

GOBIERNO DE PUERTO RICO

18^{va.} Asamblea
Legislativa2^{da.} Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. del S. 641

29 de agosto de 2017

Presentado por los señores Rivera Schatz; Seilhamer Rodríguez; Ríos Santiago; Martínez Santiago; Berdiel Rivera; Correa Rivera; Cruz Santiago; la señora Laboy Alvarado; los señores Laureano Correa; Muñiz Cortés; Nazario Quiñones; Neumann Zayas; las señoras Nolasco Santiago; Padilla Alvelo; Peña Ramírez; los señores Pérez Rosa; Rodríguez Mateo; Romero Lugo; Roque Gracia; las señoras Vázquez Nieves y Venegas Brown

Referido a la Comisión de Banca, Comercio y Cooperativismo

LEY

Para enmendar los Artículos 2.050, 8.010, 8.020, 8.030, 8.040, 8.050, 8.060, 8.070, 8.080, 8.120, 8.130, 8.140, 8.160, 8.170 10.030; 10.040 y 10.060 de la Ley Núm. 194-2011, según enmendada, conocida como el “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”, con el propósito de viabilizar la disponibilidad en el mercado de planes médicos grupales de “Asociaciones Bona Fides”; disponer los requisitos para el ofrecimiento de estos planes; y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Las asociaciones *bona fides* han sido por décadas el foro por excelencia para agrupar a miles de profesionales, empresarios y patronos privados de pequeños, medianos y grandes empresas representativas de la economía de Puerto Rico. Las asociaciones *bona fides* funcionan como entidades legalmente constituidas que se dedican a promover los intereses del sector que cada una representa y proporcionar beneficios a sus miembros, incluyendo entre otros beneficios, la oportunidad de adquirir un plan médico para sí y sus dependientes. Estos planes médicos se conocen como “planes médicos de asociaciones *bona fides*”. Los planes médicos de las asociaciones *bona fides*, en su origen, se concibieron como planes médicos de cubierta grupal. Sin embargo, la aplicación de numerosas y significativas variaciones en la ley local de la

industria de seguros de salud, a raíz de la aprobación de la Reforma de Salud Federal del “Affordable Care Act”, excluyó la capacidad de las asociaciones *bona fides* de poder agrupar a sus miembros y ofrecerles a éstos la posibilidad de obtener un plan médico grupal, con costos de primas más bajos.

La adquisición de planes médicos fuera de un grupo, no es una alternativa accesible para muchos miembros de asociaciones *bona fides*, en particular, para aquellos miembros que cuentan con limitados recursos económicos para costear un plan médico en el mercado individual. El esquema de regulación vigente en el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, luego de la aprobación del “Affordable Care Act”, no se ajusta a las particularidades de los planes médicos de asociaciones *bona fides*, limitando a miles de personas miembros de asociaciones *bona fides* la posibilidad de adquirir un plan médico. La implantación de la forma de tarifación establecida para los planes de las asociaciones *bona fides* redundará en aumentos de costo de prima que podrían exceder el treinta por ciento (30%), siendo el sector de edad avanzada el mayor impactado con los aumentos de costo de prima.

Este Gobierno posee el firme compromiso de garantizar a la población un mayor acceso a planes médicos. Es primordial garantizar que a ninguna persona se le prive del acceso a un plan médico para el cuidado de la salud. La presente legislación busca restituir la disponibilidad de planes médicos grupales de “Asociaciones *Bona Fides*” de manera que se logre ampliar el acceso de cubierta a grupos de profesionales, comerciantes e industriales antes excluidos de estos planes médicos.

Actualmente, los planes médicos de las asociaciones *bona fides* son tratados como planes individuales bajo el Capítulo 10 del Código de Seguros de Salud y, como consecuencia, no se permite a las asociaciones *bona fides*, (compuestas por profesionales, comerciantes e industriales), poder agrupar a sus miembros y ofrecerles a éstos y sus dependientes la posibilidad de obtener un “plan médico grupal”, a un costo de prima más asequible. Para atender esta problemática, la presente legislación viabilizaría la disponibilidad de planes médicos grupales para los miembros de las asociaciones *bona fides*, incluyendo a los empleados de patronos miembros de las asociaciones *bona fides* y sus dependientes.

Los planes médicos grupales de asociaciones *bona fides* aquí propuestos, podrán ser ofrecidos por una asociación *bona fide* para beneficio de sus miembros y dependientes, incluyendo a los empleados de aquellos patronos que sean miembros de una asociación *bona*

fide, ampliando el acceso a un mayor número de personas a la cubierta de uno de estos planes médicos. También se ajusta la disponibilidad del mercado de planes grupales de las asociaciones *bona fides* a los dos tipos comunes de planes médicos grupales, es decir, (1) planes médicos de grupos pequeños y (2) planes médicos de grupos grandes.

La regulación que hoy día opera en los estados de Estados Unidos en su mayoría considera a los planes médicos de las asociaciones *bona fides* como planes médicos grupales, dependiendo de la cantidad de miembros cubiertos en el mismo. Cónsono con las leyes adoptadas en otros estados, esta legislación establece que los planes de las asociaciones *bona fides* que cubran a miembros de una asociación *bona fide* con cincuenta y uno (51) o más miembros serán tratados como planes grupales de “grupos grandes”. En los planes médicos de grupos grandes, la asociación *bona fide* podrá negociar directamente con el asegurador las cubiertas y beneficios de servicios de cuidado de salud que mejor entienda se ajusten a las necesidades de sus miembros, salvo que no serán de aplicación los requisitos de cubierta de beneficios esenciales en cualquiera de sus niveles metálicas. El asegurador de “grupos grandes”, empero, deberá utilizar directamente al menos un 85% de las primas cargadas en proveer servicios de cuidado de salud y para el mejoramiento de la calidad del cuidado de salud que reciban los miembros asegurados, además de tener que presentar la cubierta para aprobación previa ante el Comisionado. Los planes médicos grupales de asociaciones *bona fides* que cubran a los miembros de una asociación con un mínimo de veinticinco (25) miembros, pero no más de cincuenta (50) miembros, serán catalogados como planes grupales de “grupos pequeños”.

De otra parte, para salvaguardar que las tarifas sean adecuadas, los aseguradores de planes médicos de grupos pequeños de asociaciones *bona fides* no podrán desarrollar tarifas distintas para personas por condición de salud, las tarifas sólo se podrán variar por los beneficios cubiertos, la composición familiar, edad y tabaquismo. Los aseguradores que ofrezcan planes médicos de grupo pequeños podrán tomar en cuenta todas las reclamaciones de los grupos pequeños suscritos en todos los planes médicos del mercado de planes de asociaciones *bona fides* y las considerarán como un fondo común para riesgos o “single risk pool”, para propósitos de dispersar el riesgo financiero entre el universo del grupo. Este criterio de tarifación será aplicable igualmente a los planes médicos de patronos de pequeña y mediana empresa (PYMES).

Las enmiendas propuestas en esta legislación son realizadas en armonía con la directriz administrativa emitida el 16 de julio de 2014, por el Departamento de Salud Federal de los Estados Unidos que eximió a Puerto Rico de cumplir con algunas de las disposiciones del “Affordable Care Act”. Desde entonces, Puerto Rico posee la facultad de legislar áreas antes cobijadas por el “Affordable Care Act”, en aras de ajustar la legislación local de la industria de seguros de salud a las necesidades de nuestra población.

La aprobación de esta legislación permitirá que los miles de profesionales, comerciantes e industriales puedan retomar el acceso a planes médicos grupales ofrecidos por asociaciones *bona fides*, alternativa que por años habían disfrutado para beneficio suyo y de sus dependientes.

En el Plan para Puerto Rico, nos comprometimos con incentivar a las PYMES. En momentos de estrechez económica, es importante mejorar el ambiente de negocio para estas empresas locales que son una pieza integral del motor económico de Puerto Rico. Con esta medida, reconocemos la importante labor que ejercen para las PYMES las asociaciones *bona fides*, y permitimos que puedan ofrecer mejores servicios y programas a su matrícula.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

1 Sección 1.-Se enmiendan los incisos (D) y (K) del Artículo 2.050 de la Ley 194-2011,
2 según enmendada, conocida como el “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”, para que
3 lea como sigue:

4 “Artículo 2.050.- Conformidad con Leyes Federales

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

8 A. ...

9 ...

10 D. Todo asegurador u organización de seguros de salud que provea planes médicos
11 individuales o grupales, *con excepción de los planes médicos “grandfathered” y*

1 *de planes médicos de grupos grandes de empleados o grupos grandes de una*
2 *asociación bona fide*, deberá asegurarse que todas sus cubiertas incluyan el
3 Conjunto de Beneficios de Salud Esenciales o “Essential health benefits
4 package” requerido a tenor con la sección 1302(a) del “Patient Protection and
5 Affordable Care Act” y este inciso. El Conjunto de Beneficios de Salud
6 Esenciales constituye un plan médico que incluya:

7 (1) ...

8 ...

9 E. ...

10 ...

11 K. Las organizaciones de seguros de salud y aseguradores de planes médicos
12 individuales, [y] de patronos PYMES y *pequeños grupos de asociaciones bona*
13 *fides* deberán utilizar directamente al menos un 80% de las primas en proveer
14 cuidado de salud y para el mejoramiento de la calidad del cuidado de salud que
15 recibe el asegurado. En el caso de los grupos grandes esta razón deberá ser 85%.
16 Los grupos grandes son grupos que tienen más de cincuenta (50) empleados o
17 miembros [y **que en el 2016 tendrán más de cien (100) empleados o**
18 **miembros**].

19 En caso de que la organización de seguros de salud o el asegurador incumplan
20 con esta disposición deberá reembolsarle al suscriptor la diferencia.

21 L. ...

22 ...”

1 Sección 2.-Se enmienda el Artículo 8.010 de la Ley 194-2011, según enmendada,
2 conocida como el “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”, para que lea como sigue:

3 “Artículo 8.010. -Título

4 Este Capítulo se conocerá y podrá ser citado como el Capítulo sobre
5 Disponibilidad de Planes Médicos para los Patronos de Pequeñas y Medianas
6 Empresas (PYMES) y *grupos pequeños de Asociaciones Bona Fides.*”

7 Sección 3.-Se enmienda el Artículo 8.020 de la Ley 194-2011, según enmendada,
8 conocida como el “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”, para que lea como sigue:

9 “Artículo 8.020. -Propósito

10 El propósito de este Capítulo es promover la disponibilidad de planes médicos
11 para los patronos de PYMES y *para grupos pequeños de asociaciones bona fides*,
12 independientemente de la *existencia de algún factor relacionado con la condición de*
13 *salud* [**condición de salud o experiencia de reclamaciones de su grupo de**
14 **empleados**]; prevenir prácticas de tarificación abusivas; prevenir la segmentación del
15 mercado de planes médicos a base del riesgo de salud; requerir la divulgación de las
16 prácticas de tarificación a los *consumidores* [**compradores**] de planes médicos;
17 establecer reglas con respecto a la renovación de los planes médicos; prohibir las
18 exclusiones por condiciones preexistentes; proveer para el desarrollo de planes
19 médicos que cumplan con los requisitos del Conjunto de Beneficios de Salud
20 Esenciales para ser ofrecidos a todos los patronos de PYMES y *a los grupos pequeños*
21 *de asociaciones bona fide*; y mejorar la equidad y eficiencia general del mercado de
22 planes médicos para grupos pequeños. *Cualquier disposición de este Capítulo que*
23 *conflija con alguna ley o reglamento federal emitido por una agencia federal que sea*

1 *aplicable en el área de los planes médicos PYMES o de asociaciones bona fides, se*
2 *entenderá enmendada para que armonice con tal ley o reglamento federal, excepto*
3 *cuando las disposiciones locales confieran más protecciones para el asegurado de*
4 *estos planes médicos.” [Este Capítulo se regirá y será interpretado para que no*
5 **conflija con las disposiciones reglamentarias del “Patient Protection and**
6 **Affordable CareAct”, según sean expedidas por las agencias reguladoras**
7 **federales]”**

8 Sección 4.-Se enmienda el Artículo 8.030 de la Ley 194-2011, según enmendada,
9 conocida como el “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”, para que lea como sigue:

10 “Artículo 8.030. Definiciones

11 Para los fines de este Capítulo, *los siguientes términos tendrán el significado que se*
12 *indica a continuación:*

13 A. ...

14 B. ...

15 C. “Asegurador” o “Asegurador de patronos de PYMES *o de asociaciones bona*
16 *fides*” significa toda entidad autorizada por el Comisionado para ofrecer planes
17 médicos a los empleados elegibles de uno o más patronos de PYMES *o a los*
18 *miembros de una asociación bona fide*, a tenor con este Capítulo. Para
19 propósitos de este Capítulo, “asegurador” incluye a una compañía de seguros,
20 un plan prepagado de cuidado médico o de hospital, una sociedad fraternal
21 benéfica, una organización de servicios de salud, y toda otra entidad que
22 ofrezca y provea planes médicos o beneficios de salud que esté sujeta a la
23 reglamentación de seguros en Puerto Rico.

- 1 D. *“Asociación Bona Fide” significa, con respecto al ofrecimiento de planes*
2 *médicos, una asociación que cumple con todos los siguientes criterios:*
- 3 (1) *Ha operado activamente durante al menos cinco (5) años y está*
4 *legalmente organizada;*
- 5 (2) *Se constituyó y se ha mantenido activa de buena fe, para otros*
6 *propósitos que no sea obtener un seguro o plan médico;*
- 7 (3) *Está gobernada por un cuerpo directivo y auspicia reuniones*
8 *generales anuales de sus socios;*
- 9 (4) *Se rige por estatutos o documentos análogos que gobiernan su*
10 *funcionamiento;*
- 11 (5) *No impone restricciones ni condiciones para el ingreso a la*
12 *asociación, que contemplen factores relacionados con el estado de la*
13 *salud;*
- 14 (6) *Todos los miembros de la asociación, los empleados de patronos*
15 *miembros y sus dependientes son elegibles para el plan médico,*
16 *independientemente de la existencia de algún factor relacionado con el*
17 *estado de la salud;*
- 18 (7) *Sólo se ofrece la inscripción, se acepta la solicitud de inscripción o se*
19 *inscriben miembros que se dediquen activamente o retirados de una*
20 *profesión, empresa, comercio o industria representado por la*
21 *asociación o que tengan una relación directa con dicha profesión,*
22 *empresa, comercio o industria que la misma representa;*

1 (8) *No es propiedad de un asegurador ni está afiliada a un asegurador o*
 2 *controlada por éste;*

3 (9) *El plan médico ofrecido por la asociación no está disponible para*
 4 *otras personas que no tengan una relación con un miembro de la*
 5 *asociación y*

6 (10) *Las uniones obreras que reúnan los criterios establecidos en este*
 7 *inciso se podrán considerar como una “asociación bona fides”, para*
 8 *propósitos de disponibilidad de planes médicos de Asociaciones Bona*
 9 *Fides.*

10 **[D] E.** “Certificación actuarial” significa una declaración firmada por un miembro de
 11 la Academia Americana de Actuarios u otro individuo aceptable para el
 12 Comisionado, aseverando que las tarifas y primas de un asegurador de
 13 patronos de PYMES o de grupos pequeños de asociaciones bona fides
 14 cumplen con las disposiciones de este Capítulo. Tal certificación estará basada
 15 en un examen realizado por dicha persona que incluya una revisión de los
 16 registros apropiados, los supuestos y métodos actuariales usados por el
 17 asegurador para establecer las tarifas de los planes médicos aplicables.

18 **[E] F.** “Cubierta acreditable” ...

19 **[F.] G.** “Empleado elegible”...

20 **[G.] H.** “Exclusión por condición preexistente” ...

21 **[H.] I.** “Factor relacionado con el estado de la salud”...

22 **[I.] J.** “Fecha de efectividad”...

1 *K. “Grupo grande de Asociación Bona Fide” significa la asociación bona fides que*
2 *tiene cincuenta y uno (51) o más miembros.*

3 *L. “Grupo pequeño de Asociación Bona Fide” significa la asociación bona fide que*
4 *tiene al menos veinticinco (25), pero no más de cincuenta (50) miembros.*

5 **[J.] M.** “Información genética”...

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

19 **[L] O.** ” Periodo de espera” significa el periodo que debe transcurrir con respecto a la
20 persona cubierta o asegurado antes de que pueda ser elegible a recibir ciertos
21 beneficios bajo los términos del plan médico. El periodo de espera en ningún
22 caso podrá exceder de noventa (90) días. *No obstante, los servicios de sala de*

1 *emergencias no tendrán periodo de espera y el periodo de espera para los*
2 *servicios preventivos no podrá exceder los treinta (30) días.*

3 [M] P. “Periodo de suscripción” significa el lapso de tiempo establecido para que un
4 empleado elegible se suscriba a un plan médico de patronos de PYMES *o un*
5 *miembro de una asociación bona fide se suscriba al plan médico de grupos*
6 *pequeños que se ofrece a través de una Asociación Bona Fide.*

7 [N] Q. “Persona cubierta” o “asegurado” significa el titular de una póliza o
8 certificado, u otra persona que participe de los beneficios de un plan médico de
9 patronos de PYMES *o de los beneficios del plan médico de grupos pequeños*
10 *que se ofrece a través de una Asociación Bona Fide.*

11 [O.] R. “Plan de red preferida”...

12 [P.] S. “Plan médico”...

13 [Q.] T. “Plan médico básico”...

14 [R.] U. “Plan médico básico bronce; plan médico básico plata, plan médico básico oro
15 y plan médico básico platino”...

16 V. “Plan Médico de Asociaciones Bona Fides” *significa una póliza, contrato de*
17 *seguro o certificado emitido por un asegurador para beneficio de una*
18 *asociación bona fide o dos o más asociaciones “bona fides” agrupadas,*
19 *mediante el cual se proveen servicios de cuidado de salud a los miembros*
20 *elegibles y sus dependientes, de conformidad con los criterios establecidos en*
21 *este Capítulo.*

22 [S] W. “Plan médico grupal” significa una póliza, contrato de seguro o certificado,
23 emitido por un asegurador para beneficio de un patrono PYMES, [o] un grupo

1 de patronos de PYMES *o para beneficio de una Asociación Bona Fide*,
2 mediante el cual se provee servicios de cuidado de la salud a los empleados
3 elegibles, *o a los miembros de una asociación bona fide* y sus dependientes.

4 [T] X. "Prima" significa la cantidad específica de dinero pagada a un asegurador como
5 condición para recibir los beneficios de un plan médico para los empleados
6 elegibles de patronos de PYMES *o para los miembros de una Asociación Bona*
7 *Fide*.

8 [U] Y. "Productor"...

9 [V] Z. "Suscriptor Tardío" significa un empleado elegible o dependiente que solicita
10 acogerse a un plan médico de patronos de PYMES *o un miembro de una*
11 *asociación bona fide o su dependiente que solicita acogerse a un plan médico*
12 *de grupos pequeños que se ofrece a través de una Asociación Bona Fide*,
13 después del periodo de suscripción inicial, disponiéndose que dicho término
14 nunca será menor de treinta (30) días.

15 No se considerará un suscriptor tardío a un empleado elegible, *miembro de una*
16 *asociación bona fide* o dependiente alguno:

17 (1) Si el empleado elegible, *miembro de una asociación bona fide* o
18 dependiente cumple con cada uno de los siguientes criterios:

19 (a) ...

20 (2) Si el empleado elegible, *miembro de una asociación bona fide* o
21 dependiente se acoge durante un periodo de suscripción establecido, cuando
22 se provea para ello en un plan médico o cuando de otra manera disponga la
23 ley;

1 (3) Si el empleado elegible está empleado por un patrono que ofrece múltiples
2 planes médicos *o una asociación bona fide ofrece múltiples planes médicos*
3 *a sus miembros* y éste elige un plan médico diferente durante un periodo de
4 suscripción;

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

9 (5) ...

10 (6) ...

11 (7) El empleado elegible *o miembro de la asociación bona fide* cumple con los
12 requisitos de suscripción especial a tenor con las disposiciones de este
13 Capítulo.

14 [W] AA. " Tarificación de comunidad ajustada" significa un método utilizado para
15 desarrollar tarifas que *prohíbe la consideración de factores relacionados con*
16 *la salud para fijar las tarifas* y dispersa el riesgo financiero a lo largo del
17 universo de grupos pequeños del asegurador de acuerdo con los requisitos de
18 este Capítulo. "

19 Sección 5.-Se enmienda el Artículo 8.040 de la Ley 194-2011, según enmendada,
20 conocida como el "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", para que lea como sigue:

21 "Artículo 8.040. Aplicabilidad y Alcance

22 A. Este Capítulo será aplicable a todo asegurador que provea planes médicos a los
23 empleados de patronos de PYMES en Puerto Rico, siempre y cuando el patrono de

1 PYMES pague parte o la totalidad de la prima, de los beneficios, o reembolse al
 2 empleado elegible alguna porción de la prima, ya sea mediante deducción de
 3 salario o mediante otra forma, según se acuerde entre las partes. *Las disposiciones*
 4 *de este Capítulo serán también aplicables a todo asegurador que suscriba planes*
 5 *médicos de grupos pequeños para los miembros de una Asociación Bona Fide,*
 6 *según se define en este Capítulo.*

7 B. ...

8 ...”

9 Sección 6.-Se enmienda el Artículo 8.050 de la Ley 194-2011, según enmendada,
 10 conocida como el “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”, para que lea como sigue:

11 “Artículo 8.050. Restricciones Relacionadas con las Tarifas

12 A. Las tarifas de los planes médicos *de grupos pequeños para patronos de PYMES y*
 13 *para las Asociaciones Bona Fides* estarán sujetas a las siguientes disposiciones:

14 (1) El asegurador [**de patronos de PYMES**] deberá desarrollar sus tarifas
 15 a base [**de un cálculo comunitario ajustado**] *del método de tarificación*
 16 *de comunidad ajustado* y sólo podrá variar [**el cálculo comunitario**
 17 **ajustado**] *las tarifas* por [**área geográfica,**] composición familiar,
 18 edad, *beneficios cubiertos* y uso del tabaco. *Los planes médicos*
 19 *“grandfathered” no están obligados a cumplir con este inciso (1).*

20 (2) [**Cualquier ajuste se realizará según las directrices y condiciones**
 21 **que disponga el Comisionado mediante Carta Normativa.**] *Las*
 22 *tarifas desarrolladas por el asegurador en el mercado de planes*
 23 *médicos de patronos PYMES o de las Asociaciones Bona Fides, para*

1 *grupos pequeños, deberán ser presentadas para aprobación previa del*
2 *Comisionado, con un mínimo de noventa (90) días de anticipación a la*
3 *fecha de uso.*

4 (3) *Las tarifas a base de composición familiar se desarrollará de la*
5 *siguiente manera: (i) Individual: 1 sola persona; (ii) Pareja: 2*
6 *personas; (iii) Familiar: de 3 a 5 personas; (iv) Familiar Grande: de 6*
7 *personas en adelante; (v) Dependiente opcional.*

8 (4) *Las tarifas de los planes médicos del mercado de patronos PYMES y*
9 *planes médicos de asociaciones bona fides de grupo pequeño se*
10 *establecerán de una manera uniforme mediante el método de*
11 *tarifación de comunidad ajustado para dispersar el riesgo financiero*
12 *entre el universo de los componentes de un segmento del mercado.*
13 *Este método prohíbe la consideración de factores relacionados con la*
14 *salud para fijar las tarifas. Las tarifas de los planes médicos del*
15 *mercado de patronos PYMES o planes médicos de asociaciones bona*
16 *fides de grupos pequeños sólo podrán variar por los beneficios*
17 *cubiertos, la composición familiar y/o por tabaquismo.*

18 (5) *Fondo Común para Riesgos (“single risk pool”). Los aseguradores*
19 *que ofrezcan planes médicos de patronos PYMES o planes médicos de*
20 *asociaciones bona fides de grupo pequeño tomará en cuenta todas las*
21 *reclamaciones de los grupos pequeños suscritos en todos los planes*
22 *médicos del mercado de planes de patronos PYMES o planes de*
23 *asociaciones bona fides y las considerará como un fondo común para*

1 *riesgos o “single risk pool”, para propósitos del establecimiento de las*
2 *tarifas.*

3 (6). *Cualquier ajuste tarifario se realizará según las directrices y*
4 *condiciones que disponga el Comisionado mediante Carta Normativa.*

5 B. ...

6 C. ...

7 D. El Comisionado podrá establecer, mediante Carta Normativa las prácticas de
8 tarificación a ser utilizadas por los aseguradores de patronos de PYMES *o*
9 *planes médicos de grupos pequeños de asociaciones bona fides, incluyendo*
10 *las normas que regirán el proceso de la presentación de las tarifas que sean*
11 *cónsonas con los propósitos de este Capítulo.*

12 E. Cada asegurador *de planes médicos de patronos PYMES y asociaciones bona*
13 *fides* deberá mantener en su lugar principal de negocios, para inspección del
14 Comisionado, una descripción completa y detallada de sus prácticas de
15 tarificación, de suscripción y de renovación. Además, mantendrá la información
16 y documentación que demuestren que sus métodos y prácticas de tarificación se
17 basan en supuestos actuariales ampliamente aceptados y están de acuerdo con
18 principios actuariales razonables. Además, los aseguradores deberán cumplir
19 con los siguientes requisitos:

20 (1) ...

21 (2) Un asegurador *de planes médicos* de patronos de PYMES *o de grupos*
22 *pequeños de asociaciones bona fides* deberá tener disponible para la
23 inspección del Comisionado la información y documentación descrita en

1 este inciso E, cuando dicho funcionario la solicite. Excepto en casos de
2 violaciones a este Capítulo, la información se deberá considerar
3 información privilegiada y secreto del negocio y no estará sujeta a
4 divulgación por el Comisionado a personas fuera de su oficina, excepto
5 según lo acepte el asegurador o según lo ordene un tribunal con
6 jurisdicción y competencia.

7 F. ...

8 G. *Ni los planes médicos “grandfathered” ni los planes médicos de grupos grandes*
9 *de las asociaciones bona fides, están obligados a cumplir con el apartado (A). No obstante,*
10 *los aumentos anuales de un diez por ciento (10%) o más de las tarifas de los planes médicos*
11 *de grupos grandes de las asociaciones bona fide y planes médicos “grandfathered”, deberán*
12 *contar con la aprobación previa del Comisionado.”*

13 Sección 7.-Se enmienda el Artículo 8.060 de la Ley 194-2011, según enmendada,
14 conocida como el “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”, para que lea como sigue:

15 “Artículo 8.060. Renovación del Plan Médico

16 A. Un asegurador que provea planes médicos a los patronos de PYMES *o a grupos*
17 *pequeños de asociaciones bona fides* renovará el mismo a todos los empleados
18 elegibles y sus dependientes, excepto en los casos siguientes:

19 (1) ...

20 (2) ...

21 (3) ...

22 (4)...

23 (5) ...

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

13 (7) ...

14 (8) Cuando, en el caso de los planes médicos que se hacen disponibles en el
15 mercado de grupos pequeños mediante un plan de red preferida, ya no hay un
16 empleado del patrono de PYMES *o algún miembro de la asociación bona fide* que
17 viva, trabaje o resida dentro del área geográfica establecida del asegurador.

18 B. En el caso de un asegurador de patronos de PYMES *o de asociaciones bona fides*
19 que lleve a cabo negocios en un área geográfica de servicio en Puerto Rico, las
20 reglas establecidas en este Artículo sólo serán aplicables a las operaciones del
21 asegurador en dicha área de servicio.

22 C. Además de lo dispuesto en este Artículo, el asegurador *de patronos de PYMES o*
23 *grupo pequeño de asociaciones bona fides* cumplirá en todo momento con la

1 reglamentación federal aplicable *de renovación garantizada de cubierta*, según
2 codificada en 45 C.F.R. sec. 146.152 (“Guaranteed renewability of coverage for
3 employers in the group market”).”

4 Sección 8.-Se enmienda el Artículo 8.070 de la Ley 194-2011, según enmendada,
5 conocida como el “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”, para que lea como sigue:

6 “Artículo 8.070. Disponibilidad del Plan Médico

7 A. Como condición para realizar negocios en Puerto Rico y salvo lo dispuesto
8 en este Capítulo, aquellos aseguradores que ofrezcan [**seguros**] *planes*
9 *médicos* a los patronos de PYMES *o para grupos pequeños de asociaciones*
10 *bona fides* tendrán que ofrecer todos los planes médicos que mercadeen
11 activamente para este sector de PYMES *o de asociaciones bona fides*,
12 incluyendo como mínimo dos planes médicos básicos en por lo menos un
13 nivel metálico diferente cada uno. Los aseguradores deberán cumplir,
14 además, con los siguientes requisitos sobre disponibilidad:

15 (1) El asegurador de patronos de PYMES *o de grupos pequeños de las*
16 *asociaciones bona fides* deberá emitir el plan médico a todo patrono *o*
17 *asociacion bona fide* que solicite dicho plan y acepte realizar los pagos
18 mínimos requeridos y satisfacer las demás disposiciones razonables del
19 plan médico que no sean contrarias a este Capítulo.

20 (2) Salvo que el Comisionado disponga en contrario, el asegurador de
21 patronos de PYMES *o de grupos pequeños de asociaciones bona fides*
22 no deberá celebrar uno o más arreglos de cesión con respecto a los
23 planes médicos formalizados o emitidos para su formalización a

1 patronos de PYMES *o asociaciones bona fides* en Puerto Rico, si dichos
2 arreglos resultarían en la retención por parte del asegurador cedente de
3 menos del cincuenta (50) por ciento de la obligación o riesgo de seguro
4 para tales planes médicos.

5 B. Los aseguradores le presentarán *para aprobación del [al]* Comisionado los
6 formularios y las tarifas de los planes médicos que mercadearán *para*
7 *patronos PYMES o para grupos pequeños de asociaciones bona fides*. El
8 asegurador podrá comenzar a usar dichos formularios sesenta (60) días luego
9 de presentar los mismos, siempre que no hayan sido desaprobados por el
10 Comisionado. Disponiéndose que:

11 (1) ...

12 (2)

13 C. Los planes médicos que cubren a los patronos de PYMES *y a las asociaciones*
14 *bona fides* deben cumplir con las siguientes disposiciones:

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

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

22 (3) **El plan médico no incluirá una definición de “condición**
23 **preexistente” que sea más amplia que la siguiente: “una**

1 **condición, sin importar la causa de ésta, para la cual se**
2 **recomendó tratamiento o para la cual se obtuvo, diagnóstico,**
3 **cuidado o tratamiento médico durante los seis (6) meses**
4 **inmediatamente anteriores a la fecha de suscripción.”**

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

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

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

20 **(b) El asegurador que no establezca limitaciones por**
21 **condiciones preexistentes con respecto a sus planes médicos**
22 **podrá imponer un periodo de suscripción que no exceda**
23 **sesenta (60) días para suscriptores nuevos y de noventa (90)**

1 **días para suscriptores tardíos. Estos períodos de suscripción**
2 **se aplicarán de manera uniforme, independientemente de**
3 **cualquier factor relacionado con la salud.]**

4 (2) *Un asegurador no podrá establecer normas de elegibilidad o de*
5 *renovación en un plan médico mediante las cuales se discrimine por*
6 *razón de un factor relacionado con la salud del asegurado o de un*
7 *dependiente. Se entenderán por normas de elegibilidad, aquellas*
8 *normas relacionadas con lo siguiente: la suscripción en un plan*
9 *médico, la tarifa, la fecha de efectividad de la cubierta, periodos de*
10 *espera, suscriptores tardíos, periodos de suscripción especial, elección*
11 *de beneficios, inclusión de dependientes o terminación de cubierta,*
12 *entre otros.*

13 (3) *Los planes médicos de patronos PYMES o grupos pequeños de las*
14 *asociaciones bona fides no podrán tener un periodo de espera que*
15 *exceda los noventa (90) días. No obstante, los servicios de sala de*
16 *emergencias no tendrán periodo de espera y el periodo de espera para*
17 *los servicios preventivos no podrá exceder los treinta (30) días. En el*
18 *caso de un plan médico que contenga un periodo de espera, el*
19 *asegurador deberá reducir el mismo si el asegurado tiene una cubierta*
20 *acreditable, y ésta haya terminado en una fecha no anterior a los*
21 *noventa (90) días previos a la fecha de suscripción al nuevo plan*
22 *médico. La reducción dispuesta en este inciso será por la totalidad del*
23 *período de cubierta acreditable.*

1 [(6)] (4) Los aseguradores de patronos de PYMES *o de asociaciones bona*
2 *fides* no impondrán [una] exclusión *alguna* por condición
3 [preexistente relacionada a la condición] de embarazo.

4 [(7)] (5) Los aseguradores permitirán que los suscriptores tardíos se suscriban
5 conforme a los términos del plan médico durante un periodo especial
6 de suscripción si:

7 (a) El suscriptor tardío estuvo cubierto por otro plan médico
8 cuando se ofreció el plan médico de patronos de PYMES *o de*
9 *grupos pequeños de asociaciones bona fides*, incluyendo un
10 plan médico conforme a las disposiciones de continuación de
11 “Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act” (COBRA).

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

18 (c) El suscriptor tardío solicita acogerse al plan *médico* de patronos
19 de PYMES *o grupos pequeños de la asociación bona fide*, a
20 más tardar a los treinta (30) días de la fecha de vencimiento del
21 otro plan médico.

22 Si un empleado solicita la suscripción según este inciso (5)
23 [(7)], el plan médico de patronos de PYMES *o de grupos*

1 *pequeños de la asociación bona fide* entrará en vigor a más
2 tardar el primer mes natural siguiente a la fecha en que se
3 recibió la solicitud de suscripción.

4 [(8)] (6) Todo asegurador que provea plan médico a patronos de PYMES *o a*
5 *grupos pequeños de las asociaciones bona fides* establecerá un periodo
6 especial para suscripción de dependientes, durante el cual el
7 dependiente y el empleado elegible *o miembro de la asociación bona*
8 *fide*, si no está suscrito de otra manera, podrán suscribirse al plan
9 médico, en el caso del nacimiento, adopción de un niño, adjudicación de
10 custodia o tutela, o en el caso de matrimonio. El periodo especial de
11 suscripción para las personas que cumplen con las disposiciones de este
12 inciso [(8)] será un periodo no menor de treinta (30) días y comenzará
13 en la fecha más tardía de las siguientes:

- 14 (a) La fecha en que se haga disponible el plan médico para
15 dependientes; o
16 (b) La fecha del matrimonio, nacimiento, adopción o adjudicación de
17 custodia o tutela.

18 Si el empleado elegible *o miembro de la asociación bona fide* suscribe
19 al dependiente durante los primeros treinta (30) días del periodo
20 especial de suscripción, la fecha de efectividad del plan médico será la
21 siguiente:

- 22 (a) ...

23 [(9)] (7) ...

1 (8) *Los planes médicos de grupos pequeños de las asociaciones bona*
2 *fides serán suscritos a través de un plan médico grupal emitido por un*
3 *asegurador, a favor de la asociación bona fide, sujeto al cumplimiento*
4 *de cada uno de los siguientes requisitos:*

5 (a) *Todos los miembros de la asociación bona fide, los empleados del*
6 *patrono miembro y sus dependientes serán elegibles para la cubierta*
7 *del plan médico, independientemente de la existencia de algún factor*
8 *relacionado con el estado de la salud;*

9 (b) *La prima a cargarse se pagará por los miembros de la asociación*
10 *bona fide asegurados;*

11 (c) *Para emitir la cubierta, el asegurador no requerirá un nivel de*
12 *participación que sea mayor de un mínimo de veinticinco (25)*
13 *miembros acogidos al plan médico de la asociación bona fide;*

14 (d) *Una asociación bona fide podrá negociar y contratar el plan médico*
15 *grupal para beneficio de los miembros de dicha asociación con uno*
16 *o más aseguradores. De la asociación bona fide contratar con más*
17 *de un asegurador, cada miembro de la asociación bona fide tendrá*
18 *derecho a seleccionar, entre los planes médicos grupales*
19 *disponibles, aquél que ofrezca las primas, las cubiertas y beneficios*
20 *de servicios de cuidado de salud que mejor se ajusten a sus*
21 *necesidades.*

22 (e) *Ningún asegurador u organización de servicios de salud podrá*
23 *suscribir planes médicos a grupos pequeños ni a grupos grandes de*

1 *asociaciones bona fides que no cumplan con todos los criterios*
2 *establecidos en la definición de Asociación Bona Fide de este*
3 *Capítulo.*

4 **[(10) (a)]** (9) El asegurador que ofrezca un plan médico a un patrono de
5 PYMES *o a grupos pequeños de asociaciones bona fides*, ofrecerá el
6 mismo a todos los empleados elegibles de dicho patrono, *miembros de*
7 *dicha asociación* y sus dependientes. El asegurador no limitará el plan
8 médico únicamente a determinados empleados elegibles, *miembros de la*
9 *asociación bona fide* o dependientes del grupo.

10 **[(b)]** (10) Los aseguradores de patronos de PYMES *o de las*
11 *asociaciones bona fides* no establecerán restricción alguna en cuanto
12 a la suscripción o participación en el plan de los empleados elegibles
13 o sus dependientes que se relacione con la condición de salud de
14 éstos.

15 **[(c)]** (11) Salvo como se permite en este Capítulo, los aseguradores no
16 modificarán los planes médicos con respecto a patronos de PYMES,
17 *asociaciones bona fides* o algún empleado elegible, *miembro de una*
18 *asociación bona fide* o su dependiente, mediante anejos, endosos, o
19 de otra manera, que tengan el efecto de restringir o excluir los
20 beneficios del plan médico con respecto a enfermedades,
21 condiciones médicas o servicios específicos.

1 D. No se requerirá al asegurador de patronos de PYMES *o de grupo pequeño de*
2 *asociaciones bona fides* que ofrezca planes médicos ni acepte solicitudes de
3 suscripción en los siguientes casos:

4 (1) A un patrono de PYMES *o a una asociación bona fide*, cuando
5 dicho patrono *o asociación bona fide* no está ubicado en el área
6 geográfica donde ofrece servicios el asegurador;

7 (2) A un empleado *o miembro de la asociación bona fide*, cuando el
8 empleado *o miembro* no vive, trabaja, ni está domiciliado en el área
9 geográfica de servicio donde ofrece servicios el asegurador.

10 Los aseguradores aplicarán las disposiciones de este Artículo de manera
11 uniforme a todos los patronos de PYMES *y grupo pequeño de*
12 *asociaciones bona fides*, independientemente de la experiencia de
13 reclamaciones o algún otro factor relacionado con el estado de salud de los
14 empleados elegibles, *miembro de la asociación bona fide* y sus
15 dependientes.

16 E. No se requerirá ni se permitirá que un asegurador de patronos de PYMES *o*
17 *grupo pequeño de asociaciones bona fides* provea planes médicos a dichos
18 patronos *o asociaciones bona fides* si por algún periodo de tiempo el
19 Comisionado determina que el asegurador no cumple con los criterios
20 necesarios o no tiene las reservas financieras adecuadas para suscribir los
21 planes médicos.

22 (1) El Comisionado al hacer su determinación tomará en cuenta los
23 siguientes factores:

- 1 (a) La situación financiera del asegurador;
- 2 (b) El historial del asegurador con respecto a tarifas y pólizas grupales
3 suscritas con patronos de PYMES *o grupos pequeños de*
4 *asociaciones bonafides*;
- 5 (c) El compromiso del asegurador de mercadear sus productos de
6 manera equitativa a todos los patronos de PYMES *o asociaciones*
7 *bona fides* de Puerto Rico o en su área geográfica de servicio,
8 según fuera aplicable;
- 9 (d) La experiencia del asegurador con el manejo del riesgo de los
10 grupos de patronos PYMES *o grupos pequeños de asociaciones*
11 *bona fides*;
- 12 (e) La condición financiera del asegurador no podrá sostener el riesgo
13 que representa la suscripción de planes médicos de patronos de
14 PYMES *o grupos pequeños de asociaciones bona fides*;
- 15 (f) El asegurador no ha mercadeado sus productos de manera
16 equitativa a todos los patronos de PYMES *o asociaciones bona*
17 *fides* en Puerto Rico o en su área geográfica de servicio, según
18 fuera aplicable; o
- 19 (g) El asegurador no proveyó cubierta a los patronos de PYMES *o*
20 *asociaciones bona fides* elegibles según se requiere en el Artículo
21 8.070 de este Capítulo.

1 (2) En estos casos, el asegurador no podrá ofrecer planes médicos en el
2 mercado de patronos de PYMES *o grupos pequeños de asociaciones*
3 *bona fides* antes de la fecha más tardía de las siguientes:

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

6 (b) Cuando el asegurador haya demostrado al Comisionado que tiene
7 las reservas financieras adecuadas para suscribir planes médicos a
8 los patronos de PYMES *o grupos pequeños de asociaciones bona*
9 *fides* nuevamente y el Comisionado lo haya autorizado a ofrecer
10 planes médicos a los patronos de PYMES *o grupos pequeños de*
11 *asociaciones bona fides* nuevamente.

12 F. No se requerirá que ningún asegurador suscriba nuevos planes médicos a
13 patronos de PYMES *o grupos pequeños de asociaciones bona fides* si el
14 asegurador opta por no suscribir nuevos planes médicos a los patronos de
15 PYMES *o grupos pequeños de asociaciones bona fides* en Puerto Rico.
16 Disponiéndose, además, que:

17 (1) El asegurador que opte por no suscribir nuevos planes médicos a
18 los patronos de PYMES *o grupos pequeños de asociaciones bona*
19 *fides* podrá mantener sus pólizas existentes en Puerto Rico, si así lo
20 determina el Comisionado.

21 (2) El asegurador que opte por no suscribir nuevos planes médicos a
22 los patronos de PYMES *o grupos pequeños de asociaciones bona*
23 *fides* notificará su decisión al Comisionado y éste emitirá una

1 prohibición que le impedirá suscribir nuevos planes médicos en el
2 mercado de patronos de PYMES *o grupos pequeños de*
3 *asociaciones bona fides, según sea el caso*, en Puerto Rico por un
4 periodo de cinco (5) años, a partir de la fecha en que el asegurador
5 dejó de suscribir nuevos planes médicos en Puerto Rico.”

6 Sección 9.-Se enmienda el Artículo 8.080 de la Ley 194-2011, según enmendada,
7 conocida como el “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”, para que lea como sigue:

8 “Artículo 8.080. Certificación de Cubierta Acreditable

9 A. Los aseguradores de patronos de PYMES *y grupos pequeños de asociaciones*
10 *bona fides* proveerán un formulario de certificación de cubierta acreditable a
11 las personas según se dispone en el apartado B.

12 B. ...

13 C.”

14 Sección 10.-Se enmienda el Artículo 8.120 de la Ley 194-2011, según enmendada,
15 conocida como el “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”, para que lea como sigue:

16 “Artículo 8.120. Plan Médico Básico

17 A. El Comisionado autorizará la forma y el nivel de cubierta que el asegurador de
18 *planes médicos de grupos pequeños de patronos de PYMES o de asociaciones*
19 *bona fides*, debe proveer conforme a este Capítulo y a las disposiciones del
20 Artículo 2.050 de esta Ley. *No obstante, en los planes médicos ofrecidos a*
21 *grupos grandes de asociaciones bona fides, la asociación bona fide podrá*
22 *seleccionar las cubiertas y beneficios de servicios de cuidado de salud que*
23 *mejor entienda se ajusten a las necesidades de sus miembros, sin que sea*

1 *aplicable los requisitos del Conjunto de Beneficios Esenciales de cubierta*
2 *(“essential health benefits package”) del Artículo 2.050 de esta Ley, siempre y*
3 *cuando el asegurador haya presentado para previa aprobación del*
4 *Comisionado el formulario de dicho plan médico. El asegurador grupos*
5 *grandes de asociaciones bona fides podrá comenzar a usar el formulario del*
6 *plan médico sesenta (60) días luego de presentar el mismo, salvo que no haya*
7 *sido desaprobado por el Comisionado.*

8 B. El Comisionado dispondrá *en los planes médicos de patronos de PYMES o*
9 *grupos pequeños de asociaciones bona fides* los niveles de beneficios, costos
10 compartidos, exclusiones y limitaciones para el plan médico básico en sus
11 diversos niveles metálicos o variaciones, teniendo en cuenta todas las
12 disposiciones impuestas por las leyes y los reglamentos federales y estatales.
13 Los planes médicos *de patronos de PYMES o grupos pequeños de*
14 *asociaciones bona fides* autorizados por el Comisionado incluirán medidas de
15 control de costos tales como las siguientes:

16 (1)...

17 ...”

18 Sección 11.-Se enmienda el Artículo 8.130 de la Ley 194-2011, según enmendada,
19 conocida como el “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”, para que lea como sigue:

20 “Artículo 8.130. Evaluación Periódica del Mercado

21 Por lo menos una vez cada tres (3) años, el Comisionado llevará a cabo un
22 estudio sobre la efectividad de las disposiciones de este Capítulo. En el informe se
23 analizará la efectividad de las disposiciones de este Capítulo en promover la

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

11 Sección 12.-Se enmienda el Artículo 8.140 a la Ley 194-2011, según enmendada,
12 conocida como el “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”, para que lea como sigue:

13 “Artículo 8.140. Relevo de Ciertas Leyes Estatales

14 Cualquier ley o reglamento estatal que sea aprobado luego de la fecha de
15 vigencia de este Capítulo y que requiera la inclusión en un plan médico de ciertos
16 servicios o beneficios, el reembolso de éstos, así como la utilización o inclusión de
17 algún proveedor de cuidado de salud o de persona alguna, no será aplicable a los
18 planes médicos de los aseguradores de patronos de PYMES *ni a los planes médicos de*
19 *grupos pequeños de asociaciones bona fides* en Puerto Rico, salvo que expresamente
20 así lo disponga la ley o el reglamento en cuestión. No obstante, cualquier asegurador
21 podrá optar por cumplir con la ley o reglamento aprobado, si ello redunda en
22 beneficios para los patronos de PYMES *o los grupos pequeños de las asociaciones*
23 *bona fides*, así como para los empleados, *miembros* y sus dependientes.”

1 Sección 13.-Se enmienda el Artículo 8.160 a la Ley 194-2011, según enmendada,
2 conocida como el “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”, para que lea como sigue:

3 “Artículo 8.160. Estándares y Restricciones para Garantizar el Mercadeo Equitativo

4 A. Todo asegurador [**mercadeará**] *ofrecerá* de manera activa a todos los patronos
5 de PYMES y *grupos pequeños de asociaciones bona fides* en Puerto Rico,
6 *durante el periodo de suscripción garantizada, y en el caso de los planes de*
7 *grupos pequeños, durante todo el año, todos los planes médicos que [venda]*
8 *ofrece* dicho asegurador en este mercado.

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

11 (1) Alentar o inducir a cualquier patrono de PYMES *o grupo pequeño de una*
12 *asociación bona fide* a que no solicite el plan médico al asegurador, o a
13 que solicite el plan médico de otro asegurador, por razón del estado de
14 salud de los empleados elegibles o dependientes, o la experiencia de
15 reclamaciones, industria, ocupación o ubicación geográfica del patrono de
16 PYMES *o grupo pequeño de una asociación bona fide*. Esta disposición no
17 será aplicable a información provista por un asegurador o productor sobre
18 el área geográfica de servicio del asegurador o alguna disposición de red
19 preferida.

20 C. Ningún asegurador, directa o indirectamente, contratará, acordará o hará algún
21 acuerdo con un productor para disponer o que resulte en que la remuneración
22 pagada al productor por la venta de planes médicos variará debido a algún
23 factor relacionado con el estado de salud de los empleados elegibles, *miembros*

1 *de una asociación bona fide*, o dependientes, o la industria, ocupación o
2 ubicación del patrono de PYMES *o grupo pequeño de una asociación bona*
3 *fide*, ya fuere al inicio del plan médico, como al momento de renovarlo.

4 Esta disposición no será aplicable con respecto a un acuerdo de remuneración
5 a un productor a base de porcentaje de las primas, disponiéndose que dicho
6 porcentaje no variará debido a ningún factor relacionado con el estado de salud
7 de los empleados elegibles, *miembros de una asociación bona fide* o
8 dependientes, o la industria, ocupación o ubicación del patrono de PYMES *o*
9 *grupo pequeño de una asociación bona fide*.

10 D. Ningún asegurador podrá dar por terminado, negarse a renovar o limitar el
11 contrato o acuerdo de representación con un productor por alguna razón que
12 tenga que ver con un factor relacionado con el estado de salud de los
13 empleados elegibles, *miembros de una asociación bona fide*, o dependientes, o
14 la industria, ocupación o ubicación del patrono de PYMES *o grupo pequeño*
15 *de una asociación bona fide*, ya fuere al inicio o al momento de renovación de
16 un plan médico colocado por el productor con dicho patrono.

17 E. Ningún asegurador o productor podrá inducir o alentar a patronos de PYMES *o*
18 *a un grupo pequeño de una asociación bona fide* a separar o de otra manera
19 excluir a un empleado elegible, *miembro de la asociación bona fide*, o
20 dependiente de los beneficios del plan médico.

21 F. Siempre que el asegurador deniegue una solicitud de plan médico de un
22 patrono de PYMES *o un grupo pequeño de una asociación bona fide*, por
23 alguna razón permitida bajo las disposiciones de este Capítulo, lo notificará

1 por escrito e indicará de forma clara la razón o razones por las que deniega la
2 solicitud.

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

11 Sección 14.-Se enmienda el Artículo 8.170 a la Ley 194-2011, según enmendada,
12 conocida como el “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”, para que lea como sigue:

13 “Artículo 8.170. Divulgaciones Requeridas

14 A. Referente a las ofertas para la venta de un plan médico a un patrono de
15 PYMES *o grupos pequeños de asociaciones bona fides*, el asegurador deberá
16 realizar una divulgación razonable, como parte de sus materiales de
17 solicitud y venta, que incluya todo lo siguiente:

18 (1) ...

19 (2) ...

20 (3) Las disposiciones relacionadas a *periodo de suscripción garantizada o*
21 *renovación garantizada*; **[las condiciones preexistentes; y]**

1 (4) Una lista e información descriptiva, incluso beneficios y primas, sobre
2 todos los planes médicos disponibles para el patrono de PYMES o para
3 grupos pequeños de asociaciones bona fides.

4 B. Proveer sin costo alguno a los asegurados, dentro de un periodo no mayor de
5 siete (7) días laborables luego de recibirse la petición o de la fecha de
6 suscripción del asegurado, lo que ocurra primero, un resumen por escrito de
7 beneficios y cubierta (por sus siglas en inglés, "SBC"). En caso de renovación
8 o de cambio en la cubierta, se proveerá el SBC con treinta (30) días de
9 antelación a la fecha de renovación o del cambio en la cubierta."

10 Sección 15.-Se derogan los incisos (E) y (AA) del Artículo 10.030 y se reenumeran los
11 subsiguientes incisos, respectivamente, de la Ley 194-2011, según enmendada, conocida
12 como el "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico".

13 Sección 16.-Se enmienda el Artículo 10.040 de la Ley 194-2011, según enmendada,
14 conocida como el "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", para que lea como sigue:

15 "Artículo 10.040. — Aplicabilidad y alcance.

16 A. Las disposiciones de este Capítulo relacionadas con los planes médicos
17 individuales y los aseguradores que ofrecen dichos planes serán aplicables a lo siguiente:

18 (1) ...

19 (2) ...

20 (3) **[Planes de asociaciones bona fide según establecida en este Capítulo; y**

21 **(4)]** Pólizas convertidas según establecidas en este Capítulo.

22 B. ..."

1 Sección 17.-Se enmienda el Artículo 10.060 de la Ley 194-2011, según enmendada,
2 conocida como el “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”, para que lea como sigue:

3 “Artículo 10.060. — Renovación de cubierta.

4 A. Todo asegurador de planes médicos individuales renovará el plan médico
5 individual al asegurado o dependiente, a opción del asegurado, y en conformidad con la
6 legislación y reglamentación federal aplicable; excepto en los siguientes casos:

7 (1) ...

8 ...

9 (5)...

10 (a)...

11 ...

12 (d) ...

13 **[(6) En el caso de los planes médicos que se ofrecen en el mercado de planes**
14 **individuales solamente por medio de una o más asociaciones bona fide, la**
15 **persona deja de pertenecer a la asociación en la cual se provee la cubierta,**
16 **siempre y cuando la cubierta se termina conforme a este inciso de manera**
17 **uniforme, sin considerar los factores relacionados con la condición de**
18 **salud del asegurado; o**

19 **(7)] (6)** En el caso de los planes médicos que se ofrecen al mercado individual por
20 medio de un plan de red preferida, el asegurado ya no reside, vive o trabaja en
21 el área geográfica de servicio establecida, siempre y cuando la cubierta se
22 termina conforme a este inciso, sin considerar los factores relacionados con la
23 condición de salud del asegurado.

1 ...”

2 Sección 18.-Separabilidad

3 Si cualquier cláusula, párrafo, subpárrafo, oración, palabra, letra, artículo, disposición,
4 sección, subsección, título, capítulo, subcapítulo, acápite o parte de esta Ley fuera anulada o
5 declarada inconstitucional, la resolución, dictamen o sentencia a tal efecto dictada no afectará,
6 perjudicará, ni invalidará el remanente de esta Ley. El efecto de dicha sentencia quedará
7 limitado a la cláusula, párrafo, subpárrafo, oración, palabra, letra, artículo, disposición,
8 sección, subsección, título, capítulo, subcapítulo, acápite o parte de la misma que así hubiere
9 sido anulada o declarada inconstitucional. Si la aplicación a una persona o a una circunstancia
10 de cualquier cláusula, párrafo, subpárrafo, oración, palabra, letra, artículo, disposición,
11 sección, subsección, título, capítulo, subcapítulo, acápite o parte de esta Ley fuera invalidada
12 o declarada inconstitucional, la resolución, dictamen o sentencia a tal efecto dictada no
13 afectará ni invalidará la aplicación del remanente de esta Ley a aquellas personas o
14 circunstancias en que se pueda aplicar válidamente. Es la voluntad expresa e inequívoca de
15 esta Asamblea Legislativa que los tribunales hagan cumplir las disposiciones y la aplicación
16 de esta Ley en la mayor medida posible, aunque se deje sin efecto, anule, invalide, perjudique
17 o declare inconstitucional alguna de sus partes, o aunque se deje sin efecto, invalide o declare
18 inconstitucional su aplicación a alguna persona o circunstancia. Esta Asamblea Legislativa
19 hubiera aprobado esta Ley sin importar la determinación de separabilidad que el Tribunal
20 pueda hacer.

21 Sección 19.-Vigencia

22 Esta Ley comenzará a regir treinta (30) días después de su aprobación.