3 determinación inicial en contrario de la organización de
4 seguros de salud o asegurador, deberá hacerse en
5 concordancia con los términos de cubierta del plan médico y
6 estará sujeta a todas las disposiciones aplicables de este
7 Capítulo.
- 8 (5) Al recibo de una notificación de la organización de seguros de
9 salud o asegurador indicando que una solicitud satisface los
10 requisitos para revisión, el Comisionado inmediatamente asignará
11 una organización de revisión independiente para llevar a cabo la
12 revisión externa acelerada. Además, notificará a la organización de
13 seguros de salud o asegurador cual fue la organización de revisión
14 independiente designada y notificará por escrito a la persona
15 cubierta o asegurado que la solicitud es elegible y fue aceptada
16 para revisión externa acelerada.
- 17 (6) Al hacer su determinación, la organización de revisión
18 independiente designada no estará obligada por ninguna de las
19 decisiones o conclusiones resultantes del proceso de revisión de
20 utilización o del proceso interno de querellas de la organización de
21 seguros de salud o asegurador.

- 1 C. Al recibir la notificación del Comisionado sobre la organización de
2 revisión independiente designada, la organización de seguros de salud o
3 asegurador proveerá a ésta, electrónicamente o por cualquier otro medio
4 expedito, los documentos y toda información que se hubiese tomado en
5 consideración al formular la determinación adversa o determinación
6 adversa final objeto de revisión externa acelerada.
- 7 D. Además de los documentos e información aludidos en el apartado (C) de
8 este Artículo, la organización de revisión independiente, en tanto lo
9 considere adecuado y la información o documentos estén disponibles,
10 tomará en cuenta lo siguiente al hacer su determinación:
- 11 (1) Los expedientes médicos pertinentes de la persona cubierta o
12 asegurado;
- 13 (2) La recomendación del profesional de la salud que atiende a la
14 persona cubierta o asegurado;
- 15 (3) Los informes de consultas que hayan hecho profesionales de la
16 salud y otros documentos presentados por la organización de
17 seguros de salud o asegurador, la persona cubierta o asegurado, o
18 el proveedor de la salud que ofrece el tratamiento a la persona
19 cubierta o asegurado;
- 20 (4) Los términos de cubierta del plan médico de la persona cubierta o
21 asegurado;

- 1 (5) Las directrices de práctica (“practice guidelines”) más apropiadas,
2 las cuales podrían incluir las guías de práctica generalmente
3 aceptadas, las guías de práctica basadas en evidencia u otras guías
4 confeccionadas por el gobierno federal o por las asociaciones o
5 juntas médicas y profesionales a nivel nacional;
- 6 (6) Todo criterio de revisión clínica creado y usado por la organización
7 de seguros de salud o asegurador, o la organización de revisión de
8 utilización, al hacer la determinación adversa o determinación
9 adversa final; y
- 10 (7) La opinión de los revisores clínicos de la organización de revisión
11 independiente, después de examinar los documentos que se
12 enumeran en los apartados (1) al (6) anteriores.
- 13 E. (1) La organización de revisión independiente hará su determinación
14 con la premura que requiera la condición de salud o las
15 circunstancias de la persona cubierta o asegurado, pero en ningún
16 caso en un término mayor de setenta y dos (72) horas contadas a
17 partir del recibo de la solicitud de revisión externa acelerada. En
18 dicho término la organización de revisión independiente deberá:
- 19 (a) Hacer su determinación en cuanto a confirmar o revocar la
20 determinación adversa o determinación adversa final objeto
21 de revisión; y

- 1 (b) Notificar su determinación a la persona cubierta o
2 asegurado, a la organización de seguros de salud o
3 asegurador y al Comisionado.
- 4 (2) Si la notificación sobre la determinación de la organización de
5 revisión independiente no se hace inicialmente por escrito, al cabo
6 de cuarenta y ocho (48) horas de la determinación, la organización
7 de revisión independiente deberá:
- 8 (a) Proveer confirmación escrita de la determinación a la
9 persona cubierta o asegurado, a la organización de seguros
10 de salud o asegurador y al Comisionado; e
- 11 (b) Incluir en la notificación escrita la información dispuesta en
12 el Artículo 28.080 (I)(2) de este Código.
- 13 (3) Si la determinación de la organización de revisión independiente
14 revoca la determinación adversa o determinación adversa final
15 objeto de revisión, la organización de seguros de salud o
16 asegurador implicado inmediatamente aprobará la cubierta o el
17 pago para el servicio o beneficio que fue objeto de revisión externa
18 acelerada.
- 19 F. La revisión externa acelerada no estará disponible cuando la
20 determinación adversa o determinación adversa final haya sido producto
21 de una revisión retrospectiva.

1 G. La designación, por parte del Comisionado, de una organización de
2 revisión independiente para llevar a cabo una revisión externa acelerada
3 de conformidad con este Capítulo, se hará seleccionando al azar una de
4 entre las organizaciones de revisión independiente autorizadas y
5 cualificada para llevar a cabo la revisión externa particular de que se trate,
6 tomando en consideración la naturaleza de los servicios de cuidado de la
7 salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final
8 que se revisa, así como cualquier otra circunstancia pertinente, incluyendo
9 potenciales conflictos de intereses.

10 Artículo 28.100. Revisión Externa de Determinaciones Adversas Basadas en
11 Tratamiento Experimental o Investigativo

12 A. (1) A más tardar los ciento veinte (120) días siguientes al recibo de una
13 notificación de determinación adversa o determinación adversa
14 final, en la que se deniega un servicio de cuidado de la salud o
15 tratamiento recomendado o solicitado por ser éste de naturaleza
16 experimental o investigativa, la persona cubierta o asegurado
17 podrá radicar ante el Comisionado una solicitud de revisión
18 externa.

19 (2) (a) La persona cubierta o asegurado podrá solicitar oralmente
20 una revisión externa acelerada de una determinación
21 adversa o determinación adversa final en la que se deniega
22 un servicio de cuidado de la salud o tratamiento

1 recomendado o solicitado por ser éste de naturaleza
2 experimental o investigativa, siempre y cuando su médico
3 certifique por escrito que el servicio de cuidado de la salud o
4 tratamiento denegado sería significativamente menos eficaz
5 si no se inicia con premura.

6 (b) Al recibo de una solicitud de revisión externa acelerada
7 conforme al apartado (a) anterior, el Comisionado
8 inmediatamente notificará a la organización de seguros de
9 salud o asegurador implicado sobre la presentación de la
10 referida solicitud.

11 (c) (i) Tras recibir copia de la solicitud, la organización de
12 seguros de salud o asegurador deberá,
13 inmediatamente, determinar si la solicitud satisface
14 los requisitos de revisión dispuestos en el apartado
15 (B)(2) de este Artículo y notificar a la persona cubierta
16 o asegurado, y al Comisionado, su determinación
17 sobre si la solicitud es elegible para revisión externa.

18 (ii) El Comisionado podrá especificar la forma y
19 contenido de la notificación de determinación inicial a
20 la que se refiere el subapartado (i) anterior.

21 (iii) Si la organización de seguros de salud o asegurador
22 determina, a raíz de la revisión preliminar realizada

1 conforme al apartado (A)(2)(c)(i) de este Artículo, que
2 la solicitud no es elegible para revisión externa, la
3 notificación que a tales efectos se le haga a la persona
4 cubierta o asegurado deberá advertirle que dicha
5 determinación de inelegibilidad hecha por la
6 organización de seguros de salud o asegurador puede
7 apelarse ante el Comisionado.

8 (d) (i) El Comisionado podrá determinar que una solicitud
9 es elegible para revisión externa aun cuando la
10 organización de seguros de salud o asegurador
11 hubiese determinado inicialmente lo contrario.

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

19 (e) Al recibo de una notificación de la organización de seguros
20 de salud o asegurador indicando que la solicitud satisface
21 los requisitos para revisión, el Comisionado inmediatamente
22 asignará una organización de revisión independiente para

1 llevar a cabo la revisión externa acelerada; notificará a la
2 organización de seguros de salud o asegurador cuál fue la
3 organización de revisión independiente designada y
4 notificará por escrito a la persona cubierta o asegurado que
5 la solicitud es elegible y fue aceptada para revisión externa
6 acelerada.

7 (f) Al recibir la notificación del Comisionado sobre la
8 organización de revisión independiente designada, la
9 organización de seguros de salud o asegurador proveerá a
10 ésta, electrónicamente o por cualquier otro medio expedito,
11 los documentos y toda información que se hubiese tomado
12 en consideración al formular la determinación adversa o
13 determinación adversa final objeto de revisión.

14 B. (1) Excepto en el caso de una solicitud de revisión externa acelerada
15 hecha conforme al apartado (A)(2) de este Artículo, a más tardar el
16 próximo día laborable del recibo de una solicitud de revisión
17 externa por haberse denegado un servicio de cuidado de la salud o
18 tratamiento recomendado o solicitado por ser éste de naturaleza
19 experimental o investigativa, el Comisionado notificará, con copia
20 de la solicitud, a la organización de seguros de salud o asegurador
21 implicado.

1 (2) Tras recibir copia de la solicitud de revisión externa, la
2 organización de seguros de salud o asegurador tendrá cinco (5)
3 días laborables para llevar a cabo una revisión preliminar de la
4 solicitud para determinar si la misma satisface los siguientes
5 requisitos:

6 (a) La persona es o había sido una persona cubierta o asegurado
7 por el plan médico cuando se recomendó o solicitó el
8 servicio de cuidado de la salud o tratamiento denegado o, en
9 el caso de una revisión retrospectiva, había sido una persona
10 cubierta o asegurado por un plan médico cuando se prestó el
11 servicio de cuidado de la salud;

12 (b) El servicio de cuidado de la salud o tratamiento
13 recomendado o solicitado, objeto de la determinación
14 adversa o determinación adversa final:

15 (i) Es un beneficio cubierto bajo el plan médico de la
16 persona cubierta o asegurado, pero la organización de
17 seguros de salud o asegurador ha determinado que el
18 servicio o tratamiento es de naturaleza experimental o
19 investigativa; y

20 (ii) No está explícitamente mencionado como un
21 beneficio excluido conforme al plan médico de la
22 persona cubierta o asegurado;

- 1 (c) El médico de la persona cubierta o asegurado ha certificado
2 por escrito que una de las siguientes situaciones es aplicable:
- 3 (i) Los servicios de cuidado de la salud o tratamientos
4 usuales y acostumbrados no han sido efectivos en
5 mejorar la condición de la persona cubierta o
6 asegurado;
- 7 (ii) Los servicios de cuidado de la salud o tratamientos
8 usuales y acostumbrados no son médicamente
9 adecuados para la persona cubierta o asegurado; o
- 10 (iii) No hay ningún servicio de cuidado de la salud o
11 tratamiento cubierto por el plan médico que sea más
12 beneficioso que el servicio de cuidado de la salud o
13 tratamiento recomendado o solicitado;
- 14 (d) El médico que atiende a la persona cubierta o asegurado:
- 15 (i) Ha recomendado un servicio de cuidado de la salud o
16 tratamiento respecto al cual certifica, por escrito, que
17 según su opinión, con toda probabilidad será de
18 mayor beneficio para la persona cubierta o asegurado
19 que los otros servicios de cuidado de la salud o
20 tratamientos usuales o acostumbrados disponibles; o
- 21 (ii) El médico que atiende a la persona cubierta o
22 asegurado, el cual está cualificado para practicar la

1 medicina en la rama indicada para el tratamiento de
2 la condición de salud en cuestión, ha certificado por
3 escrito que existen estudios con validez científica,
4 realizados según los protocolos aceptados, que
5 demuestran que el servicio de cuidado de la salud o
6 tratamiento solicitado por la persona cubierta o
7 asegurado tiene una mayor probabilidad de ser de
8 beneficio que ningún otro servicio de cuidado de la
9 salud o tratamiento usual o acostumbrado disponible;

10 (e) La persona cubierta o asegurado ha agotado el proceso
11 interno de querellas de la organización de seguros de salud
12 o asegurador, salvo cuando no se requiera haber agotado
13 dicho remedio a tenor con el Artículo 28.070 de este Código;

14 y

15 (f) La persona cubierta o asegurado ha provisto toda la
16 información y los formularios que se requieren para
17 procesar la revisión externa, incluido el formulario de
18 autorización que se dispone en el Artículo 28.050(B)(3) de
19 este Código.

20 C. (1) A más tardar el próximo día laborable de completar la revisión
21 preliminar conforme al apartado (B)(2) de este Artículo, la

1 organización de seguros de salud o asegurador notificará por
2 escrito al Comisionado y a la persona cubierta o asegurado:

3 (a) Si la solicitud está completa y

4 (b) Si la solicitud es elegible para la revisión externa.

5 (2) Si la solicitud:

6 (a) No está completa, la organización de seguros de salud o
7 asegurador notificará, por escrito, a la persona cubierta o
8 asegurado y al Comisionado, qué información o materiales
9 hacen falta para completar la solicitud; o

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

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

17 (b) Si la organización de seguros de salud o asegurador
18 determina, a raíz de la revisión preliminar realizada
19 conforme al apartado (B)(2) de este Artículo, que la solicitud
20 no es elegible para revisión externa, la notificación que a
21 tales efectos se le haga a la persona cubierta o asegurado
22 deberá advertirle que dicha determinación de inelegibilidad

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

3 (4) (a) El Comisionado podrá determinar que una solicitud es
4 elegible para revisión externa aun cuando la organización de
5 seguros de salud o asegurador hubiese determinado
6 inicialmente lo contrario.

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

14 (5) Si la organización de seguros de salud o asegurador determina que
15 la solicitud de revisión externa es elegible para tales propósitos, así
16 deberá notificarlo a la persona cubierta o asegurado y al
17 Comisionado.

18 D. (1) A más tardar el próximo día laborable del recibo de la notificación
19 de la organización de seguros de salud o asegurador indicando que
20 la solicitud es elegible para revisión externa, el Comisionado
21 deberá:

- 1 (a) Asignar una organización de revisión independiente para
2 llevar a cabo la revisión externa y notificar a la organización
3 de seguros de salud o asegurador cuál fue la organización de
4 revisión independiente designada; y
- 5 (b) Notificar por escrito a la persona cubierta o asegurado que la
6 solicitud es elegible y fue aceptada para revisión externa.
- 7 (2) El Comisionado deberá incluir, en la notificación que le envíe a la
8 persona cubierta o asegurado informándole la aceptación de su
9 solicitud para propósitos de la revisión externa, un lenguaje a los
10 efectos de que podrá someter por escrito a la organización de
11 revisión independiente, en un término de cinco (5) días laborables
12 contados a partir del recibo de la notificación de aceptación,
13 cualquier información adicional que estime debiera ser considerada
14 durante la revisión externa. La organización de revisión
15 independiente no tiene, pero puede aceptar y considerar
16 información adicional sometida pasado el término de cinco (5) días
17 laborables aquí dispuesto.
- 18 (3) A más tardar el próximo día laborable del recibo de la notificación
19 asignándole la revisión externa, la organización de revisión
20 independiente deberá:
- 21 (a) Seleccionar, según se entienda apropiado, uno o más
22 revisores clínicos para llevar a cabo la revisión externa.

- 1 (4) (a) Al seleccionar los revisores clínicos, la organización de
2 revisión independiente escogerá a médicos u otros
3 profesionales de la salud que cumplan con los requisitos
4 mínimos descritos en el Artículo 28.140 (B) de este Código y
5 que debido a su experiencia clínica durante los pasados tres
6 (3) años sean expertos en el tratamiento de la condición de la
7 persona cubierta o asegurado y, además, que tengan amplio
8 conocimiento acerca del servicio de cuidado de la salud o
9 tratamiento recomendado o solicitado.
- 10 (b) Ni la persona cubierta o asegurado, ni la organización de
11 seguros de salud o asegurador, escogerán ni controlarán la
12 manera en que se seleccionarán a los médicos u otros
13 profesionales de la salud que actuarán como revisores
14 clínicos.
- 15 (5) De conformidad con el apartado H de este Artículo, cada revisor
16 clínico proveerá a la organización de revisión independiente una
17 opinión escrita respecto a si se debe cubrir el servicio de cuidado de
18 la salud o tratamiento recomendado o solicitado.
- 19 (6) Al formular su opinión, los revisores clínicos no estarán obligados
20 por ninguna de las decisiones o conclusiones resultantes del
21 proceso de revisión de utilización o el proceso interno de querellas
22 de la organización de seguros de salud o asegurador.

- 1 E. (1) A más tardar los cinco (5) días siguientes al recibo de la notificación
2 sobre la organización de revisión independiente designada, la
3 organización de seguros de salud o asegurador proveerá los
4 documentos y toda información que se hubiese tomado en
5 consideración al formular la determinación adversa o
6 determinación adversa final objeto de revisión.
- 7 (2) Salvo como se dispone en el apartado (E)(3) de este Artículo, el
8 hecho de que la organización de seguros de salud o asegurador no
9 provea los documentos y la información requerida en el plazo de
10 cinco (5) días provisto en el apartado (E)(1) de este Artículo, no
11 deberá retrasar la revisión externa.
- 12 (3) (a) Si la organización de seguros de salud o asegurador no
13 provee los documentos y la información requerida en el
14 plazo de cinco (5) días provisto en el apartado (E)(1) de este
15 Artículo, la organización de revisión independiente podrá
16 dar por terminada la revisión externa y decidir revocar la
17 determinación adversa o la determinación adversa final
18 objeto de revisión.
- 19 (b) Si la organización de revisión independiente decidiera
20 revocar la determinación adversa o la determinación adversa
21 final por la razón que se dispone en el apartado (E)(3)(a) de
22 este Artículo, la organización de revisión independiente lo

1 notificará de inmediato a la persona cubierta o asegurado, a
2 la organización de seguros de salud o asegurador y al
3 Comisionado.

4 F. (1) Cada revisor clínico revisará toda la información y los documentos
5 recibidos de parte de la organización de seguros de salud o
6 asegurador y toda otra información presentada por escrito por la
7 persona cubierta o asegurado.

8 (2) En caso de que la organización de revisión independiente reciba
9 información de la persona cubierta o asegurado, la organización de
10 revisión independiente deberá remitir dicha información, a su vez,
11 a la organización de seguros de salud o asegurador implicado, a
12 más tardar el próximo día laborable del recibo de la información.

13 G. (1) Al recibo de la información dispuesta en el apartado (F)(2) de este
14 Artículo, la organización de seguros de salud o asegurador podrá
15 reconsiderar su determinación adversa o determinación adversa
16 final objeto de la revisión externa.

17 (2) La reconsideración por parte de la organización de seguros de
18 salud o asegurador de su determinación adversa o determinación
19 adversa final no demorará ni dará por terminada la revisión
20 externa.

21 (3) Sólo se podrá dar por terminada la revisión externa si, al completar
22 su reconsideración, la organización de seguros de salud o

1 asegurador decide que revocará su determinación adversa o
2 determinación adversa final y proveerá cubierta o pago por el
3 servicio de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa
4 o determinación adversa final.

5 (4) (a) Si la organización de seguros de salud o asegurador toma la
6 decisión de revocar su determinación adversa o
7 determinación adversa final, lo notificará de inmediato por
8 escrito a la persona cubierta o asegurado, a la organización
9 de revisión independiente y al Comisionado.

10 (b) La organización de revisión independiente dará por
11 terminada la revisión externa al recibir, de la organización
12 de seguros de salud o asegurador, la notificación aludida en
13 el apartado (G)(4)(a) de este Artículo.

14 H. (1) Salvo como se dispone en el apartado (H)(3) de este Artículo, a más
15 tardar los veinte (20) días de haber sido seleccionados para realizar
16 la revisión externa, el o los revisores clínicos entregarán, a la
17 organización de revisión independiente, su opinión en cuanto a si
18 se debe cubrir el servicio de cuidado de la salud o tratamiento
19 recomendado o solicitado.

20 (2) Salvo en el caso de una opinión que se formule conforme al
21 apartado (H)(3) de este Artículo, la opinión de cada revisor clínico
22 se entregará por escrito e incluirá la siguiente información:

- 1 (a) Una descripción de la condición de salud de la persona
2 cubierta o asegurado;
- 3 (b) Una descripción de los indicadores relevantes en el análisis y
4 proceso de determinar si existe suficiente evidencia para
5 demostrar que el servicio de cuidado de la salud o
6 tratamiento recomendado o solicitado tiene una mayor
7 probabilidad de ser beneficioso para la persona cubierta o
8 asegurado que el servicio de cuidado de la salud o
9 tratamiento usual o acostumbrado disponible y que los
10 riesgos adversos del servicio de cuidado de la salud o
11 tratamiento recomendado o solicitado no serían
12 marcadamente mayores que los de los servicios de cuidado
13 de la salud o tratamientos usuales y acostumbrados
14 disponibles;
- 15 (c) Una descripción y análisis de la evidencia médica o científica
16 que se tomó en consideración en la opinión expresada;
- 17 (d) Una descripción y análisis de cualquier estándar basado en
18 evidencia (“evidence-based standard”) que se haya tomado
19 en consideración en la opinión expresada; e
- 20 (e) Información acerca de si el razonamiento tras la opinión del
21 revisor estuvo basado en lo dispuesto en el apartado (I)(5)(a)
22 ó (b) de este Artículo.

1 (3) (a) En el caso de una revisión externa acelerada, cada revisor
2 clínico expresará su opinión, de manera verbal o escrita, a la
3 organización de revisión independiente, tan pronto como la
4 condición o circunstancia de salud de la persona cubierta o
5 asegurado lo requiera pero nunca más tarde de los cinco (5)
6 días siguientes de haber sido seleccionado para realizar la
7 revisión externa.

8 (b) Si la opinión del revisor clínico se hubiese expresado
9 originalmente de manera verbal, a más tardar los dos (2)
10 días de haber provisto la opinión, el revisor clínico
11 suministrará una confirmación escrita a la organización de
12 revisión independiente e incluirá en ésta la información que
13 se requiere en el apartado (H)(2) de este Artículo.

14 I. Además de la información y los documentos aludidos en el apartado
15 (A)(2)(f) o al apartado (E)(1) de este Artículo, cada revisor clínico, en tanto
16 lo considere adecuado y la información o documentos estén disponibles,
17 considerará lo siguiente al formular su opinión:

18 (1) Los expedientes médicos pertinentes de la persona cubierta o
19 asegurado;

20 (2) La recomendación del profesional de la salud que atiende a la
21 persona cubierta o asegurado;

- 1 (3) Los informes de consultas que hayan hecho profesionales de la
2 salud y otros documentos presentados por la organización de
3 seguros de salud o asegurador, la persona cubierta o asegurado, o
4 el proveedor que ofrece el tratamiento a la persona cubierta o
5 asegurado;
- 6 (4) Los términos de cubierta del plan médico de la persona cubierta o
7 asegurado;
- 8 (5) La alternativa que sea aplicable, si alguna, de entre las siguientes:
- 9 (a) El servicio de cuidado de la salud o tratamiento
10 recomendado o solicitado ha sido aprobado por la
11 Administración Federal de Drogas y Alimentos (FDA, por
12 sus siglas en inglés), para la condición de la persona cubierta
13 o asegurado; o
- 14 (b) Existe evidencia médica o científica o estándares basados en
15 evidencia (“evidence-based standards”) que demuestran que
16 el servicio de cuidado de la salud o tratamiento
17 recomendado o solicitado tiene una mayor probabilidad de
18 beneficiar a la persona cubierta o asegurado que el servicio
19 de cuidado de la salud o tratamiento usual y acostumbrado
20 disponible y que los riesgos adversos del servicio de cuidado
21 de la salud o tratamiento recomendado o solicitado no serían
22 marcadamente mayores que los de los servicios de cuidado

1 de la salud o tratamientos usuales y acostumbrados
2 disponibles.

3 J. (1) (a) Salvo como se dispone en el apartado (J)(1)(b) de este
4 Artículo, a más tardar los veinte (20) días siguientes al recibo
5 de la opinión de los revisores clínicos, la organización de
6 revisión independiente, de conformidad con lo dispuesto en
7 el apartado (J)(2) de este Artículo, hará su determinación y la
8 notificará por escrito a las siguientes personas:

9 (i) La persona cubierta o asegurado;

10 (ii) La organización de seguros de salud o asegurador; y

11 (iii) Al Comisionado.

12 (b) (i) En el caso de una revisión externa acelerada, a más
13 tardar las cuarenta y ocho (48) horas siguientes al
14 recibo de la opinión de los revisores clínicos, la
15 organización de revisión independiente hará su
16 determinación y la notificará, ya sea verbalmente o
17 por escrito, a la persona cubierta o asegurado, a la
18 organización de seguros de salud o asegurador y al
19 Comisionado.

20 (ii) Si la determinación se hubiese notificado
21 originalmente de manera verbal, a más tardar los dos
22 (2) días de haber provisto dicha notificación verbal, la

1 organización de revisión independiente suministrará
2 una confirmación escrita a la persona cubierta o
3 asegurado, a la organización de seguros de salud o
4 asegurador y al Comisionado, e incluirá la
5 información que se requiere en el apartado (J)(3) de
6 este Artículo.

7 (2) (a) Si la mayoría de los revisores clínicos recomienda que el
8 servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado
9 o solicitado se debe cubrir, la organización de revisión
10 independiente determinará que se revoque la determinación
11 adversa o determinación adversa final objeto de revisión.

12 (b) Si la mayoría de los revisores clínicos recomienda que el
13 servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado
14 o solicitado no se debe cubrir, la organización de revisión
15 independiente determinará que se confirme la
16 determinación adversa o determinación adversa final objeto
17 de revisión.

18 (c) (i) Si hay un empate entre los revisores clínicos en
19 cuanto a si se debe cubrir o no el servicio de cuidado
20 de la salud o tratamiento recomendado o solicitado, la
21 organización de revisión independiente obtendrá la
22 opinión de un revisor clínico adicional, de modo que

1 pueda hacer una determinación en base a las
2 opiniones de la mayoría.

3 (i) De surgir la necesidad de seleccionar un revisor
4 clínico adicional de conformidad con el apartado
5 anterior, dicho revisor clínico adicional usará la
6 misma información que tuvieron disponible los
7 demás revisores clínicos al formular su opinión.

8 (iii) La selección de un revisor clínico adicional no
9 prolongará el plazo que tiene la organización de
10 revisión independiente para hacer su determinación
11 en base a las opiniones de los revisores clínicos
12 seleccionados.

13 (3) La organización de revisión independiente incluirá, en la
14 notificación escrita de su determinación, lo siguiente:

15 (a) Una descripción general del motivo de la solicitud de
16 revisión externa;

17 (b) La opinión escrita de cada uno de los revisores clínicos,
18 incluyendo la recomendación de cada uno respecto a si el
19 servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado
20 o solicitado se debe cubrir o no y la justificación de la
21 recomendación del revisor;

- 1 (c) La fecha en que la organización de revisión independiente
2 fue designada por el Comisionado para llevar a cabo la
3 revisión externa;
- 4 (d) La fecha en que se llevó a cabo la revisión externa;
- 5 (e) La fecha de su determinación;
- 6 (f) La principal razón o razones de su determinación; y
- 7 (g) La justificación o razonamiento de su determinación.
- 8 (4) Si la determinación de la organización de revisión independiente
9 revoca la determinación adversa o determinación adversa final
10 objeto de revisión, la organización de seguros de salud o
11 asegurador implicado inmediatamente aprobará la cubierta o el
12 pago para el servicio de cuidado de la salud o tratamiento que fue
13 objeto de revisión.
- 14 K. La designación, por parte del Comisionado, de una organización de
15 revisión independiente para llevar a cabo una revisión externa de
16 conformidad con este Artículo, se hará seleccionando al azar una de entre
17 las organizaciones de revisión independiente autorizadas y cualificada
18 para llevar a cabo la revisión externa particular de que se trate, tomando
19 en consideración la naturaleza de los servicios de cuidado de la salud
20 objeto de la determinación adversa o determinación adversa final que se
21 revisa, así como cualquier otra circunstancia pertinente, incluyendo
22 potenciales conflictos de intereses.

1 Artículo 28.110. Obligatoriedad de la Determinación de la Revisión Externa

2 A. La determinación de la revisión externa obliga a la organización de
3 seguros de salud o asegurador, salvo en los casos en que la organización
4 de seguros de salud o asegurador tenga algún otro remedio conforme a las
5 leyes aplicables de Puerto Rico.

6 B. La determinación de la revisión externa obliga a la persona cubierta o
7 asegurado, salvo en los casos en que la persona cubierta o asegurado
8 tenga algún otro remedio conforme a las leyes aplicables de Puerto Rico o
9 a las leyes federales.

10 C. La persona cubierta o asegurado no podrá presentar subsiguientes
11 solicitudes de revisión externa relacionadas con una determinación
12 adversa o determinación adversa final para la cual ya hubo una
13 determinación tras una revisión externa conforme a este Capítulo.

14 Artículo 28.130. Autorización de las Organizaciones de Revisión

15 Independientes

16 A. El Comisionado autorizará a las organizaciones de revisión independiente
17 que sean elegibles para realizar revisiones externas a tenor con este
18 Capítulo.

19 B. A los fines de ser elegible para llevar a cabo revisiones externas a tenor
20 con este Capítulo, la organización de revisión independiente deberá:

- 21 (1) Salvo como de otra forma se disponga en este Artículo, estar
22 acreditada por una entidad acreditadora reconocida por el

1 Comisionado y cuyos estándares de acreditación para las
2 organizaciones de revisión independiente, a juicio de dicho
3 funcionario, son equivalentes o exceden los requisitos mínimos de
4 aptitud y competencia establecidos en el Artículo 28.140 de este
5 Código.

6 (2) Someter una solicitud para la autorización del Comisionado, de
7 conformidad con el apartado (D) de este Artículo.

8 C. El Comisionado preparará un formulario para la solicitud de autorización
9 y de renovación de autorización de las organizaciones de revisión
10 independientes.

11 D. (1) Toda organización de revisión independiente que se proponga
12 obtener la autorización del Comisionado para realizar revisiones
13 externas a tenor con este Capítulo, presentará el formulario de
14 solicitud junto con toda la documentación e información que el
15 Comisionado estime necesaria, de modo que éste pueda determinar
16 si la organización de revisión independiente cumple con los
17 requisitos mínimos de aptitud y competencia establecidos en el
18 Artículo 28.140 de este Código.

19 (2) (a) Sujeto a lo dispuesto en el apartado (D)(2)(b) de este
20 Artículo, una organización de revisión independiente será
21 elegible para autorización por parte del Comisionado sólo si
22 está acreditada por una entidad acreditadora reconocida por

1 el Comisionado y cuyos estándares de acreditación para las
2 organizaciones de revisión independiente, a juicio de dicho
3 funcionario, son equivalentes o exceden los requisitos
4 mínimos de aptitud y competencia establecidos en el
5 Artículo 28.140 de este Código.

6 (b) El Comisionado podrá autorizar a una organización de
7 revisión independiente que no esté acreditada por una
8 entidad acreditadora reconocida, sólo en el caso de que no
9 hayan tales entidades reconocidas que se dediquen a la
10 acreditación de organizaciones de revisión independiente.

11 (3) El Comisionado podrá cobrar las aportaciones o derechos que
12 estime convenientes por las solicitudes de autorización y
13 renovación de autorización de las organizaciones de revisión
14 independientes.

15 E. (1) La autorización de la organización de revisión independiente
16 tendrá una vigencia de dos (2) años, salvo que el Comisionado
17 determine, antes de dicho término, que la organización de revisión
18 independiente ya no cumple con los requisitos mínimos de aptitud
19 y competencia establecidos en el Artículo 28.140 de este Código.

20 (2) Si el Comisionado determinara, en cualquier momento, que una
21 organización de revisión independiente ya no cumple con los
22 requisitos mínimos de aptitud y competencia establecidos en el

1 Artículo 28.140 de este Código, podrá dar por terminada la
2 autorización de la organización de revisión independiente y retirar
3 el nombre de ésta de la lista de organizaciones de revisión
4 independiente autorizadas para realizar revisiones externas a tenor
5 con este Capítulo.

6 F. El Comisionado mantendrá y actualizará periódicamente una lista de las
7 organizaciones de revisión independiente autorizadas.

8 G. El Comisionado podrá promulgar la reglamentación que estime necesaria
9 para desempeñar los deberes que se le imponen en este Artículo.

10 Artículo 28.140. Requisitos Mínimos de Aptitud y Competencia para las
11 Organizaciones de Revisión Independiente

12 A. Con el fin de obtener la autorización del Comisionado para realizar
13 revisiones externas, la organización de revisión independiente mantendrá,
14 por escrito, políticas y procedimientos que rijan todos los aspectos de las
15 revisiones externas ordinarias y de las revisiones externas aceleradas y
16 que incluyan, como mínimo, lo siguiente:

17 (1) Mecanismos de garantía de calidad que cumplan los siguientes
18 propósitos:

19 (a) Asegurar que las revisiones externas se lleven a cabo dentro
20 de los plazos establecidos y que se provean las notificaciones
21 correspondientes de manera oportuna;

- 1 (b) Asegurar la selección y designación adecuada de revisores
2 clínicos capacitados e imparciales; La entidad debe poseer
3 políticas y procedimiento documentados para que los
4 revisores revelen cualquier conflicto de interés.
- 5 (c) Asegurar la confidencialidad de los expedientes médicos y
6 de los criterios de revisión clínica; y
- 7 (d) Asegurar que las personas empleadas o contratadas por la
8 organización de revisión independiente cumplan con los
9 requisitos de este Capítulo.
- 10 (2) Servicio telefónico gratuito para recibir información relacionada
11 con las revisiones externas. El servicio telefónico deberá operar las
12 veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana, y
13 tener capacidad de recibir, grabar y proveer instrucciones
14 adecuadas a las personas que llamen fuera de las horas laborales
15 normales.
- 16 (3) Mantener y proveer al Comisionado la información que se dispone
17 en el Artículo 28.160 de este Código.
- 18 B. Todos los revisores clínicos que asigne la organización de revisión
19 independiente para realizar las revisiones externas serán médicos u otros
20 profesionales de la salud que satisfagan los siguientes requisitos mínimos:
- 21 (1) Ser expertos en el tratamiento de la condición de salud de la
22 persona cubierta o asegurado;

- 1 (2) Tener conocimiento adecuado acerca del servicio de cuidado de la
2 salud o tratamiento recomendado o solicitado. Dicho conocimiento
3 deberá haber sido obtenido mediante experiencia clínica reciente en
4 el tratamiento de pacientes con la misma condición de salud o con
5 alguna condición similar a la de la persona cubierta o asegurado;
- 6 (3) Tener una licencia irrestricta en un estado de Estados Unidos o en
7 Puerto Rico y, en el caso de los médicos, una certificación vigente
8 por parte de una junta de especialidad médica reconocida en
9 Estados Unidos o en Puerto Rico en la rama o ramas pertinentes al
10 asunto objeto de la revisión externa; y
- 11 (4) No tener historial de acciones o sanciones disciplinarias que
12 pudieran colocar en tela de juicio su competencia moral, física,
13 mental o profesional.
- 14 C. Además de los requisitos establecidos en el apartado (A) de este Artículo,
15 la organización de revisión independiente no podrá ser propietaria o
16 subsidiaria de, ni controlar, ejercer control conjunto o ser controlada por,
17 un plan médico ni una asociación profesional de proveedores de servicios
18 de salud.
- 19 D. (1) A los fines de cualificar para realizar la revisión externa de un caso
20 determinado, además de los requisitos que se establecen en los
21 apartados (A), (B) y (C) de este Artículo, la organización de revisión
22 independiente, así como tampoco los revisores clínicos designados,

1 podrán tener interés profesional, familiar o conflicto de intereses
2 económico con ninguno de los siguientes:

3 (a) La organización de seguros de salud o asegurador
4 implicado;

5 (b) La persona cubierta o asegurado que solicitó la revisión
6 externa;

7 (c) Los oficiales, directores o empleados gerenciales de la
8 organización de seguros de salud o asegurador implicado;

9 (d) El proveedor de servicios de salud, el grupo médico del
10 proveedor o la asociación de práctica independiente que
11 recomienda el servicio de cuidado de la salud o tratamiento
12 objeto de la revisión externa;

13 (e) La instalación donde se proveería el servicio de cuidado de
14 la salud o tratamiento recomendado; o

15 (f) El desarrollador o fabricante del medicamento, aparato,
16 procedimiento u otra terapia principal que se recomienda
17 para la persona cubierta o asegurado.

18 (2) Al determinar si la organización de revisión independiente o los
19 revisores clínicos tienen algún interés profesional, familiar o
20 conflicto de intereses económicos, el Comisionado tomará en
21 consideración aquellas situaciones en las que, si bien la
22 organización de revisión independiente o el revisor clínico pudiera

1 tener alguna relación o conexión profesional, familiar o económica
2 con las personas descritas en el apartado (D)(1), las características
3 de dicha relación o conexión no constituyen un conflicto de interés
4 significativo que les impida llevar a cabo la revisión externa.

5 E. (1) Se presumirá que las organizaciones de revisión independiente que
6 estén acreditadas por una entidad acreditadora reconocida por el
7 Comisionado y cuyos estándares de acreditación para las
8 organizaciones de revisión independiente, a juicio de dicho
9 funcionario, son equivalentes o exceden los requisitos mínimos de
10 aptitud y competencia establecidos en este Artículo, son elegibles
11 para realizar revisiones externas a tenor con el Artículo 28.130 de
12 este Código.

13 (2) El Comisionado revisará, inicial y periódicamente, los estándares
14 de acreditación de las entidades acreditadoras de organizaciones de
15 revisión independiente para cerciorarse de que tales estándares
16 sean, y continúen siendo, equivalentes o superiores a los requisitos
17 mínimos de aptitud y competencia establecidos en este Artículo. A
18 los fines de cumplir con el deber de revisión que aquí se le impone,
19 el Comisionado podrá aceptar las revisiones que realice la NAIC
20 sobre las entidades acreditadoras.

21 (3) Las entidades acreditadoras de organizaciones de revisión
22 independiente pondrán a disposición del Comisionado, cuando

1 Artículo. Dichos informes se harán respecto a cada organización de
2 seguros de salud o asegurador individual y de forma global.

3 (2) Las organizaciones de revisión independiente presentarán al
4 Comisionado, por lo menos una vez al año y en el formato
5 especificado por dicho funcionario, un informe acerca de las
6 revisiones externas realizadas durante el año natural precedente.

7 (3) El informe incluirá los siguientes datos, tanto de forma global como
8 de forma particular para cada organización de seguros de salud o
9 asegurador:

10 (a) La cantidad total de solicitudes de revisión externa
11 presentadas;

12 (b) La cantidad de solicitudes de revisión externa resueltas y, de
13 las resueltas, la cantidad de confirmaciones y revocaciones
14 realizadas;

15 (c) El periodo de tiempo promedio que tomó realizar la
16 determinación;

17 (d) Un resumen del tipo de cubiertas o casos para los cuales se
18 solicitó la revisión externa, según el formato que requiera el
19 Comisionado;

20 (e) La cantidad de revisiones externas ordinarias que se dieron
21 por terminadas como resultado de la reconsideración de la
22 organización de seguros de salud o asegurador, después del

1 (c) Toda información adicional que el Comisionado pudiera
2 solicitar o requerir.

3 (4) La organización de seguros de salud o asegurador conservará los
4 registros requeridos en este Artículo durante al menos seis (6)
5 años.

6 Artículo 28.170. Pago del Costo de la Revisión Externa

7 La organización de seguros de salud o asegurador contra el que se
8 presente una solicitud de revisión externa ordinaria o acelerada tendrá la
9 obligación de pagar a la organización de revisión independiente por la revisión
10 externa.

11 La Oficina del Comisionado de Seguros notificará a los aseguradores y
12 organizaciones de servicios de salud los costos del proceso o cualquier
13 modificación en los mismos con al menos 120 días de anticipación.

14 La persona cubierta o asegurado pagará un costo nominal no mayor de
15 \$25.00 por cada revisión. Disponiéndose, que para una misma persona cubierta o
16 asegurado el costo no puede exceder de setenta y cinco dólares (\$75.00) por año-
17 póliza. La cantidad pagada por la persona cubierta o asegurado le será
18 reembolsada si éste obtiene opinión a su favor.

19

20 Artículo 28.180. Requisitos de Divulgación

21 A. (1) Toda organización de seguros de salud o asegurador incluirá una
22 descripción de los procedimientos de revisión externa en las

1 pólizas, los certificados, folletos de socios, resúmenes de cubiertas u
2 otras evidencias de cubierta que provea a las personas cubiertas o
3 asegurados.

4 (2) La divulgación de los procedimientos de revisión externa que se
5 requiere en el apartado (A)(1) de este Artículo se hará en el formato
6 que prescriba el Comisionado.

7 B. La descripción de los procedimientos de revisión externa incluirá una
8 declaración en la que se informe a la persona cubierta o asegurado de su
9 derecho a radicar con el Comisionado una solicitud para la revisión
10 externa de una determinación adversa o determinación adversa final. Tal
11 declaración podrá explicar que la revisión externa está disponible cuando
12 la determinación adversa o determinación adversa final se fundamenta en
13 la necesidad de salud, la idoneidad, el lugar donde se provee el servicio de
14 cuidado de la salud, o el nivel o eficacia del servicio o rescisión de
15 cubierta. La declaración incluirá el número telefónico y la dirección del
16 Comisionado.

17 C. Además de lo dispuesto en el apartado (B) de este Artículo, la declaración
18 informará a la persona cubierta o asegurado que, al radicar la solicitud de
19 revisión externa, se requerirá que se autorice la divulgación de la
20 información de salud necesaria y relevante que se tuviera que revisar, con
21 el fin de tomar una determinación con respecto a la revisión externa.”

22 Artículo 8.-Se añade el nuevo Capítulo 52 a la Ley 194-2011, conocida como

1 “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”, el cual dispondrá lo siguiente:

2 **“Capítulo 52 Uso No Indicado en la Etiqueta**

3 Artículo 52.010. Propósito

4 El propósito de este Capítulo es establecer parámetros para el pago o
5 reembolso de los costos relacionados con los medicamentos que, a pesar de tener
6 la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos
7 (FDA, por sus siglas en inglés), son utilizados para indicaciones diferentes a las
8 que aparecen en la etiqueta (uso que en lo sucesivo se denominará “uso no
9 indicado en la etiqueta”). Denegar el pago o reembolso de los medicamentos por
10 motivo de que el mismo será utilizado para un uso no indicado en la etiqueta
11 podría interrumpir o impedir el acceso al tratamiento necesario y adecuado para
12 las personas cubiertas o asegurados.

13 Artículo 52.020. Aplicabilidad y Alcance

14 Este Capítulo aplica a todos los planes médicos que se emitan, enmienden,
15 otorguen o renueven en o después de la fecha de vigencia de este Capítulo, y que
16 provean cubierta para medicamentos. También aplica a todas las personas que
17 lleven a cabo determinaciones sobre el pago o reembolso por medicamentos
18 conforme a estos planes médicos.

19 Artículo 52.030. Definiciones

20 A. “Compendios de referencia estándar” (“standard reference compendia”)
21 significa:

22 (1) The American Hospital Formulary Service-Drug Information;

- 1 (2) The American Medical Association Drug Evaluation o
2 (3) The United States Pharmacopoeia-Drug Information.
- 3 B. “FDA” significa la Administración de Drogas y Alimentos de Estados
4 Unidos.
- 5 C. “Literatura médica evaluada por homólogos” (“peer-reviewed medical
6 literature”) significa un estudio científico que haya sido publicado en una
7 revista académica o en otra publicación, en la que los manuscritos
8 originales se divulgan luego de haber sido evaluados por peritos
9 independientes e imparciales y de que el Comité Internacional de Editores
10 de Revistas Médicas haya determinado que cumplen con los Requisitos de
11 Uniformidad para Manuscritos enviados a revistas biomédicas. La
12 literatura médica evaluada por homólogos no incluye publicaciones o
13 suplementos de publicaciones que hayan recibido gran parte de su
14 patrocinio de una compañía manufacturera de productos farmacéuticos o
15 de una organización de seguros de salud o asegurador.
- 16 D. “Medicamento” o “medicamentos” significa toda sustancia recetada por
17 un proveedor de cuidado de la salud licenciado y que se utilice para el
18 diagnóstico, alivio, tratamiento o prevención de una enfermedad,
19 independientemente del método mediante el cual se suministre (por vía
20 oral, inyección en el músculo, la piel, vaso sanguíneo o cavidad corporal, o
21 que se aplique en la piel o que el cuerpo lo asimile de alguna otra manera).

1 El término incluye las sustancias que tienen la aprobación de la FDA para
2 al menos una indicación.

3 Artículo 52.040. Normas de la Cubierta

4 A. Los planes médicos que proveen cubierta para medicamentos deberán
5 proveer para el despacho de los medicamento cubiertos,
6 independientemente del padecimiento, dolencia, lesión, condición o
7 enfermedad para la cual sean prescritos, siempre y cuando: (1) el
8 medicamento tenga la aprobación de la FDA para al menos una indicación
9 y (2) el medicamento sea reconocido para el tratamiento del padecimiento,
10 dolencia, lesión, condición o enfermedad de que se trate en uno de los
11 compendios de referencia estándar o en literatura médica evaluada por
12 homólogos generalmente aceptada.

13 B. La cubierta de un medicamento a tenor con este Artículo deberá incluir,
14 además, los servicios médicamente necesarios que estén asociados con la
15 administración del medicamento.

16 C. Este Artículo no requiere que las organizaciones de seguros de salud o
17 aseguradores cubran un medicamento cuando la FDA ha determinado
18 que su uso es contraindicado para el tratamiento de la indicación para la
19 cual se prescribe.

20 D. Los siguientes medicamentos o servicios no estarán cubiertos a tenor con
21 el inciso A de este Artículo:

- 1 (1) los medicamentos que se utilicen en pruebas de investigación que
2 tengan el patrocinio de los manufactureros o de una entidad
3 gubernamental;
- 4 (2) los medicamentos o servicios suministrados durante pruebas de
5 investigación, si el patrocinador de dichas pruebas de investigación
6 provee los medicamentos o servicios sin cobrarle nada a los
7 participantes.”

8 Artículo 9.-Se añade el nuevo Capítulo 72 a la Ley 194-2011, conocida como
9 “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”, el cual dispondrá lo siguiente:

10 **“Capítulo 72. Discrimen Indebido Contra Víctimas de Maltrato**

11 Artículo 72.010. Propósito

12 El propósito de este Capítulo es prohibir que las organizaciones de
13 seguros de salud, aseguradores o profesionales de seguros discriminen
14 indebidamente contra las víctimas de maltrato.

15 Artículo 72.020. Alcance

16 Este Capítulo es aplicable a todas las organizaciones de seguros de salud,
17 aseguradores y profesionales de seguros que participan en la emisión o
18 renovación de pólizas o certificados de planes médicos en Puerto Rico.

19 Artículo 72.030. Definiciones

20 A. “Condición de salud relacionada con el maltrato” significa una condición
21 de salud sufrida por la víctima de maltrato surgida, en parte o en su
22 totalidad, como producto de un acto o patrón de maltrato.

- 1 B. “Información confidencial sobre el maltrato” significa información acerca
2 de actos de maltrato cometidos contra una persona o sobre el estatus de
3 víctima de maltrato de dicha persona; información acerca de determinada
4 condición de salud para la cual el asegurador sabe, o tiene motivos para
5 saber, que está relacionada con el maltrato; la dirección y el número de
6 teléfono (residencial y de trabajo) de una víctima de maltrato o
7 información sobre la relación familiar o laboral entre una persona cubierta
8 o asegurado, actual o potencial, y una persona que es víctima de maltrato.
- 9 C. “Maltrato” significa la comisión de uno o más de los siguientes actos, bien
10 fueren ejecutados por un miembro o ex miembro de la familia de la
11 víctima, algún residente de su casa, compañero o compañera sentimental
12 o cualquier persona a cargo de su cuidado:
- 13 (1) Intentar causar o causar, de manera intencional o negligente, daño
14 corporal, daño físico, angustia mental grave, trauma psicológico,
15 ultraje, agresión sexual o relaciones sexuales involuntarias;
- 16 (2) Llevar a cabo, a sabiendas, una conducta de persecución en contra
17 de la víctima, lo que incluye perseguirla, sin la debida autorización,
18 en circunstancias que la víctima pudiera entender razonablemente
19 que su integridad física peligraba;
- 20 (3) Restringir la libertad de la víctima; o

1 (4) Causar, a sabiendas o de manera negligente, daños a la propiedad
2 con el objetivo de intimidar o controlar el comportamiento de la
3 víctima.

4 D. “Plan médico” o “plan” significa una póliza, un contrato, un certificado o
5 un acuerdo ofrecido por una organización de seguros de salud,
6 asegurador o profesional de seguros para proveer, prestar, tramitar, pagar
7 o reembolsar los costos de servicios de cuidado de la salud. Los planes
8 médicos incluyen, para efectos de este Capítulo, planes que cubren
9 únicamente accidentes, protección de deuda crediticia, servicios dentales,
10 cuidado de los ojos, seguros suplementarios de Medicare o seguros de
11 cuidado prolongado, cubierta emitida como suplemento de una póliza de
12 responsabilidad pública, pólizas de cuidado a corto plazo, seguros
13 catastróficos y pólizas a base de gastos incurridos. El término “plan
14 médico” no incluye a los seguros por accidentes o enfermedades
15 ocupacionales o seguros similares.

16 E. “Profesional de seguros” significa un productor de seguros, representante
17 autorizado o ajustador, según se definen dichos términos en el Capítulo 9
18 del Código de Seguros de Puerto Rico, así como los terceros
19 administradores, según definidos en el Capítulo 38 de este Código.

20 F. “Situación de víctima de maltrato” significa el hecho o la percepción de
21 que la persona es o ha sido víctima de maltrato, independientemente de si

1 la persona ha sufrido alguna condición de salud relacionada con dicho
2 maltrato.

- 3 G. “Víctima de maltrato” significa una persona en contra de la cual se ha
4 cometido un acto de maltrato; que tiene o ha sufrido lesiones,
5 enfermedades o trastornos resultantes del maltrato; o que solicita o ha
6 solicitado, o podría tener motivo para solicitar, tratamiento médico o
7 psicológico debido al maltrato; o protección legal o refugio para
8 protegerse del maltrato.

9 Artículo 72.040. Actos de Discrimen Indebido por Parte de los Planes
10 Médicos

- 11 A. Constituye discrimen indebido:

- 12 (1) Denegar, rehusar emitir o renovar, cancelar o de otra manera
13 terminar o restringir la cubierta de un plan médico, o establecer un
14 costo adicional o aumentar la prima de un plan médico, basado en
15 que la persona cubierta o asegurado ha sufrido maltrato; o
16 (2) Excluir, limitar la cubierta o denegar una reclamación basado en la
17 situación de víctima de maltrato de la persona cubierta o
18 asegurado.

- 19 B. Cuando una organización de seguros de salud, asegurador o profesional
20 de seguros tenga información que claramente indique que una persona
21 cubierta o asegurado, actual o potencial, es una víctima de maltrato, se
22 considerará injustamente discriminatorio que dicha organización de

1 seguros de salud, asegurador o profesional de seguros divulgue o
2 transfiera información confidencial sobre el maltrato, según se define
3 dicho término en este Capítulo, para el propósito que fuera o a la persona
4 que fuera, excepto en los siguientes casos:

5 (1) A la víctima de maltrato o a una persona específicamente
6 designada por escrito por dicha víctima;

7 (2) A un proveedor de cuidado de salud para fines de prestar servicios
8 a la víctima;

9 (3) A un médico identificado y designado por la víctima de
10 maltrato;

11 (4) Cuando lo ordene el Comisionado o un tribunal competente, o
12 como se requiera por ley; o

13 (5) Cuando sea necesario, por motivos comerciales legítimos, transferir
14 alguna información confidencial sobre maltrato debido a que no se
15 pueda segregar dicha información del resto sin causar una carga
16 indebida. En estos casos, la información confidencial sobre maltrato
17 sólo se podrá divulgar si el destinatario ha accedido por escrito a
18 atenerse a las prohibiciones dispuestas en este Capítulo y a
19 someterse a la jurisdicción de los tribunales de Puerto Rico para
20 hacer cumplir las disposiciones del mismo. La divulgación de
21 información confidencial sobre maltrato por motivos comerciales

1 legítimos que autoriza, a modo de excepción, este inciso, sólo podrá
2 hacerse a las siguientes personas:

3 (a) Un reasegurador que pagará indemnización con respecto a
4 una póliza o parte de ésta que cubre a una víctima de
5 maltrato, siempre y cuando el reasegurador no pueda
6 proveer el reaseguro o cumplir con sus obligaciones
7 conforme al contrato de reaseguro sin que se divulgue dicha
8 información;

9 (b) Una de las partes en una transacción de venta, traspaso,
10 fusión o consolidación, propuesta o consumada, de las
11 operaciones de la organización de seguros de salud,
12 asegurador o profesional de seguros;

13 (c) Personal médico o personal a cargo del trámite de
14 reclamaciones empleado o contratado por la organización de
15 seguros de salud, asegurador o profesional de seguros,
16 únicamente cuando sea necesaria la divulgación para
17 procesar una solicitud o desempeñar los deberes conforme a
18 la póliza; o

19 (d) Con respecto a la dirección y número de teléfono de la
20 víctima de maltrato, a las entidades con quienes la
21 organización de seguros de salud, asegurador o el
22 profesional de seguros tengan relaciones comerciales,

1 cuando no se puedan llevar a cabo las transacciones
2 comerciales sin la referida dirección o número de teléfono;

3 (6) A un abogado que necesita la información para representar
4 efectivamente a la organización de seguros de salud, asegurador o
5 al profesional de seguros, siempre y cuando la organización de
6 seguros de salud, asegurador o el profesional de seguros notifique
7 al abogado de sus obligaciones conforme a este Capítulo y solicite
8 que el abogado tome el debido cuidado de proteger la información
9 confidencial sobre el maltrato;

10 (7) Al titular de la póliza o su cesionario, en el transcurso de entregar
11 la póliza, si la póliza contiene información acerca la situación de
12 maltrato; o

13 (8) A toda entidad que el Comisionado determine que corresponde
14 entregar la información.

15 C. Constituye un acto discriminatorio solicitar información acerca de actos de
16 maltrato o la situación de maltrato de una persona cubierta o asegurado,
17 actual o potencial, o usar dicha información, independientemente de cómo
18 se obtenga, salvo para los fines limitados de cumplir con las obligaciones
19 legales o verificar el reclamo que haga la persona a los efectos de que es
20 una víctima de maltrato.

21 D. Constituye un acto discriminatorio terminar la cubierta grupal de una
22 víctima de maltrato por motivo de que la cubierta se hubiere emitido

1 originalmente a nombre del maltratante y éste se haya divorciado o
2 separado de la víctima de maltrato o haya perdido la custodia de la
3 víctima, o porque la cubierta del maltratante haya terminado de cualquier
4 otra manera voluntaria o involuntaria. Lo aquí dispuesto no impide que la
5 organización de seguros de salud, asegurador o el profesional de seguros
6 requiera que la víctima de maltrato pague la prima completa de la
7 cubierta del plan médico o que requiera, como condición de cubierta, que
8 la víctima de maltrato resida o trabaje dentro del área de servicio del plan
9 médico, si los requisitos se aplican igualmente a todas las personas
10 cubiertas o asegurados, actuales o potenciales. La organización de seguros
11 de salud o asegurador podrá dar por terminada la cubierta grupal
12 después de que la cubierta continuada que aquí se requiere haya estado
13 vigente durante dieciocho (18) meses, si ofrece una conversión equivalente
14 a un plan individual. La cubierta continuada que aquí se requiere se podrá
15 satisfacer con la cubierta que dispone la ley "Consolidated Omnibus
16 Budget Reconciliation Act of 1985" (COBRA) y no será adicional a la
17 cubierta provista al amparo de dicha ley COBRA.

18 E. Lo dispuesto en el Artículo 72.040(B) de este Código no le impedirá a la
19 víctima de maltrato obtener su expediente de seguros.

20 F. Lo dispuesto en el Artículo 72.040(D) de este Código no prohíbe que una
21 organización de seguros de salud, asegurador o un profesional de seguros
22 pregunte sobre la condición de víctima de maltrato o use información de

1 salud para suscribir un seguro o desempeñar deberes conforme a una
2 póliza, aun si la información de salud está relacionada con una condición
3 de salud que el asegurador o el profesional de seguros sabe, o tiene
4 motivos para saber, que se relaciona con el maltrato, según se permita en
5 las disposiciones de este Capítulo y otras leyes aplicables.

6 Artículo 72.050. Justificación de las Decisiones Adversas

7 La organización de seguros de salud, asegurador o el profesional de
8 seguros que actúe de alguna manera que afecte adversamente a una persona
9 cubierta o asegurado, actual o potencial, a base de una condición de salud que
10 sabe, o tiene motivos para saber, que está relacionada con el maltrato, explicará
11 por escrito las razones de su proceder y estará preparado para demostrar que sus
12 acciones y toda disposición aplicable del plan médico:

- 13 A. No tienen el propósito o efecto de tratar la condición de víctima de
14 maltrato como una condición de salud o factor de asegurabilidad;
- 15 B. No se basan en una correlación real o percibida entre una condición de
16 salud y el maltrato;
- 17 C. Se permiten por ley y se aplican de la misma manera y con el mismo
18 alcance a todas las personas cubiertas o asegurados, actuales o potenciales,
19 que tengan una condición de salud similar, independientemente si la
20 condición o reclamación se relaciona con el maltrato y
- 21 D. Excepto en el caso de alguna acción relacionada con una reclamación, se
22 basan en una determinación hecha conforme a los principios actuariales

1 establecidos y sustentada con evidencia estadística razonable de que hay
2 una correlación entre la condición de salud y un aumento sustancial de
3 riesgo con respecto al seguro.

4 Artículo 72.060. Protocolos de Seguros para Víctimas del Maltrato

5 Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores establecerán y
6 cumplirán con políticas en las que se especifiquen los procedimientos que deben
7 seguir los empleados y los profesionales de seguros contratados por éstos, para
8 proteger la seguridad y la privacidad de las víctimas de maltrato, e
9 implementarán las disposiciones de este Capítulo al recibir solicitudes, investigar
10 reclamaciones, procurar la subrogación o tomar cualquier otra acción relacionada
11 con las pólizas o reclamaciones de las víctimas de maltrato. Las organizaciones
12 de seguros de salud o aseguradores distribuirán sus políticas escritas a sus
13 empleados y a los profesionales de seguros.

14 Artículo 72.070. Aplicación

15 El Comisionado realizará una investigación razonable de toda querrela
16 recibida y hará una determinación con respecto a si se ha violado alguna
17 disposición de este Capítulo. Si el Comisionado determina, a base de su
18 investigación, que pudiera haber ocurrido dicha violación, se comenzará un
19 procedimiento de adjudicación a nivel administrativo. El Comisionado podrá
20 atender la violación de la manera que corresponda según la naturaleza y
21 gravedad de la misma, lo cual podría incluir la suspensión o revocación de
22 certificados de autoridad o licencias, la imposición de sanciones civiles, órdenes

1 de cese y desista, interdictos, órdenes de resarcimiento, referidos a fiscalía o una
2 combinación de estas medidas. Los poderes y deberes que se disponen en este
3 Artículo son adicionales a la autoridad que tiene el Comisionado conforme a
4 otras disposiciones legales.”

5 Artículo 10.-Esta Ley comenzará a regir noventa (90) días después de su
6 aprobación.