

(P. del S. 641)

LEY NUM. 43 22 DE ENERO DE 2018

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 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. Estas asociaciones 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 estos 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* redundó 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 estos 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 de América, 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 metálicos. El asegurador de “grupos grandes”, empero, deberá utilizar directamente al menos un ochenta y cinco por ciento (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 solo se podrán variar por los beneficios cubiertos, la composición familiar, edad y tabaquismo. Los aseguradores que ofrezcan planes médicos de grupos 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 tarificación 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:

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

“Artículo 2.050.- Conformidad con Leyes Federales

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

A. ...

...

D. Todo asegurador u organización de seguros de salud que provea planes médicos individuales o grupales, con excepción de los planes médicos “grandfathered” y de planes médicos de grupos grandes de empleados o grupos grandes de una asociación *bona fide*, deberá asegurarse que todas sus cubiertas incluyan el Conjunto de Beneficios de Salud Esenciales o “Essential health benefits package” requerido a tenor con la Sección 1302(a) del “Patient Protection and Affordable Care Act” y este inciso. El Conjunto de Beneficios de Salud Esenciales constituye un plan médico que incluya:

(1) ...

...

E. ...

...

K. Las organizaciones de seguros de salud y aseguradores de planes médicos individuales, de patronos PYMES y pequeños grupos de asociaciones *bona fides* deberán utilizar directamente al menos un ochenta por ciento (80%) de las primas en proveer cuidado de salud y para el mejoramiento de la calidad del cuidado de salud que recibe el asegurado. En el caso de los grupos grandes, esta

razón deberá ser ochenta y cinco por ciento (85%). Los grupos grandes son grupos que tienen más de cincuenta (50) empleados o miembros.

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

L. ...

...”

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

“Artículo 8.010. -Título

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

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

“Artículo 8.020. -Propósito

El propósito de este Capítulo es promover la disponibilidad de planes médicos para los patronos de PYMES y para grupos pequeños de asociaciones *bona fides*, independientemente de la existencia de algún factor relacionado con la condición de salud; prevenir prácticas de tarificación abusivas; prevenir la segmentación del mercado de planes médicos a base del riesgo de salud; requerir la divulgación de las prácticas de tarificación a los consumidores de planes médicos; establecer reglas con respecto a la renovación de los planes médicos; prohibir las exclusiones por condiciones preexistentes; proveer para el desarrollo de planes médicos que cumplan con los requisitos del Conjunto de Beneficios de Salud Esenciales para ser ofrecidos a todos los patronos de PYMES y a los grupos pequeños de asociaciones *bona fides*; y mejorar la equidad y eficiencia general del mercado de planes médicos para grupos pequeños. Cualquier disposición de este Capítulo que conflija con alguna ley o reglamento federal emitido por una agencia federal que sea aplicable en el área de los planes médicos PYMES o de asociaciones *bona fides*, se entenderá enmendada para que armonice con tal ley o reglamento federal, excepto cuando las disposiciones locales confieran más protecciones para el asegurado de estos planes médicos.”

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

“Artículo 8.030. Definiciones

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

A. ...

B. ...

C. “Asegurador” o “Asegurador de patronos de PYMES o de asociaciones *bona fides*” significa toda entidad autorizada por el Comisionado para ofrecer planes

médicos a los empleados elegibles de uno o más patronos de PYMES o a los miembros de una asociación *bona fide*, a tenor con este Capítulo. Para propósitos de este Capítulo, “asegurador” incluye a una compañía de seguros, un plan prepagado de cuidado médico o de hospital, una sociedad fraternal benéfica, una organización de servicios de salud, y toda otra entidad que ofrezca y provea planes médicos o beneficios de salud que esté sujeta a la reglamentación de seguros en Puerto Rico.

- D. “Asociación *Bona fide*” significa, con respecto al ofrecimiento de planes médicos, una asociación que cumple con todos los siguientes criterios:
- (1) Ha operado activamente durante al menos cinco (5) años y está legalmente organizada;
 - (2) Se constituyó y se ha mantenido activa de buena fe, para otros propósitos que no sea obtener un seguro o plan médico;
 - (3) Está gobernada por un cuerpo directivo y auspicia reuniones generales anuales de sus socios;
 - (4) Se rige por estatutos o documentos análogos que gobiernan su funcionamiento;
 - (5) No impone restricciones ni condiciones para el ingreso a la asociación, que contemplen factores relacionados con el estado de la salud;
 - (6) Todos los miembros de la asociación, los empleados de patronos miembros y sus dependientes son elegibles para el plan médico, independientemente de la existencia de algún factor relacionado con el estado de la salud;
 - (7) Solo se ofrece la inscripción, se acepta la solicitud de inscripción o se inscriben miembros que se dediquen activamente o retirados de una profesión, empresa, comercio o industria representado por la asociación o que tengan una relación directa con dicha profesión, empresa, comercio o industria que la misma representa;
 - (8) No es propiedad de un asegurador ni está afiliada a un asegurador o controlada por este;
 - (9) El plan médico ofrecido por la asociación no está disponible para otras personas que no tengan una relación con un miembro de la asociación;
y
 - (10) Las uniones obreras, colegios o asociaciones profesionales que reúnan los criterios establecidos en este inciso se podrán considerar como una “asociación *bona fide*”, para propósitos de disponibilidad de planes médicos de Asociaciones *Bona fides*.
- E. “Certificación actuarial” significa una declaración firmada por un miembro de la Academia Americana de Actuarios u otro individuo aceptable para el Comisionado, aseverando que las tarifas y primas de un asegurador de patronos de PYMES o de grupos pequeños de asociaciones *bona fides*

cumplen con las disposiciones de este Capítulo. Tal certificación estará basada en un examen realizado por dicha persona que incluya una revisión de los registros apropiados, los supuestos y métodos actuariales usados por el asegurador para establecer las tarifas de los planes médicos aplicables.

- F. “Cubierta acreditable“ ...
- G. “Empleado elegible”...
- H. “Exclusión por condición preexistente”...
- I. “Factor relacionado con el estado de la salud”...
- J. “Fecha de efectividad”...
- K. “Grupo grande de Asociación *Bona fide*” significa la asociación *bona fide* que tiene cincuenta y uno (51) o más miembros.
- L. “Grupo pequeño de Asociación *Bona fide*” significa la asociación *bona fide* que tiene al menos veinticinco (25), pero no más de cincuenta (50) miembros.
- M. “Información genética”...
- N.” Patrono de pequeña y mediana empresa (PYMES)” significa toda persona, firma, corporación, sociedad, asociación, con o sin fines de lucro, que haya empleado durante al menos el cincuenta (50) por ciento de sus días laborables del año natural anterior, al menos dos (2), pero no más de cincuenta (50) empleados elegibles. Al determinar el número de empleados elegibles, las compañías que sean afiliadas, o que sean elegibles para presentar una planilla de impuestos combinada para propósitos de tributación en Puerto Rico, se considerarán un solo patrono. Después de emitido el plan médico y con el propósito de determinar la continuidad de la elegibilidad, el tamaño de dicho patrono de PYMES se determinará anualmente.
- O. “Periodo de espera” significa el periodo que debe transcurrir con respecto a la persona cubierta o asegurado antes de que pueda ser elegible a recibir ciertos beneficios bajo los términos del plan médico. El periodo de espera en ningún caso podrá exceder de noventa (90) días. No obstante, los servicios de sala de emergencias no tendrán periodo de espera y el periodo de espera para los servicios preventivos no podrá exceder los treinta (30) días.
- P. “Periodo de suscripción” significa el lapso de tiempo establecido para que un empleado elegible se suscriba a un plan médico de patronos de PYMES o un miembro de una asociación *bona fide* se suscriba al plan médico de grupos pequeños que se ofrece a través de una Asociación *Bona fide*.
- Q. “Persona cubierta” o “asegurado” significa el titular de una póliza o certificado, u otra persona que participe de los beneficios de un plan médico de patronos de PYMES o de los beneficios del plan médico de grupos pequeños que se ofrece a través de una Asociación *Bona fide*.
- R. “Plan de red preferida”...
- S. “Plan médico”...

- T. “Plan médico básico”...
- U. “Plan médico básico bronce; plan médico básico plata, plan médico básico oro y plan médico básico platino”...
- V. “Plan Médico de Asociaciones *Bona fides*” significa una póliza, contrato de seguro o certificado emitido por un asegurador para beneficio de una asociación *bona fide* o dos o más asociaciones “*bona fides*” agrupadas, mediante el cual se proveen servicios de cuidado de salud a los miembros elegibles y sus dependientes, de conformidad con los criterios establecidos en este Capítulo.
- W. “Plan médico grupal” significa una póliza, contrato de seguro o certificado, emitido por un asegurador para beneficio de un patrono PYMES, un grupo de patronos de PYMES o para beneficio de una Asociación *Bona fide*, mediante el cual se provee servicios de cuidado de la salud a los empleados elegibles, o a los miembros de una asociación *bona fide* y sus dependientes.
- X. “Prima” significa la cantidad específica de dinero pagada a un asegurador como condición para recibir los beneficios de un plan médico para los empleados elegibles de patronos de PYMES o para los miembros de una Asociación *Bona fide*.
- Y. “Productor”...
- Z. “Suscriptor Tardío” significa un empleado elegible o dependiente que solicita acogerse a un plan médico de patronos de PYMES o un miembro de una asociación *bona fide* o su dependiente que solicita acogerse a un plan médico de grupos pequeños que se ofrece a través de una Asociación *Bona fide*, después del periodo de suscripción inicial, disponiéndose que dicho término nunca será menor de treinta (30) días.

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

- (1) Si el empleado elegible, miembro de una asociación *bona fide* o dependiente cumple con cada uno de los siguientes criterios:
 - (a) ...
- (2) Si el empleado elegible, miembro de una asociación *bona fide* o dependiente se acoge durante un periodo de suscripción establecido, cuando se provea para ello en un plan médico o cuando de otra manera disponga la ley;
- (3) Si el empleado elegible está empleado por un patrono que ofrece múltiples planes médicos o una asociación *bona fide* ofrece múltiples planes médicos a sus miembros y este elige un plan médico diferente durante un periodo de suscripción;
- (4) Si un tribunal ha ordenado que se provea cubierta para un cónyuge, hijo menor o dependiente bajo el plan médico de un empleado o miembro de una asociación *bona fide* y se hace la solicitud de suscripción dentro de los treinta (30) días después de emitirse la orden del tribunal;

(5) ...

(6) ...

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

AA. “Tarificación de comunidad ajustada” significa un método utilizado para desarrollar tarifas que prohíbe la consideración de factores relacionados con la salud para fijar las tarifas y dispersa el riesgo financiero a lo largo del universo de grupos pequeños del asegurador de acuerdo con los requisitos de este Capítulo.”

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

“Artículo 8.040. Aplicabilidad y Alcance

A. Este Capítulo será aplicable a todo asegurador que provea planes médicos a los empleados de patronos de PYMES en Puerto Rico, siempre y cuando el patrono de PYMES pague parte o la totalidad de la prima, de los beneficios, o reembolse al empleado elegible alguna porción de la prima, ya sea mediante deducción de salario o mediante otra forma, según se acuerde entre las partes. Las disposiciones de este Capítulo serán también aplicables a todo asegurador que suscriba planes médicos de grupos pequeños para los miembros de una Asociación *Bona fide*, según se define en este Capítulo.

B. ...

...”

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

“Artículo 8.050. Restricciones Relacionadas con las Tarifas

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

(1) El asegurador deberá desarrollar sus tarifas a base del método de tarificación de comunidad ajustado y sólo podrá variar las tarifas por composición familiar, edad, beneficios cubiertos y uso del tabaco. Los planes médicos “grandfathered” no están obligados a cumplir con este inciso (1).

(2) Las tarifas desarrolladas por el asegurador en el mercado de planes médicos de patronos PYMES o de las Asociaciones *Bona fides*, para grupos pequeños, deberán ser presentadas para aprobación previa del Comisionado, con un mínimo de noventa (90) días de anticipación a la fecha de uso.

(3) Las tarifas a base de composición familiar se desarrollará de la siguiente manera: (i) Individual: 1 sola persona; (ii) Pareja: 2 personas;

(iii) Familiar: de 3 a 5 personas; (iv) Familiar Grande: de 6 personas en adelante; (v) Dependiente opcional.

- (4) Las tarifas de los planes médicos del mercado de patronos PYMES y planes médicos de asociaciones *bona fides* de grupo pequeño se establecerán de una manera uniforme mediante el método de tarificación de comunidad ajustado para dispersar el riesgo financiero entre el universo de los componentes de un segmento del mercado. Este método prohíbe la consideración de factores relacionados con la salud para fijar las tarifas. Las tarifas de los planes médicos del mercado de patronos PYMES o planes médicos de asociaciones *bona fides* de grupos pequeños solo podrán variar por los beneficios cubiertos, la composición familiar y por tabaquismo.
- (5) Fondo Común para Riesgos (“single risk pool”). Los aseguradores que ofrezcan planes médicos de patronos PYMES o planes médicos de asociaciones *bona fides* de grupo pequeño tomarán en cuenta todas las reclamaciones de los grupos pequeños suscritos en todos los planes médicos del mercado de planes de patronos PYMES o planes de asociaciones *bona fides* y las considerarán como un fondo común para riesgos o “single risk pool”, para propósitos del establecimiento de las tarifas.
- (6) Cualquier ajuste tarifario se realizará según las directrices y condiciones que disponga el Comisionado mediante Carta Normativa.

B. ...

C. ...

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

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

(1) ...

(2) Un asegurador de planes médicos de patronos de PYMES o de grupos pequeños de asociaciones *bona fides* deberá tener disponible para la inspección del Comisionado la información y documentación descrita en este inciso E, cuando dicho funcionario la solicite. Excepto en casos de violaciones a este Capítulo, la información se deberá considerar

información privilegiada y secreto del negocio y no estará sujeta a divulgación por el Comisionado a personas fuera de su oficina, excepto según lo acepte el asegurador o según lo ordene un tribunal con jurisdicción y competencia.

F. ...

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

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

“Artículo 8.060. Renovación del Plan Médico

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

(1) ...

(2) ...

(3) ...

(4) ...

(5) ...

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

(7) ...

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

- B. En el caso de un asegurador de patronos de PYMES o de asociaciones *bona fides* que lleve a cabo negocios en un área geográfica de servicio en Puerto Rico, las reglas establecidas en este Artículo solo serán aplicables a las operaciones del asegurador en dicha área de servicio.
- C. Además de lo dispuesto en este Artículo, el asegurador de patronos de PYMES o grupo pequeño de asociaciones *bona fides* cumplirá en todo momento con la reglamentación federal aplicable de renovación garantizada de cubierta, según codificada en 45 C.F.R. sec. 146.152 (“Guaranteed renewability of coverage for employers in the group market”).”

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

“Artículo 8.070. Disponibilidad del Plan Médico

- A. Como condición para realizar negocios en Puerto Rico y salvo lo dispuesto en este Capítulo, aquellos aseguradores que ofrezcan planes médicos a los patronos de PYMES o para grupos pequeños de asociaciones *bona fides* tendrán que ofrecer todos los planes médicos que mercadeen activamente para este sector de PYMES o de asociaciones *bona fides*, incluyendo como mínimo dos planes médicos básicos en por lo menos un nivel metálico diferente cada uno. Los aseguradores deberán cumplir, además, con los siguientes requisitos sobre disponibilidad:
 - (1) El asegurador de patronos de PYMES o de grupos pequeños de las asociaciones *bona fides* deberá emitir el plan médico a todo patrono o asociación *bona fide* que solicite dicho plan y acepte realizar los pagos mínimos requeridos y satisfacer las demás disposiciones razonables del plan médico que no sean contrarias a este Capítulo.
 - (2) Salvo que el Comisionado disponga en contrario, el asegurador de patronos de PYMES o de grupos pequeños de asociaciones *bona fides* no deberá celebrar uno o más arreglos de cesión con respecto a los planes médicos formalizados o emitidos para su formalización a patronos de PYMES o asociaciones *bona fides* en Puerto Rico, si dichos arreglos resultarían en la retención por parte del asegurador cedente de menos del cincuenta (50) por ciento de la obligación o riesgo de seguro para tales planes médicos.
- B. Los aseguradores le presentarán para aprobación del Comisionado los formularios y las tarifas de los planes médicos que mercadearán para patronos PYMES o para grupos pequeños de asociaciones *bona fides*. El asegurador podrá comenzar a usar dichos formularios sesenta (60) días luego de presentar los mismos, siempre que no hayan sido desaprobados por el Comisionado. Disponiéndose que:
 - (1) ...
 - (2)

- C. Los planes médicos que cubren a los patronos de PYMES y a las asociaciones *bona fides* deben cumplir con las siguientes disposiciones:
- (1) Un asegurador no podrá denegar, excluir o limitar los beneficios de un plan médico por motivo de una condición preexistente.
 - (2) Un asegurador no podrá establecer normas de elegibilidad o de renovación en un plan médico mediante las cuales se discrimine por razón de un factor relacionado con la salud del asegurado o de un dependiente. Se entenderán por normas de elegibilidad, aquellas normas relacionadas con lo siguiente: la suscripción en un plan médico, la tarifa, la fecha de efectividad de la cubierta, periodos de espera, suscriptores tardíos, periodos de suscripción especial, elección de beneficios, inclusión de dependientes o terminación de cubierta, entre otros.
 - (3) Los planes médicos de patronos PYMES o grupos pequeños de las asociaciones *bona fides* no podrán tener un periodo de espera que exceda los noventa (90) días. No obstante, los servicios de sala de emergencias no tendrán periodo de espera y el periodo de espera para los servicios preventivos no podrá exceder los treinta (30) días. En el caso de un plan médico que contenga un periodo de espera, el asegurador deberá reducir el mismo si el asegurado tiene una cubierta acreditable, y esta haya terminado en una fecha no anterior a los noventa (90) días previos a la fecha de suscripción al nuevo plan médico. La reducción dispuesta en este inciso será por la totalidad del período de cubierta acreditable.
 - (4) Los aseguradores de patronos de PYMES o de asociaciones *bona fides* no impondrán exclusión alguna por condición de embarazo.
 - (5) Los aseguradores permitirán que los suscriptores tardíos se suscriban conforme a los términos del plan médico durante un periodo especial de suscripción si:
 - (a) El suscriptor tardío estuvo cubierto por otro plan médico cuando se ofreció el plan médico de patronos de PYMES o de grupos pequeños de asociaciones *bona fides*, incluyendo un plan médico conforme a las disposiciones de continuación de “Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act” (COBRA);
 - (b) El otro plan médico que tenía el suscriptor tardío terminó conforme a los requisitos de elegibilidad de dicho plan médico, los cuales incluyen la separación, el divorcio, la muerte, la terminación del empleo, o reducción en el número de horas de empleo o las aportaciones patronales a la otra cubierta se han terminado; y
 - (c) El suscriptor tardío solicita acogerse al plan médico de patronos de PYMES o grupos pequeños de la asociación *bona fide*, a

más tardar a los treinta (30) días de la fecha de vencimiento del otro plan médico.

Si un empleado solicita la suscripción según este inciso (5), el plan médico de patronos de PYMES o de grupos pequeños de la asociación *bona fide* entrará en vigor a más tardar el primer mes natural siguiente a la fecha en que se recibió la solicitud de suscripción.

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

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

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

- (a) ...

(7) ...

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

- (a) Todos los miembros de la asociación *bona fide*, los empleados del patrono miembro y sus dependientes serán elegibles para la cubierta del plan médico, independientemente de la existencia de algún factor relacionado con el estado de la salud;
- (b) La prima a cargarse se pagará por los miembros de la asociación *bona fide* asegurados;
- (c) Para emitir la cubierta, el asegurador no requerirá un nivel de participación que sea mayor de un mínimo de veinticinco (25) miembros acogidos al plan médico de la asociación *bona fide*;

- (d) Una asociación *bona fide* podrá negociar y contratar el plan médico grupal para beneficio de los miembros de dicha asociación con uno o más aseguradores. De la asociación *bona fide* contratar con más de un asegurador, cada miembro de la asociación *bona fide* tendrá derecho a seleccionar, entre los planes médicos grupales disponibles, aquél que ofrezca las primas, las cubiertas y beneficios de servicios de cuidado de salud que mejor se ajusten a sus necesidades.
 - (e) Dos o más grupos pequeños de asociaciones *bona fides* podrán agruparse para efectos de negociación de servicios de cubierta para sus miembros. Si al agruparse excediesen la cantidad de cincuenta (50) miembros, las asociaciones *bona fides* agrupadas serán consideradas como un grupo grande.
 - (f) Ningún asegurador u organización de servicios de salud podrá suscribir planes médicos a grupos pequeños ni a grupos grandes de asociaciones *bona fides* que no cumplan con todos los criterios establecidos en la definición de Asociación *Bona fide* de este Capítulo. Tampoco ninguna entidad que no cumpla con los criterios establecidos en la definición de asociación *bona fide* podrá tramitar de manera alguna planes médicos de grupos de asociaciones *bona fides* a sus miembros. El Comisionado se asegurará del cumplimiento con este inciso y podrá imponer sanciones por violaciones al mismo.
- (9) El asegurador que ofrezca un plan médico a un patrono de PYMES o a grupos pequeños de asociaciones *bona fides*, ofrecerá el mismo a todos los empleados elegibles de dicho patrono, miembros de dicha asociación y sus dependientes. El asegurador no limitará el plan médico únicamente a determinados empleados elegibles, miembros de la asociación *bona fide* o dependientes del grupo.
- (10) Los aseguradores de patronos de PYMES o de las asociaciones *bona fides* no establecerán restricción alguna en cuanto a la suscripción o participación en el plan de los empleados elegibles o sus dependientes que se relacione con la condición de salud de estos.
- (11) Salvo como se permite en este Capítulo, los aseguradores no modificarán los planes médicos con respecto a patronos de PYMES, asociaciones *bona fides* o algún empleado elegible, miembro de una asociación *bona fide* o su dependiente, mediante anejos, endosos, o de otra manera, que tengan el efecto de restringir o excluir los beneficios del plan médico con respecto a enfermedades, condiciones médicas o servicios específicos.
- D. No se requerirá al asegurador de patronos de PYMES o de grupo pequeño de asociaciones *bona fides* que ofrezca planes médicos ni acepte solicitudes de suscripción en los siguientes casos:

- (1) A un patrono de PYMES o a una asociación *bona fide*, cuando dicho patrono o asociación *bona fide* no está ubicado en el área geográfica donde ofrece servicios el asegurador;
- (2) A un empleado o miembro de la asociación *bona fide*, cuando el empleado o miembro no vive, trabaja, ni está domiciliado en el área geográfica de servicio donde ofrece servicios el asegurador.

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

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

- (1) El Comisionado al hacer su determinación tomará en cuenta los siguientes factores:
 - (a) La situación financiera del asegurador;
 - (b) El historial del asegurador con respecto a tarifas y pólizas grupales suscritas con patronos de PYMES o grupos pequeños de asociaciones *bona fides*;
 - (c) El compromiso del asegurador de mercadear sus productos de manera equitativa a todos los patronos de PYMES o asociaciones *bona fides* de Puerto Rico o en su área geográfica de servicio, según fuera aplicable;
 - (d) La experiencia del asegurador con el manejo del riesgo de los grupos de patronos PYMES o grupos pequeños de asociaciones *bona fides*;
 - (e) La condición financiera del asegurador no podrá sostener el riesgo que representa la suscripción de planes médicos de patronos de PYMES o grupos pequeños de asociaciones *bona fides*;
 - (f) El asegurador no ha mercadeado sus productos de manera equitativa a todos los patronos de PYMES o asociaciones *bona fides* en Puerto Rico o en su área geográfica de servicio, según fuera aplicable; o
 - (g) El asegurador no proveyó cubierta a los patronos de PYMES o asociaciones *bona fides* elegibles, según se requiere en el Artículo 8.070 de este Capítulo.

- (2) En estos casos, el asegurador no podrá ofrecer planes médicos en el mercado de patronos de PYMES o grupos pequeños de asociaciones *bona fides* antes de la fecha más tardía de las siguientes:
- (a) A los ciento ochenta (180) días de la fecha en que el Comisionado tomó la determinación; o
 - (b) Cuando el asegurador haya demostrado al Comisionado que tiene las reservas financieras adecuadas para suscribir planes médicos a los patronos de PYMES o grupos pequeños de asociaciones *bona fides* nuevamente y el Comisionado lo haya autorizado a ofrecer planes médicos a los patronos de PYMES o grupos pequeños de asociaciones *bona fides* nuevamente.
- F. No se requerirá que ningún asegurador suscriba nuevos planes médicos a patronos de PYMES o grupos pequeños de asociaciones *bona fides* si el asegurador opta por no suscribir nuevos planes médicos a los patronos de PYMES o grupos pequeños de asociaciones *bona fides* en Puerto Rico. Disponiéndose, además, que:
- (1) El asegurador que opte por no suscribir nuevos planes médicos a los patronos de PYMES o grupos pequeños de asociaciones *bona fides* podrá mantener sus pólizas existentes en Puerto Rico, si así lo determina el Comisionado.
 - (2) El asegurador que opte por no suscribir nuevos planes médicos a los patronos de PYMES o grupos pequeños de asociaciones *bona fides* notificará su decisión al Comisionado y este emitirá una prohibición que le impedirá suscribir nuevos planes médicos en el mercado de patronos de PYMES o grupos pequeños de asociaciones *bona fides*, según sea el caso, en Puerto Rico, por un periodo de cinco (5) años, a partir de la fecha en que el asegurador dejó de suscribir nuevos planes médicos en Puerto Rico.”

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

“Artículo 8.080. Certificación de Cubierta Acreditable

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

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

“Artículo 8.120. Plan Médico Básico

- A. El Comisionado autorizará la forma y el nivel de cubierta que el asegurador de planes médicos de grupos pequeños de patronos de PYMES o de asociaciones

bona fides, debe proveer conforme a este Capítulo y a las disposiciones del Artículo 2.050 de esta Ley. No obstante, en los planes médicos ofrecidos a grupos grandes de asociaciones *bona fides*, la asociación *bona fide* podrá seleccionar las cubiertas y beneficios de servicios de cuidado de salud que mejor entienda se ajusten a las necesidades de sus miembros, sin estar sujeto al Conjunto de Beneficios Esenciales de Cubierta (“essential health benefits package”) del Artículo 2.050 de esta Ley. Todo asegurador u organización de seguros de salud que suscriba planes médicos para grupos grandes de asociaciones *bona fides* deberá ofrecer activamente en el mercado de grupos grandes de asociaciones *bona fide* dos (2) o más tipos de cubiertas, en donde, por lo menos, una (1) de las cubiertas a ofrecer deberá incluir las siguientes categorías de servicios: (a) servicios ambulatorios, médico -quirúrgicos; (b) servicios de emergencia; (c) hospitalización; (d) servicios de maternidad y cuidado de recién nacidos; (e) servicios de salud mental y de desórdenes por el uso de sustancias controladas; (f) servicios de laboratorios, rayos X y pruebas diagnósticas; (g) servicios pediátricos, incluyendo la vacuna contra el virus sincitial respiratorio y la vacuna contra el cáncer cervical, servicios de visión y dental; (h) cubierta de medicamentos; (i) servicios de habilitación y rehabilitación y (j) servicios preventivos y de bienestar, así como de manejo de enfermedades crónicas. El asegurador deberá presentar para previa aprobación del Comisionado el formulario de dichas cubiertas de plan médico. El asegurador de grupos grandes de asociaciones *bona fides* podrá comenzar a usar el formulario del plan médico sesenta (60) días luego de presentar el mismo, salvo que no haya sido desaprobado por el Comisionado. Las asociaciones *bona fides* de grupos grandes deberán mantener entre las ofertas de cubiertas de planes médicos ofrecidas a sus miembros, al menos, una cubierta que incluya las diez (10) categorías de servicios indicadas en este inciso. Cada miembro de la asociación *bona fide* de grupo grande podrá seleccionar, entre las ofertas de cubiertas de planes médicos ofrecidas por la asociación *bona fide*, aquella cubierta de servicios de cuidado de salud que mejor entienda se ajusten a sus necesidades de salud.

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

(1)...

... ”

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

“Artículo 8.130. Evaluación Periódica del Mercado

Por lo menos una vez cada tres (3) años, el Comisionado llevará a cabo un estudio sobre la efectividad de las disposiciones de este Capítulo. En el informe se analizará la efectividad de las disposiciones de este Capítulo en promover la estabilidad de tarifas, la disponibilidad de los productos y la asequibilidad económica de los planes médicos para los patronos de PYMES y grupos pequeños de asociaciones *bona fides*. El informe podrá incluir recomendaciones para mejoras que se pudieran introducir con respecto a la efectividad general, eficiencia y la equidad en el mercado de seguros para grupos pequeños. En el informe se discutirá si los aseguradores y productores están mercadeando o emitiendo de manera activa y equitativa los planes médicos a los patronos de PYMES y grupos pequeños de asociaciones *bona fides*, de conformidad con los propósitos de este Capítulo. El informe podrá incluir recomendaciones sobre conducta de mercado u otras normas o acciones regulatorias.”

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

“Artículo 8.140. Relevo de Ciertas Leyes Estatales

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

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

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

- A. Todo asegurador ofrecerá de manera activa a todos los patronos de PYMES y grupos pequeños de asociaciones *bona fides* en Puerto Rico, durante el periodo de suscripción garantizada, y en el caso de los planes de grupos pequeños, durante todo el año, todos los planes médicos que ofrece dicho asegurador en este mercado.
- B. Ningún asegurador o productor podrá participar, directa o indirectamente, en las siguientes actividades:
 - (1) Alentar o inducir a cualquier patrono de PYMES o grupo pequeño de una asociación *bona fide* a que no solicite el plan médico al asegurador, o a que solicite el plan médico de otro asegurador, por razón del estado de salud de los empleados elegibles o dependientes, o la experiencia de reclamaciones, industria, ocupación o ubicación geográfica del patrono de PYMES o grupo pequeño de una asociación *bona fide*. Esta disposición no será aplicable a información provista por un asegurador o productor sobre el

área geográfica de servicio del asegurador o alguna disposición de red preferida.

- C. Ningún asegurador, directa o indirectamente, contratará, acordará o hará algún acuerdo con un productor para disponer o que resulte en que la remuneración pagada al productor por la venta de planes médicos variará debido a algún factor relacionado con el estado de salud de los empleados elegibles, miembros de una asociación *bona fide*, o dependientes, o la industria, ocupación o ubicación del patrono de PYMES o grupo pequeño de una asociación *bona fide*, ya fuere al inicio del plan médico, como al momento de renovarlo.

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

- D. Ningún asegurador podrá dar por terminado, negarse a renovar o limitar el contrato o acuerdo de representación con un productor por alguna razón que tenga que ver con un factor relacionado con el estado de salud de los empleados elegibles, miembros de una asociación *bona fide*, o dependientes, o la industria, ocupación o ubicación del patrono de PYMES o grupo pequeño de una asociación *bona fide*, ya fuere al inicio o al momento de renovación de un plan médico colocado por el productor con dicho patrono.
- E. Ningún asegurador o productor podrá inducir o alentar a patronos de PYMES o a un grupo pequeño de una asociación *bona fide* a separar, o de otra manera excluir a un empleado elegible, miembro de la asociación *bona fide*, o dependiente de los beneficios del plan médico.
- F. Siempre que el asegurador deniegue una solicitud de plan médico de un patrono de PYMES o un grupo pequeño de una asociación *bona fide*, por alguna razón permitida bajo las disposiciones de este Capítulo, lo notificará por escrito e indicará de forma clara la razón o razones por las que deniega la solicitud.
- G. Toda violación de este Artículo constituirá una práctica comercial desleal conforme al Capítulo 27 del Código de Seguros de Puerto Rico y estará sujeta a las sanciones allí dispuestas. Si un asegurador contrata, acuerda o hace otro tipo de arreglo con un tercero administrador para proveer servicios administrativos, de mercadeo o de otro tipo relacionados con el ofrecimiento de planes médicos a los patronos de PYMES o grupos pequeños de asociaciones *bona fides* en Puerto Rico, el tercero administrador estará sujeto a este Artículo como si fuera el asegurador.”

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

“Artículo 8.170. Divulgaciones Requeridas

- A. Referente a las ofertas para la venta de un plan médico a un patrono de PYMES o grupos pequeños de asociaciones *bona fides*, el asegurador deberá realizar una divulgación razonable, como parte de sus materiales de solicitud y venta, que incluya todo lo siguiente:
- (1) ...
 - (2) ...
 - (3) Las disposiciones relacionadas a periodo de suscripción garantizada o renovación garantizada;
 - (4) Una lista e información descriptiva, incluso beneficios y primas, sobre todos los planes médicos disponibles para el patrono de PYMES o para grupos pequeños de asociaciones *bona fides*.
- B. Proveer sin costo alguno a los asegurados, dentro de un periodo no mayor de siete (7) días laborables luego de recibirse la petición o de la fecha de suscripción del asegurado, lo que ocurra primero, un resumen por escrito de beneficios y cubierta, conocido por sus siglas en inglés como “SBC”. En caso de renovación o de cambio en la cubierta, se proveerá el SBC con treinta (30) días de antelación a la fecha de renovación o del cambio en la cubierta.”

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

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

“Artículo 10.040. Aplicabilidad y alcance.

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

- (1) ...
- (2) ...
- (3) Pólizas convertidas, según establecidas en este Capítulo.

B. ...”

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

“Artículo 10.060. Renovación de cubierta.

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

- (1) ...
- ...
- (5)...

(a)...

...

(d) ...

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

...”

Sección 18.-Separabilidad

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

Sección 19.-Vigencia

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