

SENADO DE PUERTO RICO**P. del S. 1856**

15 DE OCTUBRE DE 2010

Presentado por el señor *Rivera Schatz*; la señora *Nolasco Santiago*; los señores *Arango Vinent*, *Seilhamer Rodríguez*, *Ríos Santiago*; las señoras *Padilla Alvelo*, *Arce Ferrer*; el señor *Berdíel Rivera*; la señora *Burgos Andújar*; los señores *Díaz Hernández*, *González Velázquez*, *Martínez Maldonado*, *Martínez Santiago*, *Muñiz Cortés*; las señoras *Peña Ramírez*, *Raschke Martínez*, *Romero Donnelly*, *Santiago González*; el señor *Soto Díaz*; la señora *Soto Villanueva*; el señor *Torres Torres*; y la señora *Vázquez Nieves*

Referido a las Comisiones de Salud; de Banca, Asuntos del Consumidor y Corporaciones Públicas; y de lo Jurídico Civil

LEY

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

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

A pesar de las innumerables enmiendas que ha experimentado el Código de Seguros de Puerto Rico desde su aprobación en 1957, el área de los planes médicos ha quedado rezagada en

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

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

Esta iniciativa regulatoria atiende, además, un sinnúmero de áreas de necesidad identificadas a través de los años y tras la experiencia obtenida en el manejo de diversos modelos de financiación y prestación de los servicios médicos en Puerto Rico y en Estados Unidos. Ejemplos de esas áreas de necesidad la constituyen actividades de vital importancia para una efectiva regulación de esta industria tales como lo son los beneficios y restricciones en el manejo de los medicamentos de receta; los procesos de examen o auditoría de reclamaciones; la

disponibilidad de planes médicos para pequeñas y medianas empresas y para asegurados individuales en Puerto Rico; la prohibición de prácticas injustas por parte de las organizaciones de seguros de salud; la protección de la integridad y confidencialidad de la información médica; la protección y fiscalización de la solvencia de los aseguradores; y garantías de protección a los asegurados bajo sistemas de prestación de servicios de cuidado coordinado.

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

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

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

8 **“Capítulo 2. Disposiciones Generales**

9 **Artículo 2.010. Título**

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

1 **Artículo 2.020. Declaración de Política Pública**

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

11 La Política Pública aquí adoptada tiene como fin primordial el lograr que todos los
12 puertorriqueños tengan acceso a más y mejores servicios de salud y promover un mayor
13 crecimiento y desarrollo de esta industria.

14 **Artículo 2.030 Definiciones**

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

18 A. “Beneficios cubiertos” o “beneficios” significa los servicios de cuidado de la
19 salud a los que una persona cubierta tiene derecho conforme a un plan
20 médico.

21 B. “Código de Seguros de Puerto Rico” se refiere a la Ley Núm. 77 de 19 de
22 junio de 1957, según enmendada, conocida como Código de Seguros de
23 Puerto Rico.

- 1 C. “Comisionado” significa el Comisionado de Seguros de Puerto Rico.
- 2 D. “Condición médica de emergencia” significa una condición médica que se
3 manifiesta por síntomas agudos de suficiente severidad, incluyendo dolor
4 severo, ante la cual una persona lea, razonablemente prudente y con un
5 conocimiento promedio de salud y medicina, puede esperar que, en ausencia
6 de atención médica inmediata, la salud de la persona se colocaría en serio
7 peligro, o resultaría en una seria disfunción de cualquier miembro u órgano
8 del cuerpo o, con respecto a una mujer embarazada, que esté sufriendo
9 contracciones, que no haya suficiente tiempo para trasladarla a otras
10 instalaciones antes del parto, o que trasladarla representaría una amenaza a su
11 salud o a la de la criatura por nacer.
- 12 E. “Criterios de revisión clínica” significa los procedimientos escritos para el
13 cernimiento, los resúmenes de las decisiones, los protocolos clínicos y las
14 guías de práctica que usa la organización de seguros de salud para determinar
15 la necesidad e idoneidad del servicio de cuidado de la salud.
- 16 F. “Cuidado médico” significa:
- 17 (1) El diagnóstico, cuidado, alivio, tratamiento o prevención de enfermedades;
18 (2) Transporte esencial para recibir el cuidado médico indicado en el inciso (1) y
19 principalmente para dicho propósito.
- 20 G. “Dependientes” significa cualquier individuo que es o pudiese ser elegible al
21 plan médico por motivo de la relación que tiene con el empleado y a tenor
22 con las condiciones dispuestas en el plan. Podrán considerarse dependientes
23 del empleado los siguientes:

- 1 (1) El cónyuge;
- 2 (2) Un hijo, hijo adoptivo o colocado para adopción menor de veintiséis (26)
- 3 años, o cualquiera de éstos que, independientemente de la edad, no pueda
- 4 sostenerse a sí mismo por razón de incapacidad mental o física existente
- 5 antes de cumplir los veintiséis (26) años, a tenor con lo dispuesto en la
- 6 Ley Pública 111-148, conocida como “Patient Protection and Affordable
- 7 Care Act”, la Ley Pública 111-152, conocida como “Health Care and
- 8 Education Reconciliation Act” y los reglamentos promulgados al amparo
- 9 de éstas;
- 10 (3) Hijastros;
- 11 (4) Hijos de crianza que han vivido desde su infancia bajo el mismo techo
- 12 con el empleado, en una relación normal de padre/madre e hijo/hija, y que
- 13 es y continuará siendo totalmente dependiente de la familia del empleado
- 14 para recibir alimento, según se establece en el Artículo 16.330 del Código
- 15 de Seguros de Puerto Rico;
- 16 (5) Menor no emancipado cuya custodia le ha sido adjudicada al empleado;
- 17 (6) Individuo de cualquier edad que haya sido judicialmente declarado como
- 18 incapacitado y cuya tutela haya sido adjudicada al empleado;
- 19 (7) Familiar del empleado o su cónyuge que viva permanentemente bajo el
- 20 mismo techo del empleado y que dependa sustancialmente de éste para su
- 21 sustento, quienes podrán ser clasificados en la categoría de dependientes
- 22 opcionales o colaterales, según este término es comúnmente aceptado y
- 23 definido en el mercado de los seguros de salud;

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

5 H. “Instalación de cuidado de salud” o “instalación” significa una institución
6 con licencia para proveer servicios de cuidado de la salud o un lugar donde se
7 provee cuidado médico, incluyendo los hospitales y otros centros con
8 pacientes reclusos, centros de cirugía o tratamiento ambulatorios, centros de
9 enfermería especializada, centros residenciales de tratamiento, centros de
10 laboratorios, radiología e imágenes y los lugares de rehabilitación y otros
11 tipos de terapia.

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

14 J. “Organización de servicios de salud” significa toda persona que se
15 compromete mediante contrato a proveer o tramitar servicios de cuidado de la
16 salud a personas cubiertas a base del prepago de los mismos, salvo la
17 cantidad que debe pagar la persona cubierta por concepto de copago,
18 coaseguro o deducible, según se establece en el Capítulo sobre
19 Organizaciones de Servicios de Salud de este Código.

20 K. “Organización de seguros de salud” o “asegurador” significa una entidad
21 sujeta a las leyes y reglamentos de seguros de Puerto Rico o sujeta a la
22 jurisdicción del Comisionado, que contrata o se ofrece a contratar para
23 proveer, suministrar, tramitar o pagar los costos de servicios de cuidado de

1 salud o reembolsar los mismos, incluyendo cualquier corporación sin fines de
2 lucro de servicios hospitalarios y de salud, las organizaciones de servicios de
3 salud u otra entidad que provea planes de beneficios, servicios o cuidado de
4 la salud.

5 L. “Persona cubierta” o “asegurado” significa el tenedor de una póliza o
6 certificado, suscriptor, persona suscrita u otra persona que participe de los
7 beneficios de un plan médico.

8 M. “Persona” significa persona natural o jurídica, incluyendo corporación,
9 sociedad, asociación, sociedad conjunta, sociedad comanditaria, fideicomiso,
10 organización no incorporada y entidades similares o alguna combinación de
11 las anteriores.

12 N. “Plan abierto” significa un plan de cuidado coordinado que provee
13 incentivos, incluidos los incentivos económicos, para que la persona cubierta
14 use los proveedores participantes conforme a los términos del plan.

15 O. “Plan cerrado” significa un plan de cuidado coordinado que requiere que la
16 persona cubierta use sólo proveedores participantes conforme a los términos
17 del plan.

18 P. “Plan de cuidado coordinado” significa un plan médico que provee incentivos
19 económicos o de otro tipo para que la persona cubierta use los proveedores
20 participantes de la organización de seguros de salud, o que son administrados,
21 contratados o empleados por ésta.

22 Q. “Plan de indemnización médica” significa plan médico que no es un plan de
23 cuidado coordinado.

- 1 R. “Plan médico” significa un contrato de seguro, póliza, certificado, o contrato
2 de suscripción con una organización de seguros de salud, organización de
3 servicios de salud o cualquier otro asegurador, provisto en consideración o a
4 cambio del pago de una prima, o sobre una base prepagada, mediante el cual
5 el asegurador se obliga a proveer, o pagar por la prestación de determinados
6 servicios médicos, de hospital, gastos médicos mayores, servicios dentales,
7 servicios de salud mental, o servicios incidentales a la prestación de éstos.
- 8 S. “Profesional de la salud” significa un médico u otro profesional del campo de
9 la salud con licencia, acreditado o certificado por las entidades
10 correspondientes para proveer determinados servicios de cuidado de la salud
11 a tenor con las leyes estatales y reglamentos correspondientes.
- 12 T. “Proveedor de cuidado de salud” o “proveedor” significa un profesional de la
13 salud o una instalación de cuidado de la salud debidamente autorizado a
14 prestar o proveer servicios de cuidado de la salud.
- 15 U. “Proveedor participante” significa el proveedor que, conforme a un contrato
16 con una organización de seguros de salud o con su contratista o
17 subcontratista, haya acordado proveer servicios de cuidado de la salud a las
18 personas cubiertas con la expectativa de recibir algún pago, aparte del
19 porcentaje de coaseguro, el copago o el deducible, directa o indirectamente
20 de parte de la organización de seguros de salud.
- 21 V. “Representante autorizado” significa:
- 22 (1) Una persona a quien la persona cubierta ha dado consentimiento expreso por
23 escrito para que le represente para los propósitos de este Código;

1 de emergencia, pero la cual, de no ser tratada en el momento adecuado y de la
2 manera correcta, se podría convertir en una emergencia.

3 **Artículo 2.040. Código de Seguros de Puerto Rico**

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

7 **Artículo 2.050. Conformidad con Leyes Federales**

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

11 A. Ningún asegurador que provea planes médicos grupales o individuales
12 establecerá lo siguiente:

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

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

22 B. El apartado A no prohíbe que un asegurador que provea planes médicos
23 grupales o individuales para los cuales no se requiera proveer beneficios esenciales

1 de salud, según este término es definido en la legislación y reglamentación federal y
2 local, establezca límites anuales o de por vida en beneficios específicos cubiertos,
3 todo ello en la medida que tales límites estén de otro modo permitidos bajo leyes
4 federales o estatales.

5 C. Todo asegurador que provea planes médicos individuales o grupales deberá
6 por lo menos proveer cubierta y no impondrá requisitos de compartir costos (“cost-
7 sharing”) con respecto a los siguientes servicios de cuidado preventivo:

8 (1) Servicios incluidos en las recomendaciones más recientes del “United States
9 Preventive Services Task Force”.

10 (2) Inmunizaciones para las cuales hay en efecto una recomendación del
11 “Advisory Committee on Immunization Practices of the Centers for Disease
12 Control and Prevention”.

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

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

19 D. Nada de lo provisto en este Artículo se entenderá como que prohíbe a un
20 asegurador proveer servicios más amplios que los aquí descritos.

21 E. Ningún plan médico individual o grupal que provea servicios de emergencia
22 requerirá aprobación previa para tales servicios, independientemente de que el
23 proveedor sea un proveedor participante o no.

1 F. Todo plan médico que requiera la designación para un niño de un proveedor
2 de cuidado primario deberá permitir que se designe un médico especializado en
3 pediatría en calidad de proveedor de cuidado primario del niño, siempre que ese
4 médico pediatra sea parte de la red de proveedores del plan médico. “Proveedor de
5 cuidado primario” significa el proveedor participante que tenga a su cargo, por
6 designación de una organización de seguros de salud, la supervisión, coordinación y
7 suministro de cuidado inicial o de seguimiento de las personas cubiertas. Además, la
8 organización de seguros de salud puede requerir que el proveedor de cuidado
9 primario inicie los trámites de referido para cuidado especializado y continúe
10 supervisando los servicios de cuidado de la salud ofrecidos a la persona cubierta.

11 G. Ningún plan médico establecerá requisitos de referido o de autorización
12 previa para obtener servicios de obstetricia y ginecología provistos por proveedores
13 participantes.

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

18 I. Los derechos establecidos en este Artículo tendrán el alcance y se regirán de
19 conformidad con los requisitos y procedimientos dispuestos por la Ley Pública 111-
20 148, conocida como “Patient Protection and Affordable Care Act”, la Ley Pública
21 111-152, conocida como “Health Care and Education Reconciliation Act” y la
22 reglamentación federal y local adoptada al amparo de ésta.

1 **Artículo 2.060. Poderes y Deberes del Comisionado**

2 Con respecto a este Código, y además de los poderes y deberes que se le confieren en
3 el mismo, el Comisionado tendrá los mismos poderes, facultades y deberes que se establecen
4 en el Código de Seguros de Puerto Rico.

5 **Artículo 2.070. Separabilidad**

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

11 **Artículo 2.080. Penalidades**

12 Además de cualquier penalidad expresamente establecida en este Código por
13 violación a alguna de sus disposiciones, cualquiera de tales violaciones que a su vez
14 constituya una violación al Código de Seguros de Puerto Rico estará sujeta a las penalidades
15 establecidas en el mismo.

16 **Capítulo 4 Manejo de Medicamentos de Receta**

17 **Artículo 4.010. Título**

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

20 **Artículo 4.020. Propósito**

21 El propósito de este Capítulo es proveer normas para desarrollar, mantener y manejar los
22 formularios de medicamentos de receta y otros procedimientos para el manejo de los

1 beneficios de medicamentos de receta que establecen las organizaciones de seguros de salud
2 que proveen dichos beneficios.

3 **Artículo 4.030. Definiciones**

4 Para los fines de este Capítulo:

5 A. “Autorización previa o pre-autorización” significa el proceso de obtener aprobación
6 previa de la organización de seguros de salud para el despacho de un medicamento
7 de receta que así lo requiera.

8 B. “Comité de farmacia y terapéutica” significa un comité o cuerpo equivalente
9 compuesto por empleados o consultores externos contratados por una organización
10 de seguros de salud, o por una persona designada por ésta, la cual es profesional de
11 la salud, tal como médicos y farmacéuticos, y quien en conjunto tiene conocimiento
12 y pericia con respecto a:

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

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

17 C. “Criterios de revisión clínica” son los procedimientos escritos para el cernimiento,
18 los resúmenes de las decisiones, los protocolos clínicos y las guías de práctica que
19 usa la organización de seguros de salud para determinar la necesidad médica e
20 idoneidad de los servicios de cuidado de la salud.

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

- 1 (1) Estudios revisados por homólogos expertos, publicados o aceptados para
2 publicación en las revistas médicas especializadas que cumplen con los
3 requisitos reconocidos a nivel nacional para los textos científicos;
- 4 (2) Publicaciones médicas revisadas por homólogos expertos, las cuales incluyen
5 publicaciones relacionadas con terapias que han sido evaluadas y aprobadas
6 por juntas de revisión institucional, los compendios biomédicos y otras
7 publicaciones médicas que cumplen con los criterios de indización de la
8 Biblioteca Médica de los Institutos Nacionales de Salud en el Index Medicus
9 (Medline) y los de Elsevier Science Ltd. en Excerpta Medicus (EMBASE);
- 10 (3) Las revistas médicas reconocidas por el Secretario de Salud y Servicios
11 Humanos del Gobierno de Estados Unidos, conforme a la Ley Federal de
12 Seguro Social;
- 13 (4) Los siguientes compendios normativos en inglés:
 - 14 (a) "The American Hospital Formulary Service–Drug Information";
 - 15 (b) "Drug Facts and Comparisons®";
 - 16 (c) "The American Dental Association Accepted Dental Therapeutics" y
 - 17 (d) "The United States Pharmacopoeia–Drug Information";
- 18 (5) Los hallazgos, estudios o investigaciones realizados por las agencias del
19 gobierno federal, o con el auspicio de éstas, y por los institutos federales de
20 investigación, reconocidos en la Nación, los cuales incluyen:
 - 21 (a) La agencia federal "Agency for Health Care Research and Quality";
 - 22 (b) Los Institutos Nacionales de la Salud;
 - 23 (c) El Instituto Nacional del Cáncer;

- 1 (d) La “National Academy of Sciences”;
- 2 (e) Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS);
- 3 (f) La Administración de Drogas y Alimentos (FDA) y
- 4 (g) Toda junta nacional reconocida por los Institutos Nacionales de la
- 5 Salud cuyo propósito es evaluar la eficacia de los servicios de cuidado
- 6 de salud.

7 (6) Toda evidencia médica o científica adicional que sea comparable con lo

8 detallado en los incisos (1) al (5).

9 E. “Formulario” significa una lista de medicamentos de receta desarrollada y aprobada

10 por la organización de seguros de salud o su designado, y la cual regularmente se

11 evalúa para añadir o excluir medicamentos de receta, a la cual se refieren para

12 determinar los beneficios en la cubierta de farmacia.

13 F. “Medicamento de receta” o “medicina de receta” significa un medicamento aprobado

14 o regulado; que la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en

15 inglés) permite que se mercadee; y que las leyes de Puerto Rico o de Estados Unidos

16 exigen que sea suministrado mediante receta.

17 G. “Orden de medicamento de receta”, “receta” o “prescripción” significa una orden

18 expedida por una persona licenciada, certificada o legalmente autorizada a expedir

19 recetas de medicamentos, dirigida a un farmacéutico para el despacho de un

20 medicamento de receta.

21 H. “Persona que expide una receta de medicamentos” significa todo profesional de la

22 salud autorizado por ley a expedir órdenes de medicamentos de receta.

1 I. “Procedimiento de manejo de medicamentos de receta” o “PBMP”, por sus siglas en
2 inglés, incluye los siguientes elementos:

- 3 (1) Formularios (listas de medicamentos de receta);
- 4 (2) Restricciones de dosificación y límites de cantidad;
- 5 (3) Requisitos de autorización previa; o
- 6 (4) Requisitos de terapia escalonada.

7 J. “Querella” significa el documento escrito solicitando algún remedio por parte o en
8 representación de una persona cubierta, por acciones o determinaciones de una
9 organización de seguros de la salud en asuntos como los siguientes:

- 10 (1) La disponibilidad, prestación o calidad de los servicios de cuidado de salud,
11 incluidas las querellas relacionadas con una determinación adversa que
12 resulte de una revisión de utilización;
- 13 (2) El pago o manejo de reclamaciones o el reembolso por servicios de cuidado
14 de salud; o
- 15 (3) Asuntos relacionados con la relación contractual entre la persona cubierta y la
16 organización de seguros de la salud.

17 K. “Representante autorizado” significa:

- 18 (1) Una persona a quien la persona cubierta ha dado consentimiento expreso por
19 escrito para que le represente al solicitar una excepción médica según se
20 establece en este Capítulo;
- 21 (2) Una persona autorizada por ley a dar el consentimiento en sustitución de la
22 persona cubierta;

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

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

7 L. “Restricción de dosis” significa imponer una limitación en la dosis de un
8 medicamento de receta que estará cubierta durante determinado tiempo.

9 (2) “Restricción de dosis” no incluye:

10 (a) Una disposición incluida en una cubierta de un plan médico con
11 respecto a los beneficios de medicamentos de receta en la que se
12 limita la dosis de un medicamento de receta que se cubrirá durante
13 determinado periodo; o

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

16 M. “Sustitución con bioequivalentes” significa la sustitución de un medicamento de
17 receta de marca por una versión bioequivalente (“AB-rated”) que tenga los mismos
18 ingredientes activos, potencia y uso que el medicamento de receta de marca.

19 N. “Terapia escalonada” significa el protocolo que especifica la secuencia en que se
20 deben suministrar los medicamentos de receta para determinada condición médica.

21 **Artículo 4.040. Aplicabilidad y Alcance**

22 Este Capítulo será aplicable a todas las organizaciones de seguros de salud, o su
23 designado, que proveen o administren beneficios de medicamentos de receta para pacientes

1 ambulatorios conforme las disposiciones del plan médico emitido, mediante el uso de un
2 formulario o la aplicación de otro procedimiento de manejo de los beneficios de
3 medicamentos de receta.

4 No se interpretará que ninguna disposición de este Capítulo será aplicable a los
5 medicamentos de receta que se excluyen categóricamente o por disposición contractual del
6 plan médico de la persona cubierta. Las disposiciones del plan médico que pretenden excluir
7 todos los medicamentos de receta que no estén en el formulario no se considerarán una
8 exclusión categórica para los fines de este Capítulo.

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

12 A. Toda organización de seguros de salud que provea beneficios de medicamentos de
13 receta y maneje dichos beneficios mediante el uso de un formulario u otro
14 procedimiento, establecerá o deberá tener establecido uno o más comités de farmacia
15 y terapéutica, según entienda apropiado, para desarrollar, mantener y manejar dicho
16 formulario y los procedimientos relacionados conforme a los requisitos de este
17 Artículo.

18 La organización de seguros de salud se asegurará de que todo comité de farmacia y
19 terapéutica establecido tenga políticas y requisitos de divulgación en los que se
20 contemple la identificación de posibles conflictos de interés entre los miembros de
21 los comités y los desarrolladores o fabricantes de los medicamentos de receta.

22 B. La organización de seguros de salud se asegurará de que todo comité de farmacia y
23 terapéutica establecido tenga y siga un procedimiento para evaluar la evidencia

1 médica y científica relacionada con la seguridad y eficacia de los medicamentos de
2 receta, incluyendo la información comparativa sobre medicamentos de receta
3 similares, al decidir cuáles de los medicamentos de receta se incluirán en el
4 formulario y al desarrollar otros procedimientos de manejo.

5 La organización de seguros de salud requerirá que el comité de farmacia y
6 terapéutica mantenga la documentación del proceso según se requiere en este inciso
7 y que suministre todos los registros y documentos a solicitud de la organización de
8 seguros de salud, a fines de mantener los registros que se requieren en este Capítulo.

9 C. La organización de seguros de salud requerirá que todo comité de farmacia y
10 terapéutica establecido adopte y observe un procedimiento para considerar e
11 implantar actualizaciones y cambios en el formulario u otro procedimiento de
12 manejo, de manera oportuna, a base de:

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

20 (2) Si fuera aplicable, información que reciba la organización de seguros de
21 salud con respecto a solicitudes de excepción médica para permitir que el
22 Comité de farmacia y terapéutica evalúe si los medicamentos que

1 actualmente figuran en el formulario o están sujetos a otro procedimiento de
2 manejo, cumplen con las necesidades de las personas cubiertas e

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

11 D. Sujeto a lo dispuesto por este Capítulo, la organización de seguros de salud podrá
12 contratar a otras personas para que realicen las funciones del comité de farmacia y
13 terapéutica según se describe en este Artículo.

14 **Artículo 4.060. Información para las Personas que Expiden Recetas de**
15 **Medicamentos, Farmacias, Personas Cubiertas y Posibles Personas Cubiertas**

16 A. Las organizaciones de seguros de salud deberán cumplir con los siguientes
17 requisitos:

18 (1) Toda organización de seguros de salud o su designado mantendrá y facilitará a
19 las personas que expiden recetas y a las farmacias que participan en su red
20 preferida, o que proveen servicios de cuidado de salud a las personas
21 cubiertas, por medios electrónicos o, a solicitud de la persona cubierta o de la
22 farmacia, por escrito, lo siguiente:

- 1 (a) Su formulario (lista de medicamentos de receta) organizado por
2 categorías terapéuticas;
- 3 (b) Información sobre los medicamentos de receta, si alguno, que estén
4 sujetos a un procedimiento de manejo desarrollado y mantenido según
5 las disposiciones de este Capítulo y
- 6 (c) Información sobre la documentación que debe presentar la persona
7 cubierta o su representante autorizado para solicitar una excepción
8 médica, según el proceso establecido por la organización a tenor con
9 el Artículo 4.070 y la manera en que se debe presentar dicha
10 documentación.
- 11 (2) La organización de seguros de salud sólo podrá hacer, durante la vigencia de
12 la póliza, certificado o contrato, cambios en el formulario o en otros
13 procedimientos de manejo de medicamentos de receta si el cambio obedece a
14 motivos de seguridad o a que el fabricante del medicamento de receta no lo
15 puede suplir o lo ha retirado del mercado. A estos efectos notificará dicho
16 cambio a:
- 17 (a) Las personas cubiertas y las personas que expiden las recetas con por
18 lo menos sesenta (60) días de antelación a la fecha de vigencia del
19 cambio, a menos que la organización de seguros de salud provea un
20 suministro de hasta sesenta (60) días del medicamento en las
21 condiciones existentes y que se siga recetando dicho medicamento a
22 la persona cubierta y

- 1 (b) Las farmacias participantes de la red preferida de la organización de
2 seguros de salud a la fecha efectiva del cambio.

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

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

- 13 (1) Un medicamento de receta que no está cubierto según el formulario;
14 (2) Cubierta continuada de determinado medicamento de receta que la
15 organización de seguros de salud habrá de discontinuar del formulario por
16 motivos que no sean de salud o porque el fabricante no puede suplir el
17 medicamento o lo haya retirado del mercado; o
18 (3) Una excepción a un procedimiento de manejo que implica que el
19 medicamento de receta no estará cubierto hasta que se cumpla con el
20 requisito de terapia escalonada o que no estará cubierto por la cantidad de
21 dosis recetada.

22 B. (1) La persona cubierta o su representante autorizado solamente podrá hacer una
23 solicitud conforme a este Artículo si la persona que expidió la receta ha

1 determinado que el medicamento de receta solicitado es médicamente
2 necesario para el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la
3 persona cubierta porque:

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

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

9 (i) Ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o
10 condición médica de la persona cubierta o, a base de la
11 evidencia clínica, médica y científica y las características
12 físicas y mentales pertinentes que se conocen de la persona
13 cubierta y las características conocidas del régimen del
14 medicamento de receta, es muy probable que sea ineficaz, o se
15 afectará la eficacia del medicamento de receta o el
16 cumplimiento por parte del paciente; o

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

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

- 1 (c) La dosis disponible según la limitación de dosis del medicamento de
2 receta ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición
3 médica de la persona cubierta o, a base de la evidencia clínica, médica
4 y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se
5 conocen de la persona cubierta y las características conocidas del
6 régimen del medicamento de receta, es muy probable que sea
7 ineficaz, o se afectará la eficacia del medicamento de receta o el
8 cumplimiento por parte del paciente.
- 9 (2) (a) La organización de seguros de salud podrá requerir que la persona
10 cubierta o su representante autorizado provea una certificación de la
11 persona que expide la receta sobre la determinación que se hizo
12 conforme al inciso (1).
- 13 (b) La organización de seguros de salud sólo podrá requerir que dicha
14 certificación incluya la siguiente información:
- 15 (i) Nombre, número de grupo o contrato, número de suscriptor;
16 (ii) Historial del paciente;
17 (iii) Diagnóstico primario relacionado con el medicamento de
18 receta objeto de la solicitud de excepción médica;
19 (iv) Razón por la cual:
- 20 (I) El medicamento de receta que figura en el formulario
21 no es aceptable para ese paciente en particular;
22 (II) El medicamento de receta que se requiere que se use
23 ya no es aceptable para ese paciente en particular, si la

1 solicitud de excepción médica se relaciona con terapia
2 escalonada; o

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

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

12 C. (1) Al recibo de una solicitud de excepción médica hecha conforme a este
13 Artículo, la organización de seguros de salud se asegurará de que la solicitud
14 sea revisada por profesionales de la salud adecuados, quienes, al tomar una
15 decisión sobre la solicitud, tomarán en cuenta los hechos y las circunstancias
16 específicas aplicables a la persona cubierta para la cual se hace la solicitud,
17 usando criterios documentados de revisión clínica que:

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

19 (b) Si las hubiera, guías de práctica pertinentes, las cuales pueden incluir
20 guías de práctica aceptadas, guías de práctica basadas en evidencia,
21 guías de práctica desarrolladas por el comité de farmacia y terapéutica
22 de la organización de seguros de salud u otras guías de práctica
23 desarrolladas por el gobierno federal, o sociedades, juntas o

1 asociaciones nacionales o profesionales en el campo de la medicina o
2 de farmacia.

3 (2) Los profesionales de la salud designados por la organización de seguros de
4 salud para revisar la solicitud de excepción médica, se asegurarán que la
5 decisión tomada con respecto a la solicitud corresponda a los beneficios y
6 exclusiones que se disponen en el plan médico de la persona cubierta.

7 D. (1) El procedimiento de solicitud de excepciones médicas que se dispone en este
8 Artículo requerirá que la organización de seguros de salud tome la decisión
9 con respecto a una solicitud hecha y notifique dicha decisión a la persona
10 cubierta o a su representante autorizado con la premura que requiera la
11 condición médica de la persona cubierta, pero en ningún caso a más de
12 setenta y dos (72) horas desde la fecha del recibo de la solicitud, o de la fecha
13 del recibo de la certificación, en el caso que la organización de seguros de
14 salud solicite la misma conforme al apartado B(2), cual fuere posterior de las
15 fechas.

16 (2) (a) Si la organización de seguros de salud no toma una decisión con
17 respecto a la solicitud de excepción médica, ni notifica la decisión
18 dentro del periodo antes mencionado:

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

22 (ii) la organización de seguros de salud tomará una decisión con
23 respecto a la solicitud de excepción médica antes de que la

- 1 (b) Se siga considerando que el medicamento de receta sea seguro para el
2 tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona
3 cubierta.
- 4 (2) La organización de seguros de salud no establecerá un nivel de formulario
5 especial, copago u otro requisito de costo compartido que sea aplicable
6 únicamente a los medicamentos de receta aprobados mediante solicitudes de
7 excepción médica.
- 8 F. (1) Toda denegación de una solicitud de excepción médica hecha por una
9 organización de seguros de salud:
- 10 (a) Se notificará a la persona cubierta o, si fuera aplicable, a su
11 representante autorizado, por escrito, o por medios electrónicos, si la
12 persona cubierta ha acordado recibir la información por esa vía;
- 13 (b) Se notificará, por medios electrónicos, a la persona que expide la
14 receta o, a su solicitud, por escrito y
- 15 (c) Se podrá apelar mediante la presentación de una querrela a tenor con
16 el Capítulo sobre Procedimientos de Querellas de las Organizaciones
17 de Seguros de Salud de este Código.
- 18 (2) La denegación expresará de una manera comprensible a la persona cubierta o,
19 si fuera aplicable, a su representante autorizado:
- 20 (a) Las razones específicas de la denegación;
- 21 (b) Referencias a la evidencia o documentación, las cuales incluyen los
22 criterios de revisión clínica y las guías de práctica, así como evidencia

- 1 clínica, médica y científica considerada al tomar la decisión de
2 denegar la solicitud;
- 3 (c) Instrucciones sobre cómo solicitar una declaración escrita de la
4 justificación clínica, médica o científica de la denegación y
- 5 (d) Una descripción del proceso y los procedimientos para presentar una
6 querrela para apelar la denegación conforme al Capítulo sobre
7 Procedimientos de Querellas de las Organizaciones de Seguros de
8 Salud de este Código, incluidos los plazos para dichos
9 procedimientos.
- 10 G. No se requerirá que la organización de seguros de salud establezca un procedimiento
11 para solicitar excepciones médicas, ni que cumpla con las disposiciones de los
12 apartados B, C, D, E (1), y F, si la organización de seguros de cuidado de salud:
- 13 (1) Tiene un procedimiento de revisión acelerada de utilización como se dispone
14 en el Capítulo sobre Revisión de Utilización y Determinación de Beneficios
15 de este Código; y
- 16 (2) Permite que la persona cubierta o su representante autorizado use dicho
17 proceso para solicitar la aprobación de cubierta de un medicamento de receta
18 que no tiene cubierta debido al formulario u otro procedimiento de manejo.
- 19 I. No se interpretará que este Artículo permite que la persona cubierta pueda usar el
20 procedimiento de solicitud de excepción médica aquí dispuesto para solicitar la
21 cubierta de un medicamento de receta que esté excluido contractualmente de manera
22 categórica de la cubierta de su plan médico.

1 **Artículo 4.080. Requisitos de Registros e Informes**

- 2 A. Toda organización de seguros de salud mantendrá registros escritos o electrónicos
3 suficientes para demostrar el cumplimiento con este Capítulo, los cuales incluirán
4 registros que documenten el proceso de toma de decisiones con respecto a los
5 formularios u otros procedimientos de manejo de medicamentos de receta y registros
6 que documenten la implantación del proceso de solicitud de excepción médica. Los
7 registros se conservarán por un periodo no menor de tres (3) años o hasta que se
8 complete el próximo examen de la organización de seguros de salud, cuál de las
9 fechas sea posterior, y estarán disponibles a solicitud del Comisionado.
- 10 B. Toda organización de seguros de salud mantendrá registros con respecto a los
11 asuntos que se indican a continuación, y a solicitud del Comisionado, proveerá la
12 siguiente información relacionada con las solicitudes de excepción médica:
- 13 (1) La cantidad total de solicitudes de excepción médica;
- 14 (2) De la cantidad total de solicitudes de excepción médica provista a tenor con
15 el inciso (1):
- 16 (a) La cantidad de solicitudes hechas para cubierta de un medicamento de
17 receta que no figura en el formulario;
- 18 (b) La cantidad de solicitudes hechas para cubierta continuada de un
19 medicamento de receta que la organización de seguros de cuidado de
20 salud habría de discontinuar de la cubierta del formulario por motivos
21 que no fueran de seguridad o porque el fabricante no puede suplir el
22 medicamento o lo haya retirado del mercado y

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

4 (3) La cantidad de solicitudes aceptadas y denegadas; y

5 (4) Toda otra información que el Comisionado pudiera solicitar.

6 **Artículo 4.090. Responsabilidades de Fiscalización y Contratación**

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

10 B. Si la organización de seguros de salud contrata a otra persona para realizar las
11 actividades que se requieren en este Capítulo o en los reglamentos aplicables, el
12 Comisionado responsabilizará a la organización de seguros de salud por la
13 fiscalización de las actividades de la persona contratada y de asegurar que se
14 cumplan los requisitos de este Capítulo y los reglamentos aplicables.

15 **Artículo 4.100. Requisitos de Divulgación**

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

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

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

5 (3) Describirán el proceso para presentar una querrela, tal como se dispone en el
6 Capítulo sobre Procedimientos de Querellas de las Organizaciones de
7 Seguros de Salud de este Código, para apelar la denegación de una solicitud
8 de excepción médica.

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

17 **Capítulo 6 Examen de Reclamaciones Presentadas a las Organizaciones de Seguros**

18 **de Salud**

19 **Artículo 6.010. Título**

20 Este Capítulo se conocerá y se podrá citar como el Capítulo sobre Examen de
21 Reclamaciones Presentadas a las Organizaciones de Seguros de Salud.

1 **Artículo 6.020. Propósito**

2 El propósito de este Capítulo es estandarizar en Puerto Rico las pautas para los
3 exámenes de reclamaciones por servicios de cuidado de salud presentadas a las
4 organizaciones de seguros de salud, terceros administradores y otros planes médicos. Dichos
5 exámenes se realizan para determinar si la información en los expedientes médicos del
6 proveedor institucional concuerda con los servicios que figuran en la reclamación de pago
7 presentada por un asegurado o proveedor institucional. Se pretende además mitigar los
8 posibles conflictos del examen con los usos médicos de los expedientes médicos y reducir
9 los costos adicionales que representan los exámenes innecesarios.

10 **Artículo 6.030. Definiciones**

11 Para los fines de este Capítulo:

12 A. “Examinador de reclamaciones cualificado” significa una persona empleada o
13 contratada por una organización de seguros de salud, que es reconocida como
14 capacitada para realizar o coordinar exámenes de reclamaciones y que se rige por
15 políticas y procedimientos explícitos dirigidos a proteger la confidencialidad y para
16 desechar adecuadamente la información del paciente que tuviera bajo su control.

17 B. “Examen de reclamaciones” significa el proceso para determinar si la información en
18 el expediente médico del reclamante corresponde a los servicios de cuidado de la
19 salud que figuran en la reclamación presentada a la organización de seguros de salud.

20 El examen de reclamaciones no comprende la revisión de la necesidad médica, ni de
21 la razonabilidad de los cargos cobrados por los servicios.

- 1 C. “Cargos no corroborados” o “cargos no documentados” significa que el volumen de
2 servicios indicado en la reclamación supera el volumen identificado en la
3 documentación del proveedor institucional; también denominado sobrefacturación.
- 4 D. “Cargos no facturados” significa cargos o servicios prestados que no se han
5 facturado.
- 6 E. “Cargos subfacturados” significa que el volumen de servicios indicado en la
7 reclamación es menor que el volumen identificado en la documentación del
8 proveedor institucional.
- 9 F. “Centro de cirugía ambulatoria” significa un establecimiento con una facultad
10 médica organizada, con instalaciones permanentes equipadas y operadas
11 principalmente con el propósito de realizar procedimientos quirúrgicos. En tales
12 establecimientos se proveen servicios médicos y de enfermería graduada
13 constantemente mientras el paciente se encuentra en el establecimiento. Un centro de
14 cirugía ambulatoria no provee servicios ni alojamiento para que los pacientes
15 pernocten y presta los siguientes servicios mientras el paciente esté en el centro:
- 16 (1) medicamentos según requieran los procedimientos quirúrgicos,
17 (2) atención al bienestar físico y mental de los pacientes,
18 (3) servicios de emergencia,
19 (4) administración estructurada y
20 (5) expedientes administrativos, estadísticos y médicos.
- 21 G. “Expediente médico” significa una recopilación de gráficas, registros, informes,
22 documentos y otros memorandos que mantiene el proveedor institucional en
23 determinado lugar, para registrar o indicar la condición, dolencia o enfermedad física

1 o mental y el tratamiento correspondiente del paciente, en la actualidad o en el
2 pasado.

3 H. “Proveedor institucional” significa una institución que provee servicios de cuidado
4 de la salud en lugares habilitados para dichos servicios, que incluyen, entre otros,
5 hospitales, centros para pacientes ingresados, centros de cirugía ambulatoria, centros
6 de enfermería especializada y centros de tratamiento residencial.

7 I. “Reclamación final” significa la factura final de un proveedor institucional en la que
8 se detallan todos los cargos que el proveedor institucional está cobrando.

9 J. “Reclamante” significa un asegurado de un plan médico que haya recibido servicios
10 quirúrgicos o de hospitalización y cuyos costos éste, u otra persona a nombre de éste,
11 solicita que pague la organización de seguros de salud.

12 **Artículo 6.040. Aplicabilidad y Alcance**

13 Este Capítulo será aplicable a todas las organizaciones de seguros de salud. Todo
14 proveedor institucional que acepte el pago de beneficios que corresponden a una persona
15 cubierta será responsable del trámite y los resultados de los exámenes de las reclamaciones,
16 independientemente de si el examen lo lleva a cabo un empleado o se realiza por contrato
17 con otra firma. El proveedor institucional y la organización de seguros de salud:

18 A. Fiscalizarán el proceso para asegurar que el examen se lleve a cabo de conformidad
19 con este Capítulo;

20 B. Se mantendrán al tanto de las actividades del examinador con relación al examen de
21 reclamaciones y

22 C. Tomarán las medidas correctivas correspondientes de manera expedita si se observa
23 alguna conducta indebida por parte del examinador.

1 **Artículo 6.050. Cualificaciones de los Examinadores y de los**
2 **Coordinadores de Exámenes de Proveedores Institucionales**

3 A. Los examinadores de reclamaciones y los coordinadores de exámenes de
4 proveedores institucionales tendrán el conocimiento, la experiencia y la pericia
5 adecuados en el campo del cuidado de la salud, entre otros, en las siguientes áreas:

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

8 (2) Los principios y prácticas aceptados, tal como se aplican al examen de
9 reclamaciones;

10 (3) Los formularios de facturación, incluidos los formularios UB92 y el HCFA
11 1500 y los procedimientos de facturación;

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

14 (5) Las unidades de cuidado crítico, áreas de especialización y unidades
15 auxiliares relacionadas con determinado examen y

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

18 B. Si los proveedores institucionales o la organización de seguros de salud entienden
19 que la persona que realiza el examen no cumple con estos requisitos, deben
20 comunicarlo de inmediato a la firma del examinador o auspiciador del examen.

21 C. El personal de examen actuará de una manera profesional y conforme a las normas
22 ética y los requisitos de confidencialidad, siempre con una perspectiva objetiva.
23 Dicho personal deberá documentar sus hallazgos y señalamientos.

1 D. El examinador identificará en su informe todo cargo no corroborado, no facturado o
2 subfacturado que se identifique durante un examen.

3 E. La remuneración, los beneficios, los honorarios o instrucciones de los examinadores
4 individuales no se tramitarán de una manera que pudiera poner en tela de juicio sus
5 hallazgos. La remuneración de los examinadores se tramitará de una manera que no
6 se produzca incentivo alguno por producir hallazgos de asuntos cuestionables. Los
7 proveedores institucionales o las organizaciones de seguros de salud que entiendan
8 que el examinador aparenta tener un conflicto de intereses se comunicarán con los
9 funcionarios correspondientes de la organización que esté llevando a cabo el
10 examen.

11 **Artículo 6.060. Notificación del Examen**

12 A. Las organizaciones de seguros de salud y los proveedores institucionales se
13 esforzarán por resolver directamente todas las interrogantes relacionadas con las
14 reclamaciones. Se indicará el nombre, el número de teléfono de contacto y el número
15 de fax de todo representante de la organización de seguros de salud o proveedor
16 institucional a más tardar al momento de la facturación, en el caso del proveedor
17 institucional, y al momento de la primera solicitud por la organización de seguros de
18 salud.

19 B. Si los representantes de la organización de seguros de salud y el proveedor
20 institucional no pueden resolver de manera satisfactoria las interrogantes acerca de la
21 facturación, la organización de seguros de salud podrá iniciar de lleno el proceso de
22 examen.

- 1 C. El examen de reclamaciones puede requerir el uso de alguna documentación o el
2 examen del expediente médico del paciente, así como otra documentación médica y
3 clínica. El propósito principal de la documentación contenida en un expediente
4 médico es asegurar la continuidad del cuidado del paciente y, por lo tanto, el uso de
5 los expedientes del paciente para propósitos de examen estará siempre subordinado a
6 su uso para el cuidado del paciente.
- 7 D. Todo examen de las reclamaciones presentadas a las organizaciones de seguros de
8 salud comenzará con una notificación al proveedor institucional de la intención de
9 llevar a cabo el examen. El examinador de reclamaciones cualificado enviará la
10 notificación al proveedor institucional a más tardar los seis (6) meses del recibo por
11 la organización de seguros de salud de la reclamación final. Al recibir la notificación,
12 el proveedor institucional tendrá treinta (30) días para responder y proveerá un
13 itinerario para el examen. El examinador cualificado completará el examen a más
14 tardar los doce (12) meses del recibo por la organización de seguros de salud de la
15 reclamación final. Cada una de las partes tomará previsiones razonables ante la
16 eventualidad de que alguna de las partes no pueda cumplir con el itinerario. La
17 organización de seguros de salud no solicitará, ni aceptará ningún examen después
18 de que hayan transcurrido doce (12) meses de la fecha del recibo de la reclamación
19 final.
- 20 E. Todo examen de reclamaciones se llevará a cabo en las oficinas del proveedor
21 institucional, salvo que el proveedor institucional acepte una solicitud particular y
22 razonable para realizar el examen en otro lugar.

- 1 F. Toda solicitud de examen de reclamaciones, sea por teléfono, por medio electrónico
2 o por escrito, incluirá la siguiente información:
- 3 (1) La factura o grupo de facturas que motiva la solicitud de examen por parte de
4 la organización de seguros de salud. Cuando se pretende examinar solamente
5 determinados cargos o partes de las facturas, se debe indicar en la
6 notificación;
- 7 (2) Nombre del paciente;
- 8 (3) Fechas de admisión y alta;
- 9 (4) Nombre del examinador y el nombre de la firma del examinador, cuando la
10 organización de seguros de salud haya contratado con un tercero para realizar
11 el examen;
- 12 (5) El número del expediente médico y el número de cuenta del paciente del
13 proveedor institucional y
- 14 (6) La persona de contacto para discutir la solicitud y programar el examen.
- 15 G. Los proveedores institucionales que no puedan tramitar la solicitud de examen
16 conforme a las disposiciones aquí establecidas, explicarán la razón por la cual no
17 pueden atender la solicitud dentro de un lapso razonable y ofrecerán un término
18 razonable para programar el examen en otra fecha. Los examinadores deberán
19 agrupar los exámenes para maximizar la eficiencia, cuando sea factible.
- 20 H. El proveedor institucional que haya hecho la reclamación de pago o reembolso
21 conforme a un contrato de cuidado coordinado será responsable de notificar, con
22 anticipación a la fecha programada para el examen, si el examinador habrá de
23 confrontar alguna dificultad para acceder los expedientes. Como condición de pago,

1 el proveedor institucional será responsable de proveer al examinador toda
2 información que pudiera afectar la eficiencia del examen cuando el examinador
3 llegue a las oficinas del proveedor.

4 **Artículo 6.070. Coordinadores de Exámenes de Proveedores**
5 **Institucionales**

6 A. Los proveedores institucionales designarán una persona para coordinar todas las
7 actividades de los exámenes de reclamaciones. Los coordinadores de exámenes
8 tendrán las mismas cualificaciones que se requieren del examinador conforme al
9 Artículo 6.050 de este Capítulo. Los deberes del coordinador de exámenes incluyen,
10 entre otros, los siguientes:

- 11 (1) Programar el examen;
- 12 (2) Notificar al resto del personal y a los otros departamentos del proveedor
13 institucional del examen programado;
- 14 (3) Asegurar que el expediente médico incluye la declaración de la condición de
15 admisión del paciente;
- 16 (4) Verificar que el examinador sea un representante autorizado de la
17 organización de seguros de salud;
- 18 (5) Reunir los documentos que se requieren en el examen;
- 19 (6) Coordinar las solicitudes de información del examinador, el espacio donde se
20 llevará a cabo el examen y el acceso a los registros y al personal del
21 proveedor institucional;

- 1 (7) Orientar a los examinadores con respecto a los procedimientos de examen del
2 proveedor institucional, las pautas de documentación y las prácticas de
3 facturación;
- 4 (8) Servir de enlace entre el personal del examen y el personal del proveedor
5 institucional;
- 6 (9) Hacer una entrevista final con el examinador para responder a sus preguntas
7 y discutir los hallazgos del examen;
- 8 (10) Leer el informe escrito final del examinador y darle seguimiento a las
9 reclamaciones o cargos pendientes de resolución;
- 10 (11) Tramitar el pago, según corresponda; y
- 11 (12) Tramitar los ajustes a las facturas o reembolsos que se requieran.

12 **Artículo 6.080. Condiciones y Programación de los Exámenes**

- 13 A. Para asegurar que el proceso de examen sea justo, eficiente y eficaz, los proveedores
14 institucionales y examinadores cumplirán con los siguientes requisitos:
- 15 (1) Independientemente del propósito original del examen de reclamaciones,
16 todas las partes acordarán reconocer, registrar o presentar cualquier cargo no
17 corroborado, no facturado o subfacturado que descubra el examinador;
 - 18 (2) La programación de un examen no impedirá la facturación tardía;
 - 19 (3) Las partes que participan en el examen acordarán mutuamente el itinerario
20 para la resolución de toda discrepancia, interrogante o error que surja y se
21 ceñirán a dicho itinerario;
 - 22 (4) Se hará una reunión y un informe escrito al final de todo examen. Si el
23 proveedor institucional renuncia a la reunión final, el examinador así lo hará

1 constar en su informe escrito. El contenido específico del informe final se
2 divulgará únicamente a las partes que participan en el examen;

3 (5) El proveedor institucional tendrá sesenta (60) días para responder a los
4 hallazgos, después de lo cual se considerará que el examen es final;

5 (6) Cuando ambas partes hayan aceptado los hallazgos del examen, los
6 resultados de éste serán finales;

7 (7) Todas las personas que participen en el examen actuarán de una manera
8 profesional y cortés y resolverán todas las diferencias de criterio de una
9 manera amigable;

10 (8) En caso de que los examinadores noten que hay algún problema recurrente
11 con la facturación o la documentación y que dicho problema no se puede
12 corregir como parte del proceso de culminación del examen, se informará de
13 la situación a la gerencia del proveedor institucional y a la organización de
14 seguros de salud. El proveedor institucional y la organización de seguros de
15 salud tomarán las medidas correspondientes para resolver el problema que se
16 ha identificado. Las partes examinadas atenderán los problemas o
17 interrogantes que surjan como parte del proceso de examen.

18 **Artículo 6.090. Confidencialidad y Autorizaciones**

19 A. Todos los participantes de un examen de reclamaciones cumplirán con todas las
20 leyes federales y estatales y todos los acuerdos contractuales relacionados con la
21 confidencialidad de la información de los pacientes.

22 B. Se requiere autorización del paciente para divulgar sus expedientes médicos. En la
23 declaración de condición que solicita el proveedor institucional al admitir el paciente

1 se incluirá un texto que contemple la autorización de la divulgación de los
2 expedientes. Si no se obtiene esta declaración, se requiere una autorización aparte
3 para el examen de reclamaciones. La autorización no tiene que nombrar a una
4 organización de seguros de salud o una firma de examen en específico.

5 C. La persona que realiza el examen de reclamaciones o el proveedor institucional
6 obtendrá la autorización, la cual debe incluir por lo menos la siguiente información:

7 (1) El nombre de la organización de seguros de salud y, si fuera aplicable, el
8 nombre de la firma de examen que recibirá la información;

9 (2) El nombre de la institución que divulgará la información;

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

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

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

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

18 D. El pago de beneficios a un paciente implicará que se autorizó el examen de sus
19 expedientes.

20 E. El coordinador del examen confirmará al representante de la firma de examen que
21 hay una declaración de condición al momento de admisión para el examen que se
22 programará.

1 F. El proveedor institucional informará al paciente o reclamante, a su debido tiempo, si
2 hay leyes federales o estatales que prohíban o restrinjan de alguna manera el examen
3 de los expedientes médicos y si la institución tiene políticas y procedimientos
4 relacionadas con la confidencialidad que sean aplicables al examen de dichos
5 documentos. Dichas políticas no tendrán la intención específica de demorar el
6 examen.

7 **Artículo 6.100. Documentación**

8 A. La verificación de los cargos incluirá la investigación de que:
9 (1) Los cargos que figuran en la factura son correctos;
10 (2) Se prestaron los servicios según consta en los expedientes médicos u otros
11 registros y
12 (3) Los servicios fueron prestados por la institución según el plan de tratamiento
13 de un médico. Si corresponde, el personal profesional puede proveer
14 suministros o seguir los procedimientos conforme a las políticas y
15 procedimientos de la institución, o las normas de las juntas de práctica
16 profesional. Muchos procedimientos podrían incluir artículos que no constan
17 específicamente en el expediente médico pero se disponen en las políticas
18 médicas o clínicas. Dichas políticas se revisarán, aprobarán y documentarán
19 según lo requiere la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones
20 de Cuidado de la Salud ("Joint Commission on Accreditation of Healthcare
21 Organizations") u otra agencia acreditadora. Las políticas estarán disponibles
22 para los examinadores.

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

9 C. Los examinadores quizás tengan que revisar varios otros documentos para
10 determinar la validez de los cargos y deben reconocer que estas fuentes de
11 información se aceptan como evidencia razonable de que en realidad se prestaron los
12 servicios al paciente, según fueron ordenados por un médico. Los proveedores
13 institucionales se deben asegurar de que existan políticas y procedimientos
14 adecuados en los que se especifiquen la documentación y las autorizaciones que
15 deben incluirse en el expediente médico, los registros y bitácoras suplementarias.
16 Estos procedimientos, además, deben especificar que se ordenaron y se prestaron
17 debidamente los servicios a los pacientes. El proveedor institucional notificará al
18 examinador si la documentación proviene de una fuente que no sea el expediente
19 médico y facilitará el acceso a dichas fuentes.

20 **Artículo 6.110. Honorarios y Pagos**

21 A. Las organizaciones de seguros de salud pagarán las facturas de manera expedita y no
22 demorarán el pago debido al proceso de examen. El pago de una factura presentada a

1 un pagador secundario se basará en la cantidad facturada y cubierta por el plan
2 médico primario del paciente.

3 B. Si se pagaran honorarios a los examinadores, se pagarán al comienzo del examen de
4 reclamaciones. Si durante el examen se identifica alguna cantidad debida por alguna
5 de las partes, se pagará dicha cantidad dentro de un plazo razonable que no excederá
6 los treinta (30) días de la fecha en que se completó el examen, salvo que las partes
7 acuerden lo contrario.

8 **Artículo 6.120. Exámenes a otro tipo de proveedores que no sean**
9 **proveedores institucionales**

10 Los exámenes de las reclamaciones presentadas por cualquier otro tipo de proveedor, que
11 no sean proveedores institucionales, se regirán por los términos que éstos hayan pactado
12 contractualmente con la organización de seguros de salud.

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

15 **Artículo 8.010. Título**

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

18 **Artículo 8.020. Propósito**

19 El propósito de este Capítulo es promover la disponibilidad de planes médicos para
20 los patronos de PYMES, independientemente de la condición de salud o experiencia de
21 reclamaciones de su grupo de empleados; prevenir prácticas de tarificación abusivas; prevenir
22 la segmentación del mercado de planes médicos a base del riesgo de salud; esparcir el riesgo
23 de los planes médicos de manera más amplia; requerir la divulgación de las prácticas de

1 tarificación a los compradores de planes médicos; establecer reglas con respecto a la
2 renovación de los planes médicos; limitar el uso de las exclusiones por condiciones
3 preexistentes; proveer para el desarrollo de planes médicos “básico” y “estándar” para ser
4 ofrecidos a todos los patronos de PYMES; disponer el establecimiento de un Programa de
5 Reaseguro; y mejorar la equidad y eficiencia general del mercado de planes médicos para
6 grupos pequeños.

7 **Artículo 8.030. Definiciones**

8 Para los fines de este Capítulo:

- 9 A. “Afiliada” o “compañías afiliadas” significa toda entidad o persona que directa o
10 indirectamente, mediante uno o más intermediarios, controla, o es controlada por, o
11 se encuentra bajo el mismo control que una entidad o persona en específico.
- 12 B. “Área geográfica de servicio” significa un área geográfica, según aprobada por el
13 Comisionado, en el cual se autoriza al asegurador a proveer cubierta bajo las
14 disposiciones de este Capítulo.
- 15 C. “Asegurador” o “asegurador de patronos de PYMES” significa toda entidad
16 autorizada por el Comisionado para ofrecer planes médicos a los empleados elegibles
17 de uno o más patronos de PYMES a tenor con este Capítulo. Para propósitos de este
18 Capítulo, “asegurador” incluye a una compañía de seguros, un plan prepago de
19 cuidado médico o de hospital, una sociedad fraternal benéfica, una organización de
20 servicios de salud, y toda otra entidad que ofrezca y provea planes médicos o
21 beneficios de salud que esté sujeta a la reglamentación de seguros en Puerto Rico.

- 1 D. “Asegurador que asume riesgo” significa un asegurador de patronos de PYMES cuya
2 solicitud para ofrecer y proveer planes médicos a uno o más patronos de PYMES en
3 Puerto Rico es aprobada por el Comisionado a tenor con este Capítulo.
- 4 E. “Asegurador-reasegurador” significa un asegurador de patronos de PYMES que
5 participa del Programa de Reaseguro establecido por virtud de este Capítulo.
- 6 F. “Certificación actuarial” significa una declaración firmada por un miembro de la
7 Academia Americana de Actuarios u otro individuo aceptable para el Comisionado,
8 aseverando que las tarifas y primas de un asegurador de patronos de PYMES
9 cumplen con las disposiciones de este Capítulo. Tal certificación estará basada en un
10 examen realizado por dicha persona que incluya una revisión de los registros
11 apropiados, los supuestos y métodos actuariales usados por el asegurador para
12 establecer las tarifas de los planes médicos aplicables.
- 13 G. “Comité” significa el Comité del Planes Médicos creado a tenor con este Capítulo.
- 14 H. “Cubierta acreditable” significa, con respecto a un individuo, los beneficios de salud
15 o la cubierta provista conforme a alguno de los siguientes mecanismos:
- 16 (1) Un plan médico, ya sea grupal o individual;
 - 17 (2) La Parte A o la Parte B del Título XVIII de la Ley del Seguro Social
18 (*Medicare*);
 - 19 (3) El Título XIX de la Ley del Seguro Social (*Medicaid*), aparte de la
20 cubierta que consiste solamente de beneficios en el artículo 1928 (el
21 programa para la distribución de vacunas pediátricas);
 - 22 (4) El Capítulo 55 del Título 10 del Código de Estados Unidos (cuidado
23 médico y dental para los miembros y algunos ex-miembros de los

1 servicios de la uniformada, y para sus dependientes. Para propósitos
2 del Título 10 U.S.C. Capítulo 55, “servicios uniformados” significa
3 las Fuerzas Armadas y el Cuerpo Comisionado de la Oficina Nacional
4 de Administración Oceánica y Atmosférica y del Servicio Público de
5 Salud);

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

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

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

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

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

20 No se contará un periodo de cubierta acreditable con respecto a la suscripción de un
21 individuo bajo un plan médico grupal si, después de dicho periodo y antes de la
22 fecha de suscripción, la persona es objeto de una interrupción sustancial de cubierta
23 (“significant break coverage”). Se entenderá como “interrupción sustancial de

1 cubierta” un periodo de noventa (90) días consecutivos durante el cual la persona no
2 ha tenido cubierta acreditable alguna, excepto que los periodos de espera ni los
3 periodos de inscripción se tomarán en cuenta para el cómputo de los noventa (90)
4 días.

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

9 (1) El cónyuge;

10 (2) Un hijo biológico, hijo adoptivo o colocado para adopción menor de
11 veintiséis (26) años, o cualquiera de éstos que, independientemente de
12 la edad, no pueda sostenerse a sí mismo por razón de incapacidad
13 mental o física existente antes de cumplir los veintiséis (26) años, a
14 tenor con lo dispuesto en la Ley Pública 111-148, conocida como
15 “Patient Protection and Affordable Care Act”, la Ley Pública 111-
16 152, conocida como “Health Care and Education Reconciliation Act”
17 y los reglamentos promulgados al amparo de éstas;

18 (3) Hijastros;

19 (4) Hijos de crianza que han vivido desde su infancia bajo el mismo techo
20 con el empleado, en una relación normal de padre/madre e hijo/hija, y
21 que es y continuará siendo totalmente dependiente de la familia del
22 empleado para recibir alimento, según se establece en el Artículo
23 16.330 del Código de Seguros de Puerto Rico;

1 (5) Menor no emancipado cuya custodia le ha sido adjudicada al
2 empleado;

3 (6) Individuo de cualquier edad que haya sido judicialmente declarado
4 como incapacitado y cuya tutela haya sido adjudicada al empleado;

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

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

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

1 “empleado elegible” no incluye a un empleado temporero ni a los contratistas
2 independientes.

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

8 L. “Factor relacionado con el estado de la salud” incluye los siguientes factores:

9 (1) Estado de salud;

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

11 (3) Experiencia de reclamaciones;

12 (4) Servicios de cuidado de salud recibidos;

13 (5) Historial médico;

14 (6) Información genética;

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

19 (8) Incapacidad.

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

22 N. “Información genética” significa información sobre genes, productos de genes y
23 características heredadas que podrían derivarse de la persona o de un miembro de la

1 familia. Esto incluye información relacionada con el estatus de portador e
2 información derivada de pruebas de laboratorio que identifican mutaciones en genes
3 o cromosomas específicos, exámenes médicos físicos, historiales familiares y el
4 análisis directo de los genes o cromosomas.

5 O. “Junta” significa la Junta de Directores del Programa de Reaseguro para los Patronos
6 de PYMES creado en este Capítulo.

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

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

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

- 1 S. “Persona cubierta” o “asegurado” significa el titular de una póliza o certificado,
2 suscriptor, la persona suscrita u otra persona que participe de los beneficios de un
3 plan médico de patronos de PYMES.
- 4 T. “Plan de red preferida” significa un plan médico en donde el pago de los beneficios
5 está condicionado a que los servicios médicos sean provistos, en su totalidad o en
6 parte, por aquellos proveedores que han contratado con el asegurador.
- 7 U. “Plan médico” significa un contrato de seguro, póliza o certificado provisto en
8 consideración o a cambio del pago de una prima, o sobre una base prepagada,
9 mediante el cual el asegurador se obliga a proveer, o pagar por la prestación de
10 determinados servicios médicos, de hospital, gastos médicos mayores, servicios
11 dentales, servicios de salud mental o servicios incidentales a la prestación de éstos.
- 12 (1) “Plan médico” no incluirá ninguna de las siguientes alternativas:
- 13 (a) Cubierta sólo para accidente, o seguro de ingresos por incapacidad, o
14 combinación de las mismas;
- 15 (b) Cubierta emitida como suplemento al seguro de responsabilidad;
- 16 (c) Seguro de responsabilidad, incluso seguro de responsabilidad general
17 y seguro de responsabilidad de automóvil;
- 18 (d) Seguro de compensación a los trabajadores;
- 19 (e) Seguro de pagos médicos de automóvil;
- 20 (f) Seguro de crédito solamente;
- 21 (g) Cubierta para clínicas médicas en los predios (“on-site medical
22 clinics”); y

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

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

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

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

10 (c) Otros beneficios limitados similares.

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

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

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

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

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

22 (b) Indemnización por hospitalización u otro seguro de indemnización
23 fijo.

- 1 (c) Seguro de salud suplementario de Medicare
- 2 (d) Cubierta suplementaria a la cubierta provista (conocido como
3 programas suplementarios TRICARE); o
- 4 (e) Cubierta suplementaria similar provista a la cubierta bajo un plan
5 médico grupal.
- 6 V. “Plan médico básico” significa un plan médico de menor costo desarrollado por el
7 Comité de Planes Médicos de conformidad con este Capítulo.
- 8 W. “Plan médico estándar” significa un plan médico diseñado por el Comité de Planes
9 Médicos a tenor con este Capítulo y cuyo costo es mayor que el del plan médico
10 básico.
- 11 X. “Plan médico grupal” significa una póliza, contrato de seguro o certificado, emitido
12 por un asegurador para beneficio de un patrono de PYMES, mediante el cual se
13 provee cuidado médico a los empleados elegibles y sus dependientes.
- 14 Y. “Prima” significa la cantidad específica de dinero pagada a un asegurador como
15 condición para recibir los beneficios de un plan médico para patronos de PYMES.
- 16 Z. “Productor” significa una persona que, con arreglo al Código de Seguros de Puerto
17 Rico, ostenta una licencia debidamente emitida por el Comisionado para gestionar
18 seguros en Puerto Rico.
- 19 AA. “Programa” significa el Programa de Reaseguro para Aseguradores de Patronos de
20 PYMES creado por este Capítulo.
- 21 BB. “Suscriptor tardío” significa un empleado elegible o dependiente que solicita
22 acogerse a un plan médico de patronos de PYMES después del periodo de

1 suscripción inicial, siempre que el periodo de suscripción inicial haya sido un
2 periodo no menor de treinta (30) días.

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

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

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

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

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

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

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

22 (4) Si un tribunal ha ordenado que se provea cubierta para un cónyuge,
23 hijo menor o dependiente bajo el plan médico de un empleado y se

1 hace la solicitud de suscripción dentro de los treinta (30) días después
2 de emitirse la orden del tribunal;

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

6 (6) Si el empleado elegible o dependiente tenía cubierta bajo una
7 disposición de continuación del “Consolidated Omnibus Budget
8 Reconciliation Act (COBRA)” y la cubierta bajo esa disposición se ha
9 extinguido; o

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

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

15 **Artículo 8.040. Aplicabilidad y Alcance**

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

21 B. Para propósitos de este Capítulo, los aseguradores que sean compañías afiliadas o
22 que sean elegibles para presentar una planilla contributiva consolidada deberán ser
23 tratados como un solo asegurador y toda restricción o limitación impuesta por este

1 Capítulo deberá ser aplicable como si todos los planes médicos emitidos para su
2 formalización a patronos de PYMES en Puerto Rico por dichos aseguradores
3 afiliados hubieran sido emitidos por un solo asegurador.

4 **Artículo 8.050. Restricciones Relacionadas con las Tarifas**

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

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

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

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

17 (4) Durante los primeros dos (2) años luego de entrar en vigor las disposiciones
18 de este Capítulo, los ajustes en las tarifas por edad no pueden ser más del
19 cuatrocientos (400) por ciento de la tarifa más baja para todos los grupos
20 etarios. Durante los dos (2) años siguientes, los ajustes en las tarifas
21 permitidos no pueden ser mayores de trescientos (300) por ciento de la tarifa
22 más baja para todos los grupos etarios. Posteriormente, los ajustes a las

1 tarifas por razón de edad no pueden ser más del doscientos (200) por ciento
2 de la tarifa más baja para todos los grupos etarios.

3 B. La prima cobrada por un plan médico no puede ajustarse más de una vez al año a
4 menos que ocurra algún cambio en:

5 (1) La afiliación del patrono de PYMES;

6 (2) La composición familiar del empleado elegible; o

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

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

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

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

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

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

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

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

17 **Artículo 8.060. Renovación del Plan Médico**

18 A. Un asegurador que provea planes médicos a los patronos de PYMES renovará el
19 mismo, excepto en los casos siguientes:

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

21 (2) Cuando la persona cubierta realiza un acto que constituye fraude. En tal caso,
22 el asegurador puede elegir no renovar el plan médico a ese patrono de
23 PYMES por un (1) año a partir de la fecha de no renovación;

- 1 (3) Cuando la persona cubierta ha hecho una representación falsa intencional de
2 un hecho importante y material bajo los términos del plan médico. En tal
3 caso, el asegurador puede elegir no renovar el plan médico a ese patrono de
4 PYMES por un (1) año a partir de la fecha de no renovación;
- 5 (4) Por incumplimiento con los requisitos de participación mínima establecidos
6 por el asegurador de conformidad con las disposiciones de este Capítulo;
- 7 (5) Por incumplimiento con los requisitos de aportación patronal;
- 8 (6) Cuando el asegurador determina discontinuar el ofrecimiento de todos sus
9 planes médicos formalizados con patronos de PYMES en Puerto Rico. En
10 estos casos, el asegurador notificará por escrito al Comisionado, al patrono
11 de PYMES y a las personas cubiertas, su determinación de no renovar, por lo
12 menos ciento ochenta (180) días antes de la fecha de renovación del plan
13 médico. El asegurador que determina discontinuar el ofrecimiento de planes
14 médicos conforme lo aquí dispuesto, estará impedido de suscribir nuevo
15 negocio en el mercado de patronos de PYMES en Puerto Rico por un período
16 de cinco (5) años, comenzando en la fecha en que el asegurador cesó el
17 ofrecimiento de tales planes médicos.
- 18 (7) Cuando el Comisionado decide que la continuación del plan médico no
19 responde a los mejores intereses de los titulares de las pólizas, o afectaría la
20 capacidad del asegurador de cumplir sus obligaciones contractuales.
- 21 (8) Cuando, en el caso de los planes médicos que se hacen disponibles en el
22 mercado de grupos pequeños mediante un plan de red preferida, ya no hay un

1 empleado del patrono de PYMES que viva, trabaje o resida dentro del área
2 geográfica establecida del asegurador.

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

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

9 **Artículo 8.070. Disponibilidad del Plan Médico**

10 A. Como condición para realizar negocios en Puerto Rico y salvo lo dispuesto en este
11 Capítulo, los aseguradores ofrecerán a los patronos de PYMES todos los planes
12 médicos que mercadea activamente para este sector de PYMES, incluyendo al menos
13 un plan médico básico y un plan médico estándar. Se considerará que un asegurador
14 de patronos de PYMES está mercadeando activamente un plan médico si ofrece ese
15 plan a patronos de PYMES con los cuales no tiene contrato actualmente. Los
16 aseguradores deberán cumplir, además, con los siguientes requisitos sobre
17 disponibilidad:

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

22 (2) Salvo que el Comisionado disponga lo contrario, el asegurador de patronos
23 de PYMES no deberá celebrar uno o más arreglos de cesión con respecto a

1 los planes médicos formalizados o emitidos para su formalización a patronos
2 de PYMES en Puerto Rico, si dichos arreglos resultarían en la retención por
3 parte del asegurador cedente de menos del cincuenta (50) por ciento de la
4 obligación o riesgo de seguro para tales planes médicos.

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

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

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

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

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

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

- 1 (3) El plan médico no incluirá una definición de “condición preexistente” que sea
2 más amplia que la siguiente: *“una condición, sin importar la causa de ésta,
3 para la cual se recomendó tratamiento o para la cual se obtuvo consulta,
4 diagnóstico, cuidado o tratamiento médico durante los seis (6) meses
5 inmediatamente anteriores a la fecha de suscripción.”*
- 6 (4) A partir del año 2014, los planes médicos no podrán denegar, excluir o
7 limitar los beneficios a los asegurados por motivo de una condición
8 preexistente, independientemente de la edad del asegurado.
- 9 (5) Los aseguradores de patronos de PYMES deberán cumplir, además, con las
10 siguientes disposiciones sobre condiciones preexistentes:
- 11 (a) Todo asegurador deberá reducir el período de denegación, limitación
12 o exclusión por motivo de una condición preexistente, siempre y
13 cuando la persona haya tenido una cubierta acreditable, y ésta haya
14 terminado en una fecha no anterior a los noventa (90) días previos a la
15 fecha de suscripción al nuevo plan médico. La reducción dispuesta en
16 este inciso será por la totalidad del período de cubierta acreditable.
- 17 (b) El asegurador que no establezca limitaciones por condiciones
18 preexistentes con respecto a sus planes médicos podrá imponer un
19 periodo de suscripción que no exceda sesenta (60) días para
20 suscriptores nuevos y de noventa (90) días para suscriptores tardíos.
21 Estos períodos de suscripción se aplicarán de manera uniforme,
22 independientemente de cualquier factor relacionado con la salud.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

21 (b) Los aseguradores de patronos de PYMES no establecerán restricción
22 alguna en cuanto a la suscripción o participación en el plan de los

1 empleados elegibles o sus dependientes que se relacione con la
2 condición de salud de éstos.

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

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

11 (1) A un patrono de PYMES, cuando dicho patrono no está ubicado en el
12 área geográfica donde, con la aprobación del Comisionado, ofrece
13 servicios el asegurador;

14 (2) A un empleado, cuando el empleado no vive, trabaja, ni está
15 domiciliado en el área geográfica de servicio donde, con la
16 aprobación del Comisionado, ofrece servicios el asegurador.

17 Los aseguradores aplicarán las disposiciones de este Artículo de manera uniforme a
18 todos los patronos de PYMES, independientemente de la experiencia de
19 reclamaciones o algún otro factor relacionado con el estado de salud de los
20 empleados elegibles y sus dependientes.

21 E. No se requerirá que un asegurador de patronos de PYMES provea planes médicos a
22 dichos patronos si por algún periodo de tiempo el Comisionado determina que el
23 asegurador no tiene las reservas financieras adecuadas para suscribir los planes

1 médicos. En estos casos, el asegurador no podrá ofrecer planes médicos en el
2 mercado de patronos de PYMES antes de la fecha más tardía de las siguientes:

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

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

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

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

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

1 **Artículo 8.080. Certificación de Cubierta Acreditable**

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

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

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

7 (2) En el caso de la persona cubierta por una disposición de continuación según
8 la ley COBRA, cuando la persona ya no esté cubierta por dicha disposición.

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

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

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

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

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

- 1 B. La decisión inicial del asegurador respecto a si quiere operar como un asegurador
2 que asume riesgo o como un asegurador-reasegurador, lo obligará por dos (2) años.
3 Las decisiones subsiguientes obligarán al asegurador por cinco (5) años. El
4 Comisionado podrá autorizar que el asegurador modifique su decisión en todo
5 momento por justa causa.
- 6 C. El Comisionado establecerá un proceso de solicitud para los aseguradores de
7 patronos de PYMES que pretendan cambiar su decisión en cuanto a cómo operar
8 conforme a este Artículo. En el caso de un asegurador de patronos de PYMES que
9 haya sido adquirido por otro asegurador de ese tipo, el Comisionado podrá obviar o
10 modificar los plazos que se establecen en el inciso (B) de este Artículo.
- 11 D. Un asegurador-reasegurador que solicite y se le apruebe operar como un asegurador
12 que asume riesgos no podrá continuar reasegurando ningún plan médico bajo el
13 Programa de Reaseguro que se establece en el Artículo 8.110. En esos casos, el
14 asegurador pagará una derrama prorrateada a base de las pólizas de reaseguro
15 suscritas por el Programa durante la parte del año en que éste participó como
16 reasegurador.

17 **Artículo 8.100. Solicitud para Convertirse en Asegurador que Asume**

18 **Riesgos**

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

- 1 (1) Como medida de transición y en lo que se evalúa la solicitud requerida en
2 este Artículo, se dispone que aquel asegurador que al momento de aprobarse
3 este Capítulo ofrezca, mercadee u administre algún plan médico a uno o más
4 patronos de PYMES, podrá continuar haciéndolo.
- 5 (2) No obstante lo dispuesto en el inciso anterior, dicho asegurador tendrá que
6 radicar dentro de un plazo de treinta (30) días una notificación ante el
7 Comisionado en la que indique:
- 8 (a) la fecha en que comenzó a ofrecer, mercadear o administrar planes
9 médicos a los patronos de PYMES;
- 10 (b) la cantidad de los modelos de planes médicos para PYMES que tiene
11 vigente, clasificándolos en los que mercadea, los que son de carácter
12 exclusivo o los que administra, y si éstos últimos tienen algún tipo de
13 cubierta *stop loss*;
- 14 (c) la cantidad de patronos PYMES y de asegurados que están acogidos
15 por tipo de plan médico y para ello seguirá la clasificación antes
16 indicada;
- 17 (d) la tarifa o las tarifas para estos planes médicos y la base para
18 determinar las mismas, así como las que utiliza y suscribe;
- 19 (e) una tabla en la que desglosan los beneficios cubiertos, las exclusiones
20 y limitaciones, los deducibles, copagos y coaseguros aplicables, los
21 empleados y dependientes elegibles, y las primas aplicables para un
22 individuo, el grupo familiar, para el empleado y un dependiente (de
23 pareja), para los dependientes opcionales o colaterales, según estos

1 términos y prácticas son comúnmente aceptadas y definidas en el
2 mercado de los seguros de salud y

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

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

7 (1) La situación financiera del asegurador;

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

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

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

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

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

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

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

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

5 E. Se dispone, además, que todo asegurador que al momento de aprobarse este Capítulo
6 haya suscrito algún plan médico a un patrono de PYMES, podrá continuar renovando
7 el mismo, según dispone la reglamentación federal aplicable, la cual está codificada
8 en el 45 CFR secs. 146.152 (“*Guaranteed renewability of coverage for employers in*
9 *the group market*”) y 147.140 (“*Preservation of right to maintain existing*
10 *coverage*”), promulgada al amparo de la Ley Pública 111-148, conocida como
11 “Patient Protection and Affordable Care Act”, y la Ley Pública 111-152, conocida
12 como “Health Care and Education Reconciliation Act”.

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

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

16 B. Se crea una entidad sin fines de lucro que se conocerá como el Programa de
17 Reaseguro para los Aseguradores de Patronos de PYMES de Puerto Rico.

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

22 (1) Al seleccionar los miembros de la Junta, el Gobernador incluirá un (1)
23 representantes de los patronos de PYMES, dos (2) representantes de los

1 aseguradores de patronos de PYMES y una (1) persona adicional cualificada
2 que determine dicho funcionario. Estos miembros se seleccionarán conforme
3 a los procedimientos y guías que establezca el Comisionado.

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

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

18 (4) En caso de que hubiera una vacante en la Junta, el Gobernador, contando con
19 la recomendación del Comisionado, nombrará a una persona para ocupar el
20 puesto. El Gobernador podrá remover a cualquier miembro de la Junta por
21 justa causa.

22 D. A más tardar a los sesenta (60) días de la fecha de vigencia de este Capítulo, todo
23 asegurador de patronos de PYMES radicará un documento ante el Comisionado en el

1 que deberá hacer constar las primas netas que obtiene de planes médicos entregados
2 o emitidos para entrega a los patronos de PYMES en Puerto Rico durante el pasado
3 año natural.

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

12 F. El plan de operaciones establecerá lo siguiente:

- 13 (1) Procedimientos para la administración y contabilidad de los activos y fondos
14 del Programa y los informes fiscales anuales al Comisionado;
- 15 (2) Procedimientos para la selección de un asegurador administrador y los
16 poderes y deberes de dicho asegurador;
- 17 (3) Procedimientos para el reaseguro de riesgos conforme a las disposiciones de
18 este Artículo;
- 19 (4) Procedimientos para cobrar derramas de aseguradores que operan como
20 reaseguradores; proveer fondos para pagar las reclamaciones; y sufragar los
21 gastos administrativos incurridos o estimados;

- 1 (5) Una metodología para aplicar los límites monetarios que se disponen en este
 - 2 Artículo en el caso de los aseguradores que pagan o reembolsan a los
 - 3 proveedores de cuidado de salud mediante capitación o salario;
 - 4 (6) Metodología para determinar las primas que cobrará el Programa de
 - 5 Reaseguro aquí establecido;
 - 6 (7) Normas para determinar los niveles y la manera de pago de remuneración
 - 7 para los productores con respecto a la venta de los planes médicos básico y
 - 8 estándar; y
 - 9 (8) Lo que fuera necesario para la implantación y administración del Programa.
- 10 G. El Programa tendrá los poderes generales y la autoridad que otorgan las leyes de
- 11 Puerto Rico a los aseguradores y las organizaciones de servicios de salud, salvo el
- 12 poder de emitir planes médicos directamente a grupos o a personas particulares.
- 13 Además, el Programa tendrá autorización específica para lo siguiente:
- 14 (1) Otorgar los contratos que fueren necesarios o convenientes para ejecutar las
 - 15 disposiciones y los propósitos de este Capítulo;
 - 16 (2) Demandar o ser demandada, lo cual incluye las medidas judiciales necesarias
 - 17 para cobrar derramas y sanciones del Programa o de aseguradores que operan
 - 18 como reaseguradores o a favor de éstos;
 - 19 (3) Tomar las acciones judiciales necesarias para evitar el pago de reclamaciones
 - 20 improcedentes en contra del Programa;
 - 21 (4) Definir los planes médicos para los cuales se proveerá reaseguro y emitir
 - 22 contratos de reaseguro, a cambio del pago de la prima correspondiente,
 - 23 conforme a los requisitos de este Capítulo;

- 1 (5) Establecer las reglas, condiciones y procedimientos para el reaseguro de los
2 riesgos conforme al Programa;
- 3 (6) Establecer funciones actuariales según corresponda para la operación del
4 Programa;
- 5 (7) Imponer cuotas o derramas a los reaseguradores conforme a las disposiciones
6 de este Artículo, e imponer derramas interinas según sean razonables y
7 necesarias para sufragar los gastos operacionales interinos. Las derramas
8 interinas se acreditarán a toda cuota o derrama regular pagadera después del
9 cierre de cada año fiscal;
- 10 (8) Nombrar los comités legales, actuariales o de otro tipo, según sean
11 necesarios, para proveer ayuda técnica en la operación del Programa, diseño
12 de pólizas u otros contratos y demás funciones dentro de la autorización del
13 Programa; y
- 14 (9) Tomar prestado dinero para implantar los objetivos del Programa. Toda nota
15 u otra evidencia de deuda del Programa que no esté en mora constituirán una
16 inversión legal y se podrá contabilizar como un activo admitido.
- 17 H. Con respecto a un plan médico básico o un plan médico estándar, el Programa
18 reasegurará el nivel de cubierta provisto y con respecto a otros planes, hasta al nivel
19 de la cubierta provisto en un plan médico básico o estándar.
- 20 (1) El asegurador de patronos de PYMES podrá reasegurar un grupo completo de
21 un patrono a partir de los sesenta (60) días del comienzo o renovación de la
22 cubierta del plan médico grupal.

- 1 (2) Un empleado recién elegible del patrono de PYMES, o su dependiente, se
2 podrá reasegurar dentro de los sesenta (60) días luego del comienzo de su
3 cubierta.
- 4 (3) El Programa no reembolsará al asegurador-reasegurador con respecto a las
5 reclamaciones de un empleado reasegurado o sus dependientes hasta tanto el
6 asegurador haya incurrido en un nivel inicial de reclamaciones para dicho
7 empleado o dependiente de \$5,000 en un año póliza por beneficios cubiertos.
8 Además, el asegurador-reasegurador será responsable del diez (10) por ciento
9 de los siguientes \$50,000 de pago de beneficios durante el año póliza y el
10 Programa reasegurará el restante. La responsabilidad del asegurador-
11 reasegurador conforme a este inciso no excederá \$10,000 en determinado año
12 póliza con respecto a una persona reasegurada.
- 13 (a) Anualmente, la Junta ajustará el nivel inicial de reclamaciones y el
14 límite de retención por el asegurador para reflejar los aumentos en
15 costos y la utilización en el mercado general de planes médicos en
16 Puerto Rico. El ajuste no será menor que el cambio anual en el
17 componente médico del “Índice de Precios al Consumidor para todos
18 los Consumidores Urbanos (ICP-U)” del Negociado de Estadísticas
19 del Departamento del Trabajo Federal, a menos que la Junta proponga
20 un factor de ajuste menor y el Comisionado lo apruebe.
- 21 (4) El asegurador de patronos de PYMES podrá dar por terminado el reaseguro
22 por medio del Programa con respecto a uno o más de los empleados o
23 dependientes reasegurados, en el aniversario del plan médico.

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

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

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

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

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

- 1 (b) La tarifa de reaseguro para empleados o dependientes elegibles podrá
2 ser cinco (5) veces la tarifa básica de reaseguro para las personas
3 individuales.
- 4 (2) La Junta revisará periódicamente la metodología establecida, incluidos el
5 sistema de tarificación y los factores para determinar las tarifas, para asegurar
6 que ésta refleje de manera razonable la experiencia de reclamaciones del
7 Programa. La Junta podrá proponer cambios en la metodología que estarán
8 sujetos a la aprobación del Comisionado.
- 9 (3) La Junta podrá considerar la necesidad de hacer ajustes en las tarifas
10 cobradas por el Programa para que las mismas reflejen el uso de sistemas
11 efectivos de contención de costos y cuidado coordinado.
- 12 J. Aun cuando el plan médico de un patrono de PYMES esté total o parcialmente
13 reasegurado por el Programa, las primas cobradas al patrono de PYMES cumplirán
14 con las restricciones relacionadas con las tarifas que se disponen en este Capítulo.
- 15 K. (1) Antes del 31 de marzo de cada año, la Junta determinará e informará al
16 Comisionado las pérdidas netas del Programa para el año natural precedente,
17 las cuales incluirán los gastos administrativos y las pérdidas incurridas en
18 dicho año, tomando en cuenta el ingreso derivado de inversiones y otras
19 ganancias y pérdidas, según corresponda.
- 20 (2) Se recuperará la pérdida neta del año mediante la imposición de una derrama
21 a los aseguradores-reaseguradores.
- 22 (3) La Junta establecerá, como parte del plan de operaciones, una fórmula para
23 establecer la derrama que se impondrá a los aseguradores-reaseguradores.

- 1 (a) La fórmula para establecer la derrama se basará en lo siguiente:
- 2 (i) El porcentaje que corresponde a cada asegurador-reasegurador
- 3 de las primas totales devengadas durante el año natural
- 4 anterior, por concepto de los planes médicos emitidos a los
- 5 patronos de PYMES en Puerto Rico.
- 6 (b) A ningún asegurador-reasegurador se le impondrá una derrama que
- 7 sea menor del cincuenta (50) por ciento, ni mayor del ciento cincuenta
- 8 (150) por ciento de una cantidad basada en la proporción de:
- 9 (i) las primas totales devengadas por el asegurador-reasegurador
- 10 durante el año natural precedente por concepto de los planes
- 11 médicos emitidos a patronos de PYMES en Puerto Rico con
- 12 respecto al total de primas devengadas por todos los
- 13 aseguradores-reaseguradores durante el año natural precedente
- 14 por concepto de planes médicos emitidos a patronos de
- 15 PYMES en Puerto Rico.
- 16 (c) Sujeto a la aprobación por el Comisionado, la Junta ajustará la
- 17 fórmula para el cálculo de la derrama que se impone a los
- 18 aseguradores-reaseguradores que sean organizaciones de servicios de
- 19 salud y que cualifiquen conforme al 42 U.S.C. Sec. 300, *et seq.*, para
- 20 a tomar en cuenta las restricciones que se les imponen, si alguna, que
- 21 no se imponen a los demás aseguradores.

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

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

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

- 1 (7) El plan de operaciones contemplará la imposición de un pago por intereses
2 por el pago tardío de la derrama.
- 3 (8) El asegurador-reasegurador podrá solicitar al Comisionado una prórroga con
4 respecto al pago de una parte o la totalidad de la derrama impuesta por la
5 Junta. El Comisionado concederá la prórroga si determina que el pago de la
6 derrama afectaría la situación económica del asegurador-reasegurador. Si el
7 Comisionado concede la prórroga, la cantidad diferida se repartirá entre el
8 resto de los aseguradores-reaseguradores en la proporción que se distribuyen
9 las derramas en este Artículo. El asegurador-reasegurador a quien se le
10 concede la prórroga responderá al Programa por la cantidad diferida y no
11 tramitará reaseguro de personas o grupos con el Programa hasta tanto pague
12 la derrama diferida.
- 13 L. Como parte del plan de operaciones, la Junta establecerá las normas para determinar
14 los niveles y la manera de pago de remuneración para los productores con respecto a
15 la venta de planes médicos básicos y estándar. Al establecer las normas, la Junta
16 tomará en cuenta la necesidad de proveer una amplia disponibilidad de planes
17 médicos, los objetivos del Programa, el tiempo y el esfuerzo que se requiere para
18 emitir los mencionados planes, la necesidad de proveer servicio continuo a los
19 patronos de PYMES, los niveles de remuneración actuales en la industria y los
20 costos del plan médico en general para los patronos de PYMES.
- 21 M. El Programa tendrá exención contributiva con respecto a todo tipo de impuestos.

Artículo 8.120. Comité de Planes Médicos

- 1
- 2 A. El Comisionado nombrará un Comité de Planes Médicos compuesto por cinco (5)
- 3 miembros. El Secretario de Salud, quien presidirá el Comité, el Administrador de la
- 4 Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción y el Comisionado
- 5 serán los tres (3) miembros natos del Comité. Los otros dos (2) miembros lo serán
- 6 un (1) profesional competente en la industria de seguros y un (1) representante del
- 7 interés público, quienes se seleccionarán conforme a los procedimientos y las guías
- 8 que establezca el Comisionado.
- 9 B. El Comité recomendará la forma y el nivel de cubierta que el asegurador de patronos
- 10 de PYMES debe proveer conforme a este Capítulo. En el descargo de esta función, el
- 11 Comité podrá hacer las consultas que estime necesarias tanto al Procurador del
- 12 Paciente, como a aquellas personas o entidades dedicadas a prestar servicios de
- 13 cuidado de la salud, ofrecer y mercadear planes médicos a este segmento del
- 14 mercado y otras actividades relacionadas con los planes médicos, especialmente a los
- 15 patronos de PYMES.
- 16 C. El Comité recomendará y diseñará los niveles de beneficios, costos compartidos,
- 17 exclusiones y limitaciones para el plan médico básico y el plan médico estándar,
- 18 teniendo en cuenta todas las disposiciones impuestas por las leyes y los reglamentos
- 19 federales y estatales. Los planes médicos recomendados y diseñados por el Comité
- 20 incluirán medidas de control de costos tales como las siguientes:
- 21 (1) Revisión de utilización, lo cual incluye la revisión de la necesidad médica de
- 22 los servicios médicos y de hospitalización;

- 1 (2) Mejorar la calidad y el acceso a los servicios, programas preventivos y
2 manejo de casos, entre otros;
- 3 (3) Contratación con hospitales, médicos y otros proveedores de cuidado de la
4 salud;
- 5 (4) Diferencias razonables entre beneficios aplicables a proveedores participantes
6 o no participantes en los arreglos que contemplan disposiciones sobre redes
7 preferidas y
- 8 (5) Otras disposiciones relacionadas con el cuidado coordinado.

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

15 **Artículo 8.130. Evaluación Periódica del Mercado**

16 Por lo menos una vez cada tres (3) años, la Junta de Directores del Programa de
17 Reaseguro para los Patronos de PYMES, en consulta con los miembros del Comité de
18 Planes Médicos, llevará a cabo un estudio sobre la efectividad de las disposiciones de este
19 Capítulo e informará al Comisionado de los resultados de dicho estudio. El Comisionado
20 deberá remitir copia de dicho informe al Gobernador y a la Asamblea Legislativa dentro de
21 un término no mayor de treinta (30) días de haberlo recibido. En el informe se analizará la
22 efectividad de las disposiciones de este Capítulo en promover la estabilidad de tarifas, la
23 disponibilidad de los productos y la asequibilidad económica de los planes médicos para los

1 patronos de PYMES. El informe podrá incluir recomendaciones para mejoras que se
2 pudieran introducir con respecto a la efectividad general, eficiencia y la equidad en el
3 mercado de seguros para grupos pequeños. En el informe se discutirá si los aseguradores y
4 productores están mercadeando o emitiendo de manera activa y equitativa los planes
5 médicos a los patronos de PYMES, de conformidad con los propósitos de este Capítulo. El
6 informe podrá incluir recomendaciones sobre conducta de mercado u otras normas o
7 acciones regulatorias.

8 **Artículo 8.140. Relevo de Ciertas Leyes Estatales**

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

17 **Artículo 8.150. Procedimientos Administrativos**

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

1 **Artículo 8.160. Estándares y Restricciones para Garantizar el Mercadeo**

2 **Equitativo**

3 A. Los aseguradores mercadearán de manera activa a todos los patronos de PYMES en
4 Puerto Rico todos los planes médicos que venda dicho asegurador en este mercado.

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

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

15 C. Ningún asegurador, directa o indirectamente, contratará, acordará o hará algún
16 acuerdo con un productor para disponer o que resulte en que la remuneración pagada
17 al productor por la venta de planes médicos variará debido a algún factor relacionado
18 con el estado de salud de los empleados elegibles o dependientes, o la industria,
19 ocupación o ubicación del patrono de PYMES, ya fuere al inicio del plan médico,
20 como al momento de renovarlo.

21 Esta disposición no será aplicable con respecto a un acuerdo de remuneración a un
22 productor a base de porcentaje de las primas, disponiéndose que dicho porcentaje no
23 variará debido a ningún factor relacionado con el estado de salud de los empleados

1 elegibles o dependientes, o la industria, ocupación o ubicación del patrono de
2 PYMES.

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

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

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

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

Artículo 8.170. Divulgaciones Requeridas

A. En relación con la oferta para la venta de un plan médico a un patrono de PYMES, el asegurador deberá realizar una divulgación razonable, como parte de sus materiales de solicitud y venta, que incluya todo lo siguiente:

- (1) Las disposiciones del plan médico que, conforme este Capítulo, le otorgan el derecho al asegurador de cambiar las tarifas y los factores, que no sea la experiencia en reclamaciones;
- (2) Las disposiciones relacionadas con la posibilidad de renovación de las pólizas y contratos;
- (3) Las disposiciones relacionadas con las condiciones preexistentes; y
- (4) Una lista e información descriptiva, incluso beneficios y primas, sobre todos los planes médicos disponibles para el patrono de PYMES.

Capítulo 12 Prohibición del Uso de Cláusulas Discrecionales**Artículo 12.010. Título**

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

Artículo 12.020. Propósito

El propósito de este Capítulo es asegurar que se acuerden contractualmente los beneficios de los planes médicos y las cubiertas de protección de ingresos en caso de incapacidad, para así evitar el conflicto de intereses que ocurre cuando la organización de seguros de salud o el asegurador de incapacidad responsable de proveer los beneficios tiene la autoridad discrecional para decidir cuáles beneficios se tienen que pagar. No se entenderá que las disposiciones de este Capítulo imponen un requisito o deber a ninguna persona que

1 no sea la organización de seguros de salud o el asegurador de incapacidad que ofrece
2 cubierta de protección de ingresos en caso de incapacidad.

3 **Artículo 12.030. Definiciones**

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

8 B. “Servicios de cuidado de la salud” significa servicios de diagnóstico, prevención,
9 tratamiento, cura o alivio de padecimientos crónicos, dolencias, lesiones o
10 enfermedades.

11 **Artículo 12.040. Prohibición del Uso de Cláusulas Discrecionales**

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

22 B. Las pólizas, contratos, certificados o acuerdos ofrecidos o emitidos en Puerto Rico
23 que provean cubierta de protección de ingresos en caso de incapacidad no

1 médico y que, a base de la información provista, el beneficio cumple con los
2 requisitos de la organización de seguros de salud en cuanto a la necesidad médica, la
3 idoneidad, el lugar donde se provee el cuidado de la salud, o el nivel o eficacia del
4 cuidado.

5 C. “Criterios de revisión clínica” son los procedimientos escritos para el cernimiento,
6 resúmenes de las decisiones, los protocolos clínicos y guías de práctica que usa la
7 organización de seguros de salud para determinar la necesidad médica e idoneidad de
8 los servicios de cuidado de salud.

9 D. “Determinación adversa” significa:

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

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

- 1 (3) La determinación que resulte de una revisión prospectiva o revisión
2 retrospectiva en la que se deniega, reduce, termina o no se paga, parcial o
3 totalmente, el beneficio.
- 4 E. “Estabilizado” significa, con respecto a una condición médica de emergencia, que no
5 hay probabilidad de que se deteriore la condición del paciente, dentro de las
6 probabilidades médicas razonables, antes de que se pueda transferir al paciente.
- 7 F. “Homólogo clínico” significa un médico u otro profesional de la salud que tiene una
8 licencia sin restricciones en un estado de los Estados Unidos o en Puerto Rico, y en
9 la misma especialidad, o especialidad similar, que los médicos o profesionales que
10 por costumbre atienden la condición, procedimiento o tratamiento que se revisa.
- 11 G. “Manejo de casos” significa un conjunto de actividades coordinadas, establecidas por
12 la organización de seguros de salud, para el manejo individual de los padecimientos
13 del paciente, sean complejos, prolongados o de otro tipo.
- 14 H. “Plan de cuidado coordinado” significa
- 15 (1) Un plan médico que requiere o incentiva, incluso económicamente, que las
16 personas cubiertas utilicen los proveedores de la organización de seguros de
17 salud, o proveedores que son administrados, contratados o empleados por
18 ésta, para que las personas cubiertas utilicen dichos servicios.
- 19 (2) Los “planes de cuidado coordinado” incluyen:
- 20 (a) Los planes cerrados, según se define en el Artículo 2.020 de este
21 Código; y
- 22 (b) Los planes abiertos, según se define en el Artículo 2.020 de este
23 Código.

- 1 I. “Organización de revisión de utilización” significa la entidad contratada por una
2 organización de seguros de salud para llevar a cabo la revisión de utilización, cuando
3 no sea la organización de seguros de salud quien hace la revisión de su propio plan
4 médico. No se interpretará que es requisito para la organización de seguros de salud
5 subcontratar una entidad independiente para llevar a cabo los procesos de revisión de
6 utilización.
- 7 J. “Plan médico” significa toda póliza, contrato, certificado o acuerdo ofrecido o
8 emitido por una organización de seguros de salud para proveer, suministrar, o
9 tramitar los servicios de cuidado de la salud, o pagar o reembolsar los costos de los
10 mismos.
- 11 K. “Planificación de altas” significa el proceso formal que se lleva a cabo antes de que a
12 un paciente se le dé alta de una instalación, para determinar la coordinación y manejo
13 del cuidado que recibirá dicho paciente luego de que se le haya dado de alta.
- 14 L. “Querella” significa una queja escrita —o verbal si la misma conlleva una solicitud
15 de cuidado urgente— presentada por una persona cubierta, o a nombre de ésta, con
16 respecto a:
- 17 (1) La disponibilidad, prestación o calidad de los servicios de cuidado de la
18 salud, incluidas las querellas relacionadas con una determinación adversa que
19 resulte de una revisión de utilización;
- 20 (2) El pago o manejo de reclamaciones o el reembolso por servicios de cuidado
21 de la salud; o
- 22 (3) Asuntos relacionados con la relación contractual entre la persona cubierta y la
23 organización de seguros de la salud.

- 1 M. “Red” significa el grupo de proveedores participantes que presta servicios a un plan
2 de cuidado coordinado.
- 3 N. “Revisión concurrente” significa la revisión de utilización hecha durante la estadía
4 del paciente en una instalación, o durante el tratamiento del paciente en la oficina de
5 un profesional de la salud u otro lugar donde se prestan servicios de cuidado de la
6 salud a pacientes reclusos o ambulatorios.
- 7 O. “Revisión de servicios ambulatorios” significa la revisión de utilización de servicios
8 de cuidado de la salud prestados en instalaciones que proveen servicios
9 ambulatorios.
- 10 P. “Revisión de utilización” significa un conjunto de técnicas formales para supervisar
11 los servicios de cuidado de la salud, procedimientos o lugares donde se prestan
12 dichos servicios, o para evaluar la necesidad médica, idoneidad, eficacia o eficiencia
13 de los mismos. Dichas técnicas podrían incluir la revisión de servicios ambulatorios,
14 la revisión prospectiva, la segunda opinión, la certificación, la revisión concurrente,
15 el manejo de casos, la planificación de altas o la revisión retrospectiva.
- 16 Q. “Revisión prospectiva” significa la revisión de utilización antes de que se preste el
17 servicio de cuidado de la salud o el tratamiento al paciente, según el requisito de la
18 organización de seguros de salud para que dicho servicio o tratamiento se apruebe,
19 en parte o en su totalidad, antes de que se preste el mismo.
- 20 R. “Revisión retrospectiva” significa la revisión de una solicitud de un beneficio que se
21 lleva a cabo luego de que el servicio de cuidado de la salud fue prestado. “Revisión
22 retrospectiva” no incluye la revisión de una reclamación que se limita a la evaluación
23 de la veracidad de la documentación o el uso de los códigos correctos.

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

5 T. “Solicitud de cuidado urgente” significa

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

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

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

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

1 **Artículo 22.040. Aplicabilidad y Alcance**

2 Salvo se especifique lo contrario, este Capítulo será aplicable a todas las
3 organizaciones de seguros de salud.

4 **Artículo 22.050. Requisitos para Reportar Querellas al Comisionado**

- 5 A. Las organizaciones de seguros de salud mantendrán registros escritos para
6 documentar todas las querellas recibidas durante cada año natural (el registro).
- 7 B. Las solicitudes de revisión de primer nivel de las querellas relacionadas con una
8 determinación adversa se procesarán según el Artículo 22.070. Las solicitudes de
9 revisión ordinaria de las querellas no relacionadas con una determinación adversa se
10 procesarán según el Artículo 22.080.
- 11 C. Las solicitudes de revisión voluntaria adicional de una querella se procesarán según
12 el Artículo 22.090.
- 13 D. Para cada querella, el registro contendrá, como mínimo, la siguiente información:
- 14 (1) Una descripción general de la razón de la querella;
- 15 (2) La fecha en que se recibió;
- 16 (3) La fecha de cada revisión o, si fuera aplicable, de cada reunión de revisión;
- 17 (4) La decisión/resolución que se emitió en cada nivel de revisión, si fuera
18 aplicable;
- 19 (5) La fecha de la decisión/resolución en cada nivel de revisión, si fuera aplicable
20 y
- 21 (6) El nombre de la persona cubierta con respecto a la cual se radicó la querella.
- 22 E. El registro se mantendrá de una manera clara y accesible al Comisionado.

- 1 F. (1) Las organizaciones de seguros de salud conservarán el registro recopilado
2 durante el año natural por un periodo de cinco (5) años o hasta que el
3 Comisionado haya emitido el informe final de un examen que incluya una
4 revisión del registro para dicho año natural, cual plazo sea mayor.
- 5 (2) (a) Las organizaciones de seguros de salud presentarán al Comisionado,
6 por lo menos una vez al año, un informe en el formato especificado
7 por el Comisionado.
- 8 (b) El informe incluirá lo siguiente para cada uno de los planes médicos
9 que ofrece la organización de seguros de salud:
- 10 (i) La certificación de cumplimiento que se requiere en el
11 Artículo 22.060 (C);
- 12 (ii) La cantidad de personas cubiertas;
- 13 (iii) La cantidad total de querellas;
- 14 (iv) La cantidad de querellas para las cuales una persona cubierta
15 solicitó una revisión voluntaria a tenor con el Artículo 22.090;
- 16 (v) La cantidad de querellas resueltas en cada nivel, si fuera
17 aplicable, y la decisión/resolución;
- 18 (vi) La cantidad de querellas que fueran apeladas al Comisionado
19 de las cuales se ha informado a la organización de seguros de
20 salud;
- 21 (vii) La cantidad de querellas referidas a procedimientos alternos
22 de mediación o arbitraje, o que resultaron en litigios y

1 (viii) Una sinopsis de las medidas tomadas para corregir los
2 problemas que se han identificado.

3 **Artículo 22.060. Procedimientos de Revisión de las Querellas**

4 A. Salvo como se especifique en el Artículo 22.100, las organizaciones de seguros de
5 salud recibirán y resolverán las querellas de las personas cubiertas, según los
6 procedimientos escritos, como se dispone en los Artículos 22.070, 22.080 y 22.090.

7 B. Las organizaciones de seguros de salud radicarán con el Comisionado una copia de
8 los procedimientos que se requieren en el apartado A, incluidos todos los formularios
9 usados para procesar las solicitudes hechas. Toda modificación sustancial a dichos
10 procedimientos se radicará con el Comisionado también. El Comisionado podrá
11 desaprobado la radicación hecha si no cumple con este Capítulo o con la
12 reglamentación aplicable.

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

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

21 E. La descripción de los procedimientos de querella en los documentos antes
22 mencionados incluirán una declaración del derecho de la persona cubierta a

1 comunicarse con la Oficina del Comisionado para obtener ayuda en todo momento.

2 La declaración incluirá el número telefónico y la dirección del Comisionado.

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

5 A. A más tardar los ciento ochenta (180) días del recibo de la notificación de una
6 determinación adversa, la persona cubierta o su representante autorizado podrá
7 radicar una querrella con la organización de seguros de salud en la que se solicita una
8 revisión de primer nivel de la determinación adversa.

9 B. La organización de seguros de salud proveerá a la persona cubierta el nombre, la
10 dirección y el número telefónico de la persona u organización designada para
11 coordinar la revisión de primer nivel a nombre de la organización de seguros de
12 salud.

13 C. (1) (a) En el caso de una determinación adversa relacionada con una revisión
14 de utilización, la organización de seguros de salud designará uno o
15 varios homólogos clínicos de la misma especialidad, o especialidad
16 similar, que normalmente manejarían el caso para el cual se hizo la
17 determinación adversa. Los homólogos clínicos designados no pueden
18 haber participado en la determinación adversa inicial.

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

22 (2) Al llevar a cabo una revisión a tenor con este Artículo, los revisores tomarán
23 en cuenta todos los comentarios, documentos y registros, así como otra

1 información relacionada con la solicitud de revisión presentada por las
2 personas cubiertas o sus representantes autorizados, independientemente de
3 que la información se hubiese presentado o considerado al hacer la
4 determinación adversa inicial.

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

7 (i) Presentar comentarios por escrito, documentos, registros y
8 otros materiales relacionados con la solicitud objeto de
9 revisión; y

10 (ii) Recibir de la organización de seguros de salud, a solicitud y
11 gratuitamente, acceso a todos los documentos y registros, y a
12 obtener copias de los mismos, así como información
13 pertinente a la solicitud de revisión.

14 (b) Para los fines del subinciso (a) (ii), se considerará que los
15 documentos, registros u otra información es pertinente a la solicitud
16 de revisión de la persona cubierta si éstos:

17 (i) Se usaron en la determinación de beneficios;

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

22 (iii) Demuestran que al hacer la determinación, la organización de
23 seguros de salud siguió, de manera uniforme, los mismos

- 1 procedimientos y garantías administrativas que se siguen con
2 otras personas cubiertas en circunstancias similares; o
- 3 (iv) Constituyen declaraciones de política o directrices del plan
4 médico relacionadas con el servicio de cuidado de la salud o
5 tratamiento denegado y el diagnóstico de la persona cubierta,
6 independientemente de que se tomaran en cuenta al hacer la
7 determinación adversa inicial.
- 8 (2) Las organizaciones de seguros de salud informarán a las personas cubiertas o,
9 si fuera aplicable, a sus representantes autorizados, de los derechos que
10 conforme al inciso (1) le asisten, a más tardar tres (3) días laborables del
11 recibo de la querella.
- 12 E. A los fines de calcular los plazos que se establecen en el apartado F para la
13 determinación y notificación, los plazos comenzarán cuando la organización de
14 seguros de salud reciba la solicitud de revisión, independientemente de si se
15 acompaña la solicitud con toda la información necesaria para hacer la determinación.
- 16 F. (1) Las organizaciones de seguros de salud emitirán una decisión y la notificarán
17 por escrito, o por medios electrónicos si la persona cubierta ha acordado
18 recibir la notificación por esta vía, dentro de los plazos establecidos en los
19 incisos (2) ó (3).
- 20 (2) Con respecto a una querella en la que se solicita una revisión de primer nivel
21 de una determinación adversa relacionada con una revisión prospectiva, la
22 organización de seguros de salud notificará y emitirá la decisión dentro de un

1 plazo razonable de acuerdo a la condición médica de la persona cubierta, pero
2 nunca más tarde de quince (15) días calendario del recibo de la querella.

3 (3) Con respecto a una querella en la que se solicita una revisión de primer nivel
4 de una determinación adversa relacionada con una revisión retrospectiva, la
5 organización de seguros de salud notificará y emitirá una decisión en un
6 plazo razonable, pero nunca más tarde de treinta (30) días calendario del
7 recibo de la querella.

8 G. La decisión emitida conforme al apartado F expresará de manera comprensible para
9 la persona cubierta o, si fuera aplicable, para su representante autorizado:

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

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

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

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

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

20 (a) Las razones específicas de la determinación adversa;

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

- 1 (c) Una declaración en el sentido de que la persona cubierta tiene derecho
2 a recibir de manera gratuita, a su solicitud, acceso razonable y copias
3 de todos los documentos, registros y otra información pertinente,
4 según se defina el término “pertinente” en el apartado D(1)(b);
- 5 (d) Si para formular la determinación adversa la organización de seguros
6 de salud se fundamentó en una regla, guía o protocolo interno u otro
7 criterio similar, se proveerá una copia de dicha regla, guía o protocolo
8 en específico u otro criterio similar en que se fundamentó la
9 determinación adversa, de manera gratuita a solicitud de la persona
10 cubierta;
- 11 (e) Si la determinación adversa se basa en la necesidad médica o la
12 naturaleza experimental o investigativa del tratamiento, o en una
13 exclusión o limitación similar, una explicación escrita del
14 razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, o
15 una declaración de que se proveerá una explicación a la persona
16 cubierta de manera gratuita, a su solicitud y
- 17 (f) Si fuera aplicable, instrucciones para solicitar:
- 18 (i) Una copia de la regla, guía, protocolo interno u otro criterio
19 similar en que se basó la determinación, según se dispone en
20 el inciso 5 (d); y
- 21 (ii) Una explicación del razonamiento científico o clínico seguido
22 al hacer la determinación, según se dispone en el inciso 5 (e).
- 23 (6) Si fuera aplicable, una declaración en la que se indique:

- 1 (a) Una descripción del proceso para obtener una revisión voluntaria
2 adicional a la decisión de la revisión del primer nivel relacionada con
3 una determinación adversa, si la persona cubierta deseara solicitar una
4 revisión voluntaria conforme al Artículo 22.090;
- 5 (b) Los procedimientos escritos que rigen la revisión voluntaria,
6 incluyendo los plazos requeridos para la revisión;
- 7 (c) Una descripción de los procedimientos para obtener una revisión
8 externa independiente, conforme las disposiciones del Capítulo sobre
9 “Revisión Externa de las Determinaciones Adversas de las
10 Organizaciones de Seguros de Salud” de este Código, si la persona
11 cubierta decidiera que no solicitará una revisión voluntaria y
- 12 (d) El derecho de la persona cubierta a incoar una demanda en el tribunal
13 competente.
- 14 (7) Si fuera aplicable, y enfatizando el carácter voluntario, la siguiente
15 declaración: *“El plan médico y usted podrían tener otras opciones de*
16 ***resolución voluntaria** de las controversias, tal como la mediación o el*
17 *arbitraje. Para determinar las opciones disponibles, comuníquese con el*
18 *Comisionado de Seguros”*y
- 19 (8) Una notificación del derecho de la persona cubierta a comunicarse con la
20 Oficina del Comisionado para solicitar ayuda en todo momento, con el
21 número telefónico y la dirección de la Oficina del Comisionado.

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

- 1
- 2
- 3 A. Las organizaciones de seguros de salud establecerán procedimientos escritos para las
- 4 revisiones ordinarias de querellas no relacionadas con una determinación adversa.
- 5 B. (1) Los procedimientos permitirán que la persona cubierta o su representante
- 6 autorizado presente una querella no relacionada con una determinación
- 7 adversa con la organización de seguros de salud, conforme a las
- 8 disposiciones de este Artículo.
- 9 (2) (a) La persona cubierta o, si fuera aplicable, su representante autorizado,
- 10 tienen derecho a presentar documentos escritos para la consideración
- 11 de las personas designadas por la organización de seguros de salud
- 12 para llevar a cabo la revisión ordinaria.
- 13 (b) La organización de seguros de salud informará a la persona cubierta
- 14 o, si fuera aplicable, a su representante autorizado, dentro de tres (3)
- 15 días laborables del recibo de la querella, los derechos que le asisten
- 16 conforme al inciso 2 (a).
- 17 C. (1) Al recibo de la querella, la organización de seguros de salud designará una
- 18 persona para realizar la revisión ordinaria.
- 19 (2) Para realizar la revisión ordinaria, la organización de seguros de salud no
- 20 designará a la persona que manejó el asunto objeto de la querella.
- 21 (3) La organización de seguros de salud proveerá a la persona cubierta o, si fuera
- 22 aplicable, a su representante autorizado, el nombre, la dirección y el número

1 telefónico de la persona designada para realizar la revisión ordinaria de la
2 querella.

3 D. La organización de seguros de salud notificará por escrito su decisión a la persona
4 cubierta o, si fuera aplicable, a su representante autorizado, a más tardar los treinta
5 (30) días calendario del recibo de una solicitud de revisión ordinaria de una querella.

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

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

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

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

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

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

15 (a) Una descripción del proceso para obtener una revisión voluntaria
16 adicional a la decisión de la revisión ordinaria, si la persona cubierta
17 deseara solicitar una revisión voluntaria conforme al Artículo 22.090;

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

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

Artículo 22.090. Nivel Voluntario de Revisiones de Querellas

- 1
- 2 A. (1) Las organizaciones de seguros de salud que ofrecen planes de cuidado
3 coordinado establecerán un proceso de revisión voluntaria para sus planes de
4 cuidado coordinado. El propósito de este proceso de revisión voluntaria es
5 proveer a las personas cubiertas que estén insatisfechas con la decisión de la
6 revisión de primer nivel hecha conforme al Artículo 22.070, o que estén
7 insatisfechas con la decisión de la revisión ordinaria hecha conforme al
8 Artículo 22.080, la opción de solicitar una revisión voluntaria adicional en la
9 cual tengan el derecho de comparecer ante los representantes designados por
10 la organización de seguros de salud.
- 11 (2) Este Artículo no será aplicable a los planes de indemnización médica.
- 12 B. (1) Toda organización de seguros de salud a la que se le requiere conforme a este
13 Artículo que establezca un proceso de revisión voluntaria, proveerá a las
14 personas cubiertas o sus representantes autorizados, una notificación
15 conforme al Artículo 22.070 G (6) o el Artículo 22.080 E (5), según
16 corresponda. Tal notificación será a los efectos de que dichas personas
17 cuentan con la opción de presentar una solicitud de revisión voluntaria
18 adicional.
- 19 (2) Al recibo de una solicitud de una revisión voluntaria adicional, la
20 organización de seguros de salud notificará a la persona cubierta o, si fuere
21 aplicable, a su representante autorizado, del derecho que tiene la persona
22 cubierta a:

- 1 (a) Solicitar dentro del plazo especificado en el inciso (3) (a), la
2 oportunidad de comparecer en persona ante el panel de revisión
3 designado por la organización de seguros de salud;
- 4 (b) Recibir de la organización de seguros de salud, a solicitud de la
5 persona cubierta, copias de todos los documentos, registros y otra
6 información, que no sea confidencial ni privilegiada, relacionada con
7 la solicitud de revisión voluntaria adicional;
- 8 (c) Presentar el caso de la persona cubierta ante el panel de revisión;
- 9 (d) Presentar comentarios escritos, documentos, registros y otros
10 materiales relacionados con la solicitud de revisión voluntaria
11 adicional para la consideración del panel de revisión, tanto antes
12 como durante la reunión de revisión, si fuera aplicable.
- 13 (e) Si fuera aplicable, formular preguntas a los representantes de la
14 organización de seguros de salud en el panel de revisión y
- 15 (f) Tener la asistencia o representación de cualquier persona, incluyendo
16 abogado, que escoja la persona cubierta.
- 17 (3) (a) Toda persona cubierta, o su representante autorizado, que desee
18 comparecer en persona ante el panel de revisión presentará por escrito
19 a la organización de seguros de salud una solicitud a dichos efectos, a
20 más tardar siete (7) días laborables del recibo de la notificación
21 enviada conforme al inciso (2).
- 22 (b) No se condicionará el derecho que tiene la persona cubierta a una
23 revisión justa, a que ésta comparezca a la reunión de revisión.

- 1 C. (1) (a) Con respecto a una solicitud de revisión voluntaria de una decisión
2 emitida conforme al Artículo 22.070, la organización de seguros de
3 salud nombrará un panel de revisión para considerar la solicitud.
- 4 (b) Al realizar la revisión, el panel de revisión tomará en consideración
5 todo comentario, documento, registro y otra información relacionada
6 con la solicitud de revisión voluntaria adicional que presente la
7 persona cubierta o su representante autorizado, independientemente
8 de si la información se presentó o consideró al tomar la decisión en la
9 revisión de primer nivel.
- 10 (c) El panel tendrá la autoridad legal para obligar a la organización de
11 seguros de salud a cumplir con la decisión de dicho panel.
- 12 (2) (a) Salvo como se dispone en el inciso 2 (b), la mayoría de las personas
13 que componen el panel serán personas que no participaron en la
14 decisión de la revisión de primer nivel tomada conforme al Artículo
15 22.070.
- 16 (b) Una persona que haya participado en la decisión de la revisión de
17 primer nivel podrá ser miembro del panel o comparecer ante el panel
18 para proveer información o responder a las preguntas del panel.
- 19 (c) La organización de seguros de salud se asegurará de que la mayoría
20 de las personas que realizan la revisión voluntaria adicional sean
21 profesionales de la salud con la pericia adecuada.
- 22 (d) El personal que realiza la revisión:

- 1 (i) No será un proveedor del plan médico de la persona cubierta
2 ni
- 3 (ii) Tendrá ningún interés económico en el resultado de la
4 revisión.
- 5 D. (1) (a) Con respecto a una solicitud de revisión voluntaria de una decisión
6 emitida conforme al Artículo 22.080, la organización de seguros de
7 salud nombrará el panel de revisión para considerar la solicitud.
- 8 (b) El panel tendrá la autoridad legal para obligar a la organización de
9 seguros de salud a cumplir con su decisión.
- 10 (2) (a) Salvo como se dispone en el inciso 2 (b), la mayoría las personas que
11 componen el panel serán empleados o representantes de la
12 organización de seguros de salud que no participaron en la decisión de
13 la revisión ordinaria tomada conforme al Artículo 22.080.
- 14 (b) Los empleados o representantes de la organización de seguros de
15 salud que hayan participado en la decisión de la revisión ordinaria
16 podrán comparecer ante el panel para proveer información o
17 responder preguntas.
- 18 E. (1) (a) Cuando una persona cubierta o su representante autorizado solicite,
19 conforme al apartado C o el apartado D, comparecer en persona ante
20 el panel, dentro del plazo especificado en el apartado B (3) (a), los
21 procedimientos para realizar la revisión incluirán las disposiciones de
22 este apartado.

- 1 (b) (i) El panel programará y celebrará una reunión a más tardar los
2 treinta (30) días calendario contados a partir del recibo de la
3 solicitud de revisión voluntaria adicional.
- 4 (ii) Con por lo menos quince (15) días calendario de anticipación,
5 se notificará por escrito a la persona cubierta o, si fuera
6 aplicable, a su representante autorizado, la fecha en que se
7 llevará a cabo la reunión del panel de revisión.
- 8 (iii) La organización de seguros de salud no denegará de manera
9 irrazonable una solicitud de la persona cubierta o su
10 representante autorizado para aplazar la revisión.
- 11 (c) La reunión de revisión se realizará durante horas laborables normales
12 en un lugar accesible a la persona cubierta o, si fuera aplicable, a su
13 representante autorizado.
- 14 (d) Cuando una reunión en persona no sea factible por razones
15 geográficas, la organización de seguros de salud ofrecerá a la persona
16 cubierta o, si fuera aplicable, su representante autorizado, la
17 oportunidad de comunicarse con el panel de revisión, mediante
18 llamada telefónica de tipo conferencia, videoconferencia u otra
19 tecnología apropiada, por cuenta de la organización de seguros de
20 salud.
- 21 (e) Si la organización de seguros de salud tiene la intención de estar
22 asistida por su representación legal, notificará este hecho a la persona
23 cubierta o, si fuera aplicable, a su representante autorizado, con por lo

1 menos quince (15) días calendario de anticipación a la fecha de la
2 reunión de revisión. Además, le notificará a la persona cubierta que
3 puede estar asistida por su propia representación legal.

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

8 (2) Cuando la persona cubierta o, si fuera aplicable, su representante autorizado,
9 no solicite la oportunidad de comparecer en persona ante el panel de revisión,
10 dicho panel de revisión emitirá su decisión y notificará la misma a la persona
11 cubierta o, si fuera aplicable, a su representante, como se dispone en el
12 apartado F, por escrito o electrónicamente (si se ha acordado recibir la
13 notificación por esta vía), a más tardar los cuarenta y cinco (45) días
14 calendario de la primera de las siguientes fechas:

15 (a) La fecha en que la persona cubierta o su representante autorizado
16 notifique a la organización de seguros de salud que no solicitará la
17 comparecencia en persona ante el panel de revisión; o

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

21 F. La decisión emitida conforme al apartado E incluirá:

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

- 1 (2) Una declaración de la interpretación que hizo el panel de revisión de la
2 querella y todos los hechos pertinentes;
- 3 (3) La justificación de la decisión del panel de revisión;
- 4 (4) Referencia a la evidencia o documentación que el panel de revisión consideró
5 al tomar la decisión;
- 6 (5) Si la querella se relaciona con una determinación adversa:
- 7 (a) Las instrucciones para solicitar una declaración escrita de la
8 justificación médica, incluidos los criterios de revisión clínica usados
9 al tomar la determinación;
- 10 (b) Si fuera aplicable, una declaración en la que se describen los
11 procedimientos para obtener una revisión externa independiente de la
12 determinación adversa a tenor con el Capítulo sobre “Revisión
13 Externa de las Determinaciones Adversas de las Organizaciones de
14 Seguros de Salud” de este Código y
- 15 (6) Una notificación del derecho de la persona cubierta a comunicarse con la
16 Oficina del Comisionado para solicitar ayuda en todo momento, con el
17 número telefónico y la dirección de la Oficina del Comisionado.

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

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

- 1 B. Los procedimientos permitirán que la persona cubierta, o su representante
2 autorizado, solicite a la organización de seguros de salud una revisión acelerada
3 según se dispone en este Artículo, verbalmente o por escrito.
- 4 C. La organización de seguros de salud designará para la revisión acelerada homólogos
5 clínicos de la misma especialidad o especialidad similar al de la persona que
6 normalmente manejaría el caso que se revisa. Dichos homólogos no deben haber
7 participado en la determinación adversa inicial.
- 8 D. En una revisión acelerada, toda la información necesaria, incluida la decisión de la
9 organización de seguros de salud, se transmitirá entre la organización de seguros de
10 salud y la persona cubierta o, si fuera aplicable, su representante autorizado, por
11 teléfono, fax, o la manera más expedita disponible.
- 12 E. La decisión de la revisión acelerada se tomará y se notificará a la persona cubierta o,
13 si fuera aplicable, a su representante autorizado, conforme al apartado G con la
14 premura que requiera la condición médica de la personas cubierta, pero en ningún
15 caso a más de cuarenta y ocho (48) horas del recibo de la solicitud de revisión
16 acelerada.
- 17 F. Para fines de calcular los plazos en que se requiere que se tome la decisión y se
18 notifique conforme al apartado E, el plazo comenzará a la fecha en que se radique la
19 solicitud de revisión acelerada con la organización de seguros de salud,
20 independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para
21 tomar la determinación.

- 1 G. (1) La notificación de la decisión detallará lo siguiente, de una manera
2 comprensible para la persona cubierta o, si fuera aplicable, para su
3 representante autorizado:
- 4 (a) Los títulos y credenciales de las personas que participaron en el
5 proceso de revisión acelerada (los revisores);
- 6 (b) Una declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la
7 querella;
- 8 (c) La decisión de los revisores en términos claros y la base contractual o
9 justificación médica, para que la persona cubierta pueda responder a
10 los planteamientos de la organización de seguros de salud;
- 11 (d) Una referencia a la evidencia o documentación usada como base de la
12 decisión y
- 13 (e) Si la decisión resulta en una determinación adversa, la misma
14 proveerá:
- 15 (i) Las razones específicas de la determinación adversa;
- 16 (ii) Una referencia a las disposiciones específicas del plan médico
17 en las que se basa la determinación;
- 18 (iii) Si para formular la determinación adversa la organización de
19 seguros de salud se fundamentó en una regla, guía, protocolo
20 interno u otro criterio similar, se proveerá una copia de dicha
21 regla, guía o protocolo u otro criterio similar en que se
22 fundamentó la determinación adversa, de manera gratuita a la
23 solicitud de la persona cubierta;

- 1 (iv) Si la determinación adversa se basa en la necesidad médica o
2 la naturaleza experimental o investigativa del tratamiento, o en
3 una exclusión o limitación similar, una explicación escrita del
4 razonamiento científico o clínico seguido al hacer la
5 determinación;
- 6 (v) Si fuera aplicable, instrucciones para solicitar:
- 7 (I) Una copia de la regla, guía, protocolo interno u otro
8 criterio similar en que se basó la determinación
9 adversa según se dispone en el subinciso (e) (iii) o
- 10 (II) Una explicación del razonamiento científico o clínico
11 seguido al hacer la determinación, según se dispone en
12 el inciso (e) (iv);
- 13 (vi) Una descripción de los procedimientos para obtener una
14 revisión externa independiente conforme a las disposiciones
15 del Capítulo sobre “Revisión Externa de las Determinaciones
16 Adversas de las Organizaciones de Seguros de Salud” de este
17 Código;
- 18 (vii) Una declaración en la que se indica el derecho de la persona
19 cubierta a incoar una demanda en el tribunal competente;
- 20 (viii) La siguiente declaración, enfatizando el carácter voluntario de
21 los procedimientos: *“El plan médico y usted podrían tener*
22 *otras opciones de **resolución voluntaria** de las controversias,*
23 *tal como la mediación o el arbitraje. Para determinar las*

1 *opciones disponibles, comuníquese con el Comisionado de*
2 *Seguros.” y*

3 (ix) Una notificación del derecho de la persona cubierta a
4 comunicarse con la Oficina del Comisionado para solicitar
5 ayuda en todo momento, con el número telefónico y la
6 dirección de la Oficina del Comisionado.

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

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

14 **Capítulo 54 Cubierto para Niños Recién Nacidos, Niños Recién Adoptados y Niños**
15 **Colocados para Adopción**

16 **Artículo 54.010. Título**

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

19 **Artículo 54.020. Propósito**

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

1 **Artículo 54.030. Definiciones**

2 Para propósitos de este Capítulo:

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

7 **Artículo 54.040. Aplicabilidad**

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

10 B. Las disposiciones de este Capítulo no aplicarán a los planes médicos, sean grupales o
11 individuales, que proveen solamente cubierta para enfermedades específicas,
12 cubierta específica de accidentes o sólo de accidentes, cubierta de seguro de crédito,
13 cubierta dental, cubierta de ingreso por incapacidad, indemnización hospitalaria u
14 otra cubierta de indemnización fija, cubierta de visión o cualquier otro beneficio
15 suplementario o póliza suplementaria de Medicare, cubierta bajo un plan a través de
16 Medicare, Medicaid o el programa de beneficios de salud de los empleados
17 federales, toda cubierta emitida como suplemento de un seguro de responsabilidad,
18 compensación para trabajadores o algún seguro similar, seguro de automóviles que
19 cubren gastos médicos o algún seguro bajo el cual los beneficios son pagaderos sin
20 importar la culpa.

21 **Artículo 54.050. Requisitos para la Cubierta**

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

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

- 1 (2) Niños recién adoptados por personas cubiertas a partir de la primera de las
2 siguientes fechas:
- 3 (a) La fecha en que se colocan en el hogar de la persona cubierta con el
4 propósito de ser adoptados y permanecen en el hogar en las mismas
5 condiciones que los demás dependientes de la persona cubierta, a
6 menos que la colocación se interrumpa antes de la adopción legal y se
7 traslade al niño del hogar donde había sido colocado;
- 8 (b) La fecha en que se emitió una orden proveyéndole la custodia del
9 niño a la persona cubierta que tenga la intención de adoptarlo o
- 10 (c) La fecha de vigencia de la adopción.

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

- 13 (1) Deberá incluir servicios de cuidado de salud para lesiones o enfermedades, lo
14 que incluye el cuidado y tratamiento de defectos y anomalías congénitas
15 que se hayan diagnosticado por un médico y
- 16 (2) No estará sujeta a ninguna exclusión por condición preexistente.

17 **Artículo 54.060. Requisitos de Notificación**

18 A. En los casos de niños recién nacidos, la organización de seguros de salud estará
19 obligada a proveer a las personas cubiertas una notificación razonable acerca de lo
20 siguiente:

- 21 (1) Si para proveer cubierta a un niño recién nacido, según se dispone en este
22 Capítulo, se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico,
23 el plan médico podrá exigir que la persona cubierta notifique a la

1 organización de seguros de salud del nacimiento del niño y que proporcione
2 el pago de los cargos o la prima requeridos a más tardar a los sesenta (60)
3 días de la fecha de nacimiento.

4 (2) Si no se proporciona la notificación y pago descrito en el inciso anterior, la
5 organización de seguros de salud podrá optar por no continuar
6 proporcionándole cubierta al niño más allá del periodo de sesenta (60) días.
7 No obstante lo anterior, si a más tardar a los cuatro (4) meses de la fecha de
8 nacimiento del niño la persona cubierta emite todos los pagos adeudados, se
9 reinstalará la cubierta del niño.

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

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

18 (1) Si para proveer cubierta a un niño recién adoptado o un niño colocado para
19 adopción se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico,
20 el plan médico podrá exigirle a la persona cubierta que notifique a la
21 organización de seguros de salud sobre la adopción o sobre la colocación en
22 un hogar para adopción y que provea a dicha organización el pago de la
23 prima o cargos requeridos a más tardar los sesenta (60) días de la fecha en

1 que se requiere que la cubierta comience según lo dispuesto en el artículo
2 54.050A(2).

3 (2) Si la persona cubierta no provee la notificación o el pago descrito en el inciso
4 anterior dentro del periodo de sesenta (60) días, la organización de seguros de
5 salud no podrá tratar al niño adoptado o al niño colocado para adopción de
6 manera menos favorable que a otros dependientes, que no sean niños recién
7 nacidos, para quienes se solicita cubierta en una fecha posterior a la fecha en
8 que el dependiente se hizo elegible a la cubierta.

9 **Artículo 54.090. Vigencia**

10 Los requisitos dispuestos en este Capítulo aplicarán a todo plan médico que se
11 otorgue en Puerto Rico a los ciento ochenta (180) días de la fecha en que se apruebe este
12 Capítulo.

13 **Capítulo 66 Seguro de Cuidado Prolongado**

14 **Artículo 66.010. Título**

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

17 **Artículo 66.020. Alcance**

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

1 **Artículo 66.030. Propósito**

2 El propósito de este Capítulo es promover el interés público y la disponibilidad de
3 pólizas de seguro de cuidado prolongado, proteger a los solicitantes de seguros de cuidado
4 prolongado, según definido, de prácticas de venta o suscripción injustas o engañosas,
5 establecer estándares para los seguros de cuidado prolongado, facilitar el entendimiento del
6 público y la comparación de pólizas de seguro de cuidado prolongado y facilitar también la
7 flexibilidad y la innovación en el desarrollo de cubiertas de seguro de cuidado prolongado.

8 **Artículo 66.040. Definiciones**

9 Para los fines de este Capítulo:

- 10 A. “Certificado” significa todo certificado emitido conforme a una póliza grupal de
11 seguro de cuidado prolongado, cuya póliza se haya entregado o emitido para
12 entregarse en Puerto Rico.
- 13 B. “Contrato de seguro de cuidado prolongado cualificado” o “contrato de seguro de
14 cuidado prolongado que cualifique para crédito contributivo federal” significa un
15 contrato de seguro individual o grupal que cumple con los requisitos del Código de
16 Rentas Internas Federal de 1986, según enmendado, de la siguiente manera:
- 17 (1) La única protección de seguro que se provee bajo el contrato es la cubierta de
18 servicios de cuidado prolongado establecida según las leyes de
19 contribuciones federales. El contrato no incumplirá con los requisitos de este
20 inciso debido a que se están efectuando pagos a base de periodos de tiempo
21 (por día u otro periodo) sin tomar en consideración los gastos en los que se ha
22 incurrido durante dicho período;

- 1 (2) El contrato no dispone que se paguen ni se reembolsen los gastos incurridos
2 por servicios o artículos que sean reembolsables bajo el Título XVIII de la
3 Ley de Seguro Social, según enmendada, o serían reembolsables sólo si se le
4 aplica un monto de deducible o coaseguro. Los requisitos de este inciso no
5 aplican a los gastos que son reembolsables bajo el Título XVIII de la Ley de
6 Seguro Social solo como pagador secundario. El contrato no incumplirá con
7 los requisitos de este inciso debido a que se están efectuando pagos a base de
8 periodos de tiempo (por día u otro periodo) sin tomar en consideración los
9 gastos en los que se ha incurrido durante dicho período;
- 10 (3) Se garantiza que el contrato es renovable, según se define en el Código de
11 Rentas Internas Federal de 1986, según enmendado;
- 12 (4) El contrato no dispone un valor de rescate en efectivo u otro tipo de
13 prestación monetaria que se pueda pagar, ceder, pignorar o tomar prestada
14 excepto según se dispone en el artículo 66.040 B (1) (e) de este Capítulo;
- 15 (5) Toda devolución de primas, y todos los dividendos o montos similares del
16 titular de la póliza, que se realicen conforme al contrato se aplicarán mediante
17 reducciones en las primas futuras o aumentando los beneficios futuros,
18 excepto que un reembolso en caso de muerte del asegurado o una entrega
19 total o cancelación del contrato no podrá exceder el total de primas pagadas
20 conforme el contrato; y
- 21 (6) El contrato cumple con las disposiciones de protección al consumidor
22 expuestas en el Código de Rentas Internas Federal de 1986, según
23 enmendado.

1 “Contrato de seguro de cuidado prolongado cualificado” o “contrato de seguro de
2 cuidado prolongado que cualifique para crédito contributivo federal” también
3 significa la porción de un contrato de seguro de vida que provee cubierta de seguro
4 de cuidado prolongado mediante una cláusula enmendada o como parte del contrato
5 y que cumple con los requisitos del Código de Rentas Internas Federal de 1986,
6 según enmendado.

7 C. “Póliza” significa toda póliza, contrato, acuerdo de suscriptor, anejo o endoso
8 entregado o emitido para entregarse en Puerto Rico por un asegurador autorizado a
9 mercadear seguros de incapacidad en Puerto Rico.

10 D. “Seguro de cuidado prolongado” significa:

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

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

- 1 (3) Los seguros de cuidado prolongado pueden ser emitidos por aseguradores
2 autorizados a emitir seguros de incapacidad.
- 3 (4) Los seguros de cuidado prolongado no incluirán ninguna póliza de seguro
4 que se ofrezca principalmente para proveer cubierta básica de Medicare
5 suplementario, cubierta básica de gastos de hospital, cubierta básica de gastos
6 médico-quirúrgicos, cubierta de indemnización por hospitalización, cubierta
7 de los gastos médicos mayores, cubierta de ingresos por incapacidad o
8 relacionada con la protección de activos, cubierta solamente para accidentes,
9 cubierta para enfermedades específicas o accidentes específicos o cubierta de
10 salud de beneficios limitados.
- 11 (5) Respecto a los seguros de vida, este término no incluye las pólizas de seguro
12 de vida que aceleran el beneficio por muerte específicamente para uno o más
13 de los sucesos calificadores de enfermedad terminal, condiciones médicas
14 que requieran intervención médica extraordinaria o reclusión institucional
15 permanente; que proveen la opción de pago de una suma global por esos
16 beneficios y en que ni los beneficios ni la elegibilidad para los beneficios
17 están condicionados al recibo de cuidado prolongado. No obstante alguna
18 otra disposición de este Capítulo, todo producto anunciado, mercadeado u
19 ofrecido como seguro de cuidado prolongado estará sujeto a las disposiciones
20 de este Capítulo.
- 21 E. “Seguro de cuidado prolongado grupal” significa una póliza de seguro de cuidado
22 prolongado que se entrega o se emite para entregarse en Puerto Rico a:

- 1 (1) Uno o más patronos u organizaciones laborales, un fideicomiso o los
2 fiduciarios de un fondo establecido por uno o más patronos u organizaciones
3 laborales, o una combinación de éstos, para empleados o ex empleados, o una
4 combinación de éstos, o para miembros o ex miembros, o una combinación
5 de éstos, de las organizaciones laborales; o
- 6 (2) Toda asociación profesional, gremial u ocupacional, para sus miembros
7 presentes, pasados o retirados, o una combinación de éstos, si la asociación:
- 8 (a) Se compone de personas que están o estuvieron activos en la misma
9 profesión, gremio u ocupación; y
- 10 (b) Se ha mantenido de buena fe para otros propósitos que no sean la
11 obtención de un seguro; o
- 12 (3) Una asociación, fideicomiso o los fiduciarios de un fondo establecido, creado
13 o mantenido para el beneficio de miembros de una o más asociaciones.
14 Previo al anuncio, mercadeo u ofrecimiento de la póliza en Puerto Rico, la
15 asociación, o el asegurador de la asociación, radicará evidencia ante el
16 Comisionado de que la asociación desde el comienzo se organizó y se ha
17 mantenido de buena fe para otros propósitos que no sean la obtención de un
18 seguro; ha existido activamente durante al menos un (1) año; y tiene una
19 constitución y estatutos que disponen que:
- 20 (a) La asociación lleva a cabo reuniones regulares no menos de una vez
21 al año para promover los propósitos de los miembros;
- 22 (b) Salvo en el caso de las cooperativas de ahorros, la asociación cobra
23 cuotas o solicitan contribuciones a los miembros y

1 (c) Los miembros tienen derecho al voto y representación en la junta de
2 gobierno y los comités.

3 Luego de transcurridos treinta (30) días de la radicación, se entenderá que la
4 asociación cumple con los requisitos organizacionales, salvo que el
5 Comisionado determine lo contrario.

6 (4) Para cualificar como seguro de cuidado prolongado grupal, el asegurador
7 deberá cerciorarse de que se satisfacen los requisitos mínimos de personas
8 cubiertas establecidos en el Capítulo 14.010 del Código de Seguros de Puerto
9 Rico.

10 F. “Solicitante” significa:

11 (1) En el caso de una póliza de seguro de cuidado prolongado individual, la
12 persona que interesa obtener el seguro.

13 (2) En el caso de una póliza grupal de seguro de cuidado prolongado, el
14 prospecto tenedor del certificado.

15 **Artículo 66.050. Jurisdicción Extraterritorial—Seguros de Cuidado**
16 **Prolongado Grupal**

17 No se ofrecerá ninguna cubierta de seguro de cuidado prolongado a un residente de
18 Puerto Rico bajo una póliza grupal emitida en otro estado a un grupo descrito en el Artículo
19 66.040 E, salvo que el Gobierno de Puerto Rico, o el gobierno de otro estado que tenga
20 requisitos estatutarios y reglamentarios con respecto a los seguros de cuidado prolongado
21 considerablemente similares a los adoptados en Puerto Rico, haya determinado que se ha
22 cumplido con dichos requisitos.

1 **Artículo 66.060. Estándares de Divulgación y Desempeño para Seguros de**
2 **Cuidado Prolongado**

3 A. El Comisionado podrá promulgar un reglamento que incluya estándares para una
4 divulgación completa y justa, en la cual se exponga la manera en que se hará la
5 divulgación y su contenido e información requerida para la venta de pólizas de
6 seguro de cuidado prolongado, los términos de renovación, las condiciones iniciales
7 y futuras de elegibilidad, la no duplicidad de disposiciones de cubierta, el seguro de
8 dependientes, las condiciones preexistentes, la cancelación de la póliza, la
9 continuación o conversión, los períodos de espera, las limitaciones, excepciones,
10 reducciones, los períodos de eliminación, los requisitos de reemplazo, las
11 condiciones recurrentes y definiciones de términos.

12 B. Ninguna póliza de seguro de cuidado prolongado puede:

13 (1) Cancelarse, no renovarse o darse por terminada debido a la edad o el
14 deterioro de la salud física o mental del asegurado o el tenedor del
15 certificado; ni

16 (2) Contener una disposición que establezca un nuevo período de espera en caso
17 de que la cubierta existente se convierta o se reemplace por una nueva u otra
18 forma de cubierta dentro de la misma compañía, excepto si se tratare de un
19 aumento en beneficios seleccionado voluntariamente por el asegurado o el
20 tenedor de la póliza grupal; ni

21 (3) Proveer cubierta sólo para cuidado de enfermería especializada ni proveer
22 significativamente más cubierta para cuidado especializado en una institución
23 que para niveles menores de cuidado.

1 C. Condiciones preexistentes.

2 (1) Ninguna póliza o certificado de seguro de cuidado prolongado usará una
3 definición de “condición preexistente” que sea más restrictiva que la
4 siguiente:

5 *“Condición preexistente significa una condición para la cual se*
6 *recomendó o recibió atención médica o tratamiento por parte de un*
7 *proveedor de servicios de cuidado de salud en los seis (6) meses*
8 *anteriores a la fecha de vigencia de cubierta de una persona asegurada.”*

9 (2) Ninguna póliza o certificado de seguro de cuidado prolongado puede excluir
10 de la cubierta una pérdida o reclusión que resulte de una condición
11 preexistente a menos que la pérdida o reclusión comience dentro de los seis
12 (6) meses siguientes a la fecha de inicio de cubierta del asegurado.

13 (3) La definición de “condición preexistente” no impide que el asegurador use un
14 formulario de solicitud diseñado para obtener el historial médico completo de
15 un solicitante, y, a base de las respuestas en esa solicitud, asegurar a la
16 persona de acuerdo con los estándares de suscripción establecidos por el
17 asegurador. Salvo como se disponga en la póliza o el certificado, una
18 condición preexistente, independientemente de si se informó en la solicitud,
19 no tiene que cubrirse hasta que venza el período de espera descrito en el
20 apartado C (2). Ninguna póliza o certificado de seguro de cuidado
21 prolongado podrá excluir o utilizar cláusulas de renuncia o cláusulas de
22 enmienda de ningún tipo para excluir, limitar o reducir la cubierta o los
23 beneficios para enfermedades o condiciones físicas preexistentes

1 específicamente nombradas o descritas más allá del período de espera
2 descrito en el apartado C (2).

3 D. Hospitalización/institucionalización previa.

4 (1) No se puede entregar o emitir para entrega en Puerto Rico una póliza de
5 seguro de cuidado prolongado si la póliza:

6 (a) Condiciona la elegibilidad para un beneficio a un requisito
7 relacionado con la hospitalización previa;

8 (b) Condiciona la elegibilidad para beneficios provistos en un ambiente
9 de cuidado institucional al recibo de un nivel mayor de cuidado
10 institucional; o

11 (c) Condiciona la elegibilidad para algún beneficio, que no sea la
12 exención del pago de la prima, los beneficios post-reclusión, post-
13 cuidado agudo o de recuperación, a un requisito de
14 institucionalización previa.

15 (2) (a) Una póliza de seguro de cuidado prolongado que contenga beneficios
16 post-reclusión, post-cuidado agudo o de recuperación identificará
17 claramente las limitaciones o condiciones, e incluirá la cantidad de
18 días de reclusión requerida en un párrafo aparte de la póliza o el
19 certificado titulado “Limitaciones o condiciones a la elegibilidad para
20 beneficios”.

21 (b) Una póliza de seguro de cuidado prolongado o anejo que condicione
22 la elegibilidad para beneficios no institucionales a que se haya

1 recibido cuidado institucional previo no requerirá una estadía previa
2 de más de treinta (30) días.

3 (3) Ninguna póliza de seguro de cuidado prolongado o anejo que provea
4 beneficios sólo después de que la persona sea ingresada en una institución
5 condicionará dichos beneficios a que la admisión de la persona a la
6 institución por condiciones similares o relacionadas se efectúe en un período
7 menor de treinta (30) días del alta de dicha institución.

8 E. El Comisionado podrá adoptar reglamentos que establezcan estándares sobre la
9 razón de pérdida (“loss ratio”) para las pólizas de seguro de cuidado prolongado.

10 F. Derecho a devolución. Los solicitantes de seguro de cuidado prolongado tendrán el
11 derecho a devolver la póliza o el certificado hasta treinta (30) días después de la
12 entrega y a que se les reembolse la prima pagada si, luego de examinar la póliza o el
13 certificado, el solicitante no está satisfecho por el motivo que fuera. Las pólizas y los
14 certificados de seguro de cuidado prolongado tendrán un aviso escrito en un lugar
15 prominente en la primera página o adjunto a ésta que diga en esencia que el
16 solicitante tendrá el derecho a devolver la póliza o el certificado hasta treinta (30)
17 días después de la entrega y a que se le reembolse la prima pagada si, luego de
18 examinar la póliza o el certificado, el solicitante no está satisfecho por el motivo que
19 fuera. Este inciso también aplicará a la denegación de solicitudes. Todo reembolso
20 que deba realizar el asegurador, por devolución de la póliza o el certificado o por
21 denegación de la solicitud, se tendrá que efectuar a más tardar a los treinta (30) días
22 de la devolución o denegación.

23 G. Resumen de cubierta.

- 1 (e) Una descripción de los términos según los cuales puede devolverse la
2 póliza o el certificado y reembolsarse las primas;
- 3 (f) Una breve descripción de la relación entre el costo de cuidado y los
4 beneficios; y
- 5 (g) Una declaración que informe al tenedor de la póliza o el certificado si
6 la póliza es un contrato de seguro de cuidado prolongado cualificado
7 o que cualifique para crédito contributivo federal.
- 8 H. Un certificado emitido de conformidad con una póliza de seguro de cuidado
9 prolongado grupal cuya póliza se entregue o se emita para ser entregada en Puerto
10 Rico incluirá:
- 11 (1) Una descripción de los principales beneficios y la cubierta provistos en la
12 póliza;
- 13 (2) Una enumeración de las principales exclusiones, reducciones y limitaciones
14 que contiene la póliza y
- 15 (3) Una declaración en la que se indica que la póliza matriz grupal determina las
16 disposiciones contractuales vigentes.
- 17 I. Si se aprueba una solicitud para un contrato de seguro de cuidado prolongado, el
18 asegurador entregará la póliza o certificado de seguro al solicitante a más tardar los
19 treinta (30) días de la fecha de aprobación.
- 20 J. En el caso de una póliza de seguro de vida individual que provee beneficios de
21 cuidado prolongado, al momento de la entrega de la póliza se entregará un resumen
22 de dichos beneficios, sea como parte de la póliza o mediante un anejo. Además de
23 cumplir con todos los requisitos aplicables, el resumen incluirá:

- 1 (1) Una explicación de cómo el beneficio de cuidado prolongado interactúa con
2 otros componentes de la póliza, incluidas las deducciones de los beneficios
3 por muerte;
- 4 (2) Una ilustración de la cantidad de beneficios, la duración de los beneficios y
5 los beneficios de por vida garantizados, si alguno, para cada persona cubierta;
- 6 (3) Todas las exclusiones, reducciones y limitaciones a los beneficios de cuidado
7 prolongado;
- 8 (4) Una declaración indicando que cualquier opción de protección de inflación
9 de cuidado prolongado no está disponible bajo la póliza;
- 10 (5) Si fuera aplicable al tipo de póliza, el resumen también incluirá:
 - 11 (a) Una divulgación de los efectos de ejercer otros derechos conforme a
12 la póliza;
 - 13 (b) Una divulgación de las garantías relacionadas con los costos del
14 seguro del cuidado prolongado y
 - 15 (c) Los beneficios máximos que se proveen actualmente y que se
16 proyecta que se proveerán en el futuro, mientras viva el asegurado.
- 17 K. Si el beneficio de cuidado prolongado que se está pagando se financia mediante la
18 aceleración de los beneficios por muerte de un seguro de vida, se le proveerá un
19 informe mensual al tenedor de la póliza o el certificado. El informe incluirá:
 - 20 (1) Todos los beneficios de cuidado prolongado pagados durante el mes;
 - 21 (2) Una explicación de todos los cambios en la póliza, como por ejemplo, los
22 beneficios por muerte o el valor en efectivo de la póliza, debido a los
23 beneficios de cuidado prolongado que se están pagando y

1 (3) Los beneficios de cuidado prolongado existentes o restantes.

2 L. Si se deniega una reclamación conforme a un contrato de seguro de cuidado
3 prolongado, el asegurador, o un representante del mismo, a más tardar los sesenta
4 (60) días de la fecha de la solicitud por escrito del tenedor de la póliza o el
5 certificado:

6 (1) Proveerá una explicación por escrito de los motivos de la denegación y

7 (2) Tendrá disponible toda la información directamente relacionada con la
8 denegación.

9 M. Toda póliza o anejo que se anuncie, mercadee u ofrezca como seguro de cuidado
10 prolongado o de hogar de envejecientes cumplirá con las disposiciones de este
11 Capítulo.

12 **Artículo 66.070. Período de Incontestabilidad**

13 A. Si la póliza o certificado ha estado vigente por menos de seis (6) meses, el
14 asegurador podrá rescindir la póliza o el certificado de seguro de cuidado prolongado
15 o denegar una reclamación de seguro de cuidado prolongado que de otro modo sería
16 válida, si puede probar que hubo falsa representación material para la aceptación del
17 riesgo o para el peligro asumido por el asegurador.

18 B. Si la póliza o certificado ha estado vigente por más de seis (6) meses pero menos de
19 dos (2) años, el asegurador podrá rescindir dicha póliza o certificado de seguro,
20 denegar una reclamación de seguro de cuidado prolongado, que de otro modo sería
21 válida, si puede probar que hubo falsa representación que es material para la
22 aceptación del riesgo y está relacionada con la condición para la cual se reclaman los
23 beneficios.

- 1 C. Luego que la póliza o certificado haya estado vigente por más de dos (2) años , no se
2 podrá contestar sobre la única base de una alegación de falsa representación, sino
3 que será necesario demostrar que el asegurado a sabiendas e intencionalmente hizo
4 representaciones falsas con respecto a su estado de salud.
- 5 D. Los terceros administradores podrán emitir pólizas o certificados de seguro de
6 cuidado prolongado sin la evaluación de la oficina principal del asegurador, si la
7 remuneración del productor o tercero administrador no se basa en la cantidad de
8 pólizas o certificados que emita. Para propósitos de este Artículo, “sin la evaluación
9 de la oficina principal del asegurador” significa una póliza o un certificado emitido
10 por un tercero administrador de conformidad con la autoridad para asegurar otorgada
11 por un asegurador a este tercero administrador y siguiendo las pautas para asegurar
12 establecidas por el asegurador.
- 13 E. Si un asegurador ha pagado beneficios bajo la póliza o el certificado de seguro de
14 cuidado prolongado, el asegurador no podrá recuperar los pagos de beneficios en el
15 caso que se rescinda la póliza o el contrato.
- 16 F. En caso de muerte del asegurado, este Artículo no aplicará al beneficio por muerte
17 restante de una póliza de seguro de vida que acelere beneficios para cuidado
18 prolongado. En esta situación, los beneficios por muerte restantes bajo estas pólizas
19 serán regidos por las disposiciones legales aplicables a los seguros de vida. En todas
20 las demás situaciones, este Artículo aplicará a las pólizas de seguro de vida que
21 aceleren beneficios para cuidado prolongado.

Artículo 66.080. Beneficios de No Caducidad

- 1
- 2 A. Excepto lo dispuesto en el apartado B, no se podrá entregar o emitir para entrega en
- 3 Puerto Rico una póliza de seguro de cuidado prolongado salvo que al tenedor de la
- 4 póliza o del certificado se le ofrezca la opción de comprar una póliza o un certificado
- 5 que incluya un beneficio de no caducidad. La oferta de un beneficio de no caducidad
- 6 puede ser mediante un anejo a la póliza. En el caso que el tenedor de la póliza o del
- 7 certificado no acepte el beneficio de no caducidad, el asegurador proveerá un
- 8 beneficio contingente sobre caducidad que estará disponible por un período de
- 9 tiempo específico luego de que haya un aumento considerable en las primas.
- 10 B. Cuando se emite una póliza de seguro de cuidado prolongado grupal, la oferta
- 11 requerida en el apartado A se hará al tenedor de la póliza grupal.
- 12 C. El Comisionado promulgará un reglamento que especifique el tipo o los tipos de
- 13 beneficios de no caducidad que se ofrecerán como parte de las pólizas y los
- 14 certificados de seguro de cuidado prolongado, los estándares para los beneficios de
- 15 no caducidad y las reglas respecto al beneficio contingente sobre caducidad, que
- 16 incluya una determinación del período de tiempo específico durante el cual estará
- 17 disponible un beneficio contingente sobre caducidad y el aumento considerable en el
- 18 precio de las primas que provoca un beneficio contingente sobre caducidad según
- 19 descrito en el apartado A.

Artículo 66.090. Requisitos de Adiestramiento a Productores

- 20
- 21 A. Se deberán satisfacer los siguientes requisitos relacionados con la venta,
- 22 ofrecimiento o negociación de seguros de cuidado prolongado:

- 1 (1) Una persona no podrá vender, ofrecer o negociar seguros de cuidado
2 prolongado a menos que posea licencia de productor de seguros para
3 gestionar seguros de incapacidad y haya completado el curso de
4 adiestramiento requerido. El adiestramiento cumplirá con los requisitos
5 expuestos en apartado B.
- 6 (2) Una persona que ya posea licencia y venda, ofrezca y negocie seguros de
7 cuidado prolongado en la fecha de vigencia de este Capítulo no podrá
8 continuar vendiendo, ofreciendo o negociando seguros de cuidado
9 prolongado a menos que la persona complete el curso de adiestramiento
10 requerido, según expuesto en el apartado B, a más tardar un (1) año de la
11 fecha de vigencia de este Capítulo.
- 12 (3) Además del adiestramiento requerido en los incisos (1) y (2), una persona que
13 venda, ofrezca o negocie seguros de cuidado prolongado completará los
14 adiestramientos continuos dispuestos en el apartado B.
- 15 (4) Los requisitos de adiestramiento del apartado B pueden aprobarse como
16 cursos de educación continua conforme a la Regla 52 del Reglamento del
17 Código de Seguros de Puerto Rico.
- 18 B. El curso de adiestramiento requerido por este Artículo durará no menos de ocho (8)
19 horas y el adiestramiento continuo durará no menos de (4) horas cada veinticuatro
20 (24) meses.
- 21 El adiestramiento consistirá de temas relacionados con los seguros de cuidado
22 prolongado, servicios de cuidado prolongado y, si fuera aplicable, los programas de

1 alianzas para el cuidado prolongado establecidos según las leyes estatales, los cuales
2 incluirán, entre otros:

3 (1) Los reglamentos y requisitos estatales y federales y la relación entre los
4 programas de alianzas para el cuidado prolongado establecidos según las
5 leyes estatales y las demás cubiertas públicas y privadas de servicios de
6 cuidado prolongado, incluido Medicaid;

7 (2) Los servicios prolongados y los proveedores disponibles;

8 (3) Los cambios o las mejoras a los servicios de cuidado prolongado o
9 proveedores;

10 (4) Las alternativas a la compra de seguros de cuidado prolongado privados;

11 (5) El efecto de la inflación en los beneficios y la importancia de la protección
12 contra la inflación y

13 (6) Los estándares y directrices de idoneidad de consumidores.

14 El adiestramiento requerido por este Artículo no incluirá el adiestramiento específico
15 del asegurador o de un producto de la compañía o que incluya información,
16 materiales o adiestramientos sobre ventas o mercadeo, distintos a los requeridos por
17 la ley estatal o federal.

18 C. Los aseguradores sujetos a este Capítulo obtendrán la verificación de que un
19 productor recibió el adiestramiento requerido por este Artículo antes de permitirle
20 vender, ofrecer, o negociar los productos de seguro de cuidado prolongado del
21 asegurador; mantendrán los expedientes según los requisitos estatales de retención de
22 expedientes y tendrán esa verificación disponible para el Comisionado, de ser
23 requerida. Los aseguradores sujetos a este Capítulo mantendrán los expedientes

1 relacionados con el adiestramiento de sus productores sobre la distribución de sus
2 pólizas participantes en el programa de alianza, si aplica, de forma que le permita al
3 Comisionado proveer garantía a la agencia estatal de Medicaid de que los
4 productores hayan recibido el adiestramiento descrito en este Artículo y que los
5 productores hayan demostrado un entendimiento de las pólizas participantes en el
6 programa de alianza, si aplica, y su relación con las cubiertas de cuidado prolongado
7 públicas y privadas, incluido Medicaid, en Puerto Rico. Estos expedientes se
8 mantendrán de conformidad con los requisitos estatales de retención de expedientes
9 y se tendrán disponibles para el comisionado, de ser requeridos.

10 D. Completar estos requisitos de adiestramiento en cualquier estado equivaldrá a haber
11 cumplido con los requisitos de adiestramiento en Puerto Rico.

12 **Artículo 66.100. Autoridad para Promulgar Reglamentos**

13 El Comisionado emitirá reglamentos razonables para fomentar el uso de primas
14 adecuadas y proteger al tenedor de la póliza o certificado en caso de un aumento
15 considerable en las tarifas, y para establecer estándares mínimos de educación de los
16 productores, de prácticas de mercadeo, de compensación a los productores, de evaluación a
17 los productores, de sanciones y de notificación de las prácticas para los seguros de cuidado
18 prolongado.

19 **Artículo 66.130. Sanciones**

20 Además de alguna otra penalidad que se disponga en las leyes de Puerto Rico,
21 incluyendo el Código de Seguros de Puerto Rico, todo asegurador y todo productor hallado
22 culpable de violar algún requisito de Puerto Rico relacionado con la regulación de los
23 seguros de cuidado prolongado o del mercadeo de dichos seguros estará sujeto a una multa

1 que será la mayor entre las siguientes cantidades: hasta tres (3) veces el monto pagado en
2 comisiones por cada póliza involucrada en la violación o hasta \$10,000.”

3 Sección 2.- Esta Ley comenzará a regir ciento ochenta (180) días después de su
4 aprobación. Aquellos capítulos para los cuales se disponga una fecha de vigencia particular,
5 comenzarán a regir en dicha fecha.