

(P. del S. 1528)

1801A ASAMBLEA 5^{ta} SESION
LEGISLATIVA 57^{ta} ORDINARIA
Ley Núm. 134
(Aprobada en 1 de Sept de 2010)

LEY

Para establecer la "Ley de protección al paciente ante las facturas médicas sorpresa", y añadir un Capítulo 48 a la Ley 194-2011, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", a los fines de atajar las llamadas "facturas sorpresa" en la facturación de los planes de salud, establecer protecciones al consumidor, transparencia, control de costos y responsabilidad, fuera de la red de proveedores; y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El sistema de prestación de servicios de salud en Puerto Rico necesita transformaciones que mejoren la protección al consumidor, establezcan un sistema para resolver ciertas disputas en la facturación de atención médica, atiendan aumentos en los costos y midan el logro de estos objetivos. Probablemente, el problema mayor que enfrentan los ciudadanos cuando reciben servicios de salud, es que frecuentemente reciben "facturas sorpresa", con cargos por procedimientos en salas de emergencias de hospitales o de proveedores de salud que el consumidor no tuvo opción de seleccionar.

Las llamadas "facturas sorpresa" pueden surgir de diferentes maneras. Por ejemplo, en una emergencia, un paciente puede terminar en un hospital que no está en la red de su asegurador. Incluso, para una cirugía programada en un hospital dentro de la red, no todos los médicos (cirujanos, anesthesiólogos, por ejemplo) pueden estar en el plan de los pacientes. Cuando los proveedores de atención médica están fuera de la red del plan, los cargos por los servicios pueden solo estar parcialmente cubiertos o no estar cubiertos en lo absoluto, según el tipo de seguro y el diseño de los beneficios. En algunos casos, los servicios particulares (por ejemplo, ciertas pruebas de laboratorio) o productos (por ejemplo, ciertos medicamentos recetados), también pueden no estar cubiertos por un plan de salud.

Por tanto, las facturas por los servicios que rindieron profesionales que no están en la red del plan de salud del paciente pueden ascender a decenas de miles de dólares, afectando a los pacientes y sus familias, justo cuando están más vulnerables. A menudo, los pacientes pueden negociar cargos más bajos con sus aseguradoras y el proveedor médico. No obstante, el proceso generalmente toma meses, lo que agrega a la ansiedad y el desasosiego, y cuando no se llega a un acuerdo, las facturas se envían a las agencias de cobro.

Una encuesta realizada en el 2018, de *Kaiser Family Foundation*, halló que al 67% de las personas les preocupa no poder pagar una factura médica inesperada, por encima del temor de no poder pagar por los medicamentos recetados, las primas o deducibles de su seguro de salud o los gastos básicos como los alimentos, el alquiler, la hipoteca y el combustible. Ese número probablemente sorprende poco a cualquiera que haya abierto un sobre de un hospital o del consultorio de un médico y se haya encontrado con una factura de tres, cuatro o cinco cifras por atención médica que pensaba que su plan de salud cubriría. Más de la mitad de los adultos en Estados Unidos han recibido esas facturas, según un estudio de NORC de la Universidad de Chicago. *A Survival Guide to Surprise Medical Bills, How to spot errors, fight out-of-network charges and lessen the stress of health care debt*, American Association of Retired People (AARP), www.aarp.org.

Según la referida encuesta, el 57% de los adultos estadounidenses se han sorprendido por una factura médica que pensaron que estaría cubierta por un seguro, y el 20% indicó que sus "facturas sorpresa" fueron el resultado de que un médico no era parte de la red. Entre los encuestados que indicaron que habían sido sorprendidos por facturas médicas en el pasado, los cargos fueron con mayor frecuencia por servicios médicos (53%), seguidos de cerca por pruebas de laboratorio (51%). Otras fuentes comunes fueron los cargos de hospitales u otros centros de atención médica (43%), estudios de imágenes (35%) y medicamentos recetados (29%). Cuando se les preguntó qué grupos son los más responsables por las facturas médicas sorpresa, el 86% de los encuestados dijo que las compañías de seguros son "muy" o "algo" responsables, mientras que el 82% dijo que los hospitales eran "muy" o "algo" responsables. No obstante, los encuestados presentaron menos probabilidades de responsabilizar a sus médicos, y el 71% dijo que los médicos son "muy" o "algo" responsables de las facturas sorpresa. *AmeriSpeak Survey*, NORC at the University of Chicago, agosto 2018.

Así las cosas, en la isla los consumidores (y aseguradores) continúan reportando cargos exorbitantes por parte de ciertos profesionales e instalaciones de la salud por concepto de servicios fuera de la red, incluyendo en la facturación del saldo. Además, en ciertos casos se remiten a cobro, lo que redundará en el aumento en los costos de los servicios y seguros de salud y en más sacrificios a los consumidores de atención médica.

Es por ello que, esta Asamblea Legislativa entiende pertinente establecer los mecanismos para reformar el sistema de prestación de atención médica en Puerto Rico, para mejorar la protección del consumidor, establecer un sistema para evitar las facturas sorpresas, resolver ciertas disputas de facturación de atención médica, atender el aumento en los costos y medir el logro de estos objetivos.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Sección 1.- Esta Ley será conocida y podrá ser citada como "Ley de protección al paciente ante las facturas médicas sorpresa".

Sección 2.- Se añade el Capítulo 48 a la Ley 194-2011, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", para que se lea como sigue:

"CAPÍTULO 48.- PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR, TRANSPARENCIA, CONTROL DE COSTOS Y RESPONSABILIDAD, FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES

Artículo 48.010.- Política pública

El sistema de prestación de atención médica en Puerto Rico necesita reformas que mejoren la protección del consumidor, establezcan un sistema para resolver ciertas disputas en la facturación de atención médica, atiendan aumentos en los costos y midan el logro de estos objetivos.

A pesar de que existen leyes y regulaciones estatales y federales vigentes para proteger a los consumidores contra ciertos cargos "sorpresa" fuera de la red de proveedores, estos cargos continúan generando problemas en la atención médica en Puerto Rico. Muchos consumidores continúan recibiendo "facturas sorpresa", con cargos por procedimientos en salas de emergencias de hospitales o de proveedores de salud que el consumidor no tuvo opción de seleccionar.

Los consumidores continúan reportando cargos exorbitantes por parte de ciertos profesionales e instalaciones de la salud por concepto de servicios fuera de la red, incluyendo en la facturación del saldo. Además, en ciertos casos se remiten a cobro, lo que redundará en un aumento en los costos de los servicios y seguros de salud, y en más sacrificios a los consumidores de atención médica.

Por tanto, es política pública de este Gobierno, establecer los mecanismos pertinentes para reformar el sistema de prestación de atención médica en Puerto Rico, con el propósito de mejorar la protección de los consumidores, evitar las facturas sorpresas, resolver ciertas disputas de facturación de atención médica, atender el aumento en los costos y medir el logro de estos objetivos.

Artículo 48.020.- Definiciones

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

- A. "A sabiendas, voluntaria y específicamente seleccionó un proveedor fuera de la red" significa que una persona cubierta eligió los servicios de un proveedor específico, con pleno conocimiento de que el mismo está fuera de la red de su plan de salud, cuando tuvo la oportunidad de ser atendida por un proveedor dentro de la red, pero en su lugar seleccionó al proveedor fuera de la red.

La mera divulgación por parte de un proveedor del estatus de la red no significará de por sí que la decisión de una persona cubierta de proceder con el tratamiento de ese proveedor sea una elección hecha "a sabiendas".

- B. "Asegurador" significa toda entidad sujeta a las leyes y reglamentos de seguros de Puerto Rico o sujeta a la jurisdicción del Comisionado, que contrata o se ofrece a contratar para proveer, suministrar, tramitar o pagar los costos de servicios de cuidado de salud o reembolsar los mismos, incluyendo cualquier corporación con o sin fines de lucro de servicios hospitalarios y de salud, las organizaciones de servicios de salud u otra entidad que provea planes de beneficios, servicios o cuidado de la salud.
- C. "Comisionado" significa el Comisionado de Seguros de Puerto Rico.
- D. "De emergencia o urgencia" se refiere a todos los servicios por "condición médica de emergencia", conforme se define dicho término en este Código.
- E. "Facilidad de cuidado médico o de salud" o "facilidad" significa facilidades de salud, según definidas en la Ley Núm. 101 de 26 de junio de 1965, según enmendada, conocida como "Ley de Facilidades de Salud", así como un hospital, departamento de emergencias satélite, centro de cirugía ambulatoria o centro externo de cuidado ambulatorio de un hospital en el que se brindan servicios de cirugía ambulatoria.
- F. "Necesidad médica" o "medicamento necesario" significa un servicio médico o de salud que un proveedor, ejerciendo su juicio clínico prudentemente, proporciona a una persona cubierta con el propósito de evaluar, diagnosticar o tratar una dolencia o lesión, enfermedad o sus síntomas y que:
 - 1. Está de acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la práctica médica;
 - 2. es clínicamente apropiado, en términos de tipo, frecuencia, extensión, sitio y duración, y considerado efectivo para la dolencia, lesión o enfermedad de la persona cubierta;
 - 3. no se provee principalmente para la conveniencia de la persona cubierta o del proveedor; y
 - 4. no es más costoso que un servicio alternativo o secuencia de servicios que, como mínimo, tendrían la misma probabilidad de producir resultados

terapéuticos o diagnósticos equivalentes al diagnóstico o tratamiento de la dolencia, lesión o enfermedad de esa persona cubierta.

- G. "Persona cubierta" o "asegurado" significa el tenedor de una póliza o certificado, suscriptor, u otra persona que participe de los beneficios de un plan de salud.
- H. "Plan de salud" significa un contrato de seguro, póliza, certificado o contrato de suscripción con una organización de seguros de salud, organización de servicios de salud o cualquier otro asegurador, provisto en consideración o a cambio del pago de una prima, o sobre una base pre-pagada, mediante el cual la organización de seguros de salud, organización de servicios de salud o cualquier otro asegurador se obliga a proveer o pagar por la prestación de determinados servicios médicos, de hospital, gastos médicos mayores, servicios dentales, servicios de salud mental o servicios incidentales a la prestación de estos.

A los fines de este Capítulo, el término "plan de salud" no incluirá los siguientes planes o contratos:

1. De cuidado de salud del Gobierno de Puerto Rico;
2. de cubierta que surja de la Ley Núm. 45 de 18 de abril de 1935, según enmendada, conocida como "Ley del Sistema de Compensaciones por Accidentes del Trabajo";
3. de cubierta bajo la Ley Núm. 138 del 26 de junio de 1968, según enmendada, conocida como "Ley de Protección Social por Accidentes de Automóviles";
4. de protección contra lesiones personales emitido de conformidad con la Ley 253-1995, según enmendada, conocida como "Ley de Seguro de Responsabilidad Obligatorio para Vehículos de Motor";
5. Medicaid, Medicare o Medicare Advantage;
6. de accidente, de crédito;
7. de discapacidad;
8. de cuidado a largo plazo;
9. de cubierta complementaria de TRICARE;

- 10. de seguro dental; o
 - 11. de cubierta de indemnización por hospitalización.
- I. "Plan de salud autofinanciado" significa un plan de salud auto-asegurado regido por las disposiciones del "Employee Retirement Income Security Act of 1974" (29 U.S.C. s.1001 et seq.).
 - J. "Profesional de la salud" se refiere a persona licenciada o certificada para proporcionar un servicio cubierto definido en el plan de beneficios de salud.
 - K. "Proveedor de servicios médicos o de salud" o "proveedor" significa un profesional de la salud o facilidad de cuidado de salud.
 - L. "Servicios involuntarios fuera de la red", significa servicios médicos o de salud que:
 - 1. Están cubiertos por un plan administrado de beneficios de servicios médicos o de salud que proporciona una red;
 - 2. sean proporcionados por un proveedor de servicios médicos o de salud fuera de la red; y
 - 3. cuando una persona cubierta utilice una facilidad dentro de la red para recibir servicios médicos o de salud cubiertos pero los servicios dentro de la red no estén disponibles en ese centro, independientemente del motivo, incluyendo los servicios accidentales recibidos como parte de un procedimiento cubierto.

Los "servicios involuntarios fuera de la red", incluirán pruebas de laboratorio ordenadas por un proveedor de servicios médicos o de salud dentro de la red, realizadas por un laboratorio fuera de la red.

Artículo 48.030.- Deber de Informar de las Facilidades de Cuidado Médico o de Salud

- A. Antes de programar una cita con una persona cubierta para un procedimiento que no sea de emergencia o electivo, toda facilidad de cuidado médico o de salud deberá, en términos que una persona promedio pueda comprender:

1. Informar a la persona cubierta si la facilidad de cuidado médico o de salud está dentro o fuera de la red del plan de salud de la persona cubierta;
2. aconsejar a la persona cubierta que verifique con el médico que organiza los servicios si este está dentro o fuera de la red del plan de salud de la persona cubierta, y proporcionarle información sobre cómo determinar los planes de salud en los que participe cualquier médico que razonablemente se anticipe proporcionará servicios a la persona cubierta;
e
3. informar a la persona cubierta que en una facilidad de cuidado médico o de salud que esté dentro de la red de su plan de salud:
 - a. la persona cubierta tendrá una responsabilidad económica aplicable a un procedimiento dentro de la red que no excederá el copago, el deducible o el coaseguro de la persona cubierta, según lo dispuesto en su plan de salud;
 - b. a menos que la persona cubierta, en el momento de la divulgación requerida el inciso anterior, haya seleccionado a sabiendas, voluntaria y específicamente un proveedor fuera de la red para proporcionar los servicios, no incurrirá en gastos que excedan los cargos aplicables a un procedimiento dentro de la red;
 - c. cualquier factura, cargo o intento de cobro por parte de la facilidad de cuidado médico o de salud o de cualquier profesional de la salud involucrado en el procedimiento, que exceda el copago, el deducible o el coaseguro de la persona cubierta según lo dispuesto en su plan de salud, en violación de lo dispuesto en el inciso anterior debe ser informado a la entidad reguladora pertinente; y
 - d. que si la cubierta de la persona es proporcionada a través de una entidad que administra un plan de salud autofinanciado, que opta por no estar sujeta a la aplicación de las disposiciones del Artículo 48.080. de este Código, que:
 - i. Ciertos servicios médicos se pueden proporcionar fuera de la red, incluyendo aquellos asociados con la facilidad de servicios médicos o de salud;
 - ii. la persona cubierta pudiera tener una responsabilidad financiera aplicable a los servicios médicos prestados por un proveedor

fuera de la red, en exceso del copago, deducible o coaseguro, y pudiera ser responsable de cualquier costo en exceso de los permitidos por el plan de salud autofinanciado de la persona; y

iii. la persona cubierta debe comunicarse con su plan de salud autofinanciado para más información sobre esos costos.

4. informar a la persona cubierta que en una facilidad de servicios médicos o de salud que está fuera de la red de su plan de salud:

a. Ciertos servicios médicos pueden prestarse fuera de la red, incluidos aquellos asociados con la facilidad;

b. la persona cubierta pudiera tener una responsabilidad financiera aplicable a los servicios de atención médica prestados en un centro fuera de la red, en exceso del copago, deducible o coaseguro, y pudiera ser responsable de cualquier costo en exceso de los permitidos por su plan de salud; y

c. que la persona cubierta debe comunicarse con su plan de salud autofinanciado para más información sobre esos costos.

B. Toda facilidad de servicios médicos o de salud tendrá a la disposición del público una lista de los cargos o costos de los servicios proporcionados por esta, conforme con la reglamentación y las guías federales.

C. Toda facilidad de servicios médicos o de salud publicará, en su página en la Internet:

1. Los planes médicos en los que es proveedora participante;

2. una declaración de que:

a. Los servicios de médicos que se prestan en la facilidad no están incluidos en los cargos o costos de la facilidad;

b. los médicos que brindan servicios en la facilidad pueden o no participar en los mismos planes de salud que la facilidad;

c. la persona cubierta debe consultar con el médico que organiza los servicios para conocer los planes de salud en los que este participa; y

- d. la persona cubierta debe ponerse en contacto con su asegurador para información adicional sobre los cargos o costos.
 3. Cuando aplique, el nombre, dirección postal y número de teléfono de los grupos de médicos del hospital con los que la facilidad ha contratado para proporcionar servicios que incluyan, entre otros, anestesiología, patología y radiología; y
 4. cuando aplique, el nombre, dirección postal y número de teléfono de los médicos empleados por la facilidad y cuyos servicios pueden prestarse en esta, y los planes de salud en los que participan.
- D. Si, entre el momento en que se le provee a la persona cubierta la notificación requerida de conformidad con este Artículo y el momento en que se lleva o se llevará a cabo el procedimiento, cambia el estado de la facilidad respecto a la red del plan de salud de la persona cubierta, la facilidad notificará a la persona cubierta de inmediato.
- E. El Departamento de Salud especificará con más detalle el contenido y el diseño del formulario o formularios de divulgación y la forma en que se proporcionará o proporcionarán los mismos.

Artículo 48.040.- Deber de Informar de los Profesionales de la Salud

- A. Salvo lo dispuesto en el inciso (F) de este Artículo, todo profesional de la salud deberá divulgar a toda persona cubierta, por escrito o a través de una página de Internet, los planes de salud en los que el profesional es un proveedor participante y las facilidades de cuidado médico con las que el profesional de atención médica está afiliado, previo a proveerle servicios que no sean de emergencia, y verbalmente o por escrito, al momento de una cita.

Si el profesional de la salud que proveería los servicios no participa en la red del plan de salud de la persona cubierta, este deberá, en términos que una persona promedio pueda comprender:

1. Previo a programar un procedimiento que no sea de emergencia, informar a la persona cubierta que el profesional está fuera de la red y que el monto o monto estimado que este facturará a la persona cubierta por los servicios está disponible para su solicitud;
2. al recibir una solicitud de una persona cubierta para recibir el servicio y los códigos del procedimiento asociados con ese servicio, revelar a la persona cubierta, por escrito, el monto o monto estimado que el

profesional facturará por el servicio y los códigos del procedimiento asociados con ese servicio, en ausencia de circunstancias médicas imprevistas que puedan surgir cuando se brinde el servicio;

3. informar a la persona cubierta que esta tendrá una responsabilidad económica aplicable a los servicios prestados por un profesional fuera de la red, en exceso del copago, el deducible o el coaseguro de la persona cubierta, y que esta pudiera ser responsable de cualquier costo que exceda los permitidos por su plan de salud; y
 4. aconsejar a la persona cubierta que se comunique con su proveedor para obtener más información sobre esos costos.
- B. Todo profesional de la salud que sea médico deberá proporcionar a la persona cubierta, en la medida en que la información esté disponible, el nombre, el nombre del consultorio, la dirección postal y el número de teléfono de cualquier proveedor de servicios médicos o de salud programado para proveer servicios de anestesiología, laboratorio, patología, radiología o de cirujano asistente, en relación con la atención médica:
1. Que proporcionará el médico para la persona cubierta en su consultorio; o
 2. coordinada o referida por el médico para la persona cubierta en el momento del referido o de la coordinación de los servicios con ese proveedor.

El médico proporcionará instrucciones sobre cómo conocer los planes de salud en los que participa el proveedor y recomendará que la persona cubierta se comunique con su proveedor para una consulta adicional sobre los costos asociados con estos servicios.

- C. Todo médico proporcionará a la facilidad de cuidado médico o de salud o a la facilidad ambulatoria programadas para rendir los servicios a la persona cubierta, el nombre del médico o del consultorio, la dirección postal y el número de teléfono de cualquier otro médico cuyos servicios serán utilizados por el médico y están programados en el momento de la pre-admisión o de las pruebas, registro o admisión en el momento en que se programan los servicios que no son de emergencia, y la información sobre cómo determinar los planes de salud en los que participa el médico, y recomendar que la persona cubierta debe comunicarse con su proveedor para una consulta adicional sobre los costos asociados con estos servicios.

- D. El recibo o reconocimiento por parte de cualquier persona cubierta, de cualquier divulgación requerida de conformidad con este Artículo, no constituirá una renuncia ni afectará de ninguna otra manera cualquier protección bajo las leyes o reglamentos vigentes sobre la cubierta del plan de salud dentro de la red disponible para la persona cubierta o creada bajo este Código.
- E. Todo profesional deberá notificar a la persona cubierta, de inmediato, si entre el momento en que la notificación requerida de conformidad con el inciso (A) de este Artículo es provista a la persona cubierta y el momento en que se lleva a cabo el procedimiento, cambia el estado de la red del profesional en relación con el plan de salud de la persona cubierta.
- F. La notificación requerida de conformidad con este Artículo podrá hacerse verbalmente en el momento del servicio, en aquellos casos en que un médico de atención primaria o internista realice un procedimiento no programado en su consultorio.
- G. El Departamento de Salud especificará con más detalle el contenido y el diseño del formulario o formularios de divulgación y la forma en que se proporcionará o proporcionarán los mismos.

Artículo 48.050.- Deber de Informar de los Aseguradores

- A. Todo asegurador deberá actualizar su página de Internet dentro de los veinte (20) días siguientes a incluir o excluir a un proveedor a su red o de realizar cualquier cambio en la afiliación de un médico a una facilidad, siempre que, en el caso de un cambio en la afiliación, el asegurador haya recibido notificación de tal cambio.
- B. Respecto a los servicios fuera de la red, para cada plan de salud ofrecido, todo asegurador deberá, de conformidad con la ley estatal o federal vigente, proporcionar a la persona cubierta:
 - 1. Una descripción clara y comprensible de los beneficios de salud fuera de la red del plan, incluyendo la metodología utilizada por la entidad para determinar el monto permitido para los servicios fuera de la red;
 - 2. la cantidad permitida que el plan reembolsará según esa metodología y, en los casos en los que una persona cubierta solicite las cantidades permitidas asociadas con un código de procedimiento específico, la parte de la cantidad permitida que el plan reembolsará y la parte de la cantidad permitida que pagará la persona cubierta, incluyendo una explicación de

que la persona cubierta deberá pagar la diferencia entre el monto permitido según lo definido por el plan del asegurador y los cargos facturados por un proveedor fuera de la red;

3. ejemplos de los costos anticipados para servicios fuera de la red facturados con frecuencia;
 4. información, por escrito y a través de la página de Internet, que permita razonablemente a una persona cubierta o a una posible persona cubierta calcular el costo anticipado para servicios fuera de la red, basado en la diferencia entre la cantidad que el asegurador reembolsará por los servicios fuera de la red y el costo usual y acostumbrado de los servicios fuera de la red;
 5. cuando así lo solicite una persona cubierta, información sobre si un proveedor de servicios médicos o de salud es miembro de la red;
 6. cualquier otra información que el Comisionado determine apropiada y necesaria para asegurar que una persona cubierta reciba suficiente información necesaria para estimar el costo de un servicio fuera de la red y tomar una decisión de salud informada; y
 7. acceso a una línea telefónica directa que operará no menos de dieciséis (16) horas diarias los siete (7) días a la semana, para que los consumidores puedan llamar para informarse sobre el estatus de la red y los costos.
- C. Si un asegurador autoriza a un proveedor de servicios médicos o de salud dentro de la red a prestar un servicio cubierto en cualquier plan de salud, y el estatus del proveedor o de la facilidad cambia a fuera de la red antes de que se realice el servicio autorizado, el asegurador notificará de ello a la persona cubierta tan pronto sea posible. Si el asegurador no proporciona el aviso al menos treinta (30) días antes de que se realice el servicio autorizado, la responsabilidad económica de la persona cubierta se limitará a la responsabilidad económica en la que habría incurrido si el proveedor hubiera estado dentro de la red del plan de salud de la persona.
- D. Todo asegurador añadirá a su Información sobre Beneficios, a toda correspondencia sobre reembolso a la persona cubierta, y al proveedor, una notificación clara y concisa de que los cargos inadvertidos e involuntarios fuera de la red no están sujetos a cobro o factura más allá de la responsabilidad económica incurrida bajo los términos del contrato de servicio dentro de la red. Cualquier intento por parte del proveedor de cobrar o facturar deberá ser informado inmediatamente al departamento de

servicio al cliente del asegurador, al número de teléfono que este proporcionará en la Información sobre Beneficios y toda la correspondencia sobre reembolso a la persona cubierta.

- E. Todo asegurador y cualquier otra entidad que proporcione o administre un plan autofinanciado que decida estar sujeto a las disposiciones del Artículo 48.080. de este Capítulo, emitirá una tarjeta de identificación de seguro de salud al asegurado primario bajo un plan de salud. En una forma y manera prescrita por el Comisionado, la tarjeta indicará si el plan está asegurado o, en el caso de planes autofinanciados que estén sujetos a las disposiciones del Artículo 48.080. de este Capítulo, si el plan es autofinanciado y si el plan eligió estar sujeto a las disposiciones de este Capítulo.

Artículo 48.060.- Facturación de las Facilidades de Cuidado Médico o de Salud bajo este Capítulo

- A. Si una persona cubierta recibe servicios médicamente necesarios en cualquier facilidad de cuidado médico o de salud, con carácter de emergencia o urgencia, según se define en el *Emergency Medical Treatment and Active Labor Act*, 42 U.S.C. s.1395dd et seq., la facilidad no facturará a la persona cubierta en exceso de cualquier deducible, copago o coaseguro aplicable a los servicios dentro de la red, conforme al plan de salud de la persona cubierta.
- B. Si una persona cubierta recibe servicios médicamente necesarios en una facilidad de cuidado médico o de salud fuera de la red, con carácter de emergencia o urgencia, según se define en el *Emergency Medical Treatment and Active Labor Act*, 42 U.S.C. s.1395dd et seq., y el asegurador y la facilidad no pueden acordar una oferta final como una tasa de reembolso para los servicios, conforme con lo establecido en el Artículo 48.080. de este Capítulo, el asegurador, la facilidad de cuidado médico o la persona cubierta, según corresponda, podrá iniciar un procedimiento de arbitraje vinculante, de conformidad con lo dispuesto en los Artículos 48.090. y 48.100. de este Capítulo.
- C. Si una facilidad de cuidado médico o de salud está dentro de la red con respecto a cualquier plan de beneficios de salud, ésta se asegurará de que todos los proveedores que brindan servicios de emergencia en la misma, se informen de las disposiciones de este Capítulo, así como de todos los planes de salud con los que la facilidad tiene contratos para estar dentro de la red.
- D. Toda facilidad de cuidado médico o de salud que tenga un contrato con un proveedor para estar dentro de la red con respecto a cualquier plan de

beneficios de salud, informará al Departamento de Salud, anualmente, los planes de salud con los que tiene acuerdos para estar dentro de la red.

- E. La información que recopile el Departamento de Salud, conforme a las disposiciones del inciso (D) de este Artículo, estará disponible para la Oficina del Comisionado de Seguros.

Artículo 48.070.- Facturación de los Profesionales de la Salud

- A. Si una persona cubierta recibe servicios accidentales fuera de la red o servicios médicamente necesarios en una facilidad de cuidado médico o de salud, dentro o fuera de la red, en carácter de emergencia o urgencia, según se define en el *Emergency Medical Treatment and Active Labor Act*, 42 U.S.C. s.1395dd et seq., el profesional de la salud que presta esos servicios deberá:
1. En el caso de servicios accidentales fuera de la red, no facturará a la persona cubierta en exceso de cualquier deducible, copago o coaseguro; y
 2. en el caso de servicios de emergencia y urgencia, no facturará a la persona cubierta en exceso de cualquier deducible, copago o coaseguro aplicable a los servicios dentro de la red, de conformidad con el plan de salud de la persona cubierta.
- B. Si el asegurador y el profesional no pueden acordar una tasa de reembolso por los servicios prestados, de conformidad con el inciso (A) de este Artículo, sujeto a las disposiciones del Artículo 48.080. de este Capítulo, el asegurador, el profesional de la salud o la persona cubierta, según corresponda, podrá iniciar un procedimiento de arbitraje vinculante, de conformidad con lo establecido en los Artículos 48.090. y 48.100. de este Capítulo.

Artículo 48.080.- Condiciones Especiales Aplicables a Casos de Servicios Accidentales o de Emergencia o Urgencia

Independientemente a lo dispuesto en cualquier ley, norma o reglamento en contrario:

- A. Respecto a un proveedor, si en caso de emergencia o urgencia, una persona cubierta recibe servicios accidentales fuera de la red o servicios en una facilidad de cuidado médico o de salud dentro o fuera de la red, el proveedor se asegurará de que la persona cubierta no incurra en costos de desembolso mayores a los que la persona cubierta hubiera incurrido con un proveedor de atención médica dentro de la red por los servicios cubiertos. De conformidad con los Artículos 48.040, 48.050 y 48.060 de este Capítulo, el proveedor fuera

de la red no facturará a la persona cubierta en exceso a los montos de deducible, copago o coaseguro que se aplicarían si la persona cubierta utilizara un proveedor dentro de la red para los servicios cubiertos. En el caso de servicios prestados a un miembro de un plan autofinanciado que no elige estar sujeto a las disposiciones de este Artículo, el proveedor podrá facturar a la persona cubierta en exceso del deducible, copago o coaseguro aplicable.

B. 1. Respecto a servicios accidentales fuera de la red, o servicios en una facilidad de cuidado médico o de salud dentro o fuera de la red en caso de emergencia o urgencia, los beneficios provistos por un proveedor a la persona cubierta para recibir atención médica, se asignarán al proveedor de atención médica fuera de la red, lo que no requerirá acción alguna por parte de la persona cubierta. Una vez se asigna el beneficio según lo aquí dispuesto:

- (i) cualquier reembolso pagado por el asegurador se pagará directamente al proveedor fuera de la red; y
- (ii) el asegurador deberá dar al proveedor fuera de la red, por escrito, una remesa de pago que especifique el reembolso propuesto y las cantidades de deducible, copago o coaseguro aplicables adeudados por la persona cubierta.

2. Toda entidad que proporciona o administra un plan de salud autofinanciado, que elige participar conforme con las disposiciones del inciso (D) de este Artículo, cumplirá con las disposiciones del inciso (1) de este Artículo.

C. Si los servicios accidentales fuera de la red o los servicios de emergencia o urgencia en una facilidad de cuidado médico o de salud, dentro o fuera de la red, fueron prestados conforme a lo dispuesto en el inciso (A) de este Artículo, el proveedor fuera de la red podrá facturar al asegurador por los servicios prestados. El asegurador podrá pagar la cantidad facturada o determinar, dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha del recibo de la factura, que la cantidad es excesiva. No obstante, el asegurador deberá ofrecer un pago por los servicios prestados que sea proporcional al pago por los mismos servicios que recibe un médico o proveedor de servicios de salud que es parte de la red del asegurador. Tanto la notificación, como el ofrecimiento del pago indicado, debe ser realizada dentro de ese mismo término. Si el asegurador notifica, éste y el proveedor tendrán treinta (30) días para negociar un acuerdo, contados a partir de la fecha de la notificación. El asegurador podrá intentar negociar con el proveedor fuera de la red una cantidad de reembolso final distinta que la pagada por el proveedor. Si no llegan a un acuerdo después de los treinta (30) días, el asegurador le pagará al proveedor su oferta final por

los servicios. Si el asegurador y el proveedor no pueden acordar una oferta final como reembolso por los servicios, el asegurador, proveedor o persona cubierta, según corresponda, podrá iniciar un procedimiento de arbitraje, dentro de los treinta (30) días de la oferta final, de conformidad con lo establecido en los Artículos 48.090. y 48.100. de este Capítulo. Además, en caso de que se inicie el arbitraje de conformidad con el Artículo 48.090., el pago estará sujeto a las disposiciones de arbitraje de los párrafos (4) y (5) del inciso (B) de dicho Artículo.

- D. Respecto a una entidad que proporciona o administra un plan de salud autofinanciado y sus miembros, este Artículo solo se aplicará si el plan elige estar sujeto a las disposiciones de este. Para elegir estar sujeto a las disposiciones de este Artículo, el plan autofinanciado notificará anualmente a la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, en un formulario y de la manera prescrita por este, acreditando la participación del plan y aceptando estar obligado por las disposiciones de este Artículo. En esos casos, el plan de salud autofinanciado enmendará la cubierta de beneficios para empleados, las políticas de cobertura, los contratos y cualquier otro documento del plan, de manera que reflejen que las disposiciones de este Artículo aplicarán a los miembros del plan.
- E. La Administración de Seguros de Salud (ASES), deberá adoptar por reglamento, las disposiciones contenidas en este Artículo para que aplique de la misma manera al Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Artículo 48.090.-Arbitraje; Miembro de un Plan No Autofinanciado

- A. Si los intentos de negociar un reembolso por los servicios prestados por un proveedor fuera de la red, de conformidad con las disposiciones del inciso (c) del Artículo 48.080. de este Capítulo, no resulta en una resolución de la disputa y la diferencia entre las ofertas finales del asegurador y el proveedor es mayor a mil dólares (\$1,000.00), el asegurador y/o el proveedor fuera de la red podrá iniciar un procedimiento de arbitraje para determinar el pago por los servicios.
- B. El arbitraje será vinculante para todas las partes y cumplirá con los siguientes requisitos:
 1. La parte que solicita el arbitraje declarará su oferta final y notificará a la otra parte de que está solicitando el arbitraje. En respuesta a este aviso, la parte no solicitante informará a la parte solicitante de su oferta final antes de que comience oficialmente el arbitraje;

2. el arbitraje se iniciará presentando una solicitud en la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico;
3. la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico contratará cada tres (3) años, mediante un procedimiento formal de requerimiento de propuestas, con una o más entidades que tengan experiencia en el arbitraje de costos de servicios médicos. Los árbitros serán árbitros certificados por la Asociación Americana de Arbitraje (American Arbitration Association);
4. el arbitraje consistirá en una revisión de presentaciones por escrito, presentadas por ambas partes, las cuales incluirán la oferta final del asegurador para el pago de la tarifa del proveedor fuera de la red, realizada de conformidad con el inciso (c) del Artículo 48.080. de este Capítulo, o una oferta más baja, y la oferta final del proveedor fuera de la red por la tarifa que este aceptará del asegurador como pago; y
5. el laudo del árbitro, el cual emitirá dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación de la solicitud ante la Oficina del Comisionado de Seguros e incluirá conclusiones por escrito, consistirá en una de las dos cantidades presentadas por las partes como sus ofertas finales y será vinculante para ambas partes. Los gastos y honorarios del árbitro se dividirán en partes iguales entre las partes, excepto en situaciones en las que el árbitro determine que el pago realizado por el asegurador no fue realizado de buena fe, en cuyo caso el asegurador será responsable de todos los gastos y honorarios. Cada parte será responsable de sus propios gastos, incluyendo los legales, si los hubiere.

C. Al tomar su determinación, el árbitro considerará:

1. El nivel de capacitación, educación y experiencia del profesional de la salud;
2. el cargo habitual del proveedor por servicios comparables prestados dentro y fuera de la red con respecto a cualquier plan de salud;
3. las circunstancias y la complejidad del caso, incluyendo el momento y lugar del servicio;
4. características individuales del paciente; y

5. tarifas comerciales razonables (“commercially reasonable rates”), basado en las tarifas de los proveedores dentro de la red en el área geográfica aplicable.
- D. La cantidad otorgada por el árbitro será pagada dentro de los veinte (20) días siguientes a la notificación del laudo del árbitro.
 - E. Este Artículo aplicará solo si la persona cubierta cumple con los requisitos de autorización previa o de revisión aplicables del plan de salud, respecto a la determinación de la necesidad médica de acceder a los beneficios para pacientes hospitalizados o ambulatorios dentro de la red.
 - F. Este Artículo no se aplicará a una persona cubierta que, a sabiendas, voluntaria y específicamente, haya seleccionado un proveedor fuera de la red para servicios médicos.
 - G. En el caso de que una entidad que proporciona o administre un plan de salud autofinanciado elija estar sujeta a las disposiciones del Artículo 48.080. de este Capítulo, según lo dispuesto en el inciso (D) del mismo, las disposiciones de este Artículo se aplicarán de la misma manera que se aplican a un asegurador. Si un plan autofinanciado no elige estar sujeto a las disposiciones del Artículo 48.080. de este Capítulo, un miembro de ese plan podrá iniciar un arbitraje, según lo dispuesto en las disposiciones del Artículo 48.100. de este Capítulo.

Artículo 48.100.- Arbitraje; Miembro de un Plan Autofinanciado

- A. Si los intentos de negociar un reembolso por servicios entre un proveedor de atención médica fuera de la red y un miembro de un plan autofinanciado que no elige estar sujeto a la disposición del Artículo 48.080 de este Capítulo, no resultan en una resolución de la disputa dentro de los treinta (30) días posteriores al envío de la factura al miembro del plan, este último o el proveedor de atención médica fuera de la red, podrán iniciar un procedimiento de arbitraje para determinar el pago de los servicios. Excepto en los casos en que las negociaciones para el reembolso resulten en un acuerdo entre el proveedor y el miembro del plan dentro de los treinta (30) días, ningún proveedor cobrará ni intentará cobrar el reembolso y tampoco iniciará cualquier procedimiento de cobro, hasta que presente una solicitud de arbitraje con la Oficina del Comisionado de Seguros conforme a lo aquí dispuesto.
- B. El arbitraje será vinculante para todas las partes y cumplirá con los siguientes requisitos:

1. El arbitraje iniciará con la presentación de una solicitud en la Oficina del Comisionado de Seguros, la cual notificará a la otra parte de que se ha iniciado el arbitraje y le informará sobre el procedimiento;
 2. el árbitro contratado por la Oficina del Comisionado de Seguros, de conformidad con del Artículo 48.090. de este Capítulo, llevará a cabo el arbitraje conforme a lo dispuesto en este Artículo;
 3. el árbitro considerará la información suministrada por ambas partes;
 4. el laudo del árbitro incluirá conclusiones por escrito e incluirá la cantidad vinculante final que determine que es razonable por el servicio, la cual incluirá una recomendación no vinculante de la cantidad que sería razonable que la entidad que proporciona o administra el plan de beneficios de salud autofinanciado contribuya al pago; y
 5. El laudo se emitirá dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación de la solicitud ante la Oficina del Comisionado de Seguros.
- C. Los gastos y honorarios del árbitro se dividirán en partes iguales entre las partes, a menos que el pago suponga una dificultad financiera para el miembro del plan, en cuyo caso la Oficina del Comisionado de Seguros establecerá un acuerdo con el árbitro para renunciar a esa parte del costo del arbitraje. Cada parte será responsable de sus propios gastos, incluyendo los legales, si los hubiere.
- D. Al hacer una determinación, de conformidad con el inciso (B) de este Artículo, el árbitro considerará:
1. El nivel de capacitación, educación y experiencia del profesional de la salud;
 2. el cargo habitual del proveedor de atención médica por servicios comparables prestados dentro y fuera de la red con respecto a cualquier plan de beneficios de salud;
 3. las circunstancias y la complejidad del caso particular, incluida el momento y el lugar del servicio;
 4. características individuales del paciente;

5. tarifas comerciales razonables (“commercially reasonable rates”), basado en las tarifas de los proveedores dentro de la red en el área geográfica aplicable; y
 6. el diseño de beneficios fuera de la red del plan de salud del miembro y la cantidad que la entidad que proporciona o administra el plan contribuye, en todo caso, al costo del servicio.
- E. Este Artículo no aplicará a una persona cubierta que, a sabiendas, voluntaria y específicamente, haya seleccionado un proveedor fuera de la red para servicios médicos.

Artículo 48.110.- Publicidad de Estadísticas Sobre Arbitrajes

En o antes del 31 de enero de cada año, el Comisionado de Seguros de Puerto Rico, compilará y pondrá a disposición del público, en la página de Internet de su Oficina:

- A. Una lista de todos los arbitrajes presentados de conformidad con los Artículos 48.090, y 48.100, de este Capítulo, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año anterior, incluido el porcentaje de todos los reclamos que fueron resueltos mediante arbitraje.
 1. Para cada laudo de arbitraje, la lista incluirá, pero no se limitará a:
 - i. Si la decisión fue a favor del asegurador o del proveedor fuera de la red;
 - ii. las ofertas de arbitraje ofrecidas por cada parte y el monto del laudo;
 - iii. la categoría y la especialidad de práctica de cada proveedor fuera de la red involucrado en el arbitraje, según corresponda; y
 - iv. una descripción del servicio prestado y facturado.
 2. La lista no incluirá ninguna información que identifique específicamente al proveedor, asegurador o la persona cubierta involucrada en el arbitraje.
- B. El número de quejas que recibió la Oficina del Comisionado de Seguros relacionadas con los cargos de atención médica fuera de la red.
- C. Cualquier otra información obtenida bajo las disposiciones de este Capítulo que el Comisionado considere apropiado informar al público.

Artículo 48.120.- Avisos Generales Sobre las Protecciones Bajo este Capítulo

- A. Todo asegurador proporcionará a cada persona cubierta un aviso por escrito, en la forma y manera que prescriba el Comisionado de Seguros, sobre las protecciones brindadas a las personas cubiertas, de conformidad con este Capítulo. El aviso incluirá información sobre cómo un consumidor podrá comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros para informar o impugnar un cargo fuera de la red. Este aviso se publicará, además, en la página de Internet del asegurador.
- B. El Comisionado de Seguros colocará un aviso informativo en la página de Internet de su Oficina sobre las protecciones proporcionadas en este Capítulo; sobre cómo los consumidores pueden informar y presentar quejas ante la Oficina en relación con los cargos fuera de la red; e información y orientación sobre los procedimientos de arbitraje presentados, conforme al Artículo 48.100 de este Capítulo.

Artículo 48.130.- Auditorías de Redes de Proveedores

Toda aseguradora que ofrezca un plan de cuidado administrado realizará, anualmente, una auditoría de su red de proveedores por una firma auditora privada independiente. La auditoría será a cargo del asegurador y este deberá presentar los resultados de la misma al Comisionado de Seguros. El Comisionado publicará los resultados de la auditoría en la página de Internet de su Oficina.

Si la auditoría contiene una determinación de que un asegurador no ha podido mantener una red adecuada de proveedores, de acuerdo con la ley federal o estatal aplicable, además de cualquier otra sanción o remedio disponible en ley federal o estatal, se considerará una violación de este Capítulo y el Comisionado podrá iniciar las acciones que considere apropiadas para garantizar su cumplimiento.

Artículo 48.140.- Prohibición

- A. Constituirá una violación de este Capítulo el que un proveedor fuera de la red, directa o indirectamente relacionado con un reclamo, renuncia a sabiendas, reembolsa, da, paga u ofrece renunciar, reembolsa, da o paga todo o parte del deducible, copago o coaseguro adeudado por una persona cubierta, de conformidad con los términos del plan de salud de la persona cubierta, como un incentivo para que dicha persona busque servicios de atención médica de ese proveedor.
- B. El inciso (A) anterior no aplicará a ninguna exención, reembolso, obsequio, pago u oferta no prohibidos bajo las leyes federales relacionadas con el fraude

y el abuso con respecto a los costos compartidos con el paciente, incluyendo, entre otros, en las disposiciones anti-soborno, auto-referidos y reclamaciones falsas.

Artículo 48.150.- Sanciones por Violaciones a las Disposiciones de este Capítulo

Toda persona o entidad que viole cualquier disposición de este Capítulo, o las normas y reglamentos adoptados para la aplicación de este, estará sujeta a una sanción conforme a lo siguiente:

- A. Toda facilidad de cuidado médico o asegurador que viole cualquier disposición de este Capítulo, estará sujeto a una multa de no más de mil dólares (\$1,000.00) por cada violación. Cada día en que ocurra una infracción será considerada como una infracción separada, hasta un máximo de multa de veinticinco mil dólares (\$25,000).
- B. Toda persona o entidad no cubierta en el inciso (A) anterior que viole las disposiciones de este Capítulo, será responsable de una multa no mayor de cien dólares (\$100.00) por cada violación. Cada día en que ocurra una infracción será considerada como una infracción separada, hasta un máximo de multa dos mil quinientos dólares (\$2,500).
- C. Al determinar que una persona o entidad no ha cumplido con las disposiciones, incluyendo el pago de una multa, el Comisionado de Seguros podrá:
 1. En el caso de un asegurador, iniciar la acción que determine apropiada;
 2. en el caso de una facilidad, remitir el asunto al Departamento de Salud para que tome las medidas que el Secretario de Salud determine apropiadas; y
 3. en el caso de un profesional de la salud, remitir el asunto a la Junta Examinadora correspondiente para que tome las medidas que determine apropiadas.

El Comisionado de Seguros estará facultado para cobrar las multas aquí dispuestas a nombre del Estado, mediante cualquier procedimiento sumario legal que estime prudente.

Artículo 48.160.- Reglamentación

El Comisionado de Seguros y el Secretario del Departamento de Salud de Puerto Rico, dictarán las reglas y reglamentos que entiendan prudentes y necesarios para hacer efectiva cualquier disposición de este Capítulo y para reglamentar sus propios procedimientos, siguiendo el procedimiento establecido para ello en la Ley 38-2017, según enmendada, conocida como "Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Gobierno de Puerto Rico".

Artículo 48.170.- Prohibición de Discrimen

En la implementación de las disposiciones de este Capítulo, no se discriminará por condición médica."

Sección 3.- Separabilidad

Si cualquier cláusula, párrafo, artículo, sección, inciso o parte de esta Ley fuere declarada inconstitucional por un tribunal competente, la sentencia a tal efecto dictada no afectará, perjudicará ni invalidará el resto de esta. El efecto de dicha sentencia quedará limitado a la cláusula, párrafo, artículo, sección, inciso o parte de esta que así hubiere sido declarada inconstitucional.

Sección 4.- Vigencia

Esta ley comenzará a regir a los sesenta (60) días después de su aprobación.

DEPARTAMENTO DE ESTADO
Certificaciones, Reglamentos, Registro
de Notarios y Venta de Leyes
Certifico que es copia fiel y exacta del original
Fecha: 26
2 DE SEPTIEMBRE DE 2020



Firma:

Lcdo. Raul Mrquez Hernández
Secretario de Estado
Departamento de Estado
Gobierno de Puerto Rico