

(P. de la C. 3273)

Ley Núm. 156

LEY

(Aprobada en 4 de agosto de 2008)

Para enmendar las cláusulas (5) y (30) del inciso (b) y añadir un nuevo inciso (n) a la Sección 1022, añadir un nuevo subinciso (G) al subinciso (2) del inciso (bb) de la Sección 1023, y añadir la nueva Sección 1169C a la Ley Núm. 120 de 31 de octubre de 1994, conocida como Código de Rentas Internas de Puerto Rico, a fin de crear las Cuentas de Ahorro para la Salud; establecer facultades, deberes y responsabilidades del Secretario del Departamento de Hacienda; y para otros fines.

EXPOSICION DE MOTIVOS

Al igual que otros bienes y servicios que se producen dentro de una economía de mercado, los servicios de salud están regidos por el principio de oferta y demanda, así como por otros principios rectores del propio sistema económico. La salud al ser un bien social, depende en gran medida del gasto gubernamental, pero también se ve afectada por el gasto privado en salud. Puerto Rico es uno de los países con mayor acceso a servicios de salud. El 95% de la población tiene un plan de seguros de salud público o privado.

Los gastos en salud han crecido a un ritmo dos veces mayor que el crecimiento económico real de Puerto Rico. Mientras que el crecimiento anual promedio del PNB fue de 2.5%, los gastos de salud crecieron a un tasa anual promedio de 6.8% entre el 1997 y el 2004. En los Estados Unidos, el gasto en salud creció a una tasa anual promedio de 6.9%, mientras que la economía creció a una tasa anual promedio de 4.7%.

Pese a que el ingreso per capita de Puerto Rico representa el 33% del ingreso per capita de los Estados Unidos, para el 2005 los gastos de salud de los puertorriqueños alcanzaron el 50% de los gastos per cápita en salud en los Estados Unidos.

Los patronos, tanto públicos como privados, han asumido el rol protagónico como proveedores de los seguros de salud para sus empleados, sus familias y dependientes recurriendo a planes de seguros de salud con cubierta de deducibles bajos, donde el grueso del pago de las primas asociadas a estos planes de seguros de salud es costado por el patrono. No obstante, el aumento en los costos de salud ha afectado tanto las utilidades netas de muchas empresas privadas, como los presupuestos de entidades gubernamentales, al punto de que ambas han ido transfiriendo una porción cada vez mayor del pago de las primas al empleado, unido a deducibles y co-seguros más altos. Uno de los efectos de estos cambios ha sido una reducción en la paga neta que reciben los empleados, complicando aún más el cuadro financiero de éstos.

En el caso de empresarios de pequeños negocios, se le dificulta el adquirir un plan de seguros de salud privado, mientras que existe una población que no es lo suficientemente pobre como para cualificar en el plan de seguro de salud provisto por el estado.

Además de la situación anteriormente presentada está el hecho de que el control sobre los gastos médicos no reside en las manos de quien es mayormente afectado por las decisiones que se toman en torno a su cuidado médico: el paciente. Es por esta razón que en los Estados Unidos y otros países industrializados del mundo se ha estado gestando un movimiento denominado “consumer directed healthcare”, (“CDH”, por sus siglas en inglés), que tiene como premisa fundamental el involucrar al usuario de los servicios de salud directamente en las decisiones concernientes a su utilización. Este sistema funciona bajo el fundamento de que, al estar mejor informado sobre las opciones existentes en el manejo de sus condiciones de salud, y las opciones médicas para el manejo de las mismas, así como si se le permite participar en la determinación financiera del pago de los servicios se optimizará la utilización de estos preciados recursos.

Ante esta situación, la Ley Federal, “Medicare Prescripción Drug, Improvement and Modernization Act”, aprobada en el 2003 ha implantado entre otros aspectos las cuentas de ahorro para la salud, de ahora en adelante CAS. Las cuentas de ahorro para la salud permiten, bajo un sistema tributario preferencial, ahorrar fondos destinados a cubrir aquellos gastos médicos no cubiertos por el plan de seguros de salud.

A través de la cuenta de ahorros de salud se proveerá un vehículo de ahorro con exención contributiva que asegurará al contribuyente la capacidad de tener un fondo para pagar por servicios médico-hospitalarios no cubiertos por los planes de seguros de salud.

Bajo la cuenta de ahorros para la salud el asegurado escogerá al proveedor y/o servicio de salud que desea recibir y pagará por dichos servicios con los fondos que ha acumulado en su Cuenta de Ahorros para la Salud hasta que cubra el deducible total anual. Tanto el empleado, como el patrono, o ambos podrán hacer aportaciones a la Cuenta de Ahorros para la Salud. Una vez el asegurado haya cubierto el deducible anual alto, ya sea cargando los gastos elegibles por atención médica a los fondos de la Cuenta de Ahorros de Salud o cubriéndolos con otra fuente de fondos, entonces comienza la cubierta del plan médico tradicional.

Las Cuentas de Ahorros para la Salud permitirán aportaciones anuales que no se considerarán ingresos recibidos por el contribuyente, que son deducibles al momento de tributar, y que posterior al primer año se convierten en un vehículo de ahorro con ventajas contributivas. El dinero depositado en dichas cuentas podrá ser retirado para cubrir gastos médicos cualificados, y cualquier balance restante se podrá trasladar al próximo año. Las Cuentas de Ahorros para la Salud podrán ser trasladadas con el empleado cuando éste cambie de empleo. Los intereses acumulados en dichas cuentas no tributarán al momento de su retiro, y los fondos acumulados podrán ser retirados pagando una penalidad de un 10%, si se utilizan para otros propósitos que no sean gastos médicos cualificados, si es que dicho retiro ocurre antes de que el dueño de la cuenta haya cumplido 65 años de edad. Al llegar a la edad de 65 años, el dueño de la Cuenta de Ahorro para la Salud podrá retirar los fondos acumulados y utilizarlos para cualquier propósito (no requiere que sea un gasto médico) sin tener que pagar penalidades, aunque sí paga contribuciones por las cantidades depositadas que sean retiradas. Cantidades depositadas en una Cuenta de Ahorros para la Salud por encima de los límites establecidos para cada año contributivo están sujetas a una penalidad de un 6%.

Por último, las tendencias modernas en beneficios marginales proveen más flexibilidad a los patronos para hacer arreglos con sus empleados con y sin exención contributiva. Al efecto, se han establecido a nivel nacional los Arreglos de Reembolso por Gastos Médicos (Health Reimbursement Arrangements, "HRA" por sus siglas en inglés) y los Arreglos para Gastos Flexibles (Health Flexible Arrangements, "FSA" por sus siglas en inglés). Mediante esta Ley, Puerto Rico se establece como competidor nacional al ofrecer estos Arreglos de Reembolso y Arreglos de Gastos Flexibles que permiten a los patronos ofrecer alternativas de beneficios marginales con exención contributiva para sus ciudadanos. Se aclara, además, que toda mención en esta medida de compañías de seguros no sólo incluye los aseguradores de seguros de salud, si no también de la organización de servicios de salud, organizadas según lo dispuesto en el Capítulo 19 del Código de Seguros de Puerto Rico, quienes también están autorizadas a suscribir planes de cuidado de salud.

DECRETASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Artículo 1.-Se enmienda el subinciso (30) del inciso (b) y se añade un nuevo inciso (n) a la Sección 1022 de la Ley Núm. 120 de 31 de octubre de 1994 para que lea como sigue:

"Sección 1022.- Ingreso bruto

(a) Definición general...

(b) Exclusiones del ingreso bruto...

(1) ...

(5) Compensación por lesiones o enfermedad. - Excepto en el caso de cantidades atribuibles a, pero no en exceso de, las deducciones concedidas bajo la Sección 1023(aa) (2) (P) en cualquier año contributivo anterior, las cantidades recibidas por razón de seguros contra enfermedad o accidente o bajo leyes de compensaciones a obreros, como compensación por lesiones físicas personales o por enfermedad física (excepto las cantidades recibidas por un empleado, hasta el monto que dichas cantidades sean pagadas directamente por el patrono) más el monto de cualquier indemnización recibida, en procedimiento judicial o transacción extrajudicial, por razón de dichas lesiones o enfermedad, y cantidades recibidas como pensión, anualidad o concesión análoga por lesiones físicas personales o enfermedad física, y por razón de incapacidad ocupacional y no ocupacional, incluyendo las que resulten del servicio activo en las fuerzas armadas de cualquier país.

(30) Aportaciones a planes de salud o de accidente.-Las aportaciones de un patrono a planes de salud o accidente de

sus empleados, ya sea mediante seguro o en cualquier otra forma, para cubrir lesiones personales o enfermedad de sus empleados, incluyendo aportaciones a una cuenta de ahorro de salud de un empleado conforme a la Sección 1169C.

- (31) ...
- (c) Inventarios...
- (n) Cantidades recibidas bajo un plan de salud o accidente.-
 - (1) Cantidades atribuibles a contribuciones de un patrono.-

Excepto como se provea de otra manera en este apartado, las cantidades recibidas por un empleado por lesiones o enfermedad será incluido en el ingreso bruto siempre y cuando dichas cantidades:

- (A) son pagadas directamente por el patrono.
- (2) Cantidades gastadas por atención médica en Arreglos de Reembolso de Gastos Médicos (Health Reimbursement Arrangements).
 - (A) Excepto en el caso de cantidades atribuibles a (y no en exceso de) deducciones permisibles bajo la Sección 1023 (aa) (2) (P) (relacionados a gastos por asistencia médica) por cualquier año contributivo anterior, el ingreso bruto no incluye las cantidades a que se refiere el párrafo (1) (n) de esta sección si dichas cantidades son pagadas, directa o indirectamente por el patrono al contribuyente para reembolsarle a través de Arreglos de Reembolso de Gastos Médicos (Health Reimbursement Arrangements) por gastos incurridos por él por atención médica (según se define en la sección

Para propósitos de este apartado, un Arreglo de Reembolso de Gastos Médicos será aquel que cumpla con las siguientes condiciones:

- (a) Cubrirá el reembolso por atención médica de empleados incurridos por el empleado. A discreción del patrono el Arreglo de Reembolso de

Gastos Médicos podrá incluir el reembolso de gastos incurridos por:

- i. Dependientes de un empleado;
 - ii. Empleados retirados; o
 - iii. Si incluye empleados retirados, los dependientes de empleados retirados.
 - iv. Para propósitos de este apartado el término dependiente incluye el cónyuge y cualquier persona descrita por el apartado (d) de la Sección 1025 de este Código.
- (B) El reembolso será pagado directa o directamente por el patrono quien ejercerá control exclusivo sobre el arreglo de reembolso de gasto.
- (C) El empleado no podrá hacer aportaciones a los mismos.
- (D) El límite de reembolsos si alguno, será a discreción del patrono.
- (E) El arreglo de reembolso de gastos médicos no se establecerá mediante cuentas, no devengará intereses ni dividendos y no será transferible.
- (F) Los reembolsos no podrán ser utilizados para gastos incurridos por atención médica (según se define en la Sección 1169 (C) (d) (2) (A)) y no serán deducibles bajo el apartado (a) de esta sección, pero bajo este apartado en el año en que el patrono pague el reembolso.
- (G) No se requerirá que el empleado tenga un plan médico de deducible anual alto según se define en esta Ley bajo la Sección, pero a opción del patrono podrá exigir al empleado que adquiera dicho tipo de plan para tener los beneficios de reembolso bajo el arreglo de reembolso de gastos médicos.

- (H) Un arreglo de reembolso de gastos médicos podrá incluir el reembolso pago directo de las primas de una persona elegible a recibir reembolsos bajo este apartado.
 - (I) A discreción del patrono, el monto de reembolso no utilizado en un año podrá acumularse para cualquier otro; o podrá determinar que los fondos asignados u obligados no podrán acumularse para años subsiguientes.
 - (J) Además de poder utilizarse para el pago de gastos médicos y medicamentos recetados y no recetados, así como las primas de un seguro de salud individual, los empleados podrán solicitar el reembolso de primas para el Seguro Federal de Medicare y seguro de cuidado prolongado (long term care), y primas para un seguro de cuidado preventivo de la salud o mantenimiento de la salud, tales como programas de control de peso, control de uso del tabaco y otros.
 - (K) El patrono deberá establecer en un documento del plan de seguro de salud y un sumario descriptivo del plan de seguro de salud (“Summary Plan Description”) los beneficios a que los empleados tienen derecho bajo el plan de seguro de salud y cuyo formato deberá ser aprobado por el Secretario dentro de un término no mayor a sesenta (60) días luego de sometido por el interesado que podrá ser el patrono o una compañía de seguros o una organización de servicios de salud autorizadas bajo el Código de Seguros de Puerto Rico.
 - (L) El patrono podrá disponer que el arreglo para los empleados retirados que al momento de su retiro tengan balance disponible podrá ser utilizado para pagar gastos médicos después que el empleado se retire. Al momento del retiro el patrono también podrá añadir al balance de a la cuenta del empleado una cantidad equivalente al balance acumulado y no pagado por concepto de vacaciones por enfermedad y vacaciones regulares. Disponiéndose, que el monto añadido tiene que ser utilizado de acuerdo a lo dispuesto por este apartado.
- (3) Compensación por Enfermedad. – Será excluido del ingreso bruto las cantidades pagadas en lugar de salarios por el período

durante el cual el empleado está ausente del trabajo por razón de lesiones o enfermedad.

(4) Pagos no relacionados a la ausencia del empleo.-

Ingreso bruto no incluye cantidades a que se refiere el párrafo (1) de este apartado (n) siempre y cuando dichas cantidades:

- (A) constituyen pagos por la pérdida permanente o pérdida de uso de un miembro o función del cuerpo, o la desfiguración permanente del contribuyente, su cónyuge o dependiente (según se define en la Sección 1025 (d)), y
- (B) son computados con referencia a la naturaleza de la lesión sin tomar en consideración el período que el empleado estuvo ausente del trabajo.

(5) Planes de Accidente y Salud.-

Para propósitos de este apartado:

- (A) cantidades recibidas bajo un Plan de Ahorro para el reembolso de gastos relacionado a un plan de accidente o salud para los empleados, y
- (B) cantidades recibidas del fondo para empleados para cubrir lesiones y enfermedad se tratarán como cantidades recibidas a través de un seguro de accidente o salud.

(6) Regla para la aplicación de la Sección 1023 (aa)(2)(P).-

Para los propósitos de la Sección 1023 (aa)(2)(P) las cantidades excluidas del ingreso bruto no se considerarán como compensación (por seguros o de cualquier otra manera) por gastos pagados por atención médica.

(7) Personas por cuenta propia se considerarán empleados.-

Para los propósitos de esta Sección, el término "empleado" incluye a un individuo que sea su propio patrono o que trabaja por cuenta propia, según se define en la Sección 1165 (f) (1) (B).

Artículo 2.-Se añade un nuevo subinciso (G) al subinciso (2) del Inciso (bb) de la Sección 1023 de la Ley Núm. 120 de 31 de octubre de 1994 para que lea como sigue:

“Sección 1023.- Deducciones del ingreso bruto.-

Al computarse el ingreso neto se admitirán como deducciones:

- (a) Gastos...
- (bb) Deducciones adicionales.- En el caso...
 - (1) Aportaciones a determinados sistemas de pensión o retiro...
 - (2) Ahorros de retiro.-
 - (A) Deducciones...
 - (G) Aportación a Cuentas de Ahorro de Salud con Plan Médico de Deducible Anual Alto – En el caso de un individuo, se permitirá como deducción la aportación a una Cuenta de Ahorro de Salud con Plan Médico de Deducible Anual Alto conforme a la Sección 1169C.
 - (3) Gastos ordinarios...”

Artículo 3.-Se añade una nueva Sección 1169C en la Ley Núm. 120 de 31 de octubre de 1994 para que lea como sigue:

“Sección 1169C.- Cuentas de Ahorro de Salud con Plan Médico de Deducible Alto.

- (a) Para propósitos del Código una Cuenta de Ahorro de Salud con Plan Médico de Deducible Alto será un plan que cumpla con lo dispuesto por esta Sección.
- (b) Limitaciones.-
 - (1) En general.- En el caso de un individuo que es elegible durante cualquier mes del año contributivo, se permitirá una aportación para el año contributivo equivalente a la cantidad total pagada en efectivo durante dicho año contributivo por el individuo mismo o alguien que lo haga para su beneficio a una cuenta de ahorros de salud de dicho individuo. Disponiéndose, que dicha aportación por o para un

individuo para el año contributivo no podrá exceder la suma de los límites para los meses durante dicho año contributivo que el individuo sea un individuo elegible.

- (2) Límite mensual.- Para propósito de esta sección el límite mensual para cualquier mes es una duodécima parte (1/12) de:
- (A) en el caso de un individuo que tenga una cubierta individual bajo un plan de salud con deducible anual alto en el primer día de tal mes, la más pequeña de:
- (i) el deducible anual bajo tal cubierta, o
 - (ii) \$2,850
- (B) en el caso de un individuo elegible que tenga una cubierta familiar bajo un plan de salud de deducible anual alto en el primer día de tal mes, la menor de:
- (i) el deducible anual bajo tal cubierta, o
 - (ii) \$5,650.
- (C) Cantidades depositadas en una Cuenta de Ahorros para la Salud para cada año contributivo que excedan los límites establecidos en los párrafos A y B anteriores estarán sujetas a una penalidad de un 6%.
- (3) Aportaciones adicionales para individuos con edad de 55 años o mayores.-
- (A) En general.- Aquel individuo que alcance la edad de 55 años antes del cierre del año contributivo, el límite establecido bajo el sub-párrafo (A) y (B) del sub-inciso (2) anterior se aumentará por la aportación adicional.
- (B) Aportación adicional.- Para propósitos de esta sección, la aportación adicional es la cantidad determinada de acuerdo a la siguiente tabla:
- | | |
|---|-----------------------------|
| Para el año contributivo comenzando en: | La aportación adicional es: |
|---|-----------------------------|

2009	\$500
2010	\$600
2011	\$700
2012	\$800
2013	\$900
2014	\$1000
Años Subsiguientes	\$1000

- (4) Norma especial para personas casadas- En el caso de individuos casados, si cualquiera de los cónyuges tiene una cubierta bajo un plan de seguro de salud familiar, ambos serán tratados como que tienen solo la cubierta familiar y si ambos esposos tienen cubierta familiar bajo planes distintos se escogerá el plan que tenga el deducible anual más bajo.
- (5) Deducción de Dependientes no permitida- No se permitirá aportaciones por ningún individuo con respecto a quien una deducción es permitida a otro contribuyente para el año contributivo comenzando en el año contributivo de dicho individuo.
- (6) Individuos elegibles bajo el Programa Federal Medicare- La limitación en este inciso para cualquier mes con respecto a un individuo será cero para el primer mes que ese individuo tenga derecho a los beneficios bajo el título XVIII de la Ley Federal de Seguro Social y para cada mes subsiguiente.

(c) Definiciones y Reglas Especiales.-

Para propósitos de esta Sección:

- (1) Individuo Elegible.-
- (A) En general.- Para propósitos de ésta sección el termino 'individuo elegible' significa, con respecto a cualquier mes, cualquier individuo si:

- (i) dicho individuo esta cubierto bajo un Plan Médico de Deducible Alto en el primer día del mes, y
 - (ii) mientras está cubierto por un Plan Médico de Deducible Alto, dicho individuo no ésta cubierto bajo un plan médico:
 - (I) que no sea un Plan Médico de Deducible Alto, y
 - (II) que provee cubierta para cualquier beneficio que este cubierto bajo el Plan Médico de Deducible Alto.
- (B) Cubiertas excluidas.- La cláusula (ii) del sub-inciso (A) anterior no aplicará a:
- (i) cubiertas para cualquier beneficio provisto por seguros permitidos, y
 - (ii) cubiertas para accidentes, incapacidad, cuidado dental, cuidado de la visión, o cuidado a largo plazo ya sea por medio de seguros o por otro medio.
- (2) Plan Médico de Deducible Alto.-
- (A) En general.- El término 'Plan Médico de Deducible Alto' significa un plan médico:
- (i) Que tiene un deducible anual no menor de:
 - (I) \$1,000 para la cubierta individual, y
 - (II) el doble de la cantidad dispuesta en la sub-cláusula (I) de esta cláusula (i) para la cubierta familiar o de pareja, y
 - (ii) la suma del deducible anual y otros gastos que tenga que cubrir el asegurado de su bolsillo (que no sea primas) para beneficios cubiertos no exceden:

- (I) \$5,500 para la cubierta individual, y
 - (II) el doble de la cantidad dispuesta en la sub-cláusula (I) de esta cláusula (i) para la cubierta familiar o de pareja.
- (ii) Disponiéndose que el Secretario de Hacienda mediante reglamentación podrá modificar los límites dispuestos por las cláusulas (i) y (ii) de este párrafo.
- (B) Exclusión de Algunos Planes.-En esa definición no se incluirán los planes de salud si sustancialmente toda su cubierta es aquella descrita en el sub-inciso (B) del párrafo (1) de este mismo apartado.
- (C) Deducible no aplica a Medicina Preventiva.-Un plan no dejará de considerarse como un Plan Médico de Deducible Alto por razón de no tener un deducible para servicios de medicina preventiva, esto es, medicina que tienda a proveer servicios de prevención de condiciones de salud como exámenes rutinarios, dieta, ejercicio, mamografías, exámenes de la próstata y otros parecidos.
- (D) Reglas Especiales a Planes de Organización de Proveedores Preferidos y Organizaciones de Servicios de Salud.-En el caso de un plan que utilice un directorio o red de Proveedores Preferidos bajo contrato con el plan o una red de una Organización de Servicios de Salud bajo el Capítulo 19 del Código de Seguros de Puerto Rico-
- (i) Limitación anual de gastos del bolsillo del asegurado.-Tal plan no dejará de considerarse como un plan de Salud de Deducible Anual Alto por razón de tener una limitación de gastos no reembolsables pagados por el asegurado por servicios provistos al asegurado por proveedores no afiliados al directorio del plan que exceda la limitación aplicable bajo la cláusula (ii) del párrafo (A) de este párrafo (2).

- (ii) Deducible anual.-El deducible anual de tal plan por servicios provistos fuera de la red de proveedores del plan no se tomará en consideración para propósitos de párrafo (2) del apartado (b) de esta Sección.
- (3) Seguro Permitido-El término 'seguro permitido' significa:
 - (A) el seguro que sustancialmente toda su cubierta provista se relacione a:
 - (i) riesgos incurridos bajo la Ley de Compensaciones por Accidentes del Trabajo,
 - (ii) riesgos y compromisos por daños y perjuicios,
 - (iii) gastos y riesgos con relación al uso o derecho de propiedades, o
 - (iv) otros riesgos similares que el Secretario establezca mediante reglamento,
 - (B) seguros para cubrir enfermedades o condiciones específicas, y
 - (C) seguros que paguen una cantidad fija por día (u otro periodo) por hospitalización o que cubran las cantidades del deducible alto.
- (4) Cubierta Familiar.-El término 'cubierta familiar' significa cualquier cubierta que no sea individual.
- (d) Cuentas de Ahorros de Salud.-

Para propósitos de esta Sección.-

- (1) En general.- El término 'Cuenta de Ahorro de Salud' significa una cuenta constituida con el propósito exclusivo de pagar los servicios médicos cualificados del tenedor o beneficiario de la cuenta, pero sólo si el contrato de seguros cumple con los siguientes requerimientos:

- (A) Excepto en el caso de una aportación directa que se describe en esta sección ninguna aportación será aceptada:
- (i) a menos que sea en efectivo, o
 - (ii) si dicha aportación cuando se suma a aportaciones previas para el año calendario, excede la suma de las aportaciones permitidas bajo el apartado (b) de esta Sección.
- (B) La cuenta de ahorro de salud podrá ser constituida por una compañía de seguros y organización de servicios de salud autorizada a hacer negocios en Puerto Rico y conforme al Código de Seguros de Puerto Rico, y por institución financiera con licencia expedida como tal por la Oficina del Comisionado de Instituciones Financieras o una Cooperativa de Ahorro y Crédito con licencia expedida por la Corporación para la Supervisión y Seguro de Cooperativas de Puerto Rico (en adelante, "COSSEC") que cumpla con las Leyes y Reglamentos vigentes en cuanto a cuentas similares constituidas en fideicomisos como lo son las Cuentas de Retiro Individual.
- (C) Ninguna parte de los activos de la cuenta de ahorro de salud será invertida en contratos de seguros de vida.
- (D) Los activos de la cuenta de ahorro de salud se depositarán en un fideicomiso cuyo fiduciario será un banco con licencia expedida por la Oficina del Comisionado de Instituciones Financieras de Puerto Rico, o cualquier otra persona que demuestre a satisfacción del Secretario que la manera en que dicha persona administrará el fideicomiso será consistente con los requerimientos de esta sección. Los activos de una cuenta de ahorro de salud pueden ser también aportados a una compañía de seguros o a una organización de servicios de salud, en cuyo caso no será necesario transferir los fondos a un fideicomiso. En este caso los fondos formarán parte

de los activos generales de las aseguradoras o de una cuenta separada según establezca la aseguradora.

(E) El interés del individuo en el balance de la cuenta separada no es cancelable.

(2) Gastos médicos cualificados- Gastos médicos incluye aquellos costos asociados al diagnóstico, cura, mitigación, tratamiento, o prevención de enfermedad, es así como aquellos gastos para los tratamientos médicos que afecten cualquier parte o función del cuerpo. Esto incluye los costos de equipos, aditamentos, y equipos para fijar diagnósticos necesarios para estos propósitos. Incluye, además, los gastos dentales.

Los gastos para el cuidado médico deben ser primariamente para aliviar o prevenir una enfermedad o defecto físico o mental. Estos no incluyen aquellos gastos que sean meramente necesarios para la salud en general de una persona, tales como vitaminas o vacunas.

Los gastos médicos incluyen las primas que son pagadas para proveer cubierta médica y las cuantías en que se incurre en obtener transportación para obtener el cuidado médico. También incluye las cuantías pagadas para obtener servicio cualificado de cuidado extendido y cuantías limitadas pagadas para obtener cualquier contrato de seguro para servicio de cuidado extendido.

(A) En general.- El término 'gastos médicos cualificados' significa, con respecto a un beneficiario de una cuenta, las cantidades pagadas por dicho beneficiario para sí, su esposa o dependiente calificable bajo la póliza para atención médica. Para propósitos de este apartado, el término 'atención médica' significa:

- (i) el diagnóstico, cura, mitigación, tratamiento o prevención de enfermedades;
- (ii) cualquier intervención médica que afecte cualquier estructura o función del cuerpo;

- (iii) Gastos de transportación incurridos primordialmente para, y esenciales a lo descrito en las cláusulas (i) y (ii);
 - (iv) mamografías, cuidado prenatal y 'well-child care', vacunas de niños y adultos, programas para dejar de fumar, obesidad, y pérdida de peso, y cuidado preventivo, Quiroprácticos, Osteópatas y Naturópatas. Se puede usar para pagar las primas del plan médico libre de contribuciones si el individuo se queda sin plan en algún momento y para gastos relacionados a cuidado a largo plazo (long term care).
 - (v) Cuidado Preventivo 'Wellness Care'- Productos y servicios que se proveen pro-activamente a personas saludables para que estén más saludables o sentirse mejor o reducir los efectos del envejecimiento o prevenir que enfermedades sucedan. No será gasto médico calificable el gasto compensado por un seguro o de otra manera.
- (B) Seguros de salud no se pueden adquirir de la cuenta.-El inciso (A) anterior, con excepción de las primas para un Seguro de Cuidado Preventivo (Wellness Care Program), no aplicará al pago de seguro médico.
- (C) Excepciones.-El inciso (B) anterior no aplicará a cualquier gasto para cubiertas necesarias por razón de:
- (i) un seguro médico durante cualquier periodo de continuación de cubierta requerido por cualquier Ley Federal o de Puerto Rico,
 - (ii) un seguro de cuidado prolongado (long term care),
 - (iii) un Plan médico durante el periodo en que el individuo esté recibiendo compensación por desempleo bajo la Ley Federal o de Puerto Rico,

- (iv) cualquier seguro de salud que no sea una póliza suplementaria a un individuo cualificado bajo el Programa Medicare, o
 - (v) un seguro de Cuidado Preventivo (Wellness Care Program).
- (3) Beneficiario de la Cuenta.- El término 'beneficiario de la cuenta' significa el individuo en cuyo nombre la cuenta de ahorros de salud fue establecida.
- (4) Las aportaciones a una cuenta de ahorro con respecto a un año contributivo se efectuarán no más tarde de la fecha para la radicación de la planilla de contribución sobre ingreso del dueño de la cuenta, incluyendo cualquier prórroga para la radicación de la misma.
- (5) Algunas Reglas Aplicables.-El Secretario promulgará las reglas que estime necesarias con relación a una aportación por transferencia y los pagos o aportaciones del patrono y otras similares.
- (e) Exención a las Cuentas de Ahorros de Salud.-
 - (1) En General.-Los ingresos derivados por una compañía de seguros o banco que provengan de la inversión de los fondos en una cuenta separada que forma parte de una cuenta de ahorros de salud están exentos de contribuciones sobre ingresos bajo este Código.
- (f) Trato a las distribuciones para propósitos contributivos.-
 - (1) Cantidades usadas para gastos médicos cualificados.-Cualquier cantidad pagada o distribuida de una cuenta de ahorros de salud que se utilice exclusivamente para pagar gastos médicos cualificados de cualquier beneficiario de la cuenta o que constituya una aportación por transferencia no se incluirá en el ingreso bruto.
 - (2) Cantidades utilizadas para gastos médicos no cualificados.-Cualquier cantidad pagada o distribuida de una cuenta de ahorros de salud que no sea utilizada para pagar exclusivamente los gastos médicos cualificados del dueño, disponiéndose que estará exentas de contribución aquellas distribuciones efectuadas luego que el alcance la edad de 65

años, y también en aquel caso trata de una distribución que fue aportada a otra cuenta mediante una aportación por transferencia.

(3) Aportaciones en exceso devueltas antes del día de vencimiento de rendir la planilla.-

(A) En general.-En caso de cualquier exceso aportado a una cuenta de ahorros de salud para un año contributivo de un individuo, el párrafo (2) anterior no aplicará a distribuciones de la cuenta de ahorros de salud de dicho individuo siempre y cuando dichas distribuciones no excedan el exceso agregado contribuido a todas dichas cuentas del individuo para dicho año si:

(i) dicha distribución es recibida por el individuo en o antes del último día establecido por ley para radicar la planilla de dicho individuo para dicho año contributivo incluyendo prórroga, y

(ii) dicha distribución se acompaña con la cantidad del ingreso neto atribuible a dicha aportación en exceso.

Cualquier ingreso neto descrito en la cláusula (ii) se incluirá en el ingreso bruto atribuible a dicha aportación en exceso.

(B) Aportación en exceso.-Para propósitos del párrafo (A) anterior, el término 'aportación en exceso' significa cualquier aportación (que no sea una aportación por transferencia) que no es excluible del ingreso bruto ni deducible bajo este Código.

(4) Contribución adicional en distribuciones no usadas para gastos médicos cualificados.-

(A) En General.-La contribución impuesta por este capítulo al beneficiario de la cuenta en cualquier año contributivo en que haya un pago o distribución de una cuenta de ahorros de salud de dicho beneficiario que se deba incluir en el ingreso bruto bajo el

párrafo (2) de este mismo apartado será aumentada por un 10% de la cantidad que sea así incluíble.

- (B) Excepción por incapacidad o muerte.-El inciso (A) anterior no aplicará si el pago o distribución efectuado es por razón de incapacidad o muerte del beneficiario.
- (C) Excepción por distribuciones después de la elegibilidad bajo el Programa Federal Medicare.-El sub-inciso (A) anterior no aplicará a cualquier pago o distribución después del día en que el beneficiario de la cuenta llega a la edad establecida por el Programa Federal Medicare para ser elegible bajo dicho programa y según establece la Sección 1811 de la Ley del Seguro Social Federal.
- (5) Aportación por transferencia - Aportación por transferencia (“rollover”).-Una cantidad pagada o distribuida se considerará como una aportación por transferencia (“rollover”) si constituye una cantidad pagada o distribuida de una cuenta de ahorro de salud si la cantidad total recibida (en dinero o cualquier otro tipo de propiedad) se aporta a una cuenta de ahorro de salud para beneficio de dicho individuo no más tarde de los sesenta (60) días después de haber recibido dicho pago o distribución.
- (6) Coordinación con la deducción del Gasto Médico.-Para propósitos de determinar la cantidad de la deducción bajo este Código, cualquier pago o distribución desde una cuenta de ahorros de salud para gastos médicos cualificados no se considerará como un gasto pagado para cuidado médico.
- (7) Transferencia de la cuenta por la incidencia de un Divorcio.-La transferencia del interés de un individuo en una cuenta de ahorros de salud a su cónyuge, o cónyuge anterior bajo un divorcio, o instrumento de separación no se considerará una transferencia tributable hecha por dicho individuo no empece cualquier disposición del Código y dicho interés se considerará después de la transferencia como una cuenta de ahorros de salud con respecto a que dicho cónyuge sea el beneficiario de la cuenta.
- (8) Trato después de la muerte del Beneficiario.-

- (A) Trato cuando el beneficiario designado es el cónyuge.-Si el cónyuge sobreviviente del beneficiario de la cuenta adquiere el interés del dueño de una cuenta de ahorros de salud por razón de ser el beneficiario designado de tal cuenta en la fecha de la muerte del beneficiario de la cuenta, tal cuenta de ahorros de salud será tratada como si el cónyuge es el beneficiario de la cuenta.
- (B) Otros casos.-
- (i) En general.-Si por razón de la muerte del dueño de la cuenta cualquier persona adquiere el interés del dueño de la cuenta en una cuenta de ahorros de salud en el caso que no aplique el inciso (A) anterior:
- (I) tal cuenta cesará de ser una cuenta de ahorros de salud a la fecha de la muerte, y
- (II) una cantidad equivalente al valor en el mercado de los activos en tal cuenta será tratada como distribuida al causante el día anterior a su muerte.
- (ii) Reglas especiales - Reducción de la inclusión para gastos antes de la muerte.-La cantidad incluible en el ingreso bruto bajo la cláusula (i) será reducida por la cantidad de gastos médicos cualificados que fueron incurridos por la persona fallecida antes del día de la muerte de tal persona fallecida.
- (g) Informes.-El Secretario podrá requerir.-
- (1) a la compañía de seguros o al fiduciario de un fideicomiso que mantiene la cuenta de ahorros de salud que haga cualquier informe relacionado a tal cuenta al Secretario y el beneficiario de la cuenta con relación a aportaciones, distribuciones, la devolución de aportaciones en exceso y cualquier otro que el Secretario determine apropiado, y

- (2) cualquier persona que provea al individuo con un plan de salud con deducible anual alto que haga tales reportes al Secretario y al beneficiario de la cuenta con relación a tal plan como el Secretario estime apropiado.

Los informes requeridos por esta sub-sección serán rendidos en la fecha y de la manera y a los individuos en la fecha y en la manera que pueda requerir el Secretario.”

Artículo 4.-Se establecerán por el Secretario de Hacienda de Puerto Rico mecanismos reglamentarios que propendan a incentivar la exención tributaria de las aportaciones que haga el contribuyente o cualquier persona en su nombre a una cuenta de ahorros de salud y a las primas que pague el empleado o empleada por su cuenta así como cualquier persona de planes médicos individuales que se establezcan de acuerdo a esta Ley. El Secretario utilizando los parámetros de aumento revisados anualmente por el servicio de Rentas Internas Federal podrá aumentar anualmente la cantidad máxima que pueda ser aportada a una Cuenta de Ahorros de Salud.

Artículo 5.-El Secretario promulgará aquella reglamentación que sea necesaria para cumplir con lo provisto en esta legislación dentro de los noventa (90) días de la aprobación de esta Ley.

Artículo 6.-Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación y aplicará a los años contributivos que comenzados a partir del 1ro de enero de 2009.

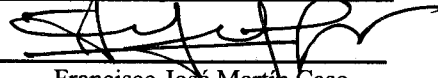
.....
Presidente de la Cámara

.....
Presidente del Senado

DEPARTAMENTO DE ESTADO
 Certificaciones, Reglamentos, Registro
 de Notarios y Venta de Leyes

Certifico que es copia fiel y exacta del original.

Fecha: 13 de agosto de 2008

Firma: 
 Francisco José Martí Casó
 Secretario Auxiliar de Servicios