

“Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”

Ley Núm. 194 de 29 de Agosto de 2011, según enmendada

{Ir a [Tabla de Contenido](#)}

(Contiene enmiendas incorporadas por las siguientes leyes:

[Ley Núm. 203 de 23 de Agosto de 2012](#)
[Ley Núm. 290 de 29 de Septiembre de 2012](#)
[Ley Núm. 55 de 10 de Julio de 2013](#)
[Ley Núm. 69 de 22 de Julio de 2013](#)
[Ley Núm. 5 de 3 de Enero de 2014](#)
[Ley Núm. 90 de 15 de Julio de 2014](#)
[Ley Núm. 43 de 22 de Enero de 2018](#)
[Ley Núm. 294 de 29 de Diciembre de 2018](#)
[Ley Núm. 134 del 1 de Septiembre de 2020](#)
[Ley Núm. 142 de 9 de Octubre de 2020](#)
[Ley Núm. 73 de 17 de Julio de 2023](#)
[Ley Núm. 109 de 31 de Agosto de 2023](#))

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

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

A pesar de las innumerables enmiendas que ha experimentado el [Código de Seguros de Puerto Rico](#) desde su aprobación en 1957, el área de los planes médicos ha quedado rezagada en términos de regulación específica, todo ello a pesar de los profundos cambios ocurridos en este sector durante los pasados años. La situación se hace más relevante al considerar los cambios introducidos en este campo por la Ley de Reforma de Salud Federal —[“Patient Protection and](#)

Affordable Care Act” y *“Health Care and Education Reconciliation Act”*—, que habrá de tener un efecto trascendental en nuestra sociedad y en nuestra economía. El [Código de Seguros de Puerto Rico](#) apenas cuenta con un reducido grupo de capítulos relacionados con esta importante área, como son: el Capítulo 16, dedicado a los seguros de incapacidad física; el Capítulo 19, dedicado a las organizaciones de servicios de salud; el Capítulo 30, dedicado a requisitos de pago puntual a los proveedores de cuidado de salud; y el Capítulo 31, relacionado con la negociación colectiva entre planes médicos y proveedores. Ha llegado el momento de actualizar el marco regulatorio que conlleva una actividad tan importante como es la salud de nuestro Pueblo. Además de armonizar las disposiciones legales vigentes en Puerto Rico en torno a las cubiertas de salud con la legislación más reciente aprobada a nivel federal, mediante la presente legislación se crea un nuevo Código de Seguros de Salud que hará más efectiva la fiscalización de estas actividades a nivel local.

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

Esta iniciativa regulatoria atiende, además, un sinnúmero de áreas de necesidad identificadas a través de los años y tras la experiencia obtenida en el manejo de diversos modelos de financiación y prestación de los servicios médicos en Puerto Rico y en Estados Unidos. Ejemplos de esas áreas de necesidad la constituyen actividades de vital importancia para una efectiva regulación de esta industria, tales como lo son los beneficios y restricciones en el manejo de los medicamentos de receta; los procesos de examen o auditoría de reclamaciones; la disponibilidad de planes médicos para pequeñas y medianas empresas y para asegurados individuales en Puerto Rico; la prohibición de prácticas injustas por parte de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores; la protección de la integridad y confidencialidad de la información médica; la protección y fiscalización de la solvencia de los aseguradores; y garantías de protección a los asegurados bajo sistemas de prestación de servicios de cuidado coordinado.

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

Decrétase por la Asamblea Legislativa de Puerto Rico:

Sección 1. — (26 L.P.R.A. § 9001 nota)

Se adopta un conjunto de disposiciones legales que será conocido y podrá citarse como el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, el cual será complementado por el [Código de Seguros de Puerto Rico, Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada](#), en todo aquello que éste último no tenga conflicto con el primero. Ninguna disposición del Código de Seguros de Puerto Rico se entenderá derogada, salvo que expresamente así se disponga en este Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, o cuando las disposiciones de ambos códigos estén en conflicto.

CAPÍTULO 2. — DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 2.010. — Título. (26 L.P.R.A. § 9001)

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

Artículo 2.020. — Declaración de Política Pública. (26 L.P.R.A. § 9002)

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

La política pública aquí adoptada tiene como fin primordial lograr que todos los puertorriqueños tengan acceso a más y mejores servicios de salud y promover un mayor crecimiento y desarrollo de esta industria.

En adición, se reconoce como política pública del Estado Libre Asociado de Puerto Rico que la salud es un asunto de naturaleza ética, de justicia social y de derechos humanos sobre el ánimo de lucro. Por tanto, en caso de necesitar interpretar las disposiciones de esta Ley o surgir algún conflicto entre lo establecido en este Código de Seguros de Salud y cualquier otra legislación, la interpretación que prevalecerá será aquella que resulte más favorable para el paciente.

Artículo 2.030. — Definiciones. (26 L.P.R.A. § 9003)

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

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

B. “Código de Seguros de Puerto Rico” se refiere a la [Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada](#).

C. “Comisionado” significa el Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

D. “Condición médica de emergencia” significa una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente severidad, incluyendo dolor severo, ante la cual una persona lea, razonablemente prudente y con un conocimiento promedio de salud y medicina, puede esperar que, en ausencia de atención médica inmediata, la salud de la persona se colocaría en serio peligro, o resultaría en una seria disfunción de cualquier miembro u órgano del cuerpo o, con respecto a una mujer embarazada que esté sufriendo contracciones, que no haya suficiente tiempo para trasladarla a otras instalaciones antes del parto, o que trasladarla representaría una amenaza a su salud o a la de la criatura por nacer.

E. “Criterios de revisión clínica” significa los procedimientos escritos para el cernimiento, los resúmenes de las decisiones, los protocolos clínicos y las guías de práctica que usa la organización de seguros de salud o asegurador para determinar la necesidad médica e idoneidad del servicio de cuidado de la salud. Estas guías de práctica no son obligatorias para el Profesional de la salud en el ejercicio de sus funciones cuando provea algún servicio de cuidado de la salud a tenor con las leyes estatales, federales y reglamentos correspondientes; y siempre y cuando el servicio provisto sea reconocido por las normas generalmente aceptadas de la práctica médica y de la salud, a la luz de los medios modernos de comunicación y enseñanza. El diagnóstico profesional será criterio rector y exclusivo para determinar el tratamiento a seguir en un paciente. Por lo tanto, el criterio profesional no podrá ser alterado por la aseguradora. No obstante lo anterior, las disposiciones de este inciso deberán cumplir con las leyes y regulaciones federales sobre el tema.

F. “Cuidado médico” significa:

(1) El diagnóstico, alivio, tratamiento o prevención de enfermedades;

(2) transporte esencial para recibir el cuidado médico indicado en el inciso (1) y principalmente para dicho propósito.

G. “Dependientes” significa cualquier persona que es o pudiese ser elegible a un plan médico por motivo de la relación que tiene con el asegurado principal y a tenor con las condiciones dispuestas en el plan médico. Podrán considerarse dependientes del asegurado principal los siguientes:

(1) El cónyuge;

(2) un hijo biológico, hijo adoptivo o colocado para adopción menor de veintiséis (26) años;

(3) un hijo biológico, un hijo adoptivo o colocado para adopción que, independientemente de la edad, no pueda sostenerse así mismo por razón de incapacidad mental o física existente antes de cumplir los veintiséis (26) años, a tenor con lo dispuesto en la Ley Pública 11-148, conocida como [“Patient Protection and Affordable Care Act”](#), la Ley Pública 11-152, conocida como [“Health Care and Education Reconciliation Act”](#) y los reglamentos promulgados al amparo de éstas;

- (4) Hijastros;
- (5) Hijos de crianza que han vivido desde su infancia bajo el mismo techo con el asegurado principal, en una relación de padre, madre e hijo o hija, y que es y continuará siendo totalmente dependiente de la familia del asegurado principal para recibir alimento, según se establece en el Artículo 16.330 del [Código de Seguros de Puerto Rico](#);
- (6) menor no emancipado cuya custodia haya sido adjudicada al asegurado principal;
- (7) persona —de cualquier edad que haya sido judicialmente declarada incapaz y cuya tutela haya sido adjudicada al asegurado principal;
- (8) familiar del asegurado principal o su cónyuge mientras viva permanentemente bajo el mismo techo del asegurado principal y que dependa sustancialmente de éste para su sustento, quienes podrán ser clasificados en la categoría de dependientes opcionales o colaterales, según este término es comúnmente aceptado y definido en el mercado de los seguros de salud;
- (9) padre y madre del asegurado principal, o los de su cónyuge, aunque no vivan bajo el mismo techo, quienes podrán ser clasificados en la categoría de dependientes opcionales o colaterales, según este término es comúnmente aceptado y definido en el mercado de los seguros de salud.

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

I. “Necesidad médica” significa todo aquello que un médico licenciado prudente y razonable entienda que es médicamente necesario sobre todo aquel servicio o procedimiento de salud que se brinde a un paciente con el propósito de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, padecimiento, dolencia o sus síntomas en una forma que:

1. Sea conforme con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica, a la luz de los medios modernos de comunicación y enseñanza;
2. Sea clínicamente apropiado en cuanto a tipo, frecuencia, grado, lugar y duración de los servicios o procedimientos de salud;
3. La determinación de “necesidad médica” no sea hecha meramente para la conveniencia del paciente o del médico o para el beneficio económico de la aseguradora, organización de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud, del tratamiento médico en sí mismo o de otro proveedor de atención médica;
4. Sea dentro del ámbito de la práctica y/o especialidad médica de la o del profesional médico licenciado quien determinó la necesidad médica; y
5. Que dicha determinación de “necesidad médica” esté basada en evidencia clínica que sostenga la determinación y esté debidamente documentada por el facultativo que trató al paciente.

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

K. “Organización de servicios de salud” Significa una 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. Disponiéndose que las entidades excluidas a tenor con el Artículo 1.070 del [Código de Seguros de Puerto Rico](#) no serán consideradas como una organización de seguros de salud o asegurador para propósitos de este Código.

L. “Organización de seguros de salud” o “asegurador” significa una 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.

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

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

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

P. “Plan cerrado” significa un plan de cuidado coordinado que requiere que la persona cubierta o asegurado use sólo proveedores participantes conforme a los términos del plan.

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

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

S. “Plan médico” 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 prepagada, 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 éstos.

T. “Profesional de la salud” significa un médico u otro profesional del campo de la salud con licencia, acreditado o certificado por las entidades correspondientes para proveer determinados servicios de cuidado de la salud a tenor con las leyes estatales y reglamentos correspondientes.

U. “Proveedor de cuidado de salud” o “proveedor” significa un profesional de la salud o una instalación de cuidado de la salud debidamente autorizado a prestar o proveer servicios de cuidado de la salud.

V. “Proveedor de cuidado primario” significa el proveedor participante, seleccionado por la persona cubierta o asegurada; o en su defecto designado por la organización de seguros de salud o asegurador, que tenga a su cargo, la supervisión, coordinación y suministro de cuidado inicial o de seguimiento de la persona cubierta o asegurados.

W. “Proveedor participante” significa el proveedor que, conforme a un contrato con una organización de seguros de salud o asegurador, o con el contratista o subcontratista de ésta, haya

acordado brindar servicios de cuidado de la salud a las personas cubiertas o asegurados con la expectativa de recibir pago, aparte del porcentaje de coaseguro, el copago o el deducible, directa o indirectamente, de parte de la organización de seguros de salud o asegurador.

X. “Representante personal” significa:

- (1) Una persona a quien la persona cubierta o asegurado ha dado consentimiento expreso por escrito para que le represente para los propósitos de este Código;
- (2) una persona autorizada por ley a dar el consentimiento en sustitución de la persona cubierta o asegurado;
- (3) un miembro de la familia inmediata de la persona cubierta o asegurado, o el profesional de la salud que atiende a la persona cubierta o asegurado cuando ésta no tenga la capacidad de dar su consentimiento;
- (4) un profesional de la salud cuando el plan médico de la persona cubierta o asegurado requiere que un profesional de la salud solicite el beneficio; o
- (5) en el caso de una solicitud de cuidado urgente, un profesional de la salud que tenga conocimiento sobre la condición médica de la persona cubierta o asegurado.

Y. “Reglamento del Código de Seguros de Salud” se refiere a cualquier regla o reglamento que adopte el Comisionado al amparo de cualquier disposición de este Código.

Z. “Servicios de cuidado de la salud” o “servicios médicos” significa servicios de diagnóstico, prevención, tratamiento, cura o alivio de padecimientos crónicos, dolencias, lesiones o enfermedades.

AA. “Servicios de emergencia” significa los servicios de cuidado de la salud prestados o que se requieren para tratar una condición médica de emergencia.

BB. “Suscriptor” significa cualquier persona acogida a un plan médico emitido por una organización de servicios de salud.

CC. “Urgencia” significa una condición médica suscitada, que no expone a riesgo de muerte inminente o la integridad de la persona, y que puede ser tratada en oficinas médicas u oficinas de horario extendido, no necesariamente en salas de emergencia, pero la cual, de no ser tratada en el momento adecuado y de la manera correcta, se podría convertir en una emergencia.

DD. “Beneficios de Salud Esenciales” significa los servicios identificados como “Essential Health Benefits” a tenor con la [sección 1302\(b\)](#) de la Ley Pública 111-148, conocida como “[Patient Protection and Affordable Care Act](#)”, según enmendada por la Ley Pública 111-152, conocida como “[Health Care and Education Reconciliation Act](#)”, así como, con la reglamentación federal y local adoptada al amparo de ésta.

Artículo 2.040. — Aplicabilidad del Código de Seguros de Puerto Rico y otras leyes especiales. (26 L.P.R.A. § 9004)

Las disposiciones del [Código de Seguros de Puerto Rico](#) serán de aplicación a los planes médicos y a las entidades reguladas por este Código, en todo aquello que no sea incompatible con las disposiciones de éste.

Nada de lo dispuesto en este Código se entenderá como una enmienda o derogación a las leyes, reglamentos o procedimientos que administran, de conformidad con sus leyes habilitadoras, la Oficina del Procurador del Paciente o la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES).

Los aseguradores que contraten con la ASES para ofrecer, mercadear o administrar el Plan de Salud del Gobierno (PSG) cumplirán con los requisitos y disposiciones de este Código, además, cumplirán con los requisitos y las disposiciones legales, reglamentarias y contractuales establecidas por ASES, con excepción de los asuntos relativos a la autorización o licencia requerida para hacer negocios de seguros en Puerto Rico, aquellos pertinentes al cumplimiento y fiscalización con este Código, y aquellos pertinentes a la solvencia económica, para los cuales será de aplicación el [Código de Seguros de Puerto Rico](#) y este Código.

Artículo 2.050. — Conformidad con Leyes Federales. (26 L.P.R.A. § 9005)

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. Ningún asegurador u organización de seguros de salud que provea planes médicos grupales o individuales establecerá lo siguiente:

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

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

B. El apartado A no prohíbe que un asegurador u organización de seguros de salud que provea planes médicos grupales o individuales para los cuales no se requiera proveer beneficios esenciales de salud, según este término es definido en la legislación y reglamentación federal y local, establezca límites anuales o de por vida en beneficios específicos cubiertos, todo ello en la medida que tales límites estén de otro modo permitidos bajo leyes federales o estatales.

C. Todo asegurador u organización de seguros de salud que provea planes médicos individuales o grupales deberá, por lo menos, proveer cubierta y no impondrá requisitos de compartir costos (“*cost-sharing*”) con respecto a los siguientes servicios de cuidado preventivo, siempre y cuando la persona cubierta los reciba de un proveedor participante:

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

(2) Inmunizaciones para las cuales hay en efecto una recomendación del “Advisory Committee on Immunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention” y del Comité Asesor en Prácticas de Inmunización del Departamento de Salud de Puerto Rico.

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

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

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) Los siguientes beneficios
 - 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 salud de visión y dental
 - h) Cubierta de medicamentos
 - i) Servicios de habilitación y rehabilitación
 - j) Servicios preventivos y de bienestar, así como de manejo de enfermedades crónicas
 - k) Cualquier otro servicio o beneficio mandatorio que se requiera por ley o reglamento, estatal o federal.
- (2) Limitaciones a la imposición, en dichas cubiertas, de requisitos de compartir costos (“cost-sharing”) según dispuesto en la [Sección 1302\(c\) del “Patient Protection and Affordable Care Act”](#) y del inciso C anterior; y
- (3) Provea alguno de los niveles de cubierta metálicos; nivel bronce, nivel plata, nivel oro y nivel platino, según descritos en la Sección [1302\(d\) del “Patient Protection and Affordable Care Act”](#) y según se describen a continuación:
 - a) *Nivel Bronce* – Un plan médico en el nivel bronce ofrecerá una cubierta que está diseñada para proveer beneficios que sean actuarialmente equivalentes a un sesenta (60) por ciento del valor actuarial total de los beneficios incluidos en la cubierta.
 - b) *Nivel Plata* - Un plan médico en el nivel plata ofrecerá una cubierta que está diseñada para proveer beneficios que sean actuarialmente equivalentes a un setenta (70) por ciento del valor actuarial total de los beneficios incluidos en la cubierta.
 - c) *Nivel Oro* - Un plan médico en el nivel oro ofrecerá una cubierta que está diseñada para proveer beneficios que sean actuarialmente equivalentes a un ochenta (80) por ciento del valor actuarial total de los beneficios incluidos en la cubierta.
 - d) *Nivel Platino* - Un plan médico en el nivel platino ofrecerá una cubierta que está diseñada para proveer beneficios que sean actuarialmente equivalentes a un noventa (90) por ciento del valor actuarial total de los beneficios incluidos en la cubierta.

Si un asegurador u organización de seguros de salud ofrece un plan médico con alguno de los niveles de cubierta metálicos descritos en la [Sección 1302\(d\) del “Patient Protection and Affordable Care Act”](#) y según descritos en este inciso, dicho asegurador tendrá que ofrecer el plan

médico en el mismo nivel de cubierta metálica a todo aquel asegurado que a principio del año póliza no haya cumplido 21 años.

E. Nada de lo provisto en este Artículo se entenderá como que prohíbe a un asegurador u organización de seguros de salud proveer servicios más amplios que los aquí descritos.

F. Ningún plan médico individual o grupal que incluya servicios de emergencia requerirá aprobación previa para tales servicios, independientemente de que el proveedor sea un proveedor participante o no.

G. Todo plan médico individual o grupal que requiera la designación de un proveedor de cuidado primario, cuando el asegurado tiene dieciocho (18) años o menos, deberá permitir que se designe un médico especializado en pediatría en calidad de proveedor de cuidado primario, siempre que ese médico pediatra sea parte de la red de proveedores participantes del plan médico. Además, la organización de seguros de salud o asegurador puede requerir que el proveedor de cuidado primario inicie los trámites de referido para cuidado especializado y continúe supervisando los servicios de cuidado de la salud ofrecidos a la persona cubierta o asegurado.

H. Ningún plan médico individual o grupal establecerá requisitos de referido o de autorización previa para obtener servicios de obstetricia y ginecología provistos por proveedores participantes especialistas en obstetricia y ginecología.

Todo plan médico individual o grupal que provee la cubierta para servicios de obstetricia y ginecología y a su vez requiera la designación de un proveedor de cuidado primario, considerará como proveedor o servicios de cuidado primarios los servicios provistos por el ginecólogo u obstetra, así como cualquiera de los servicios de cuidado de salud por éstos ordenados.

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

J. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores no podrán rescindir o cancelar un plan médico, tanto para personas individuales como para grupos de personas, luego de que la persona asegurada esté cubierta bajo el plan médico, excepto en casos que involucren fraude o una tergiversación intencional de datos sustanciales de parte de la persona asegurada o de la persona solicitando un plan médico a nombre de otra persona. La organización de seguros de salud o asegurador que desee rescindir o cancelar una cobertura de un plan médico deberá proporcionar un aviso, con por lo menos treinta (30) días de anticipación, a cada suscriptor del plan médico o, el suscriptor primario en el caso de planes médicos individuales, que se pueda ver afectado por la propuesta rescisión o cancelación de la cubierta.

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. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores no podrán discriminar a favor de empleados altamente remunerados, según dicho término es definido en el Código de Rentas

Internas Federal y la reglamentación pertinente, en planes grupales, ya sea en término de la elegibilidad o de los beneficios que le ofrecen al empleado altamente compensado.

M. Los derechos establecidos en este Artículo tendrán el alcance y se registrarán de conformidad con los requisitos y procedimientos dispuestos por la Ley Pública 111-148, conocida como “[Patient Protection and Affordable Care Act](#)”, la Ley Pública 111-152, conocida como “[Health Care and Education Reconciliation Act](#)” y la reglamentación federal y local adoptada al amparo de ésta.

Artículo 2.060. — Poderes y Deberes del Comisionado. (26 L.P.R.A. § 9006)

Según este Código, el Comisionado tendrá los poderes, facultades y deberes que se proveen en el mismo y, además, los poderes, facultades y deberes que se establecen en el [Código de Seguros de Puerto Rico](#).

Artículo 2.070. — Separabilidad. (26 L.P.R.A. § 9007)

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

Artículo 2.080. — Sanciones. (26 L.P.R.A. § 9008)

Aquellas violaciones a las disposiciones de este Código o a las reglas o reglamentos promulgados a su amparo que no tuvieren sanción o penalidad expresamente establecida, estarán sujetas a una multa administrativa no menor de quinientos dólares (\$500.00) ni mayor de diez mil dólares (\$10,000.00) por violación imputada.

Artículo 2.090. — Negación de Servicios de Hospitalización y Pagos Facturados. (26 L.P.R.A. § 9009)

Bajo este Código se establece que ninguna compañía de seguros de salud, organización de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud autorizado en Puerto Rico, por sí o por medio de sus agentes, empleados o contratistas, negará la debida autorización para los procesos de hospitalización de un paciente, incluyendo el largo del periodo de dicha hospitalización y los pagos por servicios facturados tanto por el tratamiento, medicamentos y la debida prestación de servicios de salud al mismo, cuando medie una recomendación médica a estos fines, basada en la premisa de necesidad médica definida en este Código, en los casos en que estos servicios sean parte de la cubierta del plan médico del asegurado, el servicio sea prestado mientras la póliza se encuentre vigente y el servicio se encuentre dentro de las categorías de servicios cubiertos por dicha póliza.

CAPÍTULO 4 — MANEJO DE MEDICAMENTOS DE RECETA

Artículo 4.010. — Título. (26 L.P.R.A. § 9041)

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

Artículo 4.020. — Propósito. (26 L.P.R.A. § 9042)

El propósito de este Capítulo es establecer las normas para desarrollar, conservar y manejar los formularios de medicamentos de receta y otros procedimientos como parte del manejo de beneficios de medicamentos de receta que establecen las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que proveen dichos beneficios.

Artículo 4.030. — Definiciones. (26 L.P.R.A. § 9043)

Para los fines de este Capítulo:

A. “Autorización previa o pre-autorización” significa el proceso de obtener aprobación previa de la organización de seguros de salud o asegurador, que se requiera bajo los términos de la cubierta del plan médico, para el despacho de un medicamento de receta.

B. “Comité de farmacia y terapéutica” significa un comité o cuerpo equivalente, compuesto por empleados o consultores externos contratados por una organización de seguros de salud o asegurador, el cual estará compuesto por un número impar de miembros. Los miembros del comité de farmacia y terapéutica serán profesionales de la salud, tales como médicos y farmacéuticos, los cuales tendrán conocimiento y pericia respecto a:

- (1) La forma adecuada, desde la perspectiva clínica, de recetar, suministrar y supervisar los medicamentos de receta para pacientes ambulatorios; y
- (2) la revisión y evaluación del uso de los medicamentos, así como la intervención con dicho uso.

Si entre los miembros del comité de farmacia y terapéutica se encontrasen representantes del administrador de beneficios de farmacia o de la organización de seguros de salud o asegurador, éstos sólo podrán aportar consideraciones operacionales o de logística, pero no tendrán voto en determinaciones relativas a la inclusión o exclusión de medicamentos de receta en el formulario.

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

D. “Evidencia médica o científica” significa evidencia producida por alguna de las siguientes fuentes:

- (1) Estudios revisados por homólogos expertos, publicados o aceptados para publicación en las revistas médicas especializadas que cumplen con los requisitos reconocidos a nivel nacional para los textos científicos;
- (2) publicaciones médicas revisadas por homólogos expertos, las cuales incluyen publicaciones relacionadas con terapias que han sido evaluadas y aprobadas por juntas de

revisión institucional, los compendios biomédicos y otras publicaciones médicas que cumplen con los criterios de indización de la Biblioteca Médica de los Institutos Nacionales de Salud en el Index Medicus (Medline) y los de Elsevier Science Ltd. en Excerpta Medicus (EMBASE);

(3) las revistas médicas reconocidas por el Secretario de Salud y Servicios Humanos del Gobierno de Estados Unidos, conforme a la Ley Federal de Seguro Social;

(4) Los siguientes compendios normativos en inglés:

(a) "The American Hospital Formulary Service–Drug Information";

(b) "Drug Facts and Comparisons®";

(c) "The American Dental Association Accepted Dental Therapeutics" y

(d) "The United States Pharmacopoeia–Drug Information";

(5) Los hallazgos, estudios o investigaciones realizados por las agencias del gobierno federal, o con el auspicio de éstas, y por los institutos federales de investigación, reconocidos en Estados Unidos de América, los cuales incluyen:

(a) La agencia federal “Agency for Health Care Research and Quality”;

(b) Los Institutos Nacionales de la Salud;

(c) El Instituto Nacional del Cáncer;

(d) La “National Academy of Sciences”;

(e) Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS);

(f) La Administración de Drogas y Alimentos (FDA); y

(g) Toda junta nacional reconocida por los Institutos Nacionales de la Salud cuyo propósito es evaluar la eficacia de los servicios de cuidado de salud;

(6) Toda evidencia médica o científica adicional que sea comparable con lo detallado en los incisos (1) al (5) precedentes.

E. “Exclusión categórica” significa la disposición expresa que establece un plan médico para la no cobertura de un medicamento de receta, identificando el mismo por su nombre científico o comercial.

F. “Formulario” significa una lista de medicamentos de receta desarrollada y aprobada por la organización de seguros de salud o asegurador, o su designado, y la cual regularmente se evalúa para añadir o excluir medicamentos de receta, a la cual se refieren para determinar los beneficios en la cubierta de farmacia.

G. “Medicamento de receta” o “medicina de receta” significa un medicamento aprobado o regulado que la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) permite que se mercadee, y que las leyes de Puerto Rico o de Estados Unidos exigen que sea suministrado mediante receta.

H. “Orden de medicamento de receta”, “receta” o “prescripción” significa una orden expedida por una persona licenciada, certificada o legalmente autorizada a expedir recetas de medicamentos, dirigida a un farmacéutico para el despacho de un medicamento de receta.

I. “Persona que expide una receta de medicamentos” significa todo profesional de la salud autorizado por ley a expedir órdenes de medicamentos de receta.

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

(1) Formularios (listas de medicamentos de receta);

(2) restricciones de dosificación y límites de cantidad;

(3) requisitos de autorización previa; o

(4) requisitos de terapia escalonada.

K. “Querella” significa el documento escrito solicitando algún remedio por parte o en representación de una persona cubierta o asegurado, por acciones o determinaciones de una organización de seguros de salud o asegurador en asuntos como los siguientes:

(1) La disponibilidad, prestación o calidad de los servicios de cuidado de salud, incluidas las querellas relacionadas con una determinación adversa que resulte de una revisión de utilización;

(2) el pago o manejo de reclamaciones o el reembolso por servicios de cuidado de salud; o

(3) asuntos relacionados con la relación contractual entre la persona cubierta o asegurado y la organización de seguros de salud o asegurador.

L. “Representante personal” significa:

(1) Una persona a quien la persona cubierta o asegurado ha dado consentimiento expreso por escrito para que le represente al solicitar una excepción médica, según se establece en este Capítulo;

(2) una persona autorizada por ley a dar el consentimiento en sustitución de la persona cubierta o asegurado;

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

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

M. “Restricción de dosis” significa el establecimiento de una limitación en el número de dosis de un medicamento de receta que estará cubierto durante un periodo de tiempo específico.

(1) “Restricción de dosis” no incluye:

(a) Una disposición incluida en la cubierta en la cual se limita el número de dosis de un medicamento de receta que se cubrirá durante determinado periodo; o

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

N. “Sustitución con bioequivalentes” significa el intercambio de un medicamento de receta de marca por una versión bioequivalente que tenga los mismos ingredientes activos, potencia y esté indicado para el mismo uso que el medicamento de receta de marca, cuya equivalencia terapéutica haya sido reconocida por la Administración Federal de Alimentos y Drogas (FDA), y que aparezca codificado como tal en el “*Approved Drug Products with Therapeutic Equivalence Evaluations*”, mejor conocido como “*Orange Book*”.

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

Artículo 4.040. — Aplicabilidad y Alcance. (26 L.P.R.A. § 9044)

Este Capítulo será aplicable a todas las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, o sus designados, que provean o administren beneficios de medicamentos de receta para pacientes ambulatorios, conforme las disposiciones del plan médico emitido, mediante el uso de un formulario o la aplicación de otro procedimiento de manejo de los beneficios de medicamentos de receta.

Las disposiciones de este Capítulo no serán aplicables a los medicamentos de receta que se excluyan categóricamente o por disposición contractual del plan médico de la persona cubierta o asegurado. Las disposiciones del plan médico que pretendan excluir todos los medicamentos de receta que no estén incluidos en el formulario no se considerarán una exclusión categórica para los fines de este Capítulo.

Artículo 4.050. — Requisitos para el Desarrollo, Mantenimiento y Manejo de Formularios de Medicamentos de Receta y otros Procedimientos de Manejo de los Beneficios de Medicamentos de Receta. (26 L.P.R.A. § 9045)

A. Toda organización de seguros de salud o asegurador que provea beneficios de medicamentos de receta y maneje dichos beneficios mediante el uso de un formulario u otro procedimiento, establecerá uno o más comités de farmacia y terapéutica, según entienda apropiado, para desarrollar, mantener y manejar dicho formulario y los procedimientos relacionados conforme a los requisitos de este Artículo. El comité de farmacia y terapéutica no participará en los procesos de determinación de beneficios que establezca la organización de seguros de salud o asegurador para el despacho de medicamentos de receta.

La organización de seguros de salud o asegurador garantizará que todo comité de farmacia y terapéutica establezca políticas y requisitos de divulgación en los que se contemple la identificación de posibles conflictos de interés entre los miembros de los comités y los desarrolladores o fabricantes de los medicamentos de receta. Ningún miembro del comité de farmacia y terapéutica podrá tener relación o interés alguno, financiero o de otra índole, con los desarrolladores o fabricantes de los medicamentos de receta.

B. La organización de seguros de salud o asegurador garantizará que todo comité de farmacia y terapéutica establezca por escrito y siga un procedimiento para evaluar la evidencia médica y científica relacionada con la seguridad y eficacia de los medicamentos de receta, incluyendo la información comparativa sobre medicamentos de receta similares y bioequivalentes, al decidir cuáles de los medicamentos de receta se incluirán en el formulario y al desarrollar otros procedimientos de manejo. La organización de seguros de salud o asegurador también garantizará que el comité de farmacia y terapéutica establezca procedimientos para el análisis, y posible inclusión en el formulario, de medicamentos para un uso no indicado (“off label use”), en aquellas condiciones de salud donde se haya probado, mediante evidencia médica o científica, la eficacia del medicamento.

Todo comité de farmacia y terapéutica mantendrá la documentación del proceso según se requiere en este inciso y suministrará todos los registros y documentos a solicitud de la organización de seguros de salud o asegurador.

C. La organización de seguros de salud o asegurador requerirá que todo comité de farmacia y terapéutica adopte y observe un procedimiento, el cual constará por escrito, para considerar e implantar actualizaciones y cambios en el formulario u otro procedimiento de manejo, de manera oportuna, a base de:

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

(2) si fuera aplicable, información que reciba la organización de seguros de salud o asegurador respecto a solicitudes de excepción médica para permitir que el comité de farmacia y terapéutica evalúe si los medicamentos que figuran en el formulario o que están sujetos a otro procedimiento de manejo, cumplen con las necesidades de las personas cubiertas o asegurados;

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

(4) La organización de seguros de salud o asegurador requerirá que el comité de farmacia y terapéutica realice la evaluación de nuevos medicamentos de receta aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) en un término no mayor de noventa (90) días, contados a partir de la fecha de aprobación emitida por la FDA. En un término no mayor de noventa (90) días, contados a partir de que el nuevo medicamento de receta entre al mercado, el comité de farmacia y terapéutica deberá emitir su determinación en torno a si incluirá o no en el formulario dicho nuevo medicamento de receta.

D. Sujeto a lo dispuesto por este Capítulo, la organización de seguros de salud o asegurador podrá contratar a otras personas para que realicen las funciones del comité de farmacia y terapéutica, según se describen en este Artículo. La organización de seguros de salud o asegurador responderá al Comisionado por las acciones, incumplimiento y violaciones a este Capítulo en que incurra el comité de farmacia y terapéutica.

E. Toda organización de seguro de salud o asegurador que provea beneficios de medicamentos de receta, manejador o administrador de beneficios de farmacia, tercero contratado o cualquier entidad a la que se le haya delegado la administración o manejo de los servicios o beneficios de farmacia, incluirán en el cálculo o en el requisito de la contribución o costo compartido (“*cost sharing, out of pocket maximum*”) cualquier pago, descuento o partida que forme parte de un programa de asistencia financiera, plan de descuentos, cupones, o cualquier aportación ofrecida al asegurado por el manufacturero. Estas partidas se considerarán en beneficio exclusivo Del paciente en el cálculo de su aportación, gastos de bolsillo, copagos ,coaseguros, deducible o en el cumplimiento con requisitos de aportación compartida. Estas aportaciones, descuentos y cupones del manufacturero estarán disponibles y podrán ser utilizados en todos los proveedores de salud, conforme a los requisitos del programa, sin importar el lugar de adquisición del descuento o cupón. Se prohíbe el uso del acumulador de beneficios, *maximizador* o cualquier otro programa similar que tenga el efecto de implementar una restricción o limitación a la responsabilidad establecida en este inciso el cumplimiento con este inciso será parte de las auditorías anuales llevadas a cabo por la oficina del Comisionado de Seguros.

Artículo 4.060. — Información para las Personas que Expiden Recetas de Medicamentos, Farmacias, Personas Cubiertas o Asegurados y Posibles Personas Cubiertas o Asegurados.
(26 L.P.R.A. § 9046)

A. Las organizaciones de seguros de salud aseguradores o administradores de beneficios de farmacia deberán cumplir con los siguientes requisitos:

(1) Toda organización de seguros de salud asegurador o administradores de beneficios de farmacia mantendrá y facilitará a las personas cubiertas o asegurados, a las personas que suscriben recetas y a las farmacias, o que proveen servicios de cuidado de salud a las personas cubiertas o asegurados, por medios electrónicos o, a solicitud de la persona cubierta o asegurado o de la farmacia, por escrito, lo siguiente:

(a) Su formulario (lista de medicamentos de receta) organizado por categorías terapéuticas y en el caso de los administradores de beneficios de farmacia la lista de precios conocida como “Maximum Allowable Cost”;

(b) información sobre los medicamentos de receta, si alguno, que estén sujetos a un procedimiento de manejo desarrollado y mantenido, según las disposiciones de este Capítulo; e

(c) información sobre la documentación que debe presentar la persona cubierta o asegurado o su representante personal para solicitar una excepción médica, según el proceso establecido a tenor con el Artículo 4.070 de este Código y la manera en que se debe presentar dicha documentación.

(2) La organización de seguros de salud asegurador sólo podrá hacer, durante la vigencia de la póliza, certificado o contrato, cambios en el formulario o en otros procedimientos de manejo de medicamentos de receta, si el cambio obedece a motivos de seguridad, a que el fabricante del medicamento de receta no lo puede suplir o lo ha retirado del mercado, o si el cambio implica la inclusión de nuevos medicamentos de receta en el formulario. A estos efectos, a más tardar a la fecha de efectividad del cambio, notificará, o bajo su responsabilidad hará las gestiones para que algún tercero notifique dicho cambio a los siguientes:

(a) Todas las personas cubiertas o asegurados y

(b) a las farmacias participantes solamente si el cambio implica la inclusión de nuevos medicamentos de receta en el formulario. En este caso, el asegurador deberá dar notificación con treinta (30) días de antelación a la fecha de efectividad de la inclusión.

Artículo 4.070. — Requisitos y Procedimientos para la Aprobación de Excepciones Médicas.
(26 L.P.R.A. § 9047)

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

(1) Un medicamento de receta que no está cubierto según el formulario;

- (2) cubierta continuada de determinado medicamento de receta que la organización de seguros de salud o asegurador habrá de discontinuar del formulario por motivos que no sean de salud o porque el fabricante no pueda suplir el medicamento o lo haya retirado del mercado; o
- (3) una excepción a un procedimiento de manejo que implica que el medicamento de receta no estará cubierto hasta que se cumpla con el requisito de terapia escalonada o que no estará cubierto por la cantidad de dosis recetada.

B. La organización de seguros de salud o asegurador que provee beneficios de medicamentos de receta, el PBM o cualquier otra entidad a la que se le haya delegado la administración de servicios de farmacia, tendrá la obligación de ofrecer cubierta inmediata temporera para una receta inicial del medicamento recetado durante el proceso de solicitud de excepciones médicas y hasta que notifique por escrito su determinación final, cuando el médico o profesional de la salud que expidió la receta haga constar por escrito que el medicamento de receta solicitado es medicamento necesario para el tratamiento de la enfermedad o condición de la persona cubierta o asegurado; aun cuando dicho medicamento de receta sea de los cuales se excluya del formulario de medicamentos del plan médico de la persona cubierta o asegurado o esté sujeto a un procedimiento de manejo de medicamentos de receta que se establecen en este Artículo. La organización de seguros de salud o asegurador que provee beneficios de medicamentos de receta, el PBM o cualquier otra entidad a la que se le haya delegado la administración de los servicios de farmacia, deberá pagar a la farmacia la receta inicial del medicamento despachado, en lo que la aseguradora adjudica la cubierta del medicamento recetado. La farmacia podrá presentar una factura electrónica a la aseguradora para el pago de la receta inicial de medicamentos despachadas y la aseguradora tendrá la obligación de aceptar la facturación electrónica y no podrá requerir una factura física o de papel como condición para el pago. De manera que, en ninguna circunstancia, la persona cubierta o asegurado, se quedará desprovista de su medicamento de receta mientras está en un proceso de solicitud de excepciones médicas conforme lo establece este Artículo, o la presentación de una querrela a tenor con el Capítulo sobre Procedimientos Internos de Querellas de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores de este Código. Esta norma para una cubierta temporera de las recetas iniciales de medicamentos recetados no afectará las regulaciones existentes sobre medicamentos en transición. No obstante lo anterior, las disposiciones de este inciso deberán cumplir con las leyes y regulaciones federales sobre el tema.

Toda organización de seguros de salud o asegurador que provee beneficios de medicamentos de receta, manejador o administrador de beneficios de farmacia o cualquier entidad a la que se le haya delegado la administración o manejo de los servicios o beneficios de farmacia, incluirán en el cálculo o en el requisito de la contribución o costo compartido (“cost sharing, out-of-pocket maximum”), cualquier pago, descuento o partida que forme parte de un programa de asistencia financiera, plan de descuentos, cupones, o cualquier aportación ofrecida al asegurado por el manufacturero. Estas partidas se considerarán en beneficio exclusivo del paciente en el cálculo de su aportación, gastos de bolsillo, copagos, co-aseguros, deducible o en el cumplimiento con requisitos de aportación compartida. Estas aportaciones, descuentos y cupones del manufacturero estarán disponibles y podrán ser utilizados en todos los proveedores de salud, conforme a los requisitos del programa, sin importar el lugar de adquisición del descuento o cupón. Se prohíbe el uso del acumulador de beneficios, maximizador o cualquier otro programa similar que tenga el efecto de implementar una restricción a la responsabilidad establecida en este inciso.

C.

(1) La persona cubierta o asegurado, o su representante personal, solamente podrá hacer una solicitud conforme a este Artículo, la cual deberá constar por escrito, si la persona que expidió la receta ha determinado que el medicamento de receta solicitado es médicamente necesario para el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona cubierta o asegurado porque:

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

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

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

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

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

(c) La dosis disponible según la limitación de dosis del medicamento de receta ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona cubierta o asegurado o, a base de la evidencia clínica, médica y científica y las características físicas y mentales pertinentes que se conocen de la persona cubierta o asegurado y las características conocidas del régimen del medicamento de receta, es muy probable que sea ineficaz, o se afectará la eficacia del medicamento de receta o el cumplimiento por parte del paciente.

(2)

(a) La organización de seguros de salud o asegurador podrá requerir que la persona cubierta o asegurado, o su representante personal, provea una certificación de la persona que expide la receta sobre la determinación que se hizo conforme al inciso (1).

(b) La organización de seguros de salud o asegurador sólo podrá requerir que dicha certificación incluya la siguiente información:

(i) Nombre, número de grupo o contrato, número de suscriptor;

(ii) historial del paciente;

(iii) diagnóstico primario relacionado con el medicamento de receta objeto de la solicitud de excepción médica;

(iv) razón por la cual:

(I) El medicamento de receta que figura en el formulario no es aceptable para ese paciente en particular;

(II) el medicamento de receta que se requiere que se use ya no es aceptable para ese paciente en particular, si la solicitud de excepción médica se relaciona con terapia escalonada; o

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

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

D.

(1) Al recibo de una solicitud de excepción médica hecha conforme a este Artículo, la organización de seguros de salud o asegurador se asegurará de que la solicitud sea revisada por profesionales de la salud adecuados, dependiendo de la condición de salud para la cual se solicita la excepción médica, quienes, al hacer su determinación sobre la solicitud, considerarán los hechos y las circunstancias específicas aplicables a la persona cubierta o asegurado para la cual se presentó la solicitud, usando criterios documentados de revisión clínica que:

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

(b) si las hubiera, guías de práctica pertinentes, las cuales pueden incluir guías de práctica aceptadas, guías de práctica basadas en evidencia, guías de práctica desarrolladas por el comité de farmacia y terapéutica de la organización de seguros de salud o asegurador u otras guías de práctica desarrolladas por el gobierno federal, o sociedades, juntas o asociaciones nacionales o profesionales en el campo de la medicina o de farmacia.

(2) Los profesionales de la salud designados por la organización de seguros de salud o asegurador para revisar las solicitudes de excepción médica, se asegurarán que las determinaciones tomadas correspondan a los beneficios y exclusiones que se disponen en el plan médico de la persona cubierta o asegurado. Los profesionales de salud designados para revisar las solicitudes de excepción médica deberán poseer experiencia en el manejo de medicamentos. Las referidas determinaciones deberán constar en un informe debidamente y en el mismo se hará constar las cualificaciones de los profesionales de la salud que hicieron tal determinación.

E.

(1) El procedimiento de solicitud de excepciones médicas que se dispone en este Artículo requerirá que la organización de seguros de salud o asegurador que provea beneficios de medicamentos de receta, el PBM o cualquier otra entidad a la que se le haya delegado la administración de los servicios de farmacia, tome la determinación respecto a una solicitud presentada y notifique dicha determinación a la persona cubierta o asegurado, o a su representante personal, con la premura que requiera la condición médica de la persona cubierta o asegurado, pero en ningún caso la notificación podrá excederse de cuarenta y ocho (48) horas desde la fecha del recibo de la solicitud, o de la fecha del recibo de la certificación, en el caso que la organización de seguros de salud o asegurador solicite la misma conforme al apartado B(2), cual fuere posterior de las fechas. En el caso de medicamentos controlados este término no deberá exceder de las veinticuatro (24) horas.

(2)

(a) Si la organización de seguros de salud o asegurador no toma una determinación respecto a la solicitud de excepción médica, ni la notifica dentro del periodo antes mencionado:

- (i) La persona cubierta o asegurado tendrá, por un término de treinta (30) días, derecho al suministro del medicamento de receta objeto de la solicitud; y según el suministro sea solicitado o prescrito, o en caso de terapia escalonada, por los términos que disponga la cubierta;
 - (ii) la organización de seguros de salud o asegurador tomará una determinación con respecto a la solicitud de excepción médica antes de que la persona cubierta o asegurado termine de consumir el medicamento suministrado.
 - (b) Si la organización de seguros de salud o asegurador no toma una determinación respecto a la solicitud de excepción médica, ni notifica la determinación antes de que la persona cubierta o asegurado termine de consumir el medicamento suministrado, deberá mantener la cubierta en los mismos términos y continuadamente, mientras se siga recetando el medicamento a la persona cubierta o asegurado y se considere que el mismo sea seguro para el tratamiento de su enfermedad o condición médica, a menos que se hayan agotado los límites de los beneficios aplicables.
- F.**
- (1) Si se aprueba una solicitud de excepción médica hecha conforme a este Artículo, la organización de seguros de salud o asegurador proveerá cubierta para el medicamento de receta objeto de la solicitud y no requerirá que la persona cubierta o asegurado solicite aprobación para una repetición, ni para una receta nueva para continuar con el uso del mismo medicamento de receta luego de que se consuman las repeticiones iniciales de la receta. Todo lo anterior, sujeto a los términos de la cubierta de medicamentos de receta del plan médico, siempre y cuando:
 - (a) La persona que le expidió la receta a la persona cubierta o asegurado siga recetando dicho medicamento para tratar la misma enfermedad o condición médica; y
 - (b) se siga considerando que el medicamento de receta sea seguro para el tratamiento de la enfermedad o condición médica de la persona cubierta o asegurado.
 - (2) La organización de seguros de salud o asegurador no establecerá un nivel de formulario especial, copago u otro requisito de costo compartido que sea aplicable únicamente a los medicamentos de receta aprobados mediante solicitudes de excepción médica.
- G.**
- (1) Toda denegación de una solicitud de excepción médica hecha por una organización de seguros de salud o asegurador:
 - (a) Se notificará a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, por escrito, o por medios electrónicos, si la persona cubierta o asegurado ha acordado recibir la información por esa vía;
 - (b) Se notificará, por medios electrónicos, a la persona que expide la receta o, a su solicitud, por escrito; y
 - (c) se podrá apelar mediante la presentación de una querrela a tenor con el Capítulo sobre Procedimientos Internos de Querellas de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores de este Código.
 - (2) La denegación expresará de una manera comprensible a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal:
 - (a) Las razones específicas de la denegación;

- (b) referencias a la evidencia o documentación, las cuales incluyen los criterios de revisión clínica y las guías de práctica, así como evidencia clínica, médica y científica considerada al tomar la determinación de denegar la solicitud;
 - (c) instrucciones sobre cómo solicitar una declaración escrita de la justificación clínica, médica o científica de la denegación; y
 - (d) una descripción del proceso y los procedimientos para presentar una querrela para apelar la denegación conforme al Capítulo sobre Procedimientos Internos de Querellas de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores de este Código, incluyendo los plazos para dichos procedimientos.
- H.** No se requerirá que la organización de seguros de salud o asegurador establezca un procedimiento para solicitar excepciones médicas, ni que cumpla con las disposiciones de los apartados B, C, D, E (1), y F, si la organización de seguros de salud o asegurador:
- (1) Tiene un procedimiento de revisión acelerada de utilización como se dispone en el Capítulo sobre Revisión de Utilización y Determinación de Beneficios de este Código; y
 - (2) permite que la persona cubierta o asegurado, o su representante personal, use dicho proceso para solicitar la aprobación de cubierta de un medicamento de receta que no tiene cubierta debido al formulario u otro procedimiento de manejo.
- I.** No se interpretará que este Artículo permite que la persona cubierta o asegurado pueda usar el procedimiento de solicitud de excepción médica aquí dispuesto para solicitar la cubierta de un medicamento de receta que esté incluido categóricamente de la cubierta de su plan médico.”
- J.** No se interpretará que este Artículo permite que la persona cubierta o asegurado pueda usar el procedimiento de solicitud de excepción médica aquí dispuesto para solicitar la cubierta de un medicamento de receta que esté excluido categóricamente de la cubierta de su plan médico.

Artículo 4.080. — Requisitos de Registros e Informes. (26 L.P.R.A. § 9048)

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

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

(3) la cantidad de solicitudes aceptadas y denegadas; y

(4) toda otra información que el Comisionado pudiera solicitar.

Artículo 4.090. — Responsabilidades de Fiscalización y Contratación. (26 L.P.R.A. § 9049)

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

B. Si la organización de seguros de salud o asegurador contrata a otra persona para realizar las actividades que se requieren en este Capítulo o en los reglamentos aplicables, el Comisionado responsabilizará a la organización de seguros de salud o asegurador por la fiscalización de las actividades de la persona contratada y por el cumplimiento de los requisitos de este Capítulo y los reglamentos aplicables.

Artículo 4.100. — Requisitos de Divulgación. (26 L.P.R.A. § 9050)

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

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

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

(3) describirán el proceso para presentar una querrela, tal como se dispone en el Capítulo sobre Procedimientos Internos de Querellas de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores de este Código, para apelar la denegación de una solicitud de excepción médica.

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

Artículo 4.110. — Programas de incentivos o bonificaciones. (26 L.P.R.A. § 9051)

A. Se prohíbe que las farmacias, los administradores de beneficios de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés), manufactureros o distribuidores de medicamentos, organizaciones de seguros de salud o aseguradores, incentiven o participen en programa de incentivos, bonificaciones u otras

transacciones de naturaleza similar, dirigidas a profesionales de la salud, a fines de influenciar, directa o indirectamente, a que se recete, prescriba, despache o intercambie determinado medicamento bioequivalente por uno de marca o viceversa.

B. Se prohíbe que cualquier profesional de la salud reciba o participe en programas de incentivos, bonificaciones u otras transacciones de naturaleza similar, de parte de farmacias, administradores de beneficios de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés), manufactureros o distribuidores de medicamentos, organizaciones de seguros de salud o aseguradores, a fines de influenciar, directa o indirectamente, a que se recete, prescriba, despache o intercambie determinado medicamento bioequivalente por uno de marca o viceversa.

C. No obstante lo dispuesto en los incisos A y B de este Artículo, se permite el establecimiento de programas de incentivos, bonificaciones u otras transacciones de naturaleza similar, que estén basados en los resultados positivos obtenidos en el manejo o control de la condición clínica o de salud de las personas cubiertas o asegurados, según los estándares de calidad de cuidado de salud establecidos por organizaciones nacionales dedicadas a mejorar los resultados en el cuidado de la salud, tales como “*Healthcare Effectiveness Data and Information Set*”. Estos programas deben implementarse con el objetivo de mejorar u obtener resultados óptimos en el manejo de la salud, y deben cumplir con parámetros de tiempo suficientes que permitan identificar patrones medibles de resultados en el manejo o control de la condición clínica o de salud de las personas cubiertas o asegurados.

Las personas o entidades que establezcan programas de incentivos, bonificaciones u otras transacciones de naturaleza similar deberán someter los mismos al Comisionado dentro del término de noventa (90) días antes de que éstos entren en vigor, de manera que se evalúe y apruebe dicho programa en cumplimiento con lo aquí dispuesto. El Comisionado establecerá, por reglamento, los criterios que se usarán para evaluar estos programas. Los criterios tomarán en consideración los estándares de calidad de cuidado de salud establecidos por organizaciones nacionales dedicadas a mejorar los resultados en el cuidado de la salud, tales como “*Healthcare Effectiveness Data and Information Set*”.

D. El Comisionado podrá establecer aquellas reglas y reglamentos necesarios para implementar las disposiciones de este Artículo.

E. Cualquier persona que viole las disposiciones de este Artículo, además de cualquier otra penalidad que se disponga en este Código o en las leyes del Gobierno de Puerto Rico, estará sujeta a una multa por una cantidad equivalente a tres veces la cantidad recibida u otorgada en incentivos o bonificaciones.

Artículo 4.120. — Medicamentos de Mantenimiento. (26 L.P.R.A. § 9052)

A. Cuando el historial de la persona cubierta o asegurado así lo amerite, siempre y cuando no ponga en riesgo la salud del paciente, y a discreción del proveedor de servicios de salud, el proveedor de servicios de salud podrá suscribir una receta en la cual los medicamentos de mantenimiento sean prescritos con repeticiones de hasta un término no mayor de ciento ochenta días (180) días, sujeto a las limitaciones de la cubierta del plan médico.

CAPÍTULO 6. — AUDITORÍA DE RECLAMACIONES PRESENTADAS A LAS ORGANIZACIONES DE SEGUROS DE SALUD O ASEGURADORES

Artículo 6.010. — Título. (26 L.P.R.A. § 9081)

Este Capítulo se conocerá y se podrá citar como el Capítulo sobre Auditoría de Reclamaciones Presentadas a las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores.

Artículo 6.020. — Propósito. (26 L.P.R.A. § 9082)

El propósito de este Capítulo es estandarizar las normas para las auditorías de reclamaciones por servicios de cuidado de salud presentadas a las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, terceros administradores y otros planes médicos. Dichas auditorías se realizan para determinar si la información en los expedientes médicos del proveedor concuerda con los servicios que figuran en la reclamación de pago presentada por un asegurado o proveedor. Se pretende, además, mitigar los posibles conflictos con el uso de los expedientes médicos y reducir los costos adicionales que representan las auditorías innecesarias.

Se prohíbe la práctica de unilateralmente descontar de un próximo pago, la cantidad a recobrar como resultado del proceso de la auditoría. En el caso de que los resultados de la auditoría culminen en la identificación de cualquier error clerical o error de mantenimiento de récord, errores tipográficos, error de computadora, entre otros, en el requerimiento de récord o documentos, el proveedor o la facilidad de salud tendrá un término de quince (15) días calendario para realizar la corrección clerical o tipográfica. En el caso de que no se haga la corrección, el proveedor o la facilidad de salud estará sujeta al recobro de fondos incorrectamente pagados por la aseguradora conforme a lo dispuesto en esta Ley.

Sin embargo, en los casos en que haya una decisión final y firme de fraude a favor de una organización de seguros de salud o aseguradora, estos podrán recobrar el dinero automáticamente o retener los pagos pendientes.

Además, se dispone que ninguna compañía de seguros de salud, MSO, HMO o cualquier entidad que administre el plan de salud, o que reciba fondos para proveer servicios de salud, o persona jurídica de la cual sus accionistas, oficiales o directores, o cualquier otra persona natural o jurídica que sea el alter ego, o tenga un interés económico directo o sea un conducto económico pasivo de la misma, podrá realizar el proceso de auditoría revisión y apelación. La Administración de Seguros de Salud velará para que dicho proceso sea realizado por un ente de revisión y utilización independiente y que el proceso esté basado en la necesidad médica.

Artículo 6.030. — Definiciones. (26 L.P.R.A. § 9083)

Para los fines de este Capítulo:

A. “Auditor de reclamaciones cualificado” significa una persona empleada o contratada por una organización de seguros de salud o asegurador, capacitada para realizar o coordinar auditorías, de reclamaciones y que se rige por políticas y procedimientos explícitos dirigidos a proteger la confidencialidad y para manejar adecuadamente la información del paciente que tuviera bajo su control.

B. “Auditoría de reclamaciones” significa el proceso para determinar si la información en el expediente clínico del reclamante corresponde a los servicios de cuidado de la salud que figuran en la reclamación presentada a la organización de seguros de salud o asegurador. La auditoría de reclamaciones no comprende la revisión de la necesidad médica, ni de la razonabilidad de los cargos cobrados por los servicios.

C. “Sobrefacturación” o “cargos no documentados” significa que el volumen de servicios indicado en la reclamación supera el volumen identificado en la documentación del proveedor.

D. “Cargos no facturados” significa cargos o servicios prestados que no se han facturado.

E. “Cargos subfacturados” significa que el volumen de servicios indicado en la reclamación es menor que el volumen identificado en la documentación del proveedor.

F. “Centro de cirugía ambulatoria” significa un establecimiento con una facultad médica organizada, con instalaciones permanentes equipadas y operadas principalmente con el propósito de realizar procedimientos quirúrgicos. En tales establecimientos se proveen servicios médicos y de enfermería graduada constantemente, mientras el paciente se encuentra en el establecimiento. Un centro de cirugía ambulatoria no provee servicios ni alojamiento para que los pacientes pernecten y presta los siguientes servicios mientras el paciente esté en el centro:

- (1) medicamentos según requieran los procedimientos quirúrgicos,
- (2) atención al bienestar físico y mental de los pacientes,
- (3) servicios de emergencia,
- (4) administración estructurada y
- (5) expedientes administrativos, estadísticos y médicos.

G. “Expediente clínico” significa la compilación longitudinal y cronológica compuesta por información demográfica y de salud física y/o mental conductual del paciente, historial de salud familiar, de ser requerido y/o provisto por el paciente, el cual es cumplimentado, documentado y custodiado por el proveedor de servicios de salud y originado y registrado electrónicamente, en formato papel o ambos medios. El expediente clínico del paciente comprende, pero no se limita a, el historial de salud, diagnósticos, historial de medicamentos, alergias, notas de progreso realizadas por el proveedor de cuidados de salud, tratamientos, resultados de pruebas diagnósticas del tipo ordenado (laboratorio clínico, radiografías, pruebas o exámenes nucleares, imágenes, sonidos, entre otras) y el cual puede incluir impresiones dentales. El término Expediente Clínico se aplicará al expediente que se genere en el curso de proveer servicios de cuidado de la salud por el proveedor, y que está sujeto a la protección de privacidad, confidencialidad y seguridad por parte de regulaciones federales y estatales. Este término incluye el expediente médico.

H. “Proveedor” significa un profesional de la salud o instalación de cuidado de la salud debidamente autorizado a prestar o proveer servicios de cuidado de la salud.

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

J. “Reclamante” significa una persona cubierta o asegurado de un plan médico que haya recibido servicios de cuidado de la salud y cuyos costos éste, u otra persona a nombre de éste, solicita que pague la organización de seguros de salud o asegurador.

Artículo 6.040. — Aplicabilidad y Alcance. (26 L.P.R.A. § 9084)

Este Capítulo será aplicable a todas las organizaciones de seguros de salud o aseguradores. Todo proveedor que acepte el pago de beneficios que corresponden a la persona cubierta o

asegurado será responsable del trámite de facturación y de los resultados de las auditorías de las reclamaciones, independientemente de si la auditoría la lleva a cabo un empleado o se subcontrate a otra firma. El proveedor y la organización de seguros de salud o asegurador:

- A. Fiscalizarán el proceso para asegurar que la auditoría se lleve a cabo de conformidad con este Capítulo;
- B. se mantendrán al tanto de las actividades del auditor referentes a la auditoría de reclamaciones; y
- C. tomarán las medidas correctivas correspondientes de manera expedita de observarse alguna conducta indebida por parte del auditor, del proveedor o de quien éste designe como coordinador de la auditoría.

Artículo 6.050. — Cualificaciones de los Auditores y de los Coordinadores de Auditorías de Proveedores. (26 L.P.R.A. § 90)

A. Los auditores de reclamaciones y los coordinadores de auditorías de proveedores tendrán el conocimiento, la experiencia y la pericia adecuada en el campo del cuidado de la salud, entre otros, en las siguientes áreas:

- (1) El formato y contenido de los expedientes médicos y los demás tipos de documentación médica y clínica;
- (2) los principios y prácticas aceptados, tal como se aplican a la auditoría de reclamaciones;
- (3) los formularios de facturación vigentes en la industria de seguros de salud y los procedimientos de facturación;
- (4) la reglamentación estatal y federal relacionada con el uso, la divulgación y la confidencialidad de los expedientes de los pacientes;
- (5) las unidades de cuidado crítico, áreas de especialización y unidades auxiliares relacionadas con determinado examen; y
- (6) la terminología médica y la codificación bajo códigos actualizados, tales como ICD-10, CPT y HCPCS, y según sean éstos subsiguientemente revisados y actualizados.

B. Si los proveedores o la organización de seguros de salud o asegurador entienden que la persona que realiza la auditoría no cumple con estos requisitos, deben comunicarlo de inmediato a la firma del auditor o auspiciador de la auditoría.

C. El personal de auditoría actuará de una manera profesional y conforme a las normas éticas y requisitos de confidencialidad, siempre con perspectiva objetiva. Dicho personal tendrá la obligación de documentar sus hallazgos y señalamientos.

D. El auditor identificará en su informe todo cargo no corroborado, no facturado o subfacturado que se identifique durante una auditoría.

E. La remuneración, beneficios, honorarios o instrucciones de los auditores individuales no se tramitarán de forma tal que pudieran poner en tela de juicio sus hallazgos. La remuneración de los auditores se tramitará de manera que no se produzca incentivo alguno por producir hallazgos de asuntos cuestionables. Los proveedores o las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que entiendan que el auditor aparente tener un conflicto de intereses, se comunicarán con los funcionarios correspondientes de la organización que esté llevando a cabo la auditoría.

Artículo 6.060. — Notificación de la Auditoría. (26 L.P.R.A. § 9086)

A. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores y los proveedores se esforzarán por resolver directamente todas las interrogantes relacionadas a toda reclamación. Se indicará el nombre, número de teléfono de contacto, número de fax y la dirección de correo electrónico de todo representante de la organización de seguros de salud o asegurador o proveedor, a más tardar al momento de la facturación, en el caso del proveedor, y al momento de la primera solicitud presentada por la organización de seguros de salud o asegurador.

B. Si los representantes de la organización de seguros de salud o asegurador y el proveedor no pueden resolver de manera satisfactoria las interrogantes referentes a la facturación, la organización de seguros de salud o asegurador podrá iniciar de lleno el proceso de auditoría.

C. La auditoría de reclamaciones puede requerir el uso de alguna documentación o el examen del expediente clínico del paciente, así como cualquier otra documentación médica o clínica. El propósito principal de la documentación contenida en un expediente clínico es asegurar la continuidad del cuidado del paciente. Por lo tanto, el uso de los expedientes del paciente para propósitos de auditoría estará siempre subordinado a su uso para el cuidado del paciente.

D. Toda intención de realizar una auditoría de las reclamaciones presentadas a las organizaciones de seguros de salud o aseguradores comenzará con la debida notificación al proveedor. El auditor de reclamaciones cualificado enviará la notificación al proveedor en un término que no excederá de seis (6) meses del recibo de la reclamación final por parte de la organización de seguros de salud o asegurador. Al recibir la notificación, el proveedor tendrá treinta (30) días calendario para responder y proveerá un itinerario para la auditoría. El auditor cualificado completará la auditoría a más tardar los treinta y seis (36) meses del recibo por la organización de seguros de salud o asegurador de la reclamación final. Cada una de las partes tomará previsiones razonables ante la eventualidad de que alguna de éstas no pueda cumplir con el itinerario. La organización de seguros de salud o asegurador no solicitará, ni aceptará ninguna auditoría después de haber transcurrido treinta y seis (36) meses de la fecha del recibo de la reclamación final. Disponiéndose, que no se interpretará que el término treinta y seis (36) meses para completar la auditoría dejará sin efecto aquellos términos menores que para los mismos propósitos se hayan acordado mediante libre contratación. Para los efectos del alcance de la auditoría, se prohíbe la práctica de la extrapolación o proyección en los recobros a los proveedores de las organizaciones de seguros de salud, aseguradoras o terceros contratados por éstos, en las auditorías que detecten errores de facturación más allá del periodo auditado.

E. Toda auditoría de reclamaciones se llevará a cabo en las oficinas del proveedor, salvo que el proveedor acepte una solicitud particular y razonable para realizar la auditoría en otro lugar.

F. Toda solicitud de auditoría de reclamaciones, sea por teléfono, correo electrónico o por escrito, incluirá la siguiente información:

- (1) La factura o grupo de facturas que motiva la solicitud de auditoría por parte de la organización de seguros de salud o asegurador. Cuando se pretende examinar solamente determinados cargos o partes de las facturas, se debe indicar en la notificación;
- (2) nombre del paciente;
- (3) fechas de admisión y alta, si aplica;
- (4) nombre del auditor y el nombre de la firma del auditor, cuando la organización de seguros de salud o asegurador haya contratado con un tercero para realizar la auditoría;

(5) el número del expediente clínico y el número de cuenta del paciente del proveedor, si se conocen; y

(6) la persona de contacto para discutir la solicitud y programar la auditoría.

G. Los proveedores que no puedan tramitar la solicitud de auditoría conforme a las disposiciones aquí establecidas, explicarán, en un término máximo de treinta (30) días calendario, la razón por la cual no pueden atender la solicitud. Se anejará a la referida explicación, la recomendación de una fecha alterna para realizar la auditoría, la cual no excederá de cuarenta (40) días a partir de la fecha originalmente establecida para la realización de la misma. Los auditores deberán agrupar las auditorías para maximizar la eficiencia, cuando sea factible.

H. El proveedor que haya hecho la reclamación de pago o reembolso, conforme a un contrato de cuidado coordinado, será responsable de notificar, con anticipación a la fecha programada para la auditoría, si el auditor habrá de confrontar alguna dificultad para acceder los expedientes. El proveedor será responsable de proveer al auditor toda información que pudiera afectar la eficiencia de la auditoría cuando el auditor llegue a las oficinas del proveedor.

Artículo 6.070. — Coordinadores de Auditorías de Proveedores. (26 L.P.R.A. § 9087)

A. Los proveedores designarán una persona para coordinar todas las actividades de auditorías de reclamaciones. Los coordinadores de auditorías tendrán las mismas cualificaciones que se requieren del auditor conforme al Artículo 6.050 de este Capítulo. Los deberes del coordinador de auditorías incluyen, entre otros, los siguientes:

(1) Programar la auditoría para que pueda llevarse a cabo en horas laborables;

(2) notificar al resto del personal y a los otros departamentos del proveedor de la auditoría programada;

(3) asegurar que el expediente clínico incluye la declaración de la condición de admisión del paciente;

(4) verificar que el auditor sea un representante autorizado de la organización de seguros de salud o asegurador;

(5) reunir los documentos que se requieren en el examen de la auditoría;

(6) coordinar las solicitudes de información del auditor, el espacio donde se llevará a cabo la auditoría y el acceso a los registros y al personal del proveedor;

(7) orientar a los auditores con respecto a los procedimientos de auditoría del proveedor, las pautas de documentación y las prácticas de facturación;

(8) servir de enlace entre el personal de la auditoría y el personal del proveedor;

(9) hacer una entrevista final con el auditor para responder a sus preguntas y discutir los hallazgos de la auditoría;

(10) leer el informe escrito final del auditor y darle seguimiento a las reclamaciones o cargos pendientes de resolución;

(11) tramitar el pago, según corresponda; y

(12) tramitar los ajustes a las facturas o reembolsos que se requieran.

Artículo 6.080. — Condiciones y Programación de las Auditorías. (26 L.P.R.A. § 9088)

A. Para asegurar que el proceso de auditoría sea justo, eficiente y eficaz, los proveedores y auditores cumplirán con los siguientes requisitos:

- (1) Independientemente del propósito original de la auditoría de reclamaciones, todas las partes acordarán reconocer, registrar o presentar cualquier cargo no corroborado, no facturado o subfacturado que descubra el auditor;
- (2) la programación de una auditoría no impedirá la facturación de cargos no facturados;
- (3) las partes que participan en la auditoría acordarán mutuamente el itinerario para la resolución de toda discrepancia, interrogante o error que surja y se ceñirán a dicho itinerario;
- (4) se hará una reunión y un informe escrito al final de toda auditoría. Si el proveedor renuncia a la reunión final, el auditor así lo hará constar en su informe escrito. El contenido específico del informe final se divulgará únicamente a las partes que participan en la auditoría;
- (5) el proveedor tendrá cuarenta (40) días calendario para responder a los hallazgos, después de lo cual se considerará que la auditoría es final;
- (6) cuando ambas partes hayan aceptado los hallazgos de la auditoría, los resultados de ésta serán finales;
- (7) todas las personas que participen en la auditoría actuarán de una manera profesional y respetuosa y resolverán todas las diferencias de criterio de manera cordial;
- (8) en caso de que los auditores noten que hay algún problema recurrente con la facturación o la documentación y que dicho problema no se puede corregir como parte del proceso de culminación de la auditoría, se informará de la situación a la gerencia del proveedor y a la organización de seguros de salud o asegurador. El proveedor y la organización de seguros de salud o asegurador tomarán las medidas correspondientes para resolver el problema que se ha identificado. Las partes auditadas atenderán los problemas o interrogantes que surjan como parte del proceso de auditoría.

Artículo 6.090. — Confidencialidad y Autorizaciones. (26 L.P.R.A. § 9089)

A. Todos los participantes de una auditoría de reclamaciones reconocen y se obligan a cumplir con todas las leyes federales y estatales y todos los acuerdos contractuales relacionados con la protección a la información contenida en el expediente clínico y la confidencialidad y seguridad de la información de los pacientes.

B. Se requiere autorización del paciente para divulgar sus expedientes médicos. En el diagnóstico de condición que solicita el proveedor al admitir el paciente se incluirá un texto que contemple la autorización de la divulgación de los expedientes. Si no se obtiene esta declaración, se requiere una autorización aparte para la auditoría de reclamaciones. La autorización no tiene que nombrar a una organización de seguros de salud o asegurador o una firma de auditoría en específico.

C. La persona que realice la auditoría de reclamaciones o el proveedor obtendrá la autorización, la cual deberá incluir la información que disponga el Comisionado mediante Carta Normativa de forma uniforme y de conformidad con los incisos A y B de este Artículo.

D. El pago de beneficios a un paciente implicará que se autorizó la auditoría de sus expedientes.

E. El coordinador de la auditoría confirmará al representante de la firma de auditoría que hay un diagnóstico de condición al momento de admisión para la auditoría que programara.

F. El proveedor informará al paciente o reclamante, a su debido tiempo, si hay leyes federales o estatales que prohíban o restrinjan de alguna manera la auditoría de los expedientes médicos, y si la institución tiene políticas y procedimientos relacionados con la confidencialidad que sean aplicables a la auditoría de dichos documentos. Dichas políticas no tendrán la intención específica de demorar la auditoría.

Artículo 6.100. — Documentación. (26 L.P.R.A. § 9090)

A. La verificación de los cargos incluirá la investigación de que:

(1) Los cargos que figuran en la factura son correctos;

(2) se prestaron los servicios según consta en los expedientes médicos u otros registros; y

(3) los servicios fueron prestados según el plan de tratamiento de un médico. Si corresponde, el personal profesional puede proveer suministros o seguir los procedimientos conforme a las políticas y procedimientos de la institución, o las normas de las juntas de práctica profesional. Muchos procedimientos podrían incluir artículos que no constan específicamente en el expediente clínico, pero se disponen en las políticas médicas o clínicas. Dichas políticas se revisarán, aprobarán y documentarán, según lo requiere la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Cuidado de la Salud ("*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*") u otra agencia acreditadora. Las políticas estarán disponibles para los auditores.

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

C. Los auditores podrán revisar varios otros documentos para determinar la validez de los cargos y aceptarán estas fuentes de información como evidencia razonable de la prestación de los servicios al paciente, según fueron ordenados por un médico. Los proveedores se deben asegurar de que existan políticas y procedimientos adecuados en los que se especifiquen la documentación y las autorizaciones que deben incluirse en el expediente clínico, los registros y bitácoras suplementarias. Estos procedimientos, además, deberán especificar que los servicios suministrados a los pacientes fueron prestados y ordenados debidamente. En caso de que la documentación provenga de fuentes alternas al expediente clínico, será responsabilidad del proveedor notificar al auditor sobre la situación y facilitar el acceso a dichas fuentes.

Artículo 6.110. — Honorarios y Pagos. (26 L.P.R.A. § 9091)

A. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores pagarán las facturas de conformidad con las disposiciones del Capítulo 3 o del [Código de Seguros de Puerto Rico](#) y no demorarán el pago debido al proceso de auditoría. El pago de una factura presentada a un pagador secundario se basará en la cantidad facturada y cubierta por el plan médico primario del paciente.

B. Si se pagaran honorarios a los auditores, se pagarán al comienzo de la auditoría de reclamaciones.

C. Si durante la auditoría se identifica alguna cantidad debida por alguna de las partes, se pagará dicha cantidad dentro de un plazo razonable que no excederá sesenta (60) días de la fecha en que se completó la auditoría, salvo que las partes acuerden algún otro término. Se prohíbe la práctica de unilateralmente descontar de un próximo pago, la cantidad a recobrar como resultado del proceso de la auditoría. Pasados los sesenta (60) días de completarse el proceso de auditoría, la parte que resulte estar en deuda y que tenga que devolver dinero como producto de la auditoría,

deberá someter dicho pago en una transferencia independiente y por separado. De lo contrario, la cantidad adeudada estará sujeta a la compensación de deudas establecidas en los Artículos 1149-1156 del [Código Civil de Puerto Rico](#).

CAPÍTULO 8. — DISPONIBILIDAD DE PLANES MÉDICOS PARA LOS PATRONOS DE PEQUEÑAS Y MEDIANAS EMPRESAS (PYMES) Y GRUPOS PEQUEÑOS DE ASOCIACIONES BONA FIDES.

Artículo 8.010. — Título. (26 L.P.R.A. § 9121)

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.

Artículo 8.020. — Propósito. (26 L.P.R.A. § 9122)

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.

Artículo 8.030. — Definiciones. (26 L.P.R.A. § 9163)

Para los fines de este Capítulo:

A. “Afiada” o “compañías afiliadas” significa toda entidad o persona que directa o indirectamente, mediante uno o más intermediarios, controla, o es controlada por, o se encuentra bajo el mismo control que una entidad o persona en específico.

B. “Área geográfica de servicio” significa un área geográfica, según constituida y delineada por el Comisionado mediante cartas normativas a tales fines. El asegurador deberá dar estricto cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 194-2000, según enmendada, en especial al Artículo 6(b) relacionado a todas las áreas geográficas de servicio en las cuales esté autorizado a proveer cubierta.

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” significa, respecto a una persona, los beneficios de salud o la cubierta provista conforme a algunos de los siguientes mecanismos:

- (1) Un plan médico, ya sea grupal o individual;
- (2) La Parte A o la Parte B del [Título XVIII de la Ley del Seguro Social \(Medicare\)](#);
- (3) El [Título XIX de la Ley del Seguro Social \(Medicaid\)](#), aparte de la cubierta que consiste solamente de beneficios en el Artículo 1928 (el programa para la distribución de vacunas pediátricas);

- (4) El [Capítulo 55 del Título 10 del Código de Estados Unidos](#) (cuidado médico y dental para los miembros y algunos ex-miembros de la uniformada, y para sus dependientes. Para propósitos del [Título 10 U.S.C. Capítulo 55](#), “la uniformada” significa las Fuerzas Armadas y el Cuerpo Comisionado de la Oficina Nacional de Administración Oceánica y Atmosférica y del Servicio Público de Salud);
- (5) Un fondo común de riesgos de salud estatal;
- (6) Un plan médico ofrecido bajo el [Capítulo 89 del Título 5 del Código de Estados Unidos](#) (Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales —FEHBP, por sus siglas en inglés—);
- (7) Un plan médico público que, para propósitos de este Capítulo, significa un plan establecido o mantenido por un estado, el Gobierno de los Estados Unidos o un país extranjero o alguna subdivisión política de un estado, del Gobierno de los Estados Unidos o un país extranjero que provea cubierta a las personas afiliadas en el plan;
- (8) Un plan médico según descrito en el Artículo 5(e) de la Ley del Cuerpo de Paz, [22 U.S.C. 2504\(e\)](#); o
- (9) El [Título XXI de la Ley del Seguro Social \(Programa de Seguro de Salud para Niños, conocido como Children’s Health Insurance Program o CHIP\)](#), por sus siglas en inglés).

No se contará un periodo de cubierta acreditable con respecto a la suscripción de un individuo bajo un plan médico grupal si, después de dicho periodo y antes de la fecha de suscripción, la persona es objeto de una interrupción sustancial de cubierta (“*significant break coverage*”). Se entenderá como “interrupción sustancial de cubierta” un periodo de sesenta y tres (63) días consecutivos durante el cual la persona no ha tenido cubierta acreditable alguna. Los periodos de espera y los periodos de inscripción no se tomarán en cuenta para efectos del cómputo de los sesenta y tres (63) días.

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

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

I. “Factor relacionado con el estado de la salud”, incluye lo siguiente:

- (1) Estado de salud;
- (2) Condición médica, que incluye tanto enfermedades físicas como mentales;
- (3) Experiencia de reclamaciones;
- (4) Servicios de cuidado de salud recibidos;
- (5) Historial médico;
- (6) Información genética;

- (7) Evidencia de asegurabilidad, incluyendo condiciones que surjan de actos de violencia doméstica y de la participación en actividades, tales como motociclismo, vehículos todoterreno, montar a caballo, esquiar y otras actividades de alto riesgo similares; o
- (8) Incapacidad.

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

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**” significa información sobre genes, productos de genes y características heredadas que podrían derivarse de la persona o de un miembro de la familia. Esto incluye información relacionada con el estatus de portador e información derivada de pruebas de laboratorio que identifican mutaciones en genes o cromosomas específicos, exámenes médicos físicos, historiales familiares y el análisis directo de los genes o cromosomas.

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**” significa un plan médico en donde el pago de los beneficios está condicionado a que los servicios médicos sean provistos, en su totalidad o en parte, por aquellos proveedores que han contratado con el asegurador.

S. “**Plan médico**” significa un contrato de seguro, póliza o certificado provisto en consideración o a cambio del pago de una prima, o sobre una base prepagada, mediante el cual el 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 éstos.

- (1) “Plan médico” no incluirá ninguna de las siguientes alternativas:

- (a) Cubierta sólo para accidente, o seguro de ingresos por incapacidad, o combinación de las mismas;
- (b) Cubierta emitida como suplemento al seguro de responsabilidad;
- (c) Seguro de responsabilidad, incluso seguro de responsabilidad general y seguro de responsabilidad de automóvil;
- (d) Seguro de compensación a los trabajadores;
- (e) Seguro de pagos médicos por accidentes automovilísticos;
- (f) Seguro de crédito solamente;
- (g) Cubierta para clínicas médicas en los predios (“*on-site medical clinics*”); y
- (h) Otra cubierta de seguro similar, en la cual los beneficios de cuidado médico son secundarios o incidentales a otros beneficios del seguro.

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

- (a) Beneficios limitados de servicios dentales o de visión;
- (b) Beneficios de cuidado a largo plazo, cuidado de enfermeras en el hogar, cuidado de salud en el hogar, cuidado basado en la comunidad, o alguna combinación de los mismos;
- (c) Otros beneficios limitados similares.

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

- (i) Los asegurados pueden elegir no recibir cubierta para esos beneficios, es decir, los beneficios provistos son opcionales; y
- (ii) Se le requiere al asegurado pagar una prima o contribución adicional por esa cubierta de beneficios opcionales.

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

- (a) Cubierta que provea beneficios sólo para una enfermedad o padecimiento específico; o
- (b) Indemnización por hospitalización u otro seguro de indemnización fijo;
- (c) Seguro de salud suplementario de Medicare;
- (d) Cubierta suplementaria a la cubierta provista (conocido como programas suplementarios TRICARE); o
- (e) Cubierta suplementaria similar provista a la cubierta bajo un plan médico grupal.

T. **“Plan médico básico”** significa un plan médico que cumpla con los requisitos del Conjunto de Beneficios de Salud Esenciales desarrollado de conformidad con el Artículo 2.050 de este Código y según sean definidos por la reglamentación adoptada bajo las disposiciones de la ley federal [“Patient Protection and Affordable Care Act”](#),

U. **“Plan médico básico bronce; plan médico básico plata, plan médico básico oro y plan médico básico platino”** significa un plan médico “básico” cuyo nivel de cubierta se encuentre respectivamente en el nivel bronce, plata, oro y platino según definidos en el Artículo 2.050 de este Código.

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” Significa una persona que, con arreglo al Código de Seguros de Puerto Rico, ostenta una licencia debidamente emitida por el Comisionado para gestionar seguros en Puerto Rico.

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) Estaba cubierto bajo una cubierta acreditable al momento de la suscripción inicial;

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

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

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

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

(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. “Tarifación 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.

Artículo 8.040. — Aplicabilidad y Alcance. (26 L.P.R.A. § 9124)

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. Para propósitos de este Capítulo, los aseguradores que sean compañías afiliadas o que sean elegibles para presentar una planilla contributiva consolidada deberán ser tratados como un solo asegurador y toda restricción o limitación impuesta por este Capítulo deberá ser aplicable como si todos los planes médicos emitidos para su formalización a patronos de PYMES en Puerto Rico por dichos aseguradores afiliados hubieran sido emitidos por un solo asegurador.

C. Aquellos aseguradores que deseen contratar con la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) para ofrecer, mercadear o administrar el Plan MI Salud PYMES, cumplirán con los requisitos y las disposiciones legales y reglamentarias establecidas por ASES, el [Código de Seguros de Puerto Rico](#) y este Capítulo. Disponiéndose, que en el caso del Plan MI Salud PYMES, al asegurador le aplicarán las normas establecidas por ASES en cuanto a:

- (1) el área geográfica de servicio;
- (2) los criterios para determinar la elegibilidad del patrono PYMES, así como de sus empleados y dependientes de éstos;
- (3) el desarrollo y definición del plan o los planes médicos y sus cubiertas de beneficios;
- (4) los asuntos relacionados con los modelos, métodos y prácticas de tarificación y las primas a pagar; y
- (5) los criterios de elegibilidad que deberán cumplir los aseguradores participantes.

Artículo 8.050. — Restricciones Relacionadas con las Tarifas. (26 L.P.R.A. § 9125)

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. La prima cobrada por un plan médico no puede ajustarse más de una vez por año contrato, salvo ocurra algún cambio en:

(1) La afiliación del patrono de PYMES;

(2) La composición familiar del empleado elegible; o

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

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

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

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

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.

Artículo 8.060. — Renovación del Plan Médico. (26 L.P.R.A. § 9126)

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) Por falta de pago de la prima, considerando el período de gracia;
- (2) Cuando la persona cubierta o asegurado realiza un acto que constituye fraude. En tal caso, el asegurador puede elegir no renovar el plan médico a esa persona cubierta o asegurado por un (1) año a partir de la fecha de terminación de la cubierta;
- (3) Cuando la persona cubierta o asegurado ha hecho una representación falsa intencional de un hecho importante y material bajo los términos del plan médico. En tal caso, el asegurador puede elegir no renovar el plan médico a esa persona cubierta o asegurado por un (1) año a partir de la fecha de terminación de la cubierta;
- (4) Por incumplimiento con los requisitos de participación mínima establecidos por el asegurador de conformidad con las disposiciones de este Capítulo;
- (5) Por incumplimiento con los requisitos de aportación patronal;
- (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) Cuando el Comisionado decide que la continuación del plan médico no responde a los mejores intereses de los titulares de las pólizas, o afectaría la capacidad del asegurador de cumplir sus obligaciones contractuales.
- (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”*).

Artículo 8.070. — Disponibilidad del Plan Médico. (26 L.P.R.A. § 9127)

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

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

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

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

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

(7) Los aseguradores de patronos de PYMES no requerirán un nivel mínimo de participación que sea mayor de:

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

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

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

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

(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.

Artículo 8.080. — Certificación de Cubierta Acreditable. (26 L.P.R.A. § 9128)

- 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.** El formulario de certificación de cubierta acreditable se proveerá:
- (1) Cuando la persona deje de estar cubierta por el otro plan médico o tiene cubierta por una disposición de continuación según la Ley COBRA;
 - (2) En el caso de la persona cubierta o asegurado por una disposición de continuación según la Ley COBRA, cuando la persona ya no esté cubierta por dicha disposición.
- C.** El formulario de certificación de cubierta acreditable que se requiere conforme a este Artículo contendrá lo siguiente:
- (1) El periodo de cubierta acreditable de la persona según el otro plan médico y
 - (2) El periodo de espera, si alguno, y, si fuera aplicable, el periodo de suscripción que se estipula para la persona con respecto a la cubierta del otro plan médico.

Artículo 8.090. — [Derogado por el Art. 18 de la [Ley 55-2013](#)]

Artículo 8.100. — Solicitud para Convertirse en Asegurador que Asume Riesgos.

- A.** Los aseguradores que interesen ofrecer y mercadear, o continuar ofreciendo y mercadeando los planes médicos permitidos por este Capítulo, o cualquier otro diseñado para los patronos de PYMES en Puerto Rico, tendrán que cumplir con lo siguiente:

(1) Como medida de transición y en lo que se implementa completamente las disposiciones de este Capítulo, se dispone que aquel asegurador que al momento de aprobarse esta Ley ofrezca, mercadee u administre algún plan médico a uno o más patronos de PYMES, podrá continuar haciéndolo.

(2) No obstante lo dispuesto en el inciso anterior, dicho asegurador tendrá que radicar dentro de un plazo de treinta (30) días una notificación ante el Comisionado en la que indique:

(a) la fecha en que comenzó a ofrecer, mercadear o administrar planes médicos a los patronos de PYMES;

(b) la cantidad de los modelos de planes médicos para PYMES que tiene vigente, clasificándolos en los que mercadea, los que son de carácter exclusivo o los que administra, y si éstos últimos tienen algún tipo de cubierta “*stop loss*”;

(c) la cantidad de patronos PYMES y de asegurados que están acogidos por tipo de plan médico y para ello seguirá la clasificación antes indicada;

(d) la tarifa o las tarifas para estos planes médicos y la base para determinar las mismas, así como las que utiliza y suscribe;

(e) una tabla en la que desglosan los beneficios cubiertos, las exclusiones y limitaciones, los deducibles, copagos y coaseguros aplicables, los empleados y dependientes elegibles, y las primas aplicables para un individuo, el grupo familiar, para el empleado y un dependiente (de pareja), para los dependientes opcionales o colaterales, según estos términos y prácticas son comúnmente aceptadas y definidas en el mercado de los seguros de salud; y

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

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

Artículo 8.110. — [Derogado por el Art. 20 de la [Ley 55-2013](#)]

Artículo 8.120. — Plan Médico Básico. (26 L.P.R.A. § 9132)

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) Revisión de utilización, lo cual incluye la revisión de la necesidad médica de los servicios médicos y de hospitalización;
- (2) Mejorar la calidad y el acceso a los servicios, programas preventivos y manejo de casos, entre otros;
- (3) Contratación con hospitales, médicos y otros proveedores de cuidado de la salud;
- (4) Diferencias razonables entre beneficios aplicables a proveedores participantes o no participantes en los arreglos que contemplan disposiciones sobre redes preferidas; y
- (5) Otras disposiciones relacionadas con el cuidado coordinado.

C. El Comisionado podrá establecer mediante carta normativa los requisitos de un plan médico básico en sus diversos niveles de cubierta metálicos, así como otros planes médicos que estime conveniente para cumplir con los propósitos descritos en este Artículo. Posterior a esta recomendación inicial y por lo menos una vez al año, el Comisionado podrá promulgar las enmiendas necesarias a dichos planes médicos.

Artículo 8.130. — Evaluación Periódica del Mercado. (26 L.P.R.A. § 9133)

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.

Artículo 8.140. — Relevo de Ciertas Leyes Estatales. (26 L.P.R.A. § 9134)

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.

Artículo 8.150. — Procedimientos Administrativos. (26 L.P.R.A. § 9135)

El Comisionado promulgará las cartas normativas o los reglamentos que sean necesarios para hacer efectivas las disposiciones de este Capítulo, siguiendo el proceso establecido para ello en el Capítulo 2 del [Código de Seguros de Puerto Rico](#).

Artículo 8.160. — Estándares y Restricciones para Garantizar el Mercadeo Equitativo. (26 L.P.R.A. § 9136)

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.

Artículo 8.170. — Divulgaciones Requeridas. (26 L.P.R.A. § 9137)

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) Las disposiciones del plan médico que, conforme este Capítulo, le otorgan el derecho al asegurador de cambiar las tarifas y los factores, que no sea la experiencia en reclamaciones;
- (2) Las disposiciones relacionadas a la posibilidad de renovación de las pólizas y contratos;
- (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.

CAPÍTULO 10. — PLANES MÉDICOS INDIVIDUALES Y SUSCRIPCIÓN GARANTIZADA

Índice

Artículo 10.010. Título

Artículo 10.020. Política Pública

[Artículo 10.030.](#) Definiciones

[Artículo 10.040.](#) Aplicabilidad y alcance

[Artículo 10.050.](#) Restricciones a las tarifas

[Artículo 10.060.](#) Renovación de cubiertas

[Artículo 10.070.](#) Disponibilidad de cubierta bajo la cláusula de conversión del plan médico grupal a una póliza de conversión

[Artículo 10.080.](#) Disponibilidad de Cubierta en el mercado individual – personas elegibles según las leyes federales según leyes federales

[Artículo 10.090.](#) Normas para los planes médicos

[Artículo 10.100.](#) Certificación de cubierta acreditable

[Artículo 10.110.](#) Normas para asegurar el mercadeo equitativo

[Artículo 10.120.](#) Asociación de Aseguradores de Planes Médicos

[Artículo 10.130.](#) Participación de planes médicos auspiciados y sufragados por el patrono

[Artículo 10.140.](#) Reglas especiales para pólizas convertidas

[Artículo 10.150.](#) Suscripción Garantizada de planes médicos individuales

Artículo 10.010. — Título. (26 L.P.R.A. § 9161)

Este Capítulo se conocerá y se citará como el Capítulo de Planes Médicos Individuales y Suscripción Garantizada.

Artículo 10.020. — Política Pública. (26 L.P.R.A. § 9162)

El propósito de este Capítulo es fomentar la disponibilidad de cubierta de planes médicos para personas que no están aseguradas con grupos patronales o uniones obreras, independientemente de su condición de salud o su experiencia de reclamaciones; impedir las prácticas de tarifaje abusivas; requerir la divulgación de la metodología para establecer las tarifas en el mercado individual; establecer normas para la renovación de cubierta; eliminar las exclusiones por condiciones preexistentes; proveer para el desarrollo de planes médicos individuales básicos en sus diversas cubiertas metálicas; promover y garantizar el acceso equitativo a los planes médicos; mejorar la equidad y eficiencia del mercado de planes médicos individuales en general; y regular la suscripción garantizada de pólizas en el mercado individual mediante la implementación de un periodo de suscripción.

Artículo 10.030. — Definiciones. (26 L.P.R.A. § 9163)

Tal como se usan estos términos en este Capítulo:

- A. “Afiada” o “afiada de”** significa “afiada” según definido en el Capítulo 8.
- B. “Área geográfica de servicio”** significa un área geográfica según definida en el Capítulo 8.
- C. “Asegurador” o “Asegurador de planes médicos individuales”** significa una organización de seguros de salud o asegurador según definidos en el Capítulo 2 de este Código, que emite u ofrece planes médicos para personas individualmente, con el propósito de cubrir uno o más residentes de Puerto Rico. El término asegurador incluirá a las organizaciones de servicios de salud a menos que en el mismo texto se excluyan las mismas.
- D. “Asociación” o “Asociación de Aseguradores de Planes Médicos”**, significa la corporación sin fines de lucro establecida conforme al Artículo 10.120 de este Capítulo.
- E. “Características para propósitos tarifarios”** significa:
- (1) Composición familiar.
 - (2) Área geográfica.
 - (3) Uso de tabaco.
 - (4) Edad.
 - (5) Otras características que establezca el Comisionado mediante carta normativa.
- F. “Certificación actuarial”** significa una declaración por escrito de un miembro de la Academia Americana de Actuarios u otra persona que determine el Comisionado, en la que se establece que el asegurador de planes médicos individuales ha cumplido con las disposiciones del Artículo 10.050 de este Capítulo, el resto de este capítulo, las reglas, las leyes y cartas normativas aplicables, basado en el examen de los registros correspondientes, así como los métodos y supuestos actuariales usados por el asegurador al establecer las primas para los planes médicos individuales aplicables.
- G. “Composición familiar”** significa:
- (1) Asegurado.
 - (2) Asegurado, cónyuge e hijos.
 - (3) Asegurado y cónyuge.
 - (4) Asegurado e hijos; o
 - (5) Hijo solo.
 - (6) Asegurado y cohabitante.
- Se entenderá por hijo, todos aquellos que están así identificados en la definición de dependientes provista en el Capítulo 2, de esta Ley. Para efectos de esta definición, cohabitante significa personas solteras, adultas, con plena capacidad legal, sujetas a una convivencia sostenida y a un vínculo afectivo, que cohabitan voluntariamente, de manera estable y continua.
- H. “Condición preexistente”** significa una condición, incluyendo información genética, independientemente de la causa de la misma, para la cual se recomendó o recibió diagnóstico, cuidado o tratamiento anteriores a la fecha de efectividad del plan médico. A partir del 1 de enero de 2014, los planes médicos vigentes y futuros no podrán excluir ni discriminar o a sus beneficiarios por condiciones preexistentes, independientemente de la edad del asegurado.
- I. “Cubierta acreditable”** significa “cubierta acreditable” según definida en el Capítulo 8. No se contará el periodo de cubierta acreditable con respecto a la persona que solicita cubierta conforme a este Capítulo, si después de dicho periodo y antes de la fecha de efectividad, de la cubierta, la persona tuvo una interrupción sustancial de la cubierta.

J. “Cubierta previa calificadora” o “cubierta existente calificadora” significa beneficios o cubierta que provee alguno de los siguientes:

(1) Programa Medicare, Medicaid, Programa Civil Médico para los Servicios Uniformados (Tricare), o de Servicio de Salud para Indígenas u otro programa auspiciado por el Gobierno.

(2) Plan médico grupal lo cual incluyen una cubierta emitida por una organización de seguros de salud o asegurador, un plan de hospitalización prepagada o de servicios médicos o una sociedad de auxilio mutuo, que provee beneficios similares a los del plan médico básico o los exceda, siempre y cuando la cubierta haya estado vigente por lo menos por un año.

(3) Un plan médico pagado por el patrono bajo el mecanismo del autoseguro que provee beneficios similares o que excedan a los del plan médico básico, siempre y cuando la cubierta haya estado en efecto durante al menos los últimos doce (12) meses consecutivos, si:

(a) El patrono optó por un plan médico que participa en la Asociación de Aseguradores de Planes Médicos conforme al Artículo 10.130 de este Capítulo; y

(b) El patrono cumplió con los requisitos de participación del plan operacional de la Asociación de Aseguradores de Planes Médicos.

(4) Un plan médico individual o un plan de una asociación bona fide que incluye cubierta provista por una organización de seguros de salud o asegurador, plan de hospitalización prepagada o servicios médicos, o una sociedad de auxilio mutuo que provee beneficios similares a los del plan médico básico con un nivel de cubierta plateada o los excede, si la cubierta ha estado vigente durante al menos los últimos doce (12) meses consecutivos; o

(5) La cubierta estatal provista por un Plan Médico para Personas No Asegurables si la cubierta ha estado vigente por lo menos por un año.

K. “Disposición sobre red preferida” significa la disposición de un plan médico individual que tiene como condición para el pago de los beneficios, en parte o en su totalidad, el uso de proveedores de cuidado de la salud que tengan una relación contractual con el asegurador, es decir, que sea un proveedor participante, para proveer servicios de cuidado de salud a las personas cubiertas.

L. “Evento calificador” significa pérdida de la elegibilidad conforme a los términos de la cubierta.

M. “Factor relacionado con el estado de la de salud” significa los factores enumerados en el Capítulo 8.

N. “Fecha de efectividad” significa la fecha de efectividad según definida en el Capítulo 8.

O. “Información genética” significa “Información genética” según definida en el Capítulo 8.

P. “Interrupción sustancial de cubierta” significa un periodo de sesenta y tres (63) días consecutivos durante los cuales la persona no ha tenido cubierta acreditable alguna. Para el cómputo de este término no se tomará en cuenta el periodo de espera ni el periodo de suscripción.

Q. “Mi Salud” significa el Plan de Salud Gubernamental de la Administración de Seguros de Salud establecido al amparo de la [Ley Núm. 72-1993, según enmendada, conocida como “Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico”](#).

R. “Pérdida atribuible” significa la cantidad calculada conforme al Artículo 10.120 de este Capítulo.

S. “Periodo de suscripción” significa el periodo de tiempo en el año en que los individuos pueden suscribirse a un plan médico. Este periodo debe vencer antes de que la cubierta del plan médico entre en vigor y durante el cual no se requiere que el asegurador provea los beneficios.

- T.** “**Período de espera**” significa “periodo de espera” según definido en el Capítulo 8.
- U.** “**Periodo tarifario**” significa el periodo de tiempo durante el cual las primas establecidas por un asegurador, sujeto a este Capítulo, están vigentes.
- V.** “**Persona recién asegurada**” significa una persona residente de Puerto Rico y que tuvo cubierta previa calificadora durante los pasados treinta (30) días, o una persona que ha tenido un evento calificador durante los pasados treinta (30) días.
- W.** “**Persona elegible**” significa una persona que sea residente de Puerto Rico y que no es elegible a ser asegurado conforme a un plan médico auspiciado por su patrono. El término puede incluir lo siguiente:
- (1) Asegurado;
 - (2) Asegurado, cónyuge y sus hijos;
 - (3) Asegurado y cónyuge;
 - (4) Asegurado hijos; o
 - (5) Hijo solo;
 - (6) Asegurado y cohabitante
- X.** “**Persona elegible según las leyes federales**”:
- (1) Una persona:
 - (a) Para la cual, a la fecha de efectividad conforme a este Capítulo, los periodos acumulados de cubierta acreditable, según se define en el inciso K, sumen dieciocho (18) meses o más.
 - (b) Haya tenido una cubierta acreditable.
 - (c) Que entre la última cubierta acreditable y la fecha de efectividad, no haya transcurrido más de sesenta y tres días (63) días.
 - (d) Que no sea elegible para cubierta por un plan médico grupal, Parte A o Parte B del Título XVIII de la Ley de Seguro Social, o un plan estatal conforme al Título XIX de dicha Ley, o programa sucesor de dichos planes y que no tenga ninguna otra cubierta de plan médico.
 - (e) Cuya cubierta más reciente dentro de los periodos acumulados de cubierta acreditable no se dio por terminada por motivo de la falta de pago de las primas o de fraude.
- Y.** “**Plan de red preferida**” significa “Plan de red preferida” según definido en el Capítulo 8 de esta Ley.
- Z.** “**Plan de iglesias**” tiene el significado que se otorga a dicha frase en la Sección 3(33) de la Ley de Seguridad de Ingresos en el Retiro (ERISA, por sus siglas en inglés) de 1974, según enmendada.
- AA.** “**Plan gubernamental federal**” tiene el significado que se dispone en la Sección 3(32) de la Ley de Seguridad de Ingresos en el Retiro (ERISA, por sus siglas en inglés) de 1974, según enmendada, y todo plan gubernamental federal.
- BB.** “**Plan médico**” significa un “plan médico” según definido en el Capítulo 8 de esta Ley.
- CC.** “**Plan médico individual básico**” significa un plan médico que cumpla con los requisitos del Conjunto de Beneficios de Salud Esenciales desarrollado de conformidad con el Artículo 2.050 de este Código y según definidos por la reglamentación adoptada bajo las disposiciones de la ley federal “[Patient Protection and Affordable Care Act](#)”.
- DD.**
- (1) “Plan médico grupal” significa un plan médico de bienestar para empleados según se define en la Sección 3(1) de la Ley de Seguridad de Ingresos en el Retiro (ERISA, por sus siglas en

inglés) de 1974, según enmendada, en tanto y en cuanto el plan provee cuidado médico e incluye artículos y servicios que se paguen por concepto de cuidado médico a los empleados o sus dependientes según se define en los términos del plan directamente o por medio de un seguro, indemnización u otros medios.

(2) Para fines de este Capítulo:

(a) Todo plan, fondo o programa que no sea un plan de bienestar de empleados, si no fuera por la Sección 2721(e) de la Ley de Servicios de Salud Pública (PHSA por sus siglas en inglés), como se añade en la Pub. L. 104-191, “[Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996](#)”, (conocida como HIPAA, por sus siglas en inglés), y que fue establecido o es mantenido por una asociación, en tanto y en cuanto el plan provee cuidado médico, incluyendo artículos y servicios pagados como cuidado médico, a socios actuales o ex socios de la sociedad o a sus dependientes, según se define en los términos del plan, fondo o programa, directamente o por medio de un seguro, indemnización o por otro medio se tratará como un plan de bienestar para empleados;

(b) Para los planes médicos grupales, el término “patrono” también incluirá la sociedad con relación a todos los socios; y

(c) El término “participante” también incluirá a las personas que sean elegibles a recibir beneficios conforme al plan, o a sus beneficiarios, o a las personas y sus beneficiarios que en el futuro pudieran ser elegibles a recibir beneficios conforme al plan si:

(i) Para los efectos del plan médico grupal de la sociedad, la persona es un socio de dicha sociedad; o

(ii) Para los efectos de un plan médico grupal mantenido por una persona que trabaja por cuenta propia, en la que participan uno o más empleados, la persona es la que trabaja por cuenta propia.

EE. “Plan médico individual” significa:

(1) Plan adquirido por un individuo para sí mismo y/o para su familia, incluyendo los planes médicos para los estudiantes. Un plan médico que no sea una póliza convertida, no sea parte de un plan médico patronal, ni un plan o certificado de cubierta de un plan médico de una asociación bona fide para los individuos y sus dependientes; y

(2) Un certificado emitido a un asegurado como evidencia de cubierta por una póliza o contrato emitido a un fideicomiso o asociación o grupo similar de personas, independientemente de las circunstancias y sitio en que se entrega la póliza o contrato, siempre y cuando el asegurado pague la prima y no esté cubierto por la póliza o contrato conforme a las disposiciones de continuación de cubiertas y beneficios aplicables según las leyes federales o estatales.

FF. “Póliza convertida” significa un plan médico básico en sus diversas cubiertas metálicas emitido conforme a las disposiciones de este capítulo y las disposiciones federales aplicables.

GG. “Prima” significa la cantidad específica de dinero pagada a un asegurador como condición para recibir los beneficios de un plan médico, lo cual incluye las cuotas u otras aportaciones asociadas con el plan médico.

HH. “Productor” significa “productor” según definido en el Capítulo 8 de esta Ley.

II. “Suscriptor” significa “suscriptor” según definido en el Capítulo 2 de esta Ley.

JJ. “Asegurado” o “Persona cubierta” para propósito de este capítulo significa una persona que:

(1) Está cubierta por un plan médico individual; y

(2) Ha pagado una prima para sí misma o sus dependientes, de tener alguno, quienes también están cubiertos por el plan médico individual, y que es responsable por el pago continuado de las primas según los términos del plan médico individual.

(3) Para propósitos de este Capítulo el término asegurado incluye a los suscriptores, a menos que del texto específicamente se excluya o se especifique lo contrario.

Artículo 10.040. — Aplicabilidad y alcance. (26 L.P.R.A. § 9164)

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) Los planes médicos individuales ofrecidos a personas que cubran a los asegurados y sus dependientes, residentes de Puerto Rico o dependientes que estudian y residen fuera de Puerto Rico al momento de la emisión, independientemente de la cantidad de planes médicos que posea el asegurado. En el caso de la emisión garantizada requerida en este Capítulo, la misma aplicará a estos mismos planes médicos individuales, excepto los asegurados no tengan plan médico ni sean elegibles para un plan médico grupal auspiciado por un patrono;

(2) Los certificados emitidos a los asegurados que evidencien la cubierta de una póliza o contrato que se haya emitido a un fideicomiso o asociación u otro grupo similar de personas que no dependan de una relación patronal, independientemente de las circunstancias de la entrega de la póliza o contrato, si el asegurado paga la prima y no está cubierto por la póliza o contrato, conforme a las disposiciones sobre continuación de beneficios aplicables según las leyes federales o estatales;

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

B. Para los fines de este Capítulo y salvo como se dispone en el apartado C, los aseguradores que sean compañías afiliadas o que sean elegibles para radicar una planilla de contribuciones sobre ingresos de forma consolidada se tratarán como un solo asegurador, y las restricciones o limitaciones que se imponen en este Capítulo serán aplicables como si todos los planes médicos individuales entregados o emitidos para entrega a residentes de Puerto Rico por los aseguradores afiliados hubiesen sido emitidos por un solo asegurador.

C. El asegurador afiliado que sea una organización de servicios de salud con un certificado de autorización otorgado conforme a las disposiciones del [Código de Seguros de Puerto Rico](#) o de esta Ley se considerará como un asegurador separado para los fines de este Capítulo.

D. El Comisionado tendrá la autoridad conforme al Artículo 2.080 de esta Ley de imponer sanciones. Así también, el Comisionado tendrá facultad para procesar administrativa y judicialmente las violaciones de este Capítulo a tenor con las disposiciones del Capítulo 2 del [Código de Seguros de Puerto Rico](#).

Artículo 10.050. — Restricciones a las tarifas y formularios. (26 L.P.R.A. § 9165)

A. Las tarifas relacionadas a las primas de los planes médicos individuales estarán sujetas a las disposiciones del Affordable Care Act y la reglamentación interpretativa, adoptada al amparo de ésta. Además, los aseguradores de planes médicos individuales establecerán las tarifas según las características definidas en este Capítulo y las que a esos efectos establezca el Comisionado de Seguros mediante carta normativa.

B. El Comisionado dispondrá mediante carta normativa, las normas aplicables a los cambios en las tarifas producto de los ajustes por concepto de características para propósitos tarifarios y el diseño de los beneficios.

C. Para los fines de este Artículo, no se considerará que un plan médico de red preferida tiene un diseño de beneficios similar al plan médico que no tenga dicha disposición si la restricción de beneficios a los proveedores de la red produce unas diferencias significativas en los costos de reclamaciones.

D. La tarifa establecida conforme al apartado A (1) de este Artículo para un plan médico individual no se podrá modificar más de una vez al año. La prima cobrada a un asegurado solo se podrá cambiar más de una vez en un periodo de doce (12) meses para reflejar:

- (1) Cambios en la composición familiar del asegurado; o
- (2) Cambios en el plan médico solicitado por el asegurado.

E. El Comisionado podrá promulgar cartas normativas y reglas para implementar las disposiciones de este Artículo y para asegurar que las prácticas de tarifaje seguidas por los aseguradores que emiten pólizas individuales sean cónsonas con los fines de este Capítulo.

F. Como parte de la solicitud, materiales y documentos de venta, el asegurador hará una divulgación razonable sobre los planes médicos individuales, la cual incluirá lo siguiente:

- (1) La manera en que se usan las características para establecer y ajustar las tarifas de primas para una persona y sus dependientes;
- (2) El derecho que tiene el asegurador de cambiar las tarifas y los factores que afectan los cambios en las tarifas, además de la experiencia de reclamaciones;
- (3) Las disposiciones relacionadas con la renovación de las pólizas y los contratos;
- (4) Las disposiciones relacionadas con condiciones preexistentes; y
- (5) Todos los planes médicos individuales que ofrece el asegurador, los precios de los planes si están disponibles para la persona elegible y la disponibilidad de los planes para la persona.

G. Los aseguradores mantendrán en su sede principal e incluyendo de forma digital en su página electrónica en la Internet para ser accedida por cualquier persona, una descripción completa y detallada de las prácticas de suscripción y tarifaje, la cual incluirá información y documentación que acredite que sus métodos y prácticas de tarifas se basan en supuestos actuariales comúnmente aceptados y que son cónsonos con los principios actuariales reconocidos.

H. Los aseguradores radicarán ante el Comisionado en o antes del 31 de marzo de cada año, una certificación actuarial en la que se indique que el asegurador cumple con las disposiciones de este Capítulo y que los métodos de tarifaje que utiliza el asegurador son actuarialmente razonables. La certificación se hará en el formato y contendrá la información que disponga el Comisionado mediante Carta Normativa. El asegurador retendrá una copia de la certificación en su lugar principal de negocio.

I. El asegurador tendrá disponible para inspección y proveerá al Comisionado a petición de éste, la información y documentación que se requiere en el apartado anterior. Excepto en casos en que se incurra en violación a alguna disposición de este Capítulo, la información y los documentos aquí requeridos, se considerarán como información privilegiada y secretos de negocio por lo que no estará sujeta a divulgación por el Comisionado a personas ajenas a la Oficina del Comisionado de Seguros, a menos que el asegurador consienta dicha divulgación o un tribunal con jurisdicción lo ordene. No obstante las disposiciones de este Artículo, las tarifas cobradas por el asegurador no se consideran información privilegiada.

J. El asegurador de planes médicos individuales presentará ante el Comisionado, los planes médicos individuales básicos en sus diversos niveles de cubiertas metálicas, siguiendo el procedimiento establecido en el Capítulo 11 del [Código de Seguros de Puerto Rico](#) y siguiendo el formato que disponga el Comisionado mediante carta normativa. El asegurador podrá usar el plan médico individual presentado conforme a este apartado una vez transcurrido el periodo de noventa (90) días desde la presentación a menos que el Comisionado desaprobe su uso.

K. Los aseguradores no modificarán los planes médicos individuales aprobados con respecto a un asegurado o sus dependientes mediante anejos, endosos, o recargos basados en su situación de salud o experiencia de reclamaciones ni restringirán ni excluirán de la cubierta o beneficios, las enfermedades específicas o servicios médicos o condiciones que de otra manera estarían cubiertos por el plan médico.

L. Previa notificación y vista, el Comisionado en cualquier momento podrá desaprobar que se continúe usando un plan médico individual aprobado si dicho plan no cumple con las disposiciones de este Capítulo o la legislación federal aplicable.

M. A partir del 1 de enero de 2014, ningún plan médico individual denegará, excluirá ni limitará los beneficios de una persona cubierta por motivo de una condición preexistente, independientemente de la edad del asegurado.

Artículo 10.060. — Renovación de cubierta. (26 L.P.R.A. § 9166)

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) El asegurado no ha pagado las primas o contribuciones conforme a los términos del plan médico o el asegurador no ha recibido el pago de las primas a su debido tiempo.

(2) El asegurado o el representante del asegurado ha cometido un acto o incurrido en una práctica que constituye fraude o ha realizado intencionalmente representaciones falsas sobre hechos materiales.

(3) El asegurador determina discontinuar el ofrecimiento de todos los planes médicos individuales que tramita o emite en Puerto Rico, y además, el asegurador:

(a) Notifica su determinación de no renovar el plan médico al Comisionado, por escrito y por lo menos con noventa y cinco (95) días de anticipación a la fecha de la no renovación; y

(b) Notifica a todos los asegurados, su determinación de no renovar el plan médico, con por lo menos noventa (90) días de anticipación a la fecha de la no renovación.

(4) Si el Comisionado determina que la continuación del plan médico no respondería a los mejores intereses de los asegurados o afectaría la capacidad del asegurador de cumplir con sus obligaciones contractuales.

(5) Si el Comisionado determina que el formulario del plan médico es obsoleto y puede ser reemplazado con una cubierta comparable, el asegurador decide discontinuar el producto obsoleto en Puerto Rico, y además, el asegurador:

(a) Notifica su determinación de no renovar el plan médico obsoleto al Comisionado, por escrito y por lo menos con ciento ochenta y cinco (185) días de anticipación a la fecha de la no renovación;

(b) Notifica a todos los asegurados, su determinación de no renovar el plan médico obsoleto, con por lo menos ciento ochenta (180) días de anticipación a la fecha de no renovación;

(c) Le ofrece a cada asegurado del producto obsoleto la opción de comprar todos los demás planes médicos individuales que actualmente ofrece el asegurador en Puerto Rico; y

(d) Al ejercer la opción de discontinuar el producto obsoleto y ofrecer la opción de cubierta conforme al inciso (c), el asegurador actúa de manera uniforme, sin considerar la experiencia de reclamaciones del asegurado o los factores relacionados con su condición de salud o las de sus beneficiarios que pudieran ser elegibles para la cubierta.

(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.

(7) 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.

B.

(1) Los aseguradores de planes médicos individuales que opten por discontinuar el ofrecimiento de planes médicos según el Inciso A (3), estarán impedidos de suscribir nuevos negocios de planes médicos individuales en Puerto Rico por un periodo de cinco (5) años, contado a partir de la fecha en que el asegurador cesó de ofrecer cubierta nueva en Puerto Rico.

(2) En el caso de un asegurador de planes médicos individuales que dejara de ofrecer cubierta nueva según el inciso B (1), éste pudiera, sujeto a la autorización o requerimiento del Comisionado, renovar o no las pólizas existentes en el mercado de planes médicos individuales en Puerto Rico.

C. En el caso de un asegurador de planes médicos individuales que tramite seguros en una sola área geográfica de servicio establecida en Puerto Rico, las disposiciones de este Artículo serán aplicables únicamente a las operaciones del asegurador en dicha área de servicio.

Artículo 10.070. — Disponibilidad de cubierta bajo la cláusula de conversión del plan médico grupal a una póliza de conversión. (26 L.P.R.A. § 9167)

A.

(1) Como condición para tramitar seguros en Puerto Rico, los aseguradores de planes médicos individuales ofrecerán los planes médicos individuales básicos en los diferentes niveles de cubiertas metálicas que tengan aprobados a las personas recién aseguradas que soliciten un plan médico individual y acepten pagar las primas y cumplir con los otros requisitos razonables de dichos planes médicos individuales.

(2) Si la persona recién asegurada tenía unas cubiertas previa calificadora con beneficios que no son comparables o no superan los ofrecidos en la cubierta del plan médico individual básico plata, el asegurador podrá ofrecer el plan médico individual básico bronce a dicha persona recién asegurada, que convierte su plan entre periodos de suscripción, hasta el próximo periodo de suscripción. Durante el periodo de suscripción, el asegurado podrá optar por el plan médico individual básico que prefiera.

(3) No se requiere que el asegurador emita un plan médico individual básico en sus diversas cubiertas metálicas a una persona recién asegurada que:

(a) No solicite el plan médico individual básico dentro de los treinta (30) días del evento calificador o a más tardar a treinta (30) días de haber perdido la elegibilidad para su cubierta existente calificadora;

(b) Esté cubierta, o es elegible para cubierta por un plan médico que provee cubierta de cuidado de la salud que ofrece el patrono de la persona recién cubierta. Para los fines de este inciso, no se considera que una póliza convertida es un plan de beneficios provisto por el patrono;

(c) Esté cubierta, o es elegible para cubierta, por un plan médico que provee cubierta de cuidado de la salud en el que el cónyuge, padre, madre o tutor esté inscrito o es elegible a ser inscrito, excepto si dicho plan médico es el Plan de Salud Gubernamental conocido como “Mi Salud” o cualquier otro plan médico gubernamental que sea administrado por la Administración de Seguros de Salud;

(d) Por el período en que esté cubierto conforme al plan médico individual anterior y que termina con posterioridad a la fecha de efectividad de la cubierta nueva;

(e) Esté cubierta, o es elegible para cubierta, conforme a otro arreglo de beneficios médicos, sea público o privado, lo cual incluye las pólizas suplementarias de Medicare o el programa de Medicare establecido conforme al Título XVIII de la Ley de Seguro Social, 49 Stat. 620(1935), [42 U.S.C. 301](#), según enmendada, o alguna otra ley federal o estatal, excepto en el caso de una persona elegible para Medicare; por motivos que no sea la edad; o

(f) Esté cubierta, o es elegible para un plan médico grupal extendido a tenor con la Sección 4980b del Código de Rentas Internas Federal, [26 USC § 4980b](#), las secciones 601 a la 608 de la Ley de Seguridad de Ingresos en el Retiro (ERISA por sus siglas en inglés) de 1974, según enmendada, las Secciones 2201 a la 2208 de la ley de Servicio de Salud Pública (PHSA), según enmendada, o algún otro plan médico grupal extendido que se requiera por ley.

B. Si un asegurador notifica al asegurado residente de Puerto Rico, un aumento en las primas del plan médico individual, cualquier otro asegurador de planes médicos privados podrá emitir a opción del asegurado, un plan médico individual básico en sus diferentes cubiertas metálicas, si el asegurado ejerce la opción dentro de los noventa (90) días del recibo de la notificación y el asegurado notifica la terminación de la cubierta previa existente.

C. No se requiere que los aseguradores ofrezcan cubierta ni acepten solicitudes a tenor con el apartado A de este Artículo, de una persona elegible que no resida en el área geográfica de servicio establecida del asegurador.

D. Será deber del Comisionado establecer mediante carta normativa los procedimientos para la conversión de pólizas y la aplicabilidad y el alcance de este Artículo a los aseguradores que no se dediquen al mercado de pólizas en el mercado individual.

Artículo 10.080. — Disponibilidad de Cubierta en el mercado individual — personas elegibles según las leyes federales

A. No obstante las disposiciones del Artículo 10.070 y sujeto al apartado B de este artículo y a la reglamentación federal aplicable, si una persona que es elegible según la ley federal aplicable, y solicita cubierta de un plan médico individual dentro de los sesenta y tres (63) días de la

terminación de la cubierta acreditable anterior, el asegurador de planes médicos individuales no podrá:

- (1) Negarse a ofrecer un plan médico individual básico, o negarse a inscribir a la persona, ni
- (2) Con respecto a la cubierta, imponer ninguna exclusión por motivo de una condición preexistente, según se define ese término en este Capítulo, independientemente de la edad del asegurado.

B.

- (1) El asegurador de planes médicos individuales podrá en su lugar, optar por ofrecer por lo menos dos (2) formularios distintos de planes médicos individuales básicos, los cuales:
 - (a) Están diseñados y cumplen con los requisitos del apartado C y están conforme a las disposiciones del Artículo 10.090 de esta Ley y las leyes federales aplicables según requerido por el Artículo 2.050 de esta Ley; y
 - (b) Están disponibles y se mercadean activamente por el asegurador.
- (2) Para los fines de este apartado, los formularios de los planes médicos que tengan distintos arreglos de costos compartidos o distintos anejos se considerarán formularios de planes médicos distintos.

C.

- (1) El asegurador de planes médicos individuales cumple con los requisitos del Apartado B (1)
 - (a) si ofrece un formulario de alto nivel y otro de bajo nivel, los cuales:
 - (a) Incluyen beneficios sustancialmente similares a los de otros planes médicos individuales ofrecidos por el asegurador en Puerto Rico; y
 - (b) Están cubiertos por un mecanismo como el que se describe en el inciso C (4), relacionado con el ajuste de riesgo, la distribución de riesgo o el subsidio financiero.
 - (2) Para los fines del inciso (1) (b), se considerará como formulario de planes médicos:
 - (a) Un formulario de planes médicos de bajo nivel si el valor actuarial de sus beneficios conforme a la cubierta es por lo menos sesenta (60) por ciento, pero no mayor del setenta (70) por ciento del promedio ponderado; y
 - (b) Un formulario de planes médicos de alto nivel si:
 - (i) El valor actuarial de los beneficios conforme a la cubierta es por lo menos quince (15) por ciento mayor que el valor actuarial de la cubierta descrita en el inciso (a) ofrecida por el asegurador en Puerto Rico; y
 - (ii) El valor actuarial de los beneficios conforme a la cubierta es al menos el ochenta (80) por ciento, pero no mayor del noventa (90) por ciento del promedio ponderado.
 - (3)
 - (a) Para los fines del inciso (2), el promedio ponderado es el valor actuarial promedio de los beneficios provistos, según lo determine el asegurador:
 - (i) A base de todos los planes médicos emitidos por el asegurador en el mercado de planes médicos individuales durante el año anterior, ponderado según la inscripción para las distintas cubiertas; o
 - (ii) A base de todos los aseguradores en Puerto Rico en el mercado de planes médicos individuales durante el año anterior, ponderado según la inscripción para las distintas cubiertas.
 - (b) El promedio ponderado calculado conforme al inciso (a) no incluirá los planes médicos emitidos conforme a este Artículo.
 - (4) El mecanismo cumple con los requisitos del inciso (1) (ii) si:

(a) Provee un mecanismo de ajuste de riesgo, distribución de riesgo u otro tipo de subsidio financiero para las personas definidas como elegibles según las leyes federales, lo cual incluye asistencia a los aseguradores participantes; o

(b) Se provee una opción de cubierta a las personas definidas como elegibles según las leyes federales para todos los planes médicos individuales que ofrece el asegurador.

(5)

(a) La elección hecha conforme a este apartado:

(i) Es aplicable de manera uniforme a todas las personas definidas como elegibles según las leyes federales en Puerto Rico con respecto a dicho asegurador de planes médicos individuales; y

(ii) Es aplicable a los planes médicos ofrecidos por lo menos durante dos (2) años a partir de la fecha de dicha elección.

(b) Conforme al Inciso(a) (ii), luego del vencimiento del periodo inicial de la elección y al vencimiento de cada periodo de elección subsiguiente, el asegurador volverá a elegir según se dispone en este apartado.

(6) Para los fines del inciso (2), el valor actuarial de los beneficios provistos en los planes médicos individuales se calculará a base de la población estandarizada y un conjunto de factores de utilización y costo estandarizados.

D.

(1) Los aseguradores de pólizas individuales que ofrecen cubierta mediante un plan de red preferida podrán:

(a) Limitar las personas que podrán suscribirse en dicho plan médico a las personas que viven, residen o trabajan dentro del área geográfica de servicio establecida para el plan de red preferida; y

(b) Con respecto al área de servicio de la red preferida, denegar la cubierta a las personas que viven, residen o trabajan dentro del área geográfica de servicio establecida, si el asegurador demuestra, a la satisfacción del Comisionado, que:

(i) No tendrá la capacidad de prestar los servicios adecuadamente a más asegurados individuales debido a sus obligaciones actuales con los titulares actuales de planes médicos grupales o individuales y los asegurados individuales; y

(ii) Está aplicando este inciso de manera uniforme a todas las personas, independientemente de los factores relacionados con el estado de la salud o si las personas son personas definidas como elegibles según las leyes federales aplicables.

(2) El asegurador de planes médicos individuales que no pueda ofrecer cubierta conforme al inciso (1)(b) no podrá ofrecer cubierta en el mercado de pólizas individuales en el área geográfica de servicio establecida hasta:

(a) El transcurso de ciento ochenta (180) días después de la fecha de cada denegación de cubierta; o

(b) La fecha en la que el asegurador notifica al Comisionado que puede prestar los servicios a las personas particulares en el mercado de pólizas individuales, si dicha fecha es posterior a la fecha dispuesta en el inciso (a).

E.

(1) No se requerirá que los aseguradores de planes médicos individuales provean cubierta a las personas elegibles según las leyes federales conforme a este apartado si:

- (a) Por el periodo de tiempo que determine el Comisionado, el asegurador de planes médicos individuales no tiene las reservas financieras para emitir más cubierta; y
 - (b) El asegurador de planes médicos individuales aplica este Artículo de manera uniforme a todas las personas en el mercado de planes médicos individuales en Puerto Rico a tenor con las leyes estatales aplicables, sin considerar la situación de salud de la persona o si la persona es una persona elegible según se define en las leyes federales aplicables.
- (2) El asegurador de planes médicos individuales que deniega la cubierta conforme al inciso (1) no podrá ofrecer cubierta en el mercado de pólizas individuales hasta:
- (a) La fecha en que hayan transcurrido ciento ochenta (180) días de la denegación de cubierta; o
 - (b) La fecha en que el asegurador de planes médicos individuales demuestre al Comisionado que tiene suficientes reservas económicas para asumir la cubierta adicional, si dicha fecha es posterior a la fecha dispuesta en el inciso (a).
- F. No se interpretará que este Artículo requiere que un asegurador que ofrece únicamente planes médicos grupales o por medio de una asociación profesional, o por ambos medios, ofrezca cubierta en el mercado de pólizas individuales.

Artículo 10.090. — Normas para los planes médicos. (26 L.P.R.A. § 9169)

El Comisionado podrá disponer mediante carta normativa la forma y el nivel de cubierta del plan médico básico en sus diversos niveles de cubiertas metálicas para el mercado de pólizas individuales, de modo que cumplan con las disposiciones federales y provean por lo menos, el Conjunto de Beneficios de Salud Esenciales a tenor con el Artículo 2.050 de este Código, con los ajustes adecuados para el mercado de pólizas individuales.

Artículo 10.100. — Certificación de cubierta acreditable. (26 L.P.R.A. § 9170)

- A. Los aseguradores que ofrecen planes médicos individuales proveerán una certificación de cubierta acreditable a todas las personas conforme al apartado B.
- B. La certificación de cubierta acreditable se proveerá:
 - (1) Cuando la persona deja de estar cubierta por el plan médico o adquiere cubierta según una disposición de la ley “*Consolidated Omnibus Budget Act de 1986*” (COBRA por sus siglas en inglés) sobre continuación;
 - (2) En el caso de una persona cubierta según una disposición de la ley “*Consolidated Omnibus Budget Act de 1986*” (COBRA por sus siglas en inglés) sobre continuación, al momento en que la persona deja de estar cubierta conforme a dicha disposición; y
 - (3) Al momento que se haga la solicitud a nombre de una persona si la solicitud se hace hasta veinticuatro (24) meses después de la fecha del cese de cubierta descrita en el inciso (1) o (2), la fecha que sea posterior.
- C. Los aseguradores de planes médicos individuales podrán proveer la certificación de cubierta acreditable que se requiere en el apartado B (1) de manera cónsona con las disposiciones aplicables sobre continuación de cubierta de la ley “*Consolidated Omnibus Budget Act de 1986*” (COBRA por sus siglas en inglés).
- D. Mediante carta normativa, el Comisionado dispondrá todos los requisitos en términos de contenido con los que deberá cumplir el certificado de cubierta acreditable que se requiere en el

apartado A, con sujeción a la reglamentación federal aplicable sobre el contenido de dicho documento, los requisitos a seguir para emitir el mismo y su uso.

Artículo 10.110. — Normas para asegurar el mercadeo equitativo. (26 L.P.R.A. § 9171)

A.

(1) Si un asegurador deniega cubierta de un plan médico individual a una persona elegible, por motivo de la situación de salud o experiencia de reclamaciones de dicha persona o de sus dependientes, el asegurador proveerá a la persona la oportunidad de comprar un plan médico individual básico en los diferentes niveles de cubierta metálicos que tenga aprobado.

(2) Salvo como se permita conforme al Artículo 10.070 y 10.080 de este Capítulo, y no obstante lo dispuesto en el inciso (1), los aseguradores de planes médicos individuales no podrán denegarle cubierta a un solicitante que sea una persona elegible o elegible según las leyes federales aplicables.

B. Salvo como se dispone en el Apartado C de este Artículo, ningún asegurador, productor u otro intermediario podrá participar en las siguientes actividades, sea directa o indirectamente:

(1) Alentar o indicar a las personas que no deben solicitar cubierta al asegurador debido a la situación de salud, experiencia de reclamaciones, industria, ocupación o ubicación geográfica de la persona,

(2) Alentar o indicar a las personas para que soliciten cubierta a otro asegurador debido a la situación de salud, experiencia de reclamaciones, industria, ocupación o ubicación geográfica de la persona.

C. Las disposiciones del apartado B (1) no serán aplicables a la información provista por un asegurador o productor a una persona con respecto al área geográfica de servicio establecida por el asegurador o alguna disposición de restricción a una red preferida que tenga el asegurador.

D. Salvo como se dispone en el apartado E de este Artículo, ningún asegurador, sea directa o indirectamente, tendrá un contrato, acuerdo o arreglo con un productor en el que se estipula que la remuneración pagada al productor por la venta de un plan médico o variará según la situación de salud o las características permitidas para propósitos tarifarios de la persona o sus dependientes.

E. El apartado D no será aplicable con respecto a los arreglos de remuneración en el que los productores reciban remuneración a base de un porcentaje de las primas, disponiéndose que el porcentaje no variará según la situación de salud u otra característica permitida para propósitos tarifarios de la persona o sus dependientes.

F. Los aseguradores notificarán la denegación de una solicitud de cubierta por escrito e indicará las razones de la denegación.

G. Toda violación de este Artículo por un asegurador o productor se considerará una práctica desleal conforme al Capítulo 27 del [Código de Seguros de Puerto Rico](#).

H. Si el asegurador establece un contrato, acuerdo u otro arreglo con un Tercero Administrador para proveer servicios administrativos, de mercadeo o de otra índole relacionados con el ofrecimiento de planes médicos individuales en Puerto Rico, el Tercero Administrador estará sujeto a este Artículo como si fuera un asegurador.

I. Además de lo dispuesto en este Artículo, el asegurador cumplirá en todo momento con la reglamentación federal aplicable.

Artículo 10.120. — Asociación de Aseguradores de Planes Médicos. (26 L.P.R.A. § 9172)

A.

(1) Se establece una corporación sin fines de lucro que se conocerá como la Asociación de Aseguradores de Planes Médicos. Todos los aseguradores que suscriban planes médicos individuales y planes médicos para patronos de PYMES básicos en cualquiera de sus diferentes cubiertas metálicas en Puerto Rico serán miembros de esta Asociación.

(2) La Asociación se organizará como una corporación según las leyes estatales, tendrá un plan operacional y ejercerá sus funciones por medio de una Junta de Directores establecida conforme a este Artículo.

B. La Junta de Directores inicial de la Asociación tendrá siete (7) miembros nombrados por el Comisionado como se indica a continuación:

(1) Cuatro (4) de los miembros serán representantes de los cuatro (4) aseguradores domésticos más grandes, basado en las primas de los planes médicos correspondientes en Puerto Rico en el año natural que termina el 31 de diciembre de 2013.

(2) Tres (3) miembros serán representantes de los próximos tres (3) aseguradores más grandes de Puerto Rico, excluyendo las primas por la cubierta suplementaria de Medicare. Si el asegurador que se representará conforme a este inciso no designa a un representante, entonces cualificaría el próximo asegurador que le sigue en tamaño y que cumple con los criterios para pertenecer a la Junta.

(3) El Comisionado pertenecerá a la Junta como miembro ex-officio.

C. Después del término inicial, los miembros, excepto el Comisionado, serán nominados y elegidos por los miembros de la Asociación.

D. Se podrá reembolsar por los gastos incurridos relacionados con sus funciones a los miembros de la Junta, usando los fondos de la Asociación, pero los miembros de la Junta no recibirán ninguna otra remuneración de la Asociación por concepto de sus servicios.

E.

(1) La Asociación presentará al Comisionado, para su aprobación, un plan operacional para la Asociación y las enmiendas a los artículos de incorporación que sean necesarias y adecuadas para asegurar la administración justa, razonable y equitativa de la Asociación.

(2) El plan dispondrá que las pérdidas relacionadas con los planes médicos individuales básicos y los planes médicos de patronos de PYMES básicos, en cualquiera de sus diferentes cubiertas metálicas, si alguna, se compartirán de manera equitativa y proporcional entre los miembros de la Asociación que suscriban alguno de estos planes, según corresponda.

(3)

(a) Si la Asociación no presenta un plan operacional adecuado a los ciento ochenta (180) días del nombramiento de la Junta de Directores, el Comisionado promulgará el plan de operaciones necesario para implementar este inciso.

(b) El plan de operaciones estará vigente hasta que lo modifique el Comisionado o se reemplacen por un plan presentado por la Asociación y aprobado por el Comisionado.

(4) Además, el plan de operación incluirá los requisitos para lo siguiente:

(a) El manejo y contabilidad de los activos y fondos de la Asociación;

(b) La cantidad y el método de reembolso de los gastos de los miembros de la Junta;

(c) La fecha y horas regulares y el lugar para las reuniones de la Junta de Directores;

- (d) Los registros que se llevarán con respecto a toda transacción financiera y los informes financieros anuales que se radicarán ante el Comisionado;
- (e) Procedimientos para nombrar la Junta de Directores; y
- (f) Las disposiciones adicionales que fueran necesarias y adecuadas para ejecutar los poderes y deberes de la Asociación.

F. El plan de operación podrá disponer que los poderes y deberes de la Asociación se podrán delegar a una persona que ejercerá funciones similares a las de la Asociación. Dicha delegación de deberes y poderes conforme a este apartado entrará en vigor únicamente cuando se apruebe por la Junta de Directores.

G.

(1) La Asociación tendrá los poderes generales y la autoridad establecidos en este Artículo, que deberán ser ejercidos y conforme al plan de operación aprobado por el Comisionado conforme al apartado E de este Artículo.

(2) Además de los poderes y autoridad generales estipulados en este Artículo y en el plan de operación, la Asociación podrá:

- (a) Otorgar los contratos que fueran necesarios o adecuados para la implementación de este Capítulo;
- (b) Radicar demandas o ser demandada, lo cual incluye toda acción judicial necesaria o procedente para recuperar las pérdidas atribuibles que corresponde a los miembros de la Asociación u otra persona, sea a favor o en contra de dicho miembro o persona;
- (c) Designar los comités legales, actuariales y de otra índole entre los miembros para proveer ayuda técnica con la operación de la Asociación, lo cual incluye la contratación de consultores independientes, según fuera necesario; y
- (d) Realizar las demás funciones dentro de la autoridad de la Asociación.

H. Al cierre de cada año natural, la Asociación, en conjunto con el Comisionado, requerirá que cada asegurador informe la cantidad de primas devengadas y las correspondientes pérdidas pagadas por todos los planes médicos individuales básicos y los planes médicos de patronos de PYMES básicos en cualquiera de sus diferentes cubiertas metálicas emitidos por el asegurador. Un oficial del asegurador certificará las cantidades contenidas en dicho informe.

I. La Junta establecerá los procedimientos de cobro, realizará valorizaciones, cobrará y pagará distribuciones, de manera que cada asegurador que emite planes médicos individuales básicos o planes médicos de patronos de PYMES básicos en cualquiera de sus diferentes cubiertas metálicas asuma la misma proporción de reclamaciones pagadas con respecto a las primas devengadas de sus planes médicos individuales y de patronos de PYMES que la proporción que asumen todos los aseguradores en Puerto Rico para estos tipos de planes médicos.

J. Si la proporción de pérdidas pagadas a primas devengadas en conjunto en todo Puerto Rico supera el noventa (90) por ciento, la diferencia en dólares entre el noventa (90) por ciento de primas devengadas y las reclamaciones pagadas será una pérdida atribuible.

K. La pérdida atribuible más los gastos operacionales necesarios de la Asociación, sumada a los gastos adicionales según se disponga por Reglamento, serán repartidos como una derrama por la Asociación entre todos sus miembros en proporción a su participación del total de las primas de planes médicos individuales básicos y/o su participación del total de primas de planes médicos de patronos de PYMES básicos, devengadas durante el año natural inmediatamente anterior o algún otro método equitativo según se disponga en el plan de operación. Al distribuir las pérdidas, la Asociación podrá disminuir o diferir alguna parte de la derrama impuesta a algún miembro de la

Asociación, si según el criterio de la Junta, el pago de la derrama afectaría la habilidad de dicho miembro de cumplir con sus obligaciones contractuales. La Asociación podrá también disponer que se imponga una derrama inicial o interina a los miembros de la Asociación para cubrir los gastos operacionales de la Asociación hasta terminar el siguiente año natural.

L. La Junta se asegurará de que los procedimientos de cobro y asignación de las derramas sean lo más eficiente posible para los aseguradores. La Junta podrá establecer procedimientos en los que se combinen las derramas que se deben cobrar y las distribuciones que se deben pagar al asegurador de manera que se compensen las transacciones.

M. Los aseguradores podrán solicitar que la Junta de la Asociación los compense por la suscripción desproporcionada de los planes médicos individuales básicos o de patronos de PYMES básicos en relación con el volumen total de prima devengada relacionada a los planes médicos individuales en Puerto Rico. Si la Junta determina que el asegurador ha emitido una cantidad desproporcionada significativa de pólizas, se podrá compensar al asegurador mediante un pago adicional que no excederá el dos (2) por ciento adicional de las primas devengadas de los planes médicos básicos o de patronos de PYMES básicos, según corresponda, de ese asegurador o mediante una solicitud de remedio presentada al Comisionado.

N. Si el Comisionado determina que aceptar la cubierta de las personas con un plan médico individual básico o de un plan médico de patronos de PYMES básico conforme a este Capítulo comprometería la situación económica del Asegurador, el Comisionado no requerirá que el asegurador ofrezca dicha cubierta ni acepte solicitudes por el periodo de tiempo que se entienda que existe la posibilidad del menoscabo económico. El Comisionado podrá establecer mediante carta normativa los parámetros de lo que constituiría una “parte desproporcionada”.

Artículo 10.130. — Participación de planes médicos auspiciados y sufragados por el patrono. (26 L.P.R.A. § 9173)

Un plan médico auspiciado y sufragado por un patrono que cualifique según las disposiciones de la Ley de Seguridad de Ingresos de Retiro (ERISA por sus siglas en inglés) de 1974, según enmendada, en específico los planes médicos para patronos de PYMES básico, participará en la Asociación de Aseguradores de Planes Médicos establecida en el Artículo 10.120 de este Capítulo conforme lo viabilice el plan de operación y sujeto a los términos y condiciones que sean adoptados por la Junta de la Asociación.

Artículo 10.140. — Reglas especiales para planes médicos convertidos. (26 L.P.R.A. § 9174)

A. Luego de aprobarse los planes médicos básicos en sus diferentes niveles de cubiertas metálicas conforme al Artículo 10.090 de este Capítulo, los aseguradores a los que se requiere que ofrezcan un plan médico convertido a la persona conforme a las disposiciones de este Código podrán ofrecer como opción de plan médico convertido, los planes médicos individuales básicos.

B. Si el asegurador ofrece dos o más opciones de planes médicos individuales básicos como cubierta de conversión conforme al Apartado A, el asegurador será elegible a recibir distribuciones conforme a la Asociación de Planes Médicos por sus planes médicos individuales básicos convertidas conforme al Artículo 10.120 de este Capítulo.

C. Si el asegurador ofrece dos o más opciones de planes médicos individuales básicos como cubierta de conversión conforme al Apartado A, las personas a las que se emitió un plan médico

convertido antes de la vigencia del requisito del Apartado A tendrán el derecho en cada fecha de renovación anual del plan médico convertido a elegir un plan médico individual básico como sustituto al plan médico convertido.

D. El Comisionado dispondrá por carta normativa, las normas para fijar las tarifas de los planes médicos convertidos conforme a este Capítulo y de los planes médicos convertidos y que provean cubierta médica similar o superior a los planes médicos.

E. El Comisionado emitirá y promulgará las cartas normativas y los reglamentos que sean necesarios para la implementación de este Artículo.

Artículo 10.150. — Suscripción Garantizada de Planes Médicos Individuales. (26 L.P.R.A. § 9175)

A. Todo asegurador permitirá, con sujeción a la legislación y reglamentación federal aplicable, que los individuos puedan suscribirse por lo menos a los planes médicos individuales básicos que tenga disponible para el mercado individual desde el 1 de octubre de 2013 hasta el 31 de marzo de 2014 sin evaluación de riesgo. En años subsiguientes, el período de suscripción será desde el 1 de octubre hasta el 31 de diciembre de cada año. En el caso de renovaciones de planes médicos, si el asegurado no renueva el plan médico individual básico durante el periodo de suscripción establecido en este inciso, podrá renovar el mismo siempre y cuando lo haga dentro del término de treinta (30) días contados a partir de la terminación del término de suscripción establecido en este inciso.

B. Para las solicitudes de seguro que sean recibidas por el asegurador antes del 15 de diciembre, la fecha de efectividad de la cubierta será el 1 de enero del siguiente año. Luego del 31 de diciembre, si la solicitud es recibida por el asegurador entre los días 1 y 15 del mes, la cubierta tendrá efectividad el día primero del próximo mes. Si la solicitud es recibida por el asegurador entre los días 16 al 31 del mes, la cubierta será efectiva el primer día del segundo mes en que se recibió la solicitud. Para efectos de este inciso, las solicitudes de seguros mencionadas son aquellas que se tramitan dentro de los periodos de suscripción establecidos en el inciso A de este Artículo.

C. No obstante lo anterior, un asegurador ofrecerá en cualquier momento del año los planes médicos individuales básicos que tenga disponibles en el mercado individual solamente a aquellos asegurados que:

(1) Ejercen su derecho de conversión al mercado individual con el mismo asegurador que lo cubre en el plan médico anterior;

(2) Proviengan de otro asegurador y cumplan con los siguientes criterios:

(a) Ha estado sin cubierta por sesenta y tres (63) días o menos;

(b) Su último plan médico fue grupal;

(c) Ha estado cubierto por un plan médico en los últimos dieciocho (18) meses. En ese lapso el individuo puede haber estado cubierto por planes del mercado individual o grupal;

(d) la póliza anterior no ha sido cancelada por falta de pago o fraude de parte del asegurado;

(e) Si el individuo era elegible a la cubierta de la Ley Federal “Consolidated Omnibus Budget Act de 1986” (COBRA por sus siglas en inglés), seleccionó la misma, y la agotó;

(f) o si perdió elegibilidad al plan de Mi Salud; o

(3) Cumplan con aquellos otros criterios que el Comisionado disponga mediante carta normativa.

D. Además de lo establecido en el apartado C de este Artículo, también será elegible en este plan cualquier individuo que se haya quedado sin cubierta grupal o de mercado individual debido a la quiebra, disolución o revocación de licencia del asegurador con el cual tenía su seguro, siempre y cuando presente su solicitud al nuevo asegurador dentro de sesenta y tres (63) días luego de declarada la quiebra, disolución o revocación de la licencia del asegurador.

E. El Comisionado establecerá mediante carta normativa los procedimientos para los períodos de suscripción en aquellos casos en que el solicitante del plan médico individual opte por no suscribirse dentro del periodo de suscripción dispuesto en el Inciso A de este Artículo, así como los métodos de orientación a la ciudadanía sobre dichos términos y los efectos de no suscribirse dentro de los mismos.

F. Un asegurador podrá requerir al solicitante del plan médico del mercado grupal o individual que complete un cuestionario médico en que suministre información sobre las condiciones que padece, medicamentos que ingiere y cuidados que recibe para mantener bajo control su condición de salud, así como información sobre el médico primario que atiende su condición. La información de este cuestionario será usada única y exclusivamente, por el asegurador con el fin de matricular al asegurado en los programas de manejo de enfermedades que tenga establecidos.

CAPÍTULO 12. — PROHIBICIÓN DEL USO DE CLÁUSULAS DISCRECIONALES

Artículo 12.010. — Título. (26 L.P.R.A. § 9201)

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

Artículo 12.020. — Propósito. (26 L.P.R.A. § 9202)

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

Artículo 12.030. — Definiciones. (26 L.P.R.A. § 9203)

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

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

Artículo 12.040. — Prohibición del Uso de Cláusulas Discrecionales. (26 L.P.R.A. § 9204)

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

B. Las pólizas, contratos, certificados o acuerdos ofrecidos o emitidos en Puerto Rico que provean cubierta de protección de ingresos en caso de incapacidad no dispondrán que la interpretación final de los términos del contrato estará sujeta a discreción por parte del asegurador de incapacidad, ni contendrán normas de interpretación o revisión que contravengan las leyes de Puerto Rico.

CAPÍTULO 14. — PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

Artículo 14.010. — Título. (26 L.P.R.A. § 9231)

Este Capítulo se conocerá y podrá citarse como el Capítulo sobre Protección de la Información de Salud

Artículo 14.020. — Propósito. (26 L.P.R.A. § 9232)

El propósito de este Capítulo es establecer normas para proteger la información de salud de las personas cubiertas o asegurados, requiriendo que las organizaciones de seguros de salud y los aseguradores establezcan procedimientos para el manejo adecuado de toda información de salud que cree, mantenga, use o divulgue como parte de sus operaciones. Cualquier disposición de este Capítulo que conflija con la Regla de Privacidad de la “[Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996](#)”, según enmendada, o cualquier otra ley federal aplicable, se entenderá enmendada para que armonice con la ley y la regla federal.

Artículo 14.030. — Definiciones. (26 L.P.R.A. § 9233)

Para los fines de este Capítulo:

A. “Divulgar” significa dar a conocer, transferir o difundir de alguna manera información de salud protegida.

B. “Información de salud” significa información o datos, verbales o registrados en la manera y el medio que fuera que,

(1) sea creada o recibida por el asegurador o la organización de servicios de salud, y

(2) Se relaciona con la salud física, mental o conductual, o las condiciones pasadas, presentes o futuras de salud de la persona, o un miembro de la familia de ésta, la prestación de servicios de salud a la persona o el pago pasado, presente o futuro por servicios de salud que se presten a una persona.

(3) El pago por los servicios de cuidado de la salud prestados a una persona.

(4) Para propósitos de este Código de Seguros de Salud la información de salud incluye información demográfica, genética e información sobre explotación financiera o maltrato, según este término es definido en el Capítulo 72 de este Código.

C. “Información de salud protegida” significa información de salud:

(1) Que identifica a la persona objeto de la información; o

(2) Información con respecto a la cual sería razonable entender que se podría usar para identificar a la persona objeto de ésta.

Los elementos identificadores incluyen, pero no se limitan a:

a. Nombre o apodo de la persona, sus familiares o patronos;

b. Dirección, excepto si la información se brinda de forma agregada por municipio;

c. Todo elemento de fecha (excepto año) directamente relacionada con una persona particular como fecha de nacimiento, fecha de admisión o de alta, fecha de muerte;

d. Número de teléfono, facsímil, cuenta bancaria, seguro social, número de póliza o contrato, dirección electrónica, número de expediente clínico, licencia de conducir;

e. Identificadores biométricos;

f. Fotografías de cara completa, entre otros.

D. “Investigación” significa el proceso de indagación que incluye, sin limitarse a éstos, los siguientes: el desarrollo de una hipótesis y la comprobación sistemática de la misma; la descripción y análisis de los procesos, comportamientos y fenómenos físicos, sociales, políticos y médicos.

E. “Investigación científica, médica o de política pública” significa una investigación realizada para mejorar la eficacia de los procedimientos de diagnóstico o de tratamiento, o las operaciones de los sistemas de cuidado de la salud, públicos o privados, cuyos resultados o hallazgos se propongan publicar o diseminar para beneficio del público en general. Disponiéndose, que la investigación científica, médica o de política pública excluye todas las actividades enumeradas en el Artículo 14.100 (H)(1) de este Código.

F. “No autorizada” significa la recopilación, utilización o divulgación de información médica protegida que lleva a cabo una organización de seguros de salud o asegurador, sin la autorización de la persona objeto de dicha información, o sin cumplir con las disposiciones de este Capítulo.

G. “Organización auxiliar de seguros” significa una persona o entidad que se dedica a la recopilación de información de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, productores u otras organizaciones auxiliares de seguros, con el propósito de establecer tarifas o realizar gestiones relacionadas, detectar o prevenir el fraude o la falsa representación en relación con las actividades de suscripción de seguros o tramitación de reclamaciones. No se considerarán “organizaciones auxiliares de seguros” para los propósitos de este Capítulo a los productores de seguros, las instituciones gubernamentales, las instituciones de cuidado de la salud ni a los profesionales de la salud.

H. “Organización de investigación” significa una persona u organización dedicada a realizar investigaciones científicas, médicas o de política pública que posee una Junta de Revisión Institucional (*Institutional Review Board*).

Artículo 14.040. — Aplicabilidad y Alcance. (26 L.P.R.A. § 9234)

Este Capítulo es aplicable a todas las organizaciones de seguros de salud o aseguradores y rige el manejo por parte de éstos de la información médica, lo cual incluye la recopilación, utilización y divulgación de información médica protegida.

Artículo 14.050. — Políticas, Normas y Procedimientos para el Manejo de la Información de Salud. (26 L.P.R.A. § 92)

A. La organización de seguros de salud o asegurador desarrollará e implementará políticas, normas y procedimientos para el manejo de la información de salud, con el propósito de impedir la recopilación, utilización o divulgación no autorizada de información de salud protegida. Las mismas deberán cumplir con las exigencias aplicables contenidas en las Reglas de Privacidad y Seguridad Federal expedidas acorde con HIPAA. Dichas políticas, normas y procedimientos incluirán lo siguiente:

- (1) Controles en el acceso a la información de salud basados en las funciones del puesto de sus empleados;
- (2) Adiestramiento adecuado para todos los empleados;
- (3) Medidas disciplinarias en caso de violaciones a las políticas, normas y procedimientos sobre la información de salud;
- (4) Identificación de los puestos de trabajo y descripciones de las tareas de las personas que están autorizadas a divulgar la información de salud protegida;
- (5) Procedimientos para autorizar y restringir la recopilación, utilización o divulgación de información de salud protegida;
- (6) Métodos para acceder y enmendar la información de salud protegida, según se dispone en los Artículos 14.070 y 14.080 de este Código;
- (7) Métodos para manejar, divulgar, almacenar y desechar la información de salud;
- (8) Verificación periódica del cumplimiento de los empleados con las políticas, normas y procedimientos de la organización de seguros de salud o asegurador; y
- (9) Métodos de informar y permitir que una persona objeto de la información de salud protegida solicite la divulgación específica o la no divulgación de información de salud protegida, según se dispone en el Artículo 14.140 de este Código.

B.

(1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores tomarán las medidas pertinentes para cerciorarse que toda aquella persona o entidad con la cual contrate, para funciones relacionadas con la recopilación, divulgación, manejo o uso de información de salud protegida, cumpla con lo siguiente:

- (a) Tenga políticas, normas y procedimientos que satisfagan los requisitos de este Capítulo sobre la información de salud y
- (b) Conozca su obligación de cumplir con todos los requisitos de las leyes y reglamentos estatales y federales que rigen la recopilación, utilización y divulgación de la información de salud protegida.

(2) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores requerirán, en sus contratos con los proveedores, que éstos tengan políticas, normas y procedimientos sobre la conservación de la confidencialidad de la información de salud.

C. La organización de seguros de salud o asegurador tendrá disponibles las políticas, normas y procedimientos desarrollados conforme a este Artículo para ser examinados e inspeccionados por el Comisionado.

Artículo 14.060. — Aviso sobre las Políticas, Normas y Procedimientos para el Manejo de la Información de Salud. (26 L.P.R.A. § 9236)

A. La organización de seguros de salud o asegurador redactará un aviso escrito de sus políticas, normas y procedimientos para el manejo de la información de salud, el cual estará disponible para ser examinado e inspeccionado por el Comisionado. El referido aviso incluirá:

- (1) La recopilación, utilización y divulgación de información de salud protegida que se prohíbe y que se permite, según este Capítulo;
- (2) Los procedimientos para autorizar, desautorizar y limitar la divulgación de información de salud protegida;
- (3) Los procedimientos para acceder información de salud protegida y enmendarla; y
- (4) El derecho de la persona cubierta o asegurado a examinar las políticas, normas y procedimientos de la organización de seguros de salud o asegurador para el manejo de la información de salud protegida.

B. La organización de seguros de salud o asegurador suministrará el aviso a las personas cubiertas o asegurados al momento de la entrega de la póliza y a toda otra persona previa solicitud.

Artículo 14.070. — Derecho de Acceso a la Información de Salud Protegida. (26 L.P.R.A. § 9237)

A. Sujeto a las excepciones enumeradas en el Artículo 14.070(B)(3) de este Código, toda persona objeto de información de salud protegida tiene derecho a examinar o recibir, de manos de la organización de seguros de salud o asegurador, una copia de su información de salud protegida.

B. La persona objeto de la información de salud protegida podrá solicitar por escrito a la organización de seguros de salud o asegurador acceder dicha información. Al recibo de una solicitud a tales efectos, la organización de seguros de salud o asegurador tendrá treinta (30) días para llevar a cabo alguna de las alternativas que se enumeran a continuación: De necesitar tiempo adicional para producir el informe, el asegurador u organización de servicios de salud contará con un término adicional de treinta (30) días calendario para responder al solicitante. El término adicional debe ser notificado al solicitante previo a la expiración del plazo original con una explicación del motivo de la demora:

- (1) Proveer al solicitante una copia de la información de salud protegida solicitada, o si no es posible proveer una copia, permitirle que examine la información de salud protegida durante horas laborales normales;
- (2) Notificar al solicitante que no tiene en su poder la información de salud protegida y, si se sabe, informarle el nombre y la dirección de la persona que tiene la información de salud protegida solicitada; o
- (3) Denegar la solicitud, en su totalidad o en parte, si la organización de seguros de salud o asegurador determina alguna de las siguientes:

- (a) Que el tener conocimiento de la información de salud protegida podría identificar la fuente confidencial que proveyó la misma en el curso de una investigación debidamente constituida por ley, o de un proceso judicial;
- (b) Que la información de salud protegida se recopiló en preparación para un litigio, o como parte de una investigación por parte de los agentes del orden público o de alguna unidad anti fraude, o para propósitos de garantía de calidad;
- (c) Que la información de salud protegida es el trabajo original producido por la organización de seguros de salud o asegurador, lo cual incluye, entre otras, la interpretación, impresiones mentales, instrucciones y todo otro producto del trabajo original de la organización de seguros de salud o asegurador, sus empleados y agentes;
- (d) Que el solicitante es una de las partes en un litigio que involucra a la organización de seguros de salud o asegurador, y en donde la condición de salud del solicitante está en controversia sujeto con lo dispuesto tanto en las Reglas de Procedimiento Civil, Criminal o de Evidencia vigentes relacionadas a los procedimientos de descubrimiento de prueba en casos judiciales de daños y perjuicios por mala práctica profesional o impericia médica. No obstante, una vez se resuelva el litigio, se restaurará el derecho del solicitante a acceder la información de salud protegida; o
- (e) Que la divulgación de la información de salud protegida al solicitante objeto de la misma está prohibida por ley.

C. Si se deniega una solicitud para examinar o copiar información de salud protegida, en su totalidad o en parte, la organización de seguros de salud o asegurador notificará por escrito al solicitante las razones para la denegación. Cuando se haya recopilado la información de salud protegida en preparación para un litigio, o como parte de una investigación, no se requerirá que la organización de seguros de salud o asegurador informe al solicitante las razones para la denegación.

D. La organización de seguros de salud o asegurador no tendrá que crear un expediente nuevo para responder a una solicitud de información de salud protegida.

E. La organización de seguros de salud o asegurador puede cobrar una cantidad razonable por suministrar la información de salud protegida que se ha solicitado y proveerá una factura desglosada de lo cobrado. No se cobrará ningún cargo por la reproducción de información de salud protegida que haya sido solicitada para sustentar una reclamación o apelación, o para acceder a un programa de beneficios médicos auspiciado o administrado por el gobierno estatal o federal.

Artículo 14.080. — Derecho a Enmendar la Información de Salud Protegida. (26 L.P.R.A. § 9238)

A. Toda persona objeto de información de salud protegida tiene derecho a solicitar por escrito a la organización de seguros de salud o asegurador que enmiende dicha información a los fines de corregir cualquier inexactitud. La persona debe presentar evidencia fehaciente que justifique la enmienda.

B. En un término no mayor de sesenta (60) días calendario del recibo de una solicitud para enmendar la información de salud protegida el asegurador u organización de servicios de salud puede contar con un período adicional de treinta (30) días calendario para responder al solicitante. Este período adicional debe ser comunicado al solicitante antes de la expiración del plazo original

con una explicación del motivo de la demora. La organización de seguros de salud o asegurador verificará la corrección de la información y hará una de las siguientes:

- (1) Corregirá o enmendará la información en cuestión, y notificará al solicitante de los cambios; o
- (2) Notificará al solicitante que ha denegado la solicitud de enmienda, informándole la razón de la denegación y advirtiéndole sobre su derecho a:
 - (a) Solicitar que el proveedor de cuidado de la salud o entidad que creó el expediente en cuestión enmiende el mismo. La organización de seguros de salud o asegurador incluirá el nombre y dirección del proveedor de cuidado de la salud o entidad; o
 - (b) Presentar una declaración corta de lo que el solicitante entiende que es la información correcta y las razones por las que no está de acuerdo con la denegación. La organización de seguros de salud o asegurador guardará la declaración presentada junto con la información de salud protegida.

C. Si la organización de seguros de salud o asegurador corrige o enmienda la información de salud protegida, según se dispone en este Artículo, deberá suministrar la corrección o enmienda a:

- (1) Todo proveedor de servicios de salud o contratista o persona autorizada que, durante los dos (2) años previos, hubiere recibido de la organización de seguros de salud o asegurador la información de salud protegida que se ha corregido o enmendado;
- (2) La organización auxiliar de seguros cuya fuente primaria de información de salud protegida son las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, siempre y cuando la organización auxiliar de seguros haya recibido información de salud protegida sistemáticamente de la organización de seguros de salud o asegurador durante los siete (7) años previos. No obstante, la corrección, enmienda o eliminación no se tendrá que proveer si la organización auxiliar de seguros ya no tiene la información de salud protegida que ha sido corregida o enmendada; y
- (3) Toda persona que hubiere suministrado la información de salud protegida que fue enmendada.

D. Si la persona objeto de la información de salud protegida presenta una declaración conforme al Artículo 14.080(B)(2)(b) de este Código, la organización de seguros de salud o asegurador:

- (1) Identificará el asunto o los asuntos en disputa e incluirá la declaración junto con toda divulgación posterior de la información de salud protegida; y
- (2) Suministrará la declaración a las personas descritas en el Artículo 14.080(C) de este Código.

Artículo 14.090. — Lista de las Divulgaciones de la Información de Salud Protegida. (26 L.P.R.A. § 9239)

A. A solicitud de la persona objeto de la información de salud protegida, la organización de seguros de salud o asegurador le proveerá detalles sobre las divulgaciones que ha realizado de su información de salud protegida, de modo que la persona pueda ejercer el derecho a enmendar la información, conforme al Artículo 14.080 de este Código. Esta información incluirá la fecha, el propósito, el destinatario y la autorización o base pertinente para la divulgación. La organización de seguros de salud o asegurador podrá cobrar una cantidad razonable por suministrar la información relacionada con las divulgaciones.

B. La lista no incluirá las siguientes divulgaciones:

- a. Divulgaciones relacionadas con el pago, tratamiento y operaciones de cuidado de la salud;

- b. Divulgaciones hechas al propio individuo o autorizadas por el individuo;
 - c. Las efectuadas para propósitos de seguridad nacional o servicios de inteligencia; y
 - d. Las efectuadas a instituciones correccionales u oficiales de ley.
- C. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores mantendrán un sistema que permita al Comisionado determinar que, en efecto, pueden producir una lista completa de todas las divulgaciones.
- (1) En el caso de divulgaciones rutinarias, la organización de seguros de salud o asegurador deberá poder rastrear cuándo se hicieron dichas divulgaciones, a quiénes se hicieron y con qué propósito; y
 - (2) En el caso de todas las demás divulgaciones, la organización de seguros de salud o asegurador deberá poder identificar la autorización, formulario de relevo o disposición de ley que permite el recibo o divulgación de la información de salud protegida.

Artículo 14.100. — Autorización para la Recopilación, Utilización o Divulgación de Información de Salud Protegida. (26 L.P.R.A. § 9240)

- A. Ninguna organización de seguros de salud o asegurador recopilará, usará ni divulgará información de salud protegida sin antes haber obtenido una autorización válida de la persona objeto de dicha información, salvo como se permite en virtud del Artículo 14.110 de este Código o se requiera por ley u orden judicial. La autorización para la divulgación de la información de salud protegida se puede obtener para cualquier propósito, siempre y cuando la autorización cumpla con los requisitos de este Artículo.
- B. La organización de seguros de salud o asegurador retendrá una copia de la autorización para la divulgación de la información de salud protegida en el expediente de la persona objeto de la misma.
- C. La autorización, para ser válida, tendrá que hacerse por escrito y contener todo lo siguiente:
- (1) La identidad de la persona objeto de la información de salud protegida;
 - (2) Una descripción del tipo de información de salud que se recopilará, usará o divulgará;
 - (3) la Identidad de la persona o entidad autorizada a usar o divulgar información de salud protegida;
 - (4) El nombre y la dirección de la persona a quien se deberá divulgar la información de salud protegida;
 - (5) El propósito de la autorización, lo cual incluye: la razón de la recopilación, el uso propuesto y el alcance de la divulgación que se pudiera hacer;
 - (6) La fecha y firma de la persona objeto de la información de salud protegida o la persona que tiene la potestad legal para otorgar la autorización con evidencia de la autoridad para representar a la persona;
 - (7) Una declaración a los efectos de que la persona objeto de la información de salud protegida podrá revocar la autorización por escrito en todo momento, y que la cancelación será prospectiva;
 - (8) Una declaración informando al individuo que la información usada o divulgada conforme a la autorización pudiera ser redivulgada por el recipiente de la misma y no estar protegida por las leyes de privacidad aplicables.

D. La autorización especificará el periodo de vigencia de la misma, que en ningún caso será mayor de veinticuatro (24) meses, salvo que se haya firmado la autorización para uno de los siguientes propósitos:

(1) Para sustentar una solicitud de beneficios bajo una póliza de seguros de vida o para la rehabilitación o cambios de beneficios de la misma, en cuyo caso la autorización estará vigente por treinta (30) meses o hasta que se deniegue la solicitud, lo que ocurra primero; o

(2) Para sustentar o facilitar la continuación del tratamiento en curso para un padecimiento crónico o enfermedad crónica o la rehabilitación de una lesión.

E. La organización de seguros de salud o asegurador requerirá al patrón, a su administrador de riesgos o al productor que presente una autorización aparte para divulgarles información de salud protegida, excepto en los siguientes casos:

(1) La información de salud protegida se divulgue como parte de un programa de seguro por accidente o enfermedad laboral del patrono, en tanto sea necesario para el desempeño de los derechos y deberes del patrono y de la organización de seguros de salud o asegurador conforme a las leyes estatales sobre el asunto;

(2) se divulga al patrono información de suscripción y elegibilidad de los participantes y beneficiarios del plan médico grupal, como las cubiertas de cada persona, altas y bajas del plan, entre otros;

(3) se divulga al patrono información estadística del plan médico sin identificadores;

(4) se requiere la información de salud para la gestión de reclamaciones a tenor con una póliza comercial.

F. La organización de seguros de salud o asegurador obtendrá una autorización aparte para recopilar, usar o divulgar información de salud protegida si el propósito de dicha recopilación, uso o divulgación es el mercadeo de bienes o servicios o para cualquier beneficio comercial de otro tipo. En estos casos, el propósito de la recopilación, utilización o divulgación aparecerá en un párrafo aparte, en letra negrita tamaño de doce (12) puntos. El propósito se indicará en términos claros y sencillos. La solicitud de autorización especificará que la autorización estará vigente por un periodo no mayor de veinticuatro (24) meses y que se podrá revocar en cualquier momento. La solicitud de autorización indicará que las pólizas de seguros de la persona no quedarán afectadas de manera alguna en caso de que se deniegue la autorización. No obstante lo dispuesto anteriormente, no se requerirá una autorización aparte si la utilización o la divulgación es interna o a un afiliado de la organización de seguros de salud o asegurador y sólo se usará la información en relación con el mercadeo de un producto de seguros, siempre y cuando la afiliada acuerde que no divulgará la información con ningún otro propósito o a alguna persona no afiliada.

G. La persona objeto de la información de salud protegida podrá revocar en cualquier momento toda autorización para la divulgación que hubiera otorgado, sujeto a los derechos de las personas que hubieren actuado conforme a la autorización antes de que la misma fuera revocada. La revocación de la autorización se hará por escrito, y estará firmada y fechada. La organización de seguros de salud o asegurador guardará la revocación de autorización en el expediente de la persona objeto de la información de salud protegida. La organización de seguros de salud o asegurador notificará de manera oportuna la revocación a todas las personas a quienes hubiere divulgado la información de salud protegida conforme la autorización inicial.

H.

(1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que hubieren recopilado información de salud protegida conforme a una autorización válida a tenor con este Capítulo, podrán usar y divulgar dicha información a las personas autorizadas.

(2) Salvo como se permita en este Capítulo o por ley federal, no se usará ni divulgará la información de salud protegida para propósitos ajenos a las gestiones que realiza la organización de seguros de salud o asegurador con relación a los seguros.

I. No se entenderá que la autorización para recopilar, usar o divulgar información de salud protegida conforme a este Capítulo, o la producción de información de salud protegida a tenor con una orden del tribunal, constituye una renuncia a otros derechos de confidencialidad que la persona objeto de la información de salud protegida pudiera tener a tenor con las leyes estatales o federales, la jurisprudencia o las Reglas de Evidencia.

J. La persona que reciba información de salud protegida de una organización de seguros de salud o asegurador no podrá usarla con ningún otro propósito que no sea el propósito lícito para el cual se divulgó.

K. No se requerirá que la organización de seguros de salud o asegurador que haya recopilado información de salud protegida antes de la fecha de vigencia de este Capítulo obtenga una autorización relacionada con dicha información. No obstante, después de dicha fecha de vigencia de este Capítulo, la información de salud protegida sólo se podrá usar o divulgar conforme lo dispuesto en este Capítulo.

Artículo 14.110. — Recopilación, Utilización y Divulgación de Información de Salud Protegida sin Autorización. (26 L.P.R.A. § 9241)

A. as organizaciones de seguros de salud o aseguradores podrán llevar a cabo, sin necesidad de autorización, actividades relacionadas con el pago de servicios, tratamientos y la coordinación de los mismos, así como operaciones de cuidado de la salud, según definidos estos conceptos bajo HIPPA, incluyendo, pero sin limitarse, a las siguientes actividades en relación con la información de salud protegida:

(1) Recopilar información de salud protegida de otras organizaciones de seguros de salud o aseguradores o proveedores de servicios de salud, o divulgarla a éstas, siempre y cuando la organización de seguros de salud o asegurador que recibe la información:

(a) Esté investigando, evaluando, ajustando o transigiendo una reclamación que involucra a la persona objeto de la información de salud protegida; o

(b) Tiene responsabilidad o, como resultado de una fusión, adquisición u otra manera, está contemplando asumir la responsabilidad conforme a una póliza de seguros que cubre a la persona objeto de la información de salud protegida;

(2) Recopilar, usar o divulgar información de salud protegida, según sea necesario, para investigar, evaluar, subrogar o transigir reclamaciones, siempre y cuando el reclamante sea la persona objeto de la información de salud protegida y dicha información no se use con ningún otro propósito;

(3)

(a) Recopilar o usar información de salud protegida de una organización auxiliar de seguros o divulgarla a ésta, siempre y cuando:

- (i) La organización auxiliar de seguros haya implantado políticas, normas y procedimientos para asegurar el cumplimiento de los requisitos de este Capítulo con respecto a la información de salud protegida; y
 - (ii) La información de salud protegida se use únicamente para transigir reclamaciones, detectar y prevenir el fraude o detectar o prevenir la falsa representación o la falta de divulgación significativa; o
 - (iii) La información de salud protegida se recopile y se use internamente sólo para las gestiones de establecer tarifas y gestiones relacionadas o para el análisis de costos; y
- (4) Si la información de salud protegida es necesaria para continuar un tratamiento médico en curso y la divulgación no ha sido limitada o prohibida por la persona objeto de la información, la organización de seguros de salud o asegurador podrá recopilar información de salud protegida de las siguientes entidades o divulgarla a éstas:
- (a) Proveedores de cuidado de la salud empleados por la organización de seguros de salud o asegurador y que proveen servicios a la persona cubierta o asegurado;
 - (b) Proveedores de cuidado de la salud contratados por la organización de seguros de salud o asegurador para brindar servicios a las personas cubiertas o asegurados; o
- (5) Divulgar información de salud protegida a una persona que estudia, evalúa o investiga la calidad del cuidado de la salud ofrecida por un proveedor conforme a las normas establecidas en las leyes o reglamentos, estatales o federales, o conforme los requisitos de un programa, privado o público, autorizado a pagar por los servicios de cuidado de la salud;
- (6) Sujeto a las limitaciones dispuestas en el Artículo 14.140(A) de este Código, divulgar información de salud protegida para revelar la presencia y el estado de salud general de una persona cubierta o asegurado que se encuentra en una instalación que pertenece a la organización de seguros de salud o asegurador, disponiéndose que en estos casos la divulgación se limitará a la información "de directorio", a menos que la persona cubierta o asegurado haya restringido dicha divulgación o la misma esté de otra forma prohibida por ley. Para los propósitos de este inciso, la información "de directorio" significa información sobre la presencia o estado general de salud de determinada persona cubierta o asegurado que sea un paciente o reciba servicios de emergencia en una instalación de cuidado de la salud. "Estado general de salud" significa la condición de salud de la persona cubierta o asegurado caracterizada como "crítica", "pobre", "regular", "buena", "excelente" o en términos similares;
- (7) Recopilar, usar o divulgar información de salud protegida cuando dicha información sea necesaria para cumplir con las obligaciones de la organización de seguros de salud o asegurador, a tenor con las leyes sobre compensación por accidentes y enfermedades laborales;
- (8) Recopilar o divulgar información de salud protegida a un reasegurador con el propósito de tramitar reaseguros, adjudicar reclamaciones y auditar los expedientes de las reclamaciones;
- (9) Recopilar información de salud protegida de la persona objeto de la misma; y
- (10) Recopilar, usar o divulgar información de salud protegida cuando se obtiene la misma de fuentes públicas, tales como la prensa, informes públicos de las agencias, informes de agentes del orden público o de seguridad pública.

B. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores divulgarán información de salud protegida en las siguientes circunstancias:

- (1) A las autoridades federales, estatales o locales en tanto tal divulgación se requiera por ley o a los fines de informar algún fraude;
- (2) Cuando la información de salud protegida se necesite para uno de los siguientes propósitos:

- (a) Identificación de una persona fallecida;
 - (b) Determinación de la causa y circunstancias del fallecimiento por parte de un médico forense o persona designada por éste; o
 - (c) Para proveer información de salud protegida acerca de una persona fallecida que sea donante de órganos;
- (3) A la entidad reguladora de seguros que realiza un examen, investigación, o auditoría de la organización de seguros de salud o asegurador; o
- (4) En cumplimiento de una orden del tribunal emitida conforme a la determinación de que: (1) el interés público es de mayor peso que el interés de confidencialidad de la persona cubierta o asegurado con respecto a la divulgación y (2) la información de salud protegida no está razonablemente disponible por otros medios.

Artículo 14.120. — Recopilación, Utilización o Divulgación de Información de Salud sin Autorización con Propósitos de Investigación Científica, Médica o de Política Pública. (26 L.P.R.A. § 9242)

A. La organización de seguros de salud o asegurador podrá divulgar información de salud protegida, con autorización de la persona objeto de dicha información, a las organizaciones que llevan a cabo investigaciones científicas, médicas o relacionadas con la política pública, según se dispone en este Artículo.

B.

(1) La organización de seguros de salud o asegurador mantendrá un registro de las organizaciones de investigación a las que divulga la información de salud protegida y conservará dicho registro durante (5) años.

C. La organización de seguros de salud o asegurador no divulgará información de salud protegida a una organización de investigación hasta tanto presente evidencia de que ha notificado a las personas cubiertas sobre la solicitud de información al asegurador u organización de servicios de salud y éstas han tenido la oportunidad de aceptar u objetar la solicitud. La organización de investigación podrá divulgar la información de salud protegida a sus agentes, colaboradores o contratistas, según fuera necesario para realizar o ayudar con la investigación, siempre y cuando todos los requisitos de este Artículo se apliquen al agente, colaborador o contratista. No obstante lo anterior, el asegurador u organización de servicios de salud podrá divulgar a la organización de investigación información sin identificadores sin necesidad de la autorización de las personas cubiertas.

D. La organización de seguros de salud o asegurador divulgará sólo los datos mínimos necesarios para llevar a cabo la investigación propuesta.

E. Si la investigación científica, médica o de política pública no requiere contacto con la persona objeto de la información de salud protegida, las siguientes protecciones existirán antes de la divulgación:

(1) La organización de investigación redactará e implantará una política que incluya procedimientos para salvaguardar la confidencialidad de la información de salud protegida. La política incluirá:

(a) Procedimientos de adiestramiento y disciplina para asegurar que las personas que participan en la investigación cumplan con las disposiciones de este Artículo;

(b) Medidas para asegurar que la información a ser incluida en un informe del proyecto de investigación no contenga información de salud protegida. Estas medidas incluirán un sistema para asegurar que sólo personas autorizadas puedan establecer un enlace entre las personas particulares y su información de salud; y

(c) Un método para eliminar toda información que identifique, directa o indirectamente, a la persona objeto de la información de salud protegida, cuando ya no se necesite la información para la investigación. La política también podrá disponer para que la organización de investigación pueda retener la información de salud protegida por tiempo indefinido si se archiva en forma codificada y si se dispone que la misma no se podrá usar para otra investigación, a menos que se cumpla con los requisitos de este Artículo.

“Codificada” significa que se ha eliminado u ocultado bajo códigos la información sobre la identidad de la persona y que la clave para restaurar dicha información se conserva en un lugar seguro dentro de la organización de investigación, a la que sólo tiene acceso la cantidad mínima de personas necesarias para mantener la confidencialidad e integridad de la clave.

(2)

(a) La organización de investigación preparará un plan que explique el propósito de la investigación, ofrezca una descripción general de los métodos de investigación que se usarán y describa los posibles beneficios de la investigación.

(b)

(i) Todos los planes de investigación que usen información de salud protegida estarán disponibles al público y se podrán obtener mediante solicitud por escrito al principal ejecutivo de la organización de investigación.

(ii) Si el plan de investigación contiene información que constituye propiedad intelectual o está protegida contra la divulgación por contrato o por ley, se podrá eliminar dicha información de la copia que se provea al público.

(iii) La organización de investigación deberá retener el plan de investigación durante cinco (5) años.

(3)

(a) La organización de seguros de salud o asegurador y la organización de investigación suscribirán un acuerdo escrito en el que se cumplan los siguientes requisitos:

(i) Indicar cuáles son los propósitos de la investigación;

(ii) Explicar cómo los propósitos se pueden considerar propios de una investigación científica, médica o de política pública;

(iii) Documentar que la organización de investigación cumple con los requisitos dispuestos en este Artículo;

(iv) Indicar el tiempo durante el cual se espera que se usarán los datos para los propósitos indicados;

(v) Explicar el método para disponer de la información de salud protegida al terminar el uso de la misma; y

(vi) Indicar que el acuerdo escrito estará disponible al público y se podrá obtener previa solicitud por escrito al principal ejecutivo de la organización de investigación.

(b) La organización de seguros de salud o asegurador requerirá a la organización de investigación que provea una copia del acuerdo escrito a solicitud de cualquier persona. Si el acuerdo otorgado contiene información que constituye propiedad intelectual o

protegida contra la divulgación mediante contrato o por ley, se podrá eliminar dicha información de la copia que se hace disponible conforme a este apartado.

(c) La organización de seguros de salud o asegurador conservará este acuerdo por cinco (5) años.

F. Si la investigación científica, médica o de política pública requiere contacto con la persona objeto de la información de salud protegida, las siguientes protecciones existirán antes de la divulgación:

(1) La organización de investigación y la organización de seguros de salud o asegurador cumplirán con los requisitos del Artículo 14.120(E) de este Código y

(2)

(a) La organización de investigación será responsable de obtener, por escrito, el consentimiento informado, libre, voluntario, eficaz y legal del sujeto o del representante legal autorizado del mismo. La organización de investigación solicitará el consentimiento sólo en circunstancias en las que el sujeto propuesto o su representante tengan suficiente oportunidad para considerar si participarán en la investigación y en las que se minimice la posibilidad de coacción o influencia indebida.

(b) La información que se entregue al sujeto o a su representante se redactará de forma que pueda comprenderse.

(c) El documento mediante el cual el sujeto provea su consentimiento informado no podrá incluir ningún lenguaje exculpatorio mediante el cual renuncie o aparente renunciar a sus derechos legales, o que exima o aparente eximir al investigador, auspiciador, a la organización de investigación o sus agentes de responsabilidad por negligencia.

(d) Elementos básicos del consentimiento informado. Al procurar el consentimiento informado de un sujeto, se proveerá a éste la siguiente información:

(i) Una declaración a los efectos de que el estudio conlleva una investigación; una explicación de los propósitos de la investigación; el tiempo que se espera que dure la participación del sujeto; una descripción de los procedimientos que se seguirán y la identificación de todo procedimiento de naturaleza experimental;

(ii) Una descripción de todo riesgo o incomodidad razonablemente previsible para el sujeto;

(iii) Una descripción de los beneficios que el sujeto u otras personas pueden esperar, de manera razonable, como resultado de la investigación;

(iv) La divulgación de procedimientos o tratamientos alternos, si alguno, que pudieran ser beneficiosos para el sujeto;

(v) Una declaración sobre cómo se mantendrá la confidencialidad de los expedientes del sujeto;

(vi) Con respecto a las investigaciones que conlleven más de un riesgo mínimo, una explicación con relación a la compensación o tratamiento médico que estará disponible si el sujeto se lesiona y en qué consisten o dónde se puede obtener información adicional;

(vii) Una explicación de a quién debe contactar el sujeto para obtener respuestas a sus preguntas acerca de la investigación y los derechos que le asisten durante la investigación;

(viii) El nombre de la persona con quien se debe comunicar en caso de sufrir alguna lesión relacionada con la investigación; y

- (ix) Una declaración informando que la participación es voluntaria y que no aceptar la participación no conllevará ninguna penalidad ni pérdida de beneficios a los cuales de otra manera el sujeto tendría derecho. Además, se le informará que podrá dejar de participar de la investigación en cualquier momento sin sufrir ninguna penalidad ni pérdida de beneficios a los que de otra manera tendría derecho.
- (e) Elementos adicionales del consentimiento informado. Según sea apropiado, se proveerá a cada sujeto:
- (i) Una declaración a los efectos de que el tratamiento o procedimiento en particular podría constituir un riesgo para el sujeto (o para el embrión o feto, si se tratase de una mujer embarazada o que podría quedar embarazada) que al momento no es previsible;
 - (ii) Circunstancias previsibles en base a las cuales el investigador podría dar por terminada la participación del sujeto, independientemente del consentimiento de éste;
 - (iii) Cualquier costo para el sujeto que pudiera representar o resultar de su participación en la investigación;
 - (iv) Las consecuencias de retirarse de la investigación y los procedimientos para una terminación ordenada de la participación del sujeto en la investigación;
 - (v) Una declaración a los efectos de que los hallazgos nuevos significativos que se produzcan durante la investigación, que pudieran afectar la disposición del sujeto a continuar con su participación, se proveerán al sujeto; y
 - (vi) La cantidad aproximada de sujetos que participan en el estudio.
- (f) Si la organización de investigación presenta la investigación para aprobación de una junta de revisión institucional conforme a la Política Federal para la Protección de Sujetos Humanos —56 Federal Register 28000 (1991)— se entenderá que el cumplimiento con dicho proceso constituye cumplimiento con las disposiciones del Artículo 14.120(E)(2) y (F)(2) de este Código.

G.

- (1) Si una organización de seguros de salud o asegurador divulga a una organización de investigación información de salud que no constituye información de salud protegida debido a que toda la información de identificación de las personas está codificada, la organización de seguros de salud o asegurador y la organización de investigación suscribirán un acuerdo escrito en el que se dispondrá:
- (a) Que la organización de investigación no divulgará a terceros sus datos acompañados de la información de identificación codificada. No obstante, la organización de investigación podrá divulgar información de salud protegida a sus agentes, colaboradores, o contratistas, según sea necesario para llevar a cabo o asistir con la investigación, siempre y cuando todos los requisitos de este Artículo se apliquen al agente, colaborador, o subcontratista;
 - (b) Que la organización de investigación no hará ningún intento de enlazar la información de salud que reciba con la información de identificación codificada a otros datos que pudieran identificar a la persona objeto de la información; y
 - (c) Que la organización de investigación no hará ningún intento por enlazar ninguna información de salud protegida codificada con otros datos identificables.
- (2) Antes de descodificar la información codificada o enlazarla con datos de identificación, la organización de investigación cumplirá con los requisitos dispuestos en este Artículo y se entenderá que la información de salud, junto con la información de identificación descodificada, es información de salud protegida.

H. No se interpretará que las disposiciones de este Capítulo impiden la creación, uso o divulgación de datos anónimos con respecto a los cuales no haya base razonable para entender que pudieran utilizarse para identificar a una persona en particular.

I. No se interpretará que las disposiciones de este Artículo sustituyen las leyes y reglamentos, federales o estatales, que regulan la investigación científica, médica o de política pública.

Artículo 14.130. — Recopilación, Utilización o Divulgación de Información de Salud No Autorizada. (26 L.P.R.A. § 9243)

Se prohíbe la recopilación, utilización o divulgación no autorizada de información de salud protegida por parte de una organización de seguros de salud o asegurador. Dicha recopilación, utilización o divulgación estará sujeta a las sanciones que se disponen en el Artículo 14.150 de este Código. La recopilación, utilización o divulgación no autorizada incluye:

A. La publicación no autorizada de información de salud protegida;

B. La recopilación, utilización o divulgación no autorizada de información de salud protegida para beneficio personal o profesional, incluida la investigación no autorizada que no cumpla con los requisitos de este Capítulo;

C. La venta no autorizada de información de salud protegida;

D. La manipulación no autorizada de información de salud codificada que revele información de salud protegida; y

E. El uso de medios engañosos, fraude o amenazas para conseguir la autorización para recopilar, utilizar o divulgar información de salud protegida.

Artículo 14.140. — Derecho a Limitar la Divulgación. (26 L.P.R.A. § 9244)

A. La organización de seguros de salud o asegurador limitará la divulgación de información, incluida la información de salud protegida, si la persona objeto de la misma ha declarado claramente por escrito que la divulgación a determinadas personas de toda o parte de dicha información podría constituir un peligro para su seguridad. La divulgación de información se limitará según lo solicite la persona, como pudiera ser, por ejemplo, una solicitud para que la organización de seguros de salud o asegurador no divulgue ninguna información a un cónyuge para impedir la violencia doméstica.

B. Salvo como se disponga de otra manera por ley, si la persona objeto de la información de salud protegida así lo solicita por escrito, la organización de seguros de salud o asegurador no divulgará información de salud protegida sobre servicios relacionados con la salud reproductiva, enfermedades de transmisión sexual, abuso de sustancias controladas ni salud conductual, lo cual incluye avisos de citas enviadas por correo, llamadas a la casa para confirmar las citas o envío por correo de las facturas o explicaciones de beneficios al titular de la póliza o certificado. La solicitud de no divulgación debe incluir información sobre cómo se manejará cualquier importe que tenga que pagar la persona cubierta o asegurado.

C.

(1) La organización de seguros de salud o asegurador reconocerá el derecho de todo menor de edad que pudiera obtener cuidado de la salud sin el consentimiento de uno de sus padres o custodio legal, conforme a las leyes estatales o federales, a ejercer exclusivamente los derechos otorgados en este Capítulo con respecto a la información de salud; y

(2) La organización de seguros de salud o asegurador no divulgará, sin la autorización expresa del menor de edad, ninguna información de salud protegida relacionada con servicios de cuidado de la salud a los que el menor haya consentido legalmente, lo cual incluye el envío por correo de avisos de citas, llamadas a la casa para confirmar las citas o el envío por correo de una factura o explicación de beneficios al titular de la póliza o certificado.

Artículo 14.150. — Sanciones. (26 L.P.R.A. § 9245)

A. Sanciones civiles

(1) Cuando el Comisionado tenga motivos para entender que una persona ha incurrido en negligencia al incumplir las disposiciones de este Capítulo y que el interés público dicta tomar acción, podrá incoar acción legal para poner en entredicho tales violaciones. El interdicto que se emita conforme a este Artículo no requerirá fianza.

(2) Además del remedio provisto conforme al Artículo 14.150(a)(1) de este Código, el Comisionado podrá solicitar del tribunal y el tribunal podrá emitir una orden temporera o permanente, según convenga al interés público, que incluya cualquiera de los siguientes elementos o combinación de los mismos:

(a) Multa civil de no más de \$10,000 por cada violación, la cual no excederá \$50,000 en total si hay múltiples violaciones;

(b) Multa civil de no más de \$250,000, si el tribunal determina que las violaciones de este Capítulo han ocurrido con suficiente frecuencia; y

(c) Honorarios razonables para la representación legal, costas y gastos de investigación.

B. Sanciones penales

(1) Las sanciones descritas a continuación serán aplicables a la persona natural o jurídica que recopile, utilice o divulgue información de salud protegida a sabiendas de que viola este Capítulo y las leyes y reglas de privacidad aplicables.

(2)

(a) Multa de no más de \$50,000, reclusión por no más de un año, o ambas penas;

(b) Si la violación se comete mediante falsa representación, multa de no más de \$250,000, reclusión por no más de cinco (5) años, o cualquier combinación de dichas penalidades; o

(c) Si la violación se comete con la intención de vender, transferir o utilizar información de salud protegida para causar daño malicioso, multa de no más de \$500,000, reclusión por no más de diez (10) años, o cualquier combinación de dichas penalidades.

C. En los casos en que se haya demandado por divulgación no autorizada a la organización de seguros de salud o asegurador bajo la teoría de responsabilidad vicaria por los actos u omisiones de sus empleados, será una defensa afirmativa que la organización de seguros de salud o asegurador haya cumplido con los requisitos del Artículo 14.050 de este Código.”

CAPÍTULO 16. — ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD LIMITADOS

Artículo 16.010. — Título. (26 L.P.R.A. § 9271)

Este Capítulo se conocerá y podrá citarse como el Capítulo sobre Organizaciones de Servicios de Salud Limitados.

Artículo 16.020. — Definiciones. (26 L.P.R.A. § 9272)

Para los fines de este Capítulo:

A. “Evidencia de cubierta” significa un certificado, póliza, acuerdo o contrato en el que se estipule la cubierta a la que tiene derecho un suscriptor.

B. “Organización de servicios de salud limitados” significa toda corporación, asociación o entidad que se encarga de proveerles o tramitarles a los suscriptores la prestación de uno o más servicios de salud limitados, en consideración al pago de una cantidad prefijada que se considera devengada independientemente de si el suscriptor utiliza o no los servicios de salud limitados provistos por el plan. Las organizaciones de servicios de salud limitados no incluyen:

(1) Una entidad que cumpla con los requisitos dispuestos en el Artículo 16.070 de este Capítulo o

(2) Un proveedor o entidad que provee o tramita la prestación de servicios de salud limitados conforme a un contrato con una organización de servicios de salud limitados o con una entidad que cumpla con lo dispuesto en el inciso (1) de esta definición.

C. “Proveedor” significa cualquier médico, dentista, hospital, instalación de cuidado de la salud o cualquier otra persona debidamente autorizada en Puerto Rico para prestar o proporcionar servicios de salud limitados.

D. “Servicios de salud limitados” significa servicios de cuidado dental, visual y mental, servicios contra el abuso de drogas, servicios farmacéuticos, servicios de cuidado por podiatras, así como todo servicio que el Comisionado considere como servicios de salud limitados. Los servicios de salud limitados no deben incluir los servicios hospitalarios, médicos, quirúrgicos o de emergencia, salvo que dichos servicios se provean en función de los servicios de salud limitados que se disponen en la oración anterior.

E. “Suscriptor” significa cualquier persona, incluidos sus dependientes, que tiene el derecho de recibir servicios de salud limitados conforme a lo dispuesto en un contrato con una organización autorizada a proveer o tramitar dichos servicios.

Artículo 16.030. — Requisito de Certificado de Autoridad. (26 L.P.R.A. § 9273)

Ninguna persona, corporación, asociación o entidad podrá operar en Puerto Rico una organización de servicios de salud limitados sin antes haber obtenido, de parte del Comisionado, un certificado de autoridad para ello.

Artículo 16.040. — Solicitud del Certificado de Autoridad. (26 L.P.R.A. § 9274)

La solicitud para un certificado de autoridad como organización de servicios de salud limitados se deberá presentar ante el Comisionado en los formularios que éste prescriba. La solicitud será juramentada por un oficial o representante autorizado del solicitante y se acompañará con los siguientes documentos:

- A.** Copia del documento constitutivo o de organización del solicitante, sea el certificado de incorporación, de asociación, sociedad, convenio de fideicomiso o cualquier otro documento aplicable, así como todas las enmiendas a éstos;
- B.** Copia de los estatutos corporativos o documento similar, mediante los cuales se reglamenten los asuntos internos del solicitante;
- C.** Una lista de los nombres, direcciones, puestos oficiales e información biográfica de las personas responsables de los asuntos internos del solicitante, incluyendo los miembros de la junta de directores, junta de fideicomisarios, comité ejecutivo o cualquier otra junta de gobierno o comité administrativo, los oficiales principales y toda persona o entidad que posea el diez (10) por ciento o más de los valores con derecho a voto del solicitante o que tenga el derecho a adquirirlos, así como los socios o miembros de una sociedad o asociación;
- D.** Una declaración que describa de manera general al solicitante, las instalaciones, el personal y los servicios de salud limitados que se ofrecerán;
- E.** Una copia de todo contrato utilizado o a utilizarse entre el solicitante y los proveedores para la prestación de servicios de salud limitados a suscriptores;
- F.** Una copia de todo contrato utilizado o a utilizarse entre el solicitante y las personas nombradas en el apartado C de este Artículo;
- G.** Una copia de todo contrato utilizado o a utilizarse entre el solicitante y cualquier persona, corporación, asociación o entidad que actuará en nombre del solicitante para llevar a cabo funciones de administración, suscripción, manejo de inversiones y la subcontratación de servicios de salud limitados, prestados a suscriptores;
- H.** Una copia de todo contrato grupal que se emitirá a los patronos, sindicatos, fiduciarios u otras organizaciones y copia de todo tipo de evidencia de cubierta que se emitirá a los suscriptores;
- I.** Una copia de los estados financieros más recientes del solicitante, que hayan sido auditados por contadores públicos autorizados e independientes. Si un contador público autorizado e independiente audita las finanzas de la compañía matriz pero no las del solicitante, se emitirá una copia del estado financiero auditado más reciente de la compañía matriz, junto al cual se incluirán los estados financieros consolidados del solicitante.
- J.** Una copia del plan financiero del solicitante que incluya una proyección de los resultados operacionales que se esperan para los próximos tres (3) años, una declaración del capital operacional y cualquier otra fuente de fondos y disposiciones en caso de contingencias;
- K.** Una descripción del método de mercadeo propuesto;
- L.** Un poder debidamente otorgado por el solicitante, si no está domiciliado en Puerto Rico, designando al Comisionado y a sus sucesores en el cargo como apoderado para recibir emplazamientos por causas de acción que surjan contra éste en Puerto Rico;
- M.** Una descripción de los procedimientos para la tramitación de querellas que se establecerán y se mantendrán conforme a lo que se dispone en el Artículo 16.130 y en los Capítulos 22 y 28 de este Código;

- N. Una descripción de los procedimientos y programas que utilizará el solicitante para cumplir con los requisitos de evaluación de calidad de los servicios y la revisión de utilización, de conformidad con los Capítulos 20 y 24 de este Código, respectivamente;
- O. Una descripción de la forma en que el solicitante cumplirá con el Artículo 16.180 de este Código;
- P. El costo del otorgamiento del certificado de autoridad, conforme a lo dispuesto en el Artículo 16.240 de este Código; y
- Q. Toda otra información que el Comisionado requiera para determinar que se está cumpliendo con lo dispuesto en este Capítulo.

Artículo 16.050. — Emisión o Denegación del Certificado de Autoridad. (26 L.P.R.A. § 9275)

A. El Comisionado podrá expedir o denegar un certificado de autoridad a cualquier solicitante que radique una solicitud conforme lo dispuesto en el Artículo 16.040 de este Código. La emisión del certificado de autoridad se concederá siempre que el Comisionado determine que el solicitante cumple con lo siguiente:

- (1) Los requisitos del Artículo 16.040 de este Código;
- (2) Que las personas responsables de la dirección de los asuntos del solicitante son competentes, dignos de confianza, gozan de buena reputación y poseen la experiencia, adiestramiento y educación adecuados;
- (3) Que el solicitante tiene solidez financiera. Al hacer esta determinación, el Comisionado podrá considerar:
 - (a) La solidez financiera de los acuerdos del solicitante para proveer servicios de salud limitados y la cantidad mínima que se le cobraría a los suscriptores por concepto de tarifas, deducibles, copagos y otros cargos;
 - (b) La suficiencia del capital operacional y toda otra fuente de fondos y disposiciones en caso de contingencias;
 - (c) Todo acuerdo para cubrir el costo de los servicios de salud limitados o para ofrecer una cubierta alternativa en caso de insolvencia de la organización de servicios de salud limitados; y
 - (d) La forma en que se cumplirá con los requisitos dispuestos en el Artículo 16.180 de este Código;
- (4) Que los contratos con proveedores para la prestación de servicios de salud limitados incluyen las disposiciones establecidas en el Artículo 16.170 de este Código, y
- (5) Que el solicitante ha corregido todas las deficiencias que el Comisionado haya identificado.

B. Si se deniega el certificado de autoridad, el Comisionado deberá así notificarlo al solicitante especificándole las razones por las que se denegó dicho certificado. El solicitante contará con un término de veinte (20) días a partir de la fecha en que se notificó la denegación para solicitar una vista con el Comisionado.

Artículo 16.060. — Organizaciones que estén operando en la fecha de vigencia de este Capítulo. (26 L.P.R.A. § 9276)

Dentro de noventa (90) días a partir de la fecha de vigencia de este Capítulo, toda organización de servicios de salud limitados que esté operando en Puerto Rico sin un certificado de autoridad

deberá presentar ante el Comisionado una solicitud conforme las disposiciones del Artículo 16.040 de este Código. Dichas organizaciones podrán continuar sus operaciones durante el periodo en que se tramita la solicitud. Si la solicitud se deniega, el solicitante se considerará como una organización de servicios de salud limitados a la que se le revocó el certificado de autoridad.

Artículo 16.070. — Requisitos de radicación para entidades autorizadas. (26 L.P.R.A. § 9277)

A. Una organización de servicios de salud, un asegurador de incapacidad, una organización sin fines de lucro que provea servicios de salud, hospitalarios o médicos, o una sociedad de beneficios fraternales podrá solicitar la autorización del Comisionado para prestar servicios de salud limitados radicando la información descrita en los incisos D, E, G, H, J, K, L y O del Artículo 16.040 de este Código, así como todo documento adicional que el Comisionado solicite para tal propósito.

B. Si el Comisionado deniega la solicitud, se deberán seguir los procedimientos estipulados en el Artículo 16.050 (B) de este Código.

Artículo 16.080. — Cambios o modificaciones materiales; servicios de salud limitados adicionales. (26 L.P.R.A. § 9278)

A. Toda organización de servicios de salud limitados deberá presentar ante el Comisionado, antes de ponerlo en vigor, una notificación de cualquier cambio en tarifas, cargos o beneficios que se proponga efectuar, así como cualquier cambio en las operaciones o en la información provista conforme al Artículo 16.040 de este Código. Dicha radicación deberá hacerse con no menos de sesenta (60) días de anticipación al cambio. Al expirar dichos sesenta (60) días, el cambio se considerará aprobado, a menos que antes fuere afirmativamente aprobado o desaprobado por orden del Comisionado. El Comisionado podrá, previa notificación, prorrogar por no más de sesenta (60) días adicionales el periodo dentro del cual puede aprobar o desaprobar el cambio.

B. Si una organización de servicios de salud limitados quisiera proveer servicios de salud limitados adicionales a los que está autorizado a proveer, deberá presentarle al Comisionado una notificación escrita junto a la información requerida en el Artículo 16.040 de este Código y deberá cumplir con lo dispuesto en los Artículos 16.170, 16.180 y 16.240 de este Código.

C. Si el Comisionado deniega la solicitud, se deberán seguir los procedimientos estipulados en el Artículo 16.050(B) de este Código.

Artículo 16.090. — Evidencia de cubierta. (26 L.P.R.A. § 9279)

A. Toda organización de servicios de salud limitados deberá proporcionar evidencia de cubierta a cada uno de sus suscriptores, la cual deberá especificar de forma clara y completa lo siguiente:

- (1) Los servicios de salud limitados a los que tiene derecho todo suscriptor;
- (2) Las limitaciones de los servicios, los tipos de servicios o beneficios que se prestarán y las exclusiones, incluido todo deducible, copago o cualquier otro pago;
- (3) La forma en que se hará disponible la información sobre dónde y cómo se ofrecerán los servicios; y
- (4) El método utilizado para atender las querellas.

B. Toda enmienda a la evidencia de cubierta deberá proporcionársele al suscriptor a través de un documento por separado.

C. Ningún formulario de evidencia de cubierta o enmienda a los mismos se emitirá o entregará a cualquier persona en Puerto Rico a menos que previamente haya sido presentado al Comisionado y aprobado por éste. Cada una de dichas presentaciones deberá hacerse con no menos de sesenta (60) días de anticipación a su expedición, entrega o uso. Al expirar dichos sesenta (60) días, contados a partir de la fecha en que se reciban tales presentaciones en la Oficina del Comisionado, el formulario presentado se considerará aprobado, a menos que antes fuere afirmativamente aprobado o desaprobado por orden del Comisionado. La aprobación de un formulario por el Comisionado constituirá una renuncia del tiempo que faltare de espera. El Comisionado podrá prorrogar, por no más de sesenta (60) días, el período dentro del cual puede aprobar o desaprobafirmativamente dicho formulario, dando aviso de tal prórroga antes de expirar el período inicial de sesenta (60) días. En caso de que el Comisionado determine que la información suministrada en la presentación resulta insuficiente o que los formularios presentados no cumplen con cualesquiera de las disposiciones de este Capítulo o su reglamento y solicite, por lo tanto, información adicional, el período de tiempo que transcurra desde que el Comisionado notifique tal requerimiento hasta que la información o enmiendas solicitadas sean recibidas por el Comisionado no contará en el cómputo de los términos antes señalados. Para determinar si aprueba o desaprueba un formulario, el Comisionado puede requerir que se someta cualquier información relevante que estime pertinente.

D. Si el Comisionado desaprueba la radicación lo notificará al solicitante, especificando las razones para su desaprobación. Dentro de veinte (20) días a partir de la fecha de desaprobación, la persona afectada podrá solicitar una vista.

E. En cualquier tiempo con posterioridad al período de revisión aplicable dispuesto en el inciso C de este Artículo, el Comisionado podrá convocar a una vista para determinar si la inscripción reúne los requisitos establecidos. Deberá dar aviso por escrito a la organización de servicios de salud limitados que haya hecho la presentación por lo menos con diez (10) días de anticipación a dicha vista. Si después de dicha vista el Comisionado determinare que la inscripción no reúne los requisitos de este Artículo, expedirá una orden especificando las razones en que se apoya, e indicando la fecha, dentro de un período razonable posterior, en que se considerará que la inscripción dejará de surtir efecto. Dicha orden no afectará ningún contrato otorgado o ratificado con anterioridad al vencimiento del período estipulado en la orden.

Artículo 16.100. — Tarifas y cargos. (26 L.P.R.A. § 9280)

A. Toda organización de servicios de salud limitados deberá inscribir ante el Comisionado, antes de aplicarlas en Puerto Rico, las tarifas a ser utilizadas con cualquier plan de servicios de salud limitados. Ninguna inscripción surtirá efecto hasta sesenta (60) días después de la fecha en que se reciba su presentación en la Oficina del Comisionado, a menos que antes fuesen afirmativamente aprobados por éste, pudiendo el Comisionado prorrogar dicho período por un término adicional que no excederá de sesenta (60) días, si el Comisionado lo notifica a la persona que hizo la presentación dentro de dicho período de espera. En caso de que el Comisionado determine que la información suministrada en la presentación resulta insuficiente y requiera, por lo tanto, información adicional, el período de tiempo que transcurra desde que el Comisionado notifique tal requerimiento hasta que la información solicitada sea recibida por el Comisionado no contará en el cómputo de los términos señalados. Para determinar si aprueba o desaprueba una tarifa, el Comisionado puede requerir que se someta cualquier información relevante que estime pertinente.

B. Las tarifas deberán ser establecidas de acuerdo con los principios actuariales para varias categorías de suscriptores. Los cargos aplicables a un suscriptor no se determinarán individualmente basándose en la condición de salud. Las tarifas no serán excesivas, inadecuadas o discriminatorias. Una certificación por un actuario calificado, sobre la adecuación de las tarifas basadas en asunciones razonables, deberá acompañar la radicación de las tarifas junto con la información adecuada en apoyo de la petición.

C. Si el Comisionado desaprueba la radicación lo notificará al solicitante, especificando las razones para su desaprobación. Dentro de veinte (20) días a partir de la fecha de desaprobación, la persona afectada podrá solicitar una vista.

En cualquier tiempo con posterioridad al período de revisión aplicable dispuesto en el inciso A de este Artículo, el Comisionado podrá convocar a una vista para determinar si la inscripción reúne los requisitos establecidos. Deberá dar aviso por escrito a la organización de servicios de salud limitados que haya hecho la presentación por lo menos con diez (10) días de anticipación a dicha vista. Si después de dicha vista el Comisionado determinare que la inscripción no reúne los requisitos de este Artículo, expedirá una orden especificando las razones en que se apoya, e indicando la fecha, dentro de un período razonable posterior, en que se considerará que la inscripción dejará de surtir efecto. Dicha orden no afectará ningún contrato otorgado o ratificado con anterioridad al vencimiento del período estipulado en la orden.

Artículo 16.110. — Interpretación con otras leyes. (26 L.P.R.A. § 9281)

A.

(1) Las organizaciones de servicios de salud limitados que se hayan constituido conforme a las leyes de Puerto Rico se considerarán como un asegurador del país para propósitos de las regulaciones sobre los sistemas de compañías tenedoras de aseguradores, a no ser que el Comisionado las exima por escrito de cumplir con una o más de las disposiciones de dicha regulación.

(2) Las organizaciones de servicios de salud limitados estarán sujetas a las disposiciones del Capítulo 27 del [Código de Seguros de Puerto Rico](#).

B. La prestación de servicios de salud limitados por parte de una organización de servicios de salud limitados no se considerará que constituyen la práctica de la medicina ni de otras artes curativas.

Artículo 16.120. — No duplicidad de cubiertas. (26 L.P.R.A. § 9282)

Las organizaciones de servicios de salud limitados, organizaciones de servicios de salud, aseguradores de incapacidad y las organizaciones sin fines de lucro que provean servicios de salud, hospitalarios o médicos, podrán excluir de cualquier contrato o póliza grupal aquella cubierta que duplicaría la cubierta de servicios de salud limitados.

Artículo 16.130. — Sistema de querellas. (26 L.P.R.A. § 9283)

Toda organización de servicios de salud limitados deberá establecer y mantener un sistema de querellas de conformidad con lo dispuesto en los Capítulos 22 y 28 de este Código, el cual deberá ser aprobado por el Comisionado y proveer procedimientos adecuados y razonables para la pronta

resolución de querellas escritas incoadas por cualquier suscriptor o proveedor, que estén relacionadas con las disposiciones del plan de servicios de salud limitados. Nada de lo dispuesto en este Capítulo impide que un suscriptor o proveedor presente una querella ante el Comisionado ni limita la habilidad del Comisionado para investigar dichas querellas.

Artículo 16.140. — Exámenes. (26 L.P.R.A. § 9284)

A. El Comisionado podrá examinar, por lo menos cada tres (3) años, los asuntos de cualquier organización de servicios de salud limitados y proveedores con los cuales dicha organización mantiene contratos, acuerdos u otros arreglos.

B. Las organizaciones de servicios de salud limitados y proveedores someterán los libros e informes pertinentes y cooperarán por completo con el Comisionado para facilitar los exámenes. Para propósitos de examen, el Comisionado podrá tomar juramento y examinar a los oficiales y agentes de la organización y de los proveedores.

C. Los gastos de un examen bajo este Artículo se impondrán a la organización que se encuentre bajo evaluación y se remitirán al Comisionado.

D. En el caso de una organización de servicios de salud limitados extranjera, el Comisionado podrá aceptar un informe de examen que haya llevado a cabo el Comisionado del estado de domicilio de dicha organización.

Artículo 16.150. — Inversiones. (26 L.P.R.A. § 9285)

Los fondos de una organización de servicios de salud limitados se deberán invertir solamente en valores u otras inversiones permitidas por las leyes de Puerto Rico para la inversión de activos que constituyen la reserva legal de aseguradores de vida o aquellos otros valores o inversiones que el Comisionado pueda permitir.

Artículo 16.160. — Representantes Autorizados. (26 L.P.R.A. § 9286)

A. Ninguna organización de servicios de salud limitados efectuará gestiones de solicitud y suscripción si no es por conducto de un representante autorizado de dicha organización.

B. Las disposiciones sobre licencias, comisiones, requisitos, examen, negocio controlado, fianzas, emplazamiento, libros, documentos e informes del Capítulo 9 del [Código de Seguros de Puerto Rico](#), aplicarán a los intermediarios de las organizaciones de servicios de salud limitados.

Artículo 16.170. — Contratación con proveedores. (26 L.P.R.A. § 9287)

Todo contrato con proveedores para la prestación de servicios de salud limitados a suscriptores deberá incluir los siguientes términos y condiciones:

A. En caso de que la organización de servicios de salud limitados no cumpla con su obligación de pagar a los proveedores por la prestación de servicios a los suscriptores, ya sea por insolvencia, incumplimiento de contrato u otra razón, la responsabilidad de pagar las cantidades adeudadas al proveedor contratado no recaerá en los suscriptores.

B. Ningún proveedor, agente, cesionario o representante de éste podrá instar acción judicial ni de alguna otra forma intentar cobrar de los suscriptores las cantidades que la organización de servicios de salud limitados pueda adeudarle.

C. Estas disposiciones no impiden que se cobren al suscriptor aquellos cargos no cubiertos por la organización de servicios de salud limitados como pudieran ser, entre otros, copagos, deducibles o coaseguros, siempre que así se hubiese pactado en el contrato o póliza entre la organización de servicios de salud limitados y el suscriptor.

D. Las disposiciones establecidas en este Artículo permanecerán vigentes a pesar de que el contrato entre la organización de servicios de salud limitados y el proveedor se cancele, sin tomar en consideración las razones de la cancelación.

E. La cancelación del contrato entre la organización de servicios de salud limitados y el proveedor no eximirá al proveedor de continuar ofreciendo los tratamientos que se estén brindando a un suscriptor para una condición específica, por un periodo que no será mayor de treinta (30) días, sujeto a los mismos copagos y cargos vigentes a la fecha de cancelación de contrato. Este periodo de tiempo aplicará sólo a los casos en donde no se haya establecido mediante legislación federal o estatal un periodo de transición de continuidad de servicios para un suscriptor por razón de cancelación de contrato entre una organización de servicios de salud limitados y un proveedor.

Artículo 16.180. — Protección contra insolvencia; Depósito. (26 L.P.R.A. § 9288)

A. Con excepción de lo aprobado en virtud del inciso D de este Artículo, toda organización de servicios de salud limitados deberá en todo momento mantener un “tangible net equity” mínimo de cincuenta mil dólares (\$50,000) o el dos por ciento (2%) del ingreso anual por concepto de prima de la organización, lo que sea mayor.

B. Para propósitos de este Artículo, “net equity” significa el excedente de los activos totales sobre los pasivos totales, sin incluir los pasivos que se han subordinado de una manera que el Comisionado considere aceptable. “Tangible net equity” significa el capital menos el valor que se le asigne a los activos inmateriales, entre los que se encuentran, pero sin limitarse a éstos: llave del negocio, valor del negocio en marcha, gastos organizacionales, gastos iniciales, pagos preliminares de gastos diferidos a largo plazo, depósitos no reembolsables y las obligaciones de los oficiales, directores, dueños o afiliados, con la excepción de obligaciones a corto plazo de las filiales para costear bienes o servicios que surgen en el transcurso normal de operaciones que son pagaderos bajo los mismos términos con que se pagan las transacciones equivalentes con empresas que no son filiales y las transacciones que no están vencidas.

C.

(1) Como garantía de sus obligaciones, toda organización de servicios de salud limitados depositará con el Comisionado, al momento de autorizarse, la cantidad de seiscientos mil dólares (\$600,000) en activos elegibles, según se dispone en el Artículo 8.020 del [Código de Seguros de Puerto Rico](#).

(2) El depósito se admitirá como activo de la organización de servicios de salud limitados en la determinación del “tangible net equity”.

(3) Todo ingreso por concepto de depósitos constituirá un activo de la organización de servicios de salud limitados. La organización de servicios de salud limitados podrá retirar el depósito o parte del mismo luego de hacer un depósito sustituto de una cantidad o valor equivalente. El Comisionado aprobará todos los valores antes de que se sustituyan.

(4) El depósito se usará para proteger los intereses de los suscriptores y para asegurar la continuación de los servicios a los suscriptores de una organización de servicios de salud limitados que esté en proceso de rehabilitación. Si dicha organización está en sindicatura o liquidación, el depósito se considerará activo sujeto a las disposiciones aplicables al proceso de liquidación.

D. Al recibir una solicitud de una organización de servicios de salud limitados, el Comisionado podrá eliminar el requisito del inciso A de este Artículo, por el periodo de tiempo que estime apropiado, si la organización de servicios de salud limitados tiene un capital neto de por lo menos cinco millones de dólares (\$5,000,000).

Artículo 16.190. — Fianza de fidelidad de los oficiales y empleados. (26 L.P.R.A. § 9289)

A. Toda organización de servicios de salud limitados deberá mantener vigente una fianza de fidelidad a su nombre con respecto a los oficiales y empleados, por una cantidad no menor de \$50,000 o por alguna otra cantidad que disponga el Comisionado.

B. En lugar del requisito de fianza, la organización de servicios de salud limitados podrá depositar con el Comisionado, efectivo, valores u otro tipo de inversión, conforme a lo dispuesto en el Artículo 16.150. Dicho depósito será de igual cantidad que la estipulada para la fianza.

Artículo 16.200. — Informes Anuales. (26 L.P.R.A. § 9290)

A. Toda organización de servicios de salud limitados deberá presentar al Comisionado, en o antes del 31 de marzo de cada año, un estado exacto sobre el año natural precedente, el cual deberá estar certificado por un contador público autorizado y suscrito bajo juramento por dos (2) de sus principales funcionarios.

B. El informe se presentará en los formularios que prescriba el Comisionado e incluirá:

(1) La situación económica de la organización, incluyendo el estado de situación, el estado de ganancias y pérdidas y el estado de fuentes y aplicación de fondos por el año precedente.;

(2) La cantidad de suscriptores que había a principios del año, los suscriptores que había a final del año y la cantidad de suscripciones que se cancelaron durante el año;

(3) Cualquier cambio material en la información sometida en virtud del Artículo 16.040; y

(4) Cualquier otra información relacionada con el desempeño de la organización que el Comisionado considere necesaria para llevar a cabo sus funciones conforme a lo dispuesto en este Capítulo.

C. El Comisionado podrá requerir con mayor frecuencia informes que incluyan información que considere necesaria para llevar a cabo sus funciones conforme a lo dispuesto en este Capítulo.

D. El Comisionado podrá imponer multas hasta un máximo de cien dólares (\$100.00) diarios por cada día de retraso en entregar un informe y podrá revocar el certificado de autoridad de una organización de servicios de salud limitados hasta que dicha organización radique el informe.

Artículo 16.210. — Suspensión o revocación del Certificado de Autoridad. (26 L.P.R.A. § 9291)

A. El Comisionado podrá suspender o revocar el certificado de autoridad emitido a una organización de servicios de salud limitados si considera que existe alguna de las siguientes condiciones:

- (1) La organización de servicios de salud limitados opera en contravención a lo dispuesto en sus documentos constitutivos;
- (2) La organización de servicios de salud limitados emite evidencia de cubierta o utiliza tarifas o cargos que no cumplen con los requisitos de los Artículos 16.090 y 16.100;
- (3) La organización de servicios de salud limitados no puede cumplir con sus obligaciones de proveer servicios de cuidado de la salud limitados;
- (4) La organización de servicios de salud limitados no tiene solidez financiera y se espera que no pueda cumplir con sus obligaciones con los suscriptores o con los posibles suscriptores;
- (5) El “tangible net equity” de la organización de servicios de salud limitados es menor que el que se requiere en el Artículo 16.180 o dicha organización no ha corregido las deficiencias en el “tangible net equity” de la manera en que se lo ha exigido el Comisionado;
- (6) La organización de servicios de salud limitados no ha implementado un procedimiento de querellas, conforme a lo requerido en el Artículo 16.130;
- (7) El continuar operando la organización sería peligroso para los intereses de los suscriptores;
- (8) La organización de servicios de salud limitados ha incumplido con alguna otra disposición de este Código, del [Código de Seguros de Puerto Rico](#), regla, reglamento u orden legal del Comisionado; o
- (9) La organización o cualquier otra persona a su nombre ha publicado o mercadeado sus servicios en una forma engañosa, desleal o mediante falsas representaciones.

B. Si el Comisionado tuviera motivo para creer que existen fundamentos para la suspensión o revocación del certificado de autoridad, deberá enviarle a la organización de servicios de salud limitados una notificación por escrito en la que esboce los fundamentos de la suspensión o revocación y en la que fije una fecha, dentro de treinta (30) días a partir de la emisión de la notificación, para la celebración de una vista.

C. Cuando se revoque el certificado de autoridad a una organización de servicios de salud limitados, ésta procederá inmediatamente a gestionar el cierre de operaciones y no realizará ninguna otra actividad que no sea esencial al cierre de operaciones ordenado. La organización no hará ninguna gestión publicitaria ni de solicitud adicional. El Comisionado podrá permitir, mediante orden escrita, la continuación de las operaciones que entienda respondan a los mejores intereses de los suscriptores, con el fin de que se provea a éstas las mejores oportunidades prácticas para obtener servicios de salud limitados de manera continuada.

Artículo 16.220. — Sanciones adicionales por violaciones. (26 L.P.R.A. § 9292)

Además de la suspensión o revocación del certificado de autoridad o en lugar de dicha sanción, a cualquier organización de servicios de salud limitados que violare una disposición de este Código, del [Código de Seguros de Puerto Rico](#), regla, reglamento u orden legal del Comisionado, podrá imponérsele las sanciones o penalidades prescritas para los aseguradores.

Artículo 16.230. — Rehabilitación o liquidación. (26 L.P.R.A. § 9293)

A. Cualquier rehabilitación o liquidación de las organizaciones de servicios de salud limitados se considerará como la de un asegurador y se conducirá bajo la supervisión del Comisionado en virtud de las disposiciones del [Código de Seguros de Puerto Rico](#) sobre rehabilitación o liquidación. El Comisionado puede solicitar del tribunal una orden para la rehabilitación, liquidación u otro remedio que proceda, o cuando en su opinión el continuar operando la organización sería perjudicial para los suscriptores o para el interés público.

B. La organización de servicios de salud limitados no estará sujeta a las leyes y reglamentos que rigen los fondos de garantía en caso de insolvencia, ni el fondo de garantía tendrá que proveer protección a las personas con derecho de recibir servicios de salud limitados de una organización de servicios de salud limitados.

Artículo 16.240. — Derechos de radicación. (26 L.P.R.A. § 9294)

Toda organización de servicios de salud limitados deberá pagarle al Comisionado los derechos que se establezcan por los siguientes conceptos:

A. La solicitud de certificado de autoridad o una enmienda al mismo;

B. Una modificación material a un servicio de salud limitado o la inclusión de un servicio de salud limitado adicional;

C. Cada informe anual; y

D. Los informes periódicos, conforme a lo dispuesto por el Comisionado.

Artículo 16.250. — Confidencialidad. (26 L.P.R.A. § 9295)

A. Toda información que la organización de servicios de salud limitados obtenga del suscriptor o el proveedor, relacionada con la salud, diagnóstico o tratamiento del suscriptor, se considerará confidencial y no se divulgará a ninguna persona, excepto:

(1) En la medida en que sea necesario para cumplir con lo dispuesto en este Capítulo;

(2) Si el suscriptor o proveedor ha dado su consentimiento expreso, según sea el caso;

(3) En cumplimiento con una ley u orden que disponga que se debe proveer evidencia o para descubrimiento de la misma; o

(4) Si los datos o la información es pertinente para una reclamación o litigación.

B. La organización de servicios de salud limitados tendrá derecho a reclamar los privilegios de ley que aplican al proveedor, en contra de la divulgación de la información relacionada con el diagnóstico, el tratamiento y la salud de un suscriptor o solicitante.

C. Se considerará confidencial también toda información provista al Comisionado que sea secreto comercial, información privilegiada o que forme parte de una investigación.

Artículo 16.260. — Contribuciones. (26 L.P.R.A. § 9296)

Las mismas contribuciones que se estipularen para las organizaciones de servicios de salud serán de aplicación a las organizaciones de servicios de salud limitados. Dichas organizaciones tendrán derecho a las mismas deducciones, reducciones, rebajas y créditos contributivos que las organizaciones de servicios de salud.

CAPÍTULO 18. — VERIFICACIÓN DE CREDENCIALES DE LOS PROFESIONALES O ENTIDADES DE LA SALUD

Artículo 18.010. — Título. (26 L.P.R.A. § 9321)

Este Capítulo se conocerá y podrá citarse como el Capítulo sobre Verificación de Credenciales de los Profesionales o Entidades de la Salud.

Artículo 18.020. — Propósito. (26 L.P.R.A. § 9322)

El propósito de este Capítulo es procurar que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores establezcan un programa abarcador para verificar las credenciales de los profesionales o entidades de la salud con miras a asegurar que aquellos que participan en sus redes de proveedores cumplan con las calificaciones básicas de su profesión o licencia. Las normas dispuestas en este Capítulo rigen la verificación inicial de las credenciales y la revalidación subsiguiente de las mismas.

Artículo 18.030. — Definiciones. (26 L.P.R.A. § 9323)

Para los fines de este Capítulo:

A. “Verificación de credenciales” es el proceso de obtener y verificar información acerca de un profesional o entidades de la salud y evaluar a dicho profesional o entidades de la salud cuando éste solicite convertirse en un proveedor participante de un plan de cuidado coordinado ofrecido por una organización de seguros de salud o asegurador.

B. “Verificación primaria” significa la verificación hecha por la organización de seguros de salud o asegurador de las credenciales del profesional o entidades de la salud, a base de evidencia obtenida directamente de la entidad que emite la credencial.

C. “Verificación secundaria” significa la verificación hecha por la organización de seguros de salud o asegurador acerca de las credenciales de un profesional de la salud, a base de la evidencia obtenida por medios que no fueran el contacto directo con el emisor de la credencial (por ejemplo, copias de los certificados provistos por el profesional de la salud solicitante).

Artículo 18.040. — Aplicabilidad y Alcance. (26 L.P.R.A. § 9324)

Este Capítulo será aplicable a todas las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que ofrecen planes médicos.

Artículo 18.050. — Responsabilidades Generales de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores. (26 L.P.R.A. § 9325)

A. La organización de seguros de salud o asegurador:

(1) Establecerá políticas y procedimientos escritos para la verificación de las credenciales de todos los profesionales o entidades de la salud que contrate y aplicará dichas normas de manera uniforme;

(2) Verificará las credenciales del profesional o entidad de la salud antes de contratarlo. El director médico de la organización de seguros de salud o asegurador, u otro profesional de la salud nombrado para tal propósito, será responsable de la verificación de las credenciales y participará en dicho proceso de verificación;

(3) Establecerá un comité para la verificación de credenciales compuesto por médicos y otros profesionales de la salud licenciados, quienes revisarán la información y documentación que avala las credenciales y tomarán decisiones con respecto a la verificación de las credenciales;

(4) Tendrá todas las políticas y procedimientos para la verificación de credenciales disponibles para el profesional o entidades de la salud solicitante, previa solicitud por escrito;

(5) Retendrá todos los expedientes y documentos relacionados con el proceso de verificación de las credenciales del profesional de la salud durante al menos tres (3) años; y

(6) Mantendrá la confidencialidad de toda información obtenida durante el proceso de verificación de las credenciales, salvo que por ley se disponga lo contrario.

B. No se interpretará que este Capítulo requiere que una organización de seguros de salud o asegurador contrate a un proveedor como participante únicamente porque dicho proveedor cumpla con las normas de credenciales de la organización de seguros de salud o asegurador. Tampoco se interpretará que este Capítulo impide que la organización de seguros de salud o asegurador utilice criterios adicionales para la selección de los profesionales de la salud a quienes vaya a contratar.

Artículo 18.051. — Formulario de Solicitud Uniforme. [Nota: La [Ley 73-2023](#) añadió este Artículo]

(a) El Comisionado requerirá en los procesos de credencialización y re-credencialización de los aseguradores u organizaciones de seguros de salud el uso de un Formulario de Solicitud Uniforme, siguiendo los parámetros adoptados por el Secretario del Departamento de Salud y utilizando los parámetros establecidos en la Sección 7, titulada “Proceso Centralizado de Verificación de Credenciales de Proveedores de Servicios de Salud” del Artículo VI de la [Ley 72-1993, según enmendada](#).

(b) El uso del Formulario de Solicitud Uniforme determinado por el Comisionado al amparo del inciso (a) de este Artículo será mandatorio para los procesos de verificación de credenciales y re-credencialización de cualquier persona natural o jurídica que solicite convertirse en proveedor de servicios de salud bajo contrato de cualquier asegurador u organización de seguros de salud de planes médicos.

(c) Ningún asegurador u organización de seguros de salud u organización de servicios de salud o sus intermediarios podrá requerir que un profesional de la salud o instalación de cuidados de salud solicitante presente información adicional o distinta a la que sea requerida por el Formulario Uniforme de Solicitud establecido conforme este Artículo, salvo que el solicitante continuará presentando los endosos de cubierta médico-hospitalaria que requiera el asegurador u organización de manejo de cuidado de manera independiente.

Artículo 18.052. — Término para la Verificación de las Credenciales. [Nota: La [Ley 73-2023](#) añadió este Artículo]

(a) Todo asegurador u organización de seguros de salud u organización de servicios de salud deberá completar el proceso de verificación de credenciales o re-credencialización del profesional o institución de cuidado de salud solicitante, dentro de treinta (30) días a partir de la fecha de haber

recibido debidamente completado en todas sus partes con la información y documentos requeridos en el Formulario de Solicitud Uniforme.

(b) Dentro de los primeros quince (15) días de la fecha de recibida la solicitud, el asegurador u organización de seguros de salud u organización de servicios de salud notificará al profesional o institución de cuidado de salud solicitante de cualquier defecto, en caso de que se considere que la solicitud no está presentada de manera correcta y completa; especificando cuáles son los defectos encontrados en su solicitud para que la misma sea procesada. El profesional o institución de cuidado de salud tendrá derecho a suplementar o corregir la solicitud, o solicitar reconsideración para controvertir alguna objeción en un término no mayor de treinta (30) días a partir de la notificación al solicitante del defecto encontrado.

(c) Una vez recibida la solicitud, con las debidas correcciones de las objeciones encontradas por el asegurador u organización de seguros de salud u organización de servicios de salud; tendrán un término no mayor de treinta (30) días para corroborar la solicitud y documentos sometidos y le notificará al profesional o institución de cuidado de salud solicitante dentro de dicho término la decisión sobre su solicitud de credencialización o re-credencialización.

(d) Transcurrido el término de treinta (30) días a partir de la fecha de recibida la solicitud sin la solicitud haber sido objetada, se considerará aprobada la acreditación o re-creaditacion del profesional o institución de la salud solicitante.

Artículo 18.053. — Convalidación de Credenciales. [Nota: La [Ley 73-2023](#) añadió este Artículo]

No será necesario que el profesional o entidad debidamente credencializado por el comité central revisor de credenciales del Departamento de Salud se someta nuevamente al proceso de credencialización o re-credencialización de un asegurador u organización de seguros de salud u organización de servicios de salud que suscriba planes médicos en el sector privado, mientras permanezca dicha certificación de credenciales vigente. Será deber del comité central revisor enviar toda la documentación recibida del profesional o entidad debidamente credencializado por el comité central revisor, para que el asegurador u organización de seguros de salud u organización de servicios de salud pueda convalidar la información utilizada por el comité central revisor.

Artículo 18.060. — Responsabilidades de Verificación de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores. (26 L.P.R.A. § 9326)

La organización de seguros de salud o asegurador:

A. Obtendrá una verificación primaria de, cuando menos, la siguiente información acerca del solicitante:

- (1) Licencia, certificado de autorización o registro vigente para ejercer en Puerto Rico;
- (2) Cumplimiento con requisitos de responsabilidad financiera;
- (3) Estado de asociación con algún hospital (si fuera aplicable);
- (4) Certificaciones expedidas por juntas de especialización (si fuera aplicable);
- (5) Certificado de registro vigente con la Agencia de Drogas y Narcóticos (DEA) (si fuera aplicable);
- (6) Graduación de una escuela profesional acreditada; y
- (7) Estudios graduados completados (si fuera aplicable).

B. Obtendrá una verificación primaria o secundaria, a discreción de la organización de seguros de salud o asegurador, de lo siguiente:

- (1) El historial de la licencia del profesional de la salud en Puerto Rico y en otros estados;
- (2) El historial de impericia médica del profesional de la salud; y
- (3) El historial de trabajo del profesional de la salud.

C. Por lo menos cada tres (3) años obtendrá, con respecto al profesional de la salud participante, lo siguiente:

- (1) Licencia, certificado de autorización o registro vigente para ejercer en Puerto Rico;
- (2) Cumplimiento con requisitos de responsabilidad financiera;
- (3) Estado de asociación con algún hospital (si fuera aplicable);
- (4) Certificado de registro vigente con la DEA (si fuera aplicable); y
- (5) Certificaciones expedidas por juntas de especialización (si fuera aplicable).

D. Requerirá que los proveedores participantes notifiquen a la organización de seguros de salud o asegurador todo cambio que ocurra en los renglones indicados en este Artículo e indicará a los proveedores participantes la información de contacto para informar dichos cambios.

Artículo 18.070. — Derecho de los Profesionales de la Salud a Examinar la Información sobre la Verificación de Credenciales. (26 L.P.R.A. § 9327)

Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores ofrecerán a los profesionales o entidades de la salud la oportunidad de examinar y corregir la información presentada en la solicitud de verificación de credenciales, según se dispone a continuación:

A. Todo profesional o entidad de la salud que esté sujeto al proceso de verificación de credenciales tendrá derecho a examinar toda la información, incluida la fuente de ésta, que obtenga la organización de seguros de salud o asegurador durante el proceso de verificación de credenciales.

B. La organización de seguros de salud o asegurador notificará al profesional de la salud toda la información que obtenga que no satisfaga las normas sobre verificación de credenciales establecidas o que varíe de manera significativa de la información provista por el profesional o entidad de la salud. No obstante lo anterior, la organización de seguros de salud o asegurador no tendrá que divulgar la fuente de dicha información, si tal divulgación está prohibida por ley.

C. El profesional o entidad de la salud tendrá derecho a corregir toda información errónea. La organización de seguros de salud o asegurador tendrá un proceso formal mediante el cual los profesionales o entidades de la salud puedan presentar información suplementaria o corregida al comité de verificación de credenciales y solicitar una reconsideración, si el profesional o entidad de la salud entiende que dicho comité ha recibido información incorrecta, engañosa o equívoca. La información suplementaria estará sujeta a confirmación por parte de la organización de seguros de salud o asegurador.

Artículo 18.080. — Contratación. (26 L.P.R.A. § 9328)

Cuando la organización de seguros de salud o asegurador contrate a otra entidad para realizar las funciones de verificación de credenciales que se requieren en este Capítulo, el Comisionado responsabilizará a la organización de seguros de salud o asegurador por la fiscalización de las actividades de la entidad contratada.

CAPÍTULO 20. — EVALUACIÓN Y MEJORA DE CALIDAD EN LAS ORGANIZACIONES DE SEGUROS DE SALUD O ASEGURADORES

Artículo 20.010. — Título. (26 L.P.R.A. § 9351)

Este Capítulo se conocerá y podrá citarse como el Capítulo sobre Evaluación y Mejora de Calidad en las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores.

Artículo 20.020. — Propósito. (26 L.P.R.A. § 9352)

Este Capítulo establece los criterios para la evaluación de calidad y las actividades de mejora de calidad en las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que ofrecen planes de cuidado coordinado. El propósito de establecer estos criterios es posibilitar que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores evalúen, mantengan y mejoren la calidad de los servicios de cuidado de la salud que les proveen a las personas cubiertas o asegurados.

Artículo 20.030. — Definiciones. (26 L.P.R.A. § 9353)

A. “Consumidor” significa una persona del público general que puede ser una persona cubierta o no cubierta, un asegurado o un comprador de servicios de cuidado de la salud, incluidos los patronos.

B. “Evaluación de calidad” significa la medición y estimación de la calidad y los resultados del cuidado médico que se proveen a individuos, grupos o poblaciones.

C. “Mejora de calidad” se refiere al esfuerzo empleado para mejorar los procesos y resultados relacionados con los servicios de cuidado de salud que provee el plan médico.

Artículo 20.040. — Aplicabilidad y Alcance. (26 L.P.R.A. § 9354)

Excepto cuando se especifique lo contrario, este Capítulo aplica a toda organización de seguros de salud o asegurador que ofrezca planes de cuidado coordinado.

Artículo 20.050. — Normas de Evaluación de Calidad. (26 L.P.R.A. § 9355)

Toda organización de seguros de salud o asegurador que provea planes de cuidado coordinado deberá desarrollar y mantener, regularmente y de manera apropiada, los sistemas de infraestructura y divulgación necesarios para medir la calidad de los servicios de cuidado de la salud que presta a las personas cubiertas o asegurados. Lo anterior, según el tipo de plan que ofrece. A tales efectos, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores deberán:

A. Establecer un sistema diseñado para evaluar la calidad de los servicios de cuidado de la salud que se proveen a las personas cubiertas o asegurados. Este sistema será apropiado para los tipos de planes que ofrece la organización de seguros de salud o asegurador.

B. Proveerle de manera oportuna, a las agencias reguladoras correspondientes, incluido el Comisionado, a los proveedores y a los consumidores, los resultados de los programas de evaluación y mejora de calidad, según se dispone en el Artículo 20.080 de este Código;

C. Informarle a las agencias reguladoras correspondientes, incluido el Comisionado, de todo patrón inadecuado que identifique en torno a la forma en que un proveedor presta los servicios de cuidado de la salud y que pudieran causar que la organización de seguros de salud o asegurador cancele o suspenda el contrato con dicho proveedor. La organización de seguros de salud o asegurador no incurrirá en responsabilidad legal por cumplir con el deber que le impone esta disposición; y

D. Radicar ante el Comisionado, en el formato establecido por éste, una descripción del programa de evaluación de calidad, el cual deberá incluir una certificación firmada por un oficial ejecutivo de la organización de seguros de salud o asegurador que acredite que se cumple con los requisitos de este Capítulo.

Artículo 20.060. — Normas de Mejora de Calidad para Planes Cerrados. (26 L.P.R.A. § 9356)

Además de cumplir con los requisitos del Artículo 20.050 de este Código, la organización de seguros de salud o asegurador que provea un plan cerrado, o un plan combinado que tenga algún componente cerrado, deberá desarrollar y mantener estructuras y actividades internas para mejorar la calidad de sus servicios, conforme a lo dispuesto en este Artículo. A tales efectos, la organización de seguros de salud o asegurador deberá:

A. Establecer un sistema interno para identificar oportunidades de mejora a los servicios de cuidado de la salud que se proveen. El sistema deberá estar estructurado de modo que identifique: las prácticas que mejoran los resultados del cuidado de la salud, los patrones de utilización que resultan inadecuados, así como los proveedores que muestren patrones, tanto ejemplares como inadecuados, y los que fomenten el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios;

B. Utilizar los resultados que genere el sistema para colaborar, de manera continua, con los proveedores participantes y otro personal del plan médico para mejorar los servicios de cuidado de la salud que se le proveen a las personas cubiertas o asegurados;

C. Desarrollar y mantener un programa para diseñar, medir, evaluar y mejorar el proceso y los resultados del cuidado de la salud, según lo estipulado en el programa de mejora de calidad que la organización de seguros de salud o asegurador haya radicado ante el Comisionado. Este programa deberá estar dirigido por el personal médico o clínico de la organización de seguros de salud o asegurador, y deberá incluir:

(1) Una declaración de los objetivos, el orden jerárquico y de responsabilidad, las herramientas de evaluación (incluidas las responsabilidades de recopilación de datos), las actividades de mejora de rendimiento y una revisión anual de la efectividad del programa de mejora de calidad;

(2) Un plan de mejora de calidad que describa la forma en que la organización de seguros de salud o asegurador:

(a) Analizará los procesos y los resultados del cuidado de la salud, incluido, y según sea el caso, una revisión detallada de casos individuales para distinguir las causas de la variación;

(b) Identificará los diagnósticos y tratamientos específicos que el programa de mejora de calidad revisará cada año. Para determinar los diagnósticos y tratamientos que se revisarán, la organización de seguros de salud o asegurador deberá tomar en consideración las

prácticas y diagnósticos que afectan o que pudieran poner en riesgo una cantidad considerable de las personas cubiertas o asegurados del plan. Lo anterior no significa que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores tendrán que evaluar cada enfermedad, dolencia o padecimiento que pueda afectar a algún miembro de un plan de cuidado coordinado.

(c) Utilizará una variedad de métodos adecuados para analizar la calidad de los servicios, incluidos los siguientes:

(i) Recopilación y análisis de información sobre la utilización excesiva y la subutilización de los servicios;

(ii) Evaluación de los tratamientos y los resultados del cuidado de la salud;

(iii) Recopilación y análisis de información específica sobre personas cubiertas, asegurados o proveedores, que se haya obtenido de múltiples fuentes como las organizaciones de manejo de utilización, el procesamiento de querellas, entre otras;

(d) Comparará los resultados del programa con el desempeño pasado, según sea apropiado, y según sea aplicable, con las metas internas y las normas externas que haya adoptado la organización de seguros de salud o asegurador;

(e) Medirá el desempeño de los proveedores participantes y llevará a cabo actividades de evaluación por homólogos clínicos (“peer review activities”), tales como:

(i) Identificar prácticas que no cumplan con los estándares de la organización de seguros de salud o asegurador;

(ii) Tomar las medidas adecuadas para corregir las deficiencias;

(iii) Monitorear a los proveedores participantes para determinar si han implementado medidas correctivas; y

(iv) Tomar las medidas adecuadas cuando el proveedor participante no haya implementado las medidas correctivas;

(f) Utilizará los protocolos de tratamiento y los parámetros de la profesión que se hayan desarrollado tomando en consideración datos clínicos adecuados y utilizando las evaluaciones descritas en los incisos (C)(2)(a) y (C)(2)(b) de este Artículo, o utilizará protocolos de tratamiento que se hayan desarrollado con los datos clínicos adecuados; y le proveerá información a los proveedores participantes sobre los protocolos que les permitirán satisfacer las normas que estos protocolos establezcan;

(g) Evaluará el acceso que las personas cubiertas o asegurados tengan a los servicios de cuidado de la salud, a tenor con las normas que se hayan establecido por ley, reglamentación o por el Comisionado. El plan de mejora de calidad describirá la estrategia que utilizará la organización de seguros de salud o asegurador para integrar la política de salud pública con los servicios de salud que ofrecen, incluyendo una descripción de los esfuerzos que dicha organización de seguros de salud o asegurador haya hecho de buena fe para iniciar o mantener la comunicación con las agencias públicas de la salud;

(h) Implementar estrategias de mejoras basadas en las conclusiones de los programas; y

(i) Evaluar, al menos una vez al año, la efectividad de las estrategias implantadas a tenor con el inciso (C)(2)(h) de este Artículo.

D. Asegurará que los proveedores participantes tengan la oportunidad de participar en el desarrollo, implementación y evaluación del sistema de mejora de calidad; y

E. Ofrecerá a las personas cubiertas o asegurados la oportunidad de comentar sobre el proceso de mejora de calidad.

Artículo 20.070. — Auditoría Corporativa. (26 L.P.R.A. § 9357)

El principal director médico o clínico de la organización de seguros de salud o asegurador asumirá la responsabilidad primaria de evaluar la calidad y las actividades de mejora de calidad que realice dicha organización de seguros de salud o asegurador, o que se lleven a cabo en nombre de ésta. También se asegurará de que se cumplan todos los requisitos dispuestos en este Capítulo. El principal director médico o clínico deberá aprobar, por escrito, los programas de evaluación de calidad y los programas de mejora de calidad, según sean aplicables, que se implementen para cumplir con este Capítulo, y deberá revisarlos y reevaluarlos de manera periódica. Al menos dos (2) veces al año, el principal director médico o clínico deberá revisar los informes de evaluación de calidad y las actividades de mejora de calidad. El Comisionado responsabilizará a la organización de seguros de salud o asegurador por las acciones que lleve a cabo el principal director médico o clínico. La organización de seguros de salud o asegurador, también será responsable de cumplir con todos los requisitos establecidos en este Capítulo.

Artículo 20.080. — Requisitos de Radicación de Informes y de Divulgación de Información. (26 L.P.R.A. § 9358)

A. Según se especifica a continuación, toda organización de seguros de salud o asegurador deberá documentar el programa de evaluación de calidad y el programa de mejora de calidad, de haber implementado alguno, y además deberá:

- (1) Incluir un resumen de los programas de evaluación y de mejora de calidad en los documentos de mercadeo;
- (2) Incluir, en la certificación de cubierta o en el manual que se le provee a los nuevos suscriptores del plan, una descripción de los programas de evaluación y de mejora de calidad, así como una declaración de los derechos y responsabilidades del paciente con respecto a estos programas; y
- (3) Suministrar a los proveedores y a las personas cubiertas o asegurados, una (1) vez al año, los resultados de los programas de evaluación y de mejora de calidad. También deberá informarles de cómo ha ido cumpliendo con las metas internas y las normas externas, cuando esta información esté disponible. Los informes incluirán una descripción de la metodología utilizada para evaluar cada área en específico.

B.

- (1) La organización de seguros de salud o asegurador deberá proveerle al Comisionado una certificación anual en la que acredite que los programas de evaluación y de mejora de calidad, así como los materiales que le proporciona a los proveedores y a los consumidores, a tenor con el inciso A de este Artículo, cumplen con los requisitos dispuestos en este Capítulo.
- (2) La organización de seguros de salud o asegurador deberá tener accesible al público, en caso de que así se le solicite y sujeto a un cargo razonable, los materiales certificados a los que se alude en el inciso (B)(1) de este Artículo, excepto los materiales sujetos a confidencialidad, de conformidad con el Artículo 20.090 de este Código, y los materiales que sean propiedad intelectual del plan. La organización de seguros de salud o asegurador deberá conservar todos los materiales certificados por al menos tres (3) años a partir de la fecha en que dicho material

se haya utilizado o hasta que se haya examinado como parte de una evaluación de conducta de mercado, cuál de las dos fechas ocurra primero.

Artículo 20.090. — Confidencialidad. (26 L.P.R.A. § 9359)

A. La información relacionada con el diagnóstico, tratamiento o salud de una persona cubierta o asegurado es confidencial y no se deberá divulgar a ninguna persona, salvo que ello sea necesario para cumplir con lo dispuesto en este Capítulo y según lo permitan las leyes de Puerto Rico y Estados Unidos de Norteamérica; o cuando la persona cubierta o asegurado así lo consienta expresamente; o a tenor con una ley u orden judicial que requiera la producción o descubrimiento de evidencia; o si dicha información está relacionada con una reclamación o querrela entre la persona cubierta o asegurado y la organización de seguros de salud o asegurador. Si la información relacionada con el diagnóstico, tratamiento o salud de una persona cubierta o asegurado, actual o potencial, se divulga cumpliendo con lo dispuesto en este Artículo, la organización de seguros de salud o asegurador no será responsable por ningún otro uso, debido o indebido, de dicha información. La organización de seguros de salud o asegurador tendrá derecho a reclamar aquellos privilegios establecidos por ley que tienen los proveedores en contra de la divulgación.

B. Toda persona que, de buena fe y sin malicia, en su capacidad de miembro, agente o empleado del comité de calidad de una organización de seguros de salud o asegurador, tome alguna decisión o haga alguna recomendación o provea algún expediente, información o asistencia al comité de calidad, a tenor con las actividades de evaluación y de mejora de calidad de la organización de seguros de salud o asegurador, y para fomentar las mismas, no tendrá que responder ante ninguna demanda por daños y perjuicios ni por alguna otra acción judicial como consecuencia de dicha acción; así como tampoco la organización de seguros de salud o asegurador, ni ninguno de sus directores, oficiales, empleados o agentes tendrán que responder por las actividades de dicha persona. Este Artículo no pretende relevar a persona alguna de responsabilidad en cuanto al tratamiento de un paciente.

C.

(1) La información que utilice el comité de calidad y las actas de sus reuniones serán confidenciales y no estarán sujetas a descubrimiento, excepto en las vistas celebradas por el Comisionado. Ningún miembro del comité de calidad o personal que haya asistido o participado de las actividades de evaluación y mejora de calidad podrá ser emplazada para comparecer en calidad de testigo en una vista o procedimiento cuasi judicial, si el emplazamiento está fundamentado únicamente en estas actividades.

D. Para cumplir con las obligaciones dispuestas en este Artículo, la organización de seguros de salud o asegurador tendrá acceso a los expedientes médicos y a otra información relacionada con el diagnóstico, tratamiento y estado de la salud de la persona cubierta o asegurado.

Artículo 20.100. — Contratación. (26 L.P.R.A. § 9360)

Cuando una organización de seguros de salud o asegurador contrate a otra entidad para llevar a cabo los procesos de evaluación y mejora de calidad, el Comisionado responsabilizará a la organización de seguros de salud o asegurador por la supervisión de las actividades que lleve a cabo dicha entidad contratada.

CAPÍTULO 22. — PROCEDIMIENTOS INTERNOS DE QUERELLAS DE LAS ORGANIZACIONES DE SEGUROS DE SALUD O ASEGURADORES

Artículo 22.010. — Título. (26 L.P.R.A. § 9391)

Este Capítulo se conocerá y se podrá citar como el Capítulo sobre Procedimientos Internos de Querellas de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores. En el caso de los planes de patronos privados regidos por la Ley Federal de Seguridad en el Ingreso por Retiro (“*Employee Retirement Income Security Act of 1974*,” conocida como ERISA, por sus siglas en inglés), cualquier disposición de este Capítulo que conflija con alguna ley o reglamento federal aplicable a Puerto Rico en el área de determinaciones adversas, se entenderá enmendada para que armonice con tal ley o reglamento federal.

Artículo 22.020. — Propósito. (26 L.P.R.A. § 9392)

El propósito de este Capítulo es proveer las normas para establecer y mantener los procedimientos que deben seguir las organizaciones de seguros de salud o aseguradores para garantizar que las personas cubiertas o asegurados adquieran una oportuna y adecuada resolución de querellas, como se definen en este Capítulo.

Artículo 22.030. — Definiciones. (26 L.P.R.A. § 9393)

Para los fines de este Capítulo:

A. “Beneficios cubiertos” o “beneficios” significa los servicios de cuidado de la salud a que las personas cubiertas o asegurados tienen derecho conforme al plan médico.

B. “Certificación” significa un documento que contiene la determinación de la organización de seguros de salud o asegurador, o de la organización de revisión de utilización, en el que se expresa que se ha revisado la solicitud de un beneficio a tenor con el plan médico y que, a base de la información provista, el beneficio cumple con los requisitos de la organización de seguros de salud o asegurador en cuanto a la necesidad médica, la idoneidad, el lugar donde se provee el cuidado de la salud, o el nivel o eficacia del cuidado.

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

D. “Determinación adversa” significa:

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

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

(3) La determinación que resulte de una revisión prospectiva o revisión retrospectiva en la que se deniega, reduce, termina o no se paga, parcial o totalmente, el beneficio.

E. “Estabilizado” significa, respecto a una condición médica de emergencia, que no hay probabilidad de que se deteriore la condición del paciente, dentro de las probabilidades médicas razonables, antes de que se pueda transferir al paciente.

F. “Homólogo clínico” significa un médico u otro profesional de la salud que tiene una licencia sin restricciones en un estado de los Estados Unidos o en Puerto Rico, y en la misma especialidad, o especialidad similar, que los médicos o profesionales de la salud que por costumbre atienden la condición, procedimiento o tratamiento que se revisa.

G. “Manejo de casos” significa un conjunto de actividades coordinadas, establecidas por la organización de seguros de salud o asegurador, para el manejo individual de los padecimientos del paciente, sean complejos, prolongados o de otro tipo.

H. “Plan de cuidado coordinado” significa

(1) Un plan médico que requiere o incentiva, incluso económicamente, que las personas cubiertas o asegurados utilicen los proveedores de la organización de seguros de salud o asegurador, o proveedores que son administrados, contratados o empleados por ésta, para que las personas cubiertas o asegurados utilicen dichos servicios.

(2) Los “planes de cuidado coordinado” incluyen:

(a) Los planes cerrados, según se definen en el Artículo 2.020 de este Código; y

(b) Los planes abiertos, según se define en el Artículo 2.020 de este Código.

I. “Organización de revisión de utilización” significa la entidad contratada por una organización de seguros de salud o asegurador para llevar a cabo la revisión de utilización, cuando no sea la organización de seguros de salud o asegurador quien hace la revisión de su propio plan médico. No se interpretará que es requisito para la organización de seguros de salud o asegurador subcontratar una entidad independiente para llevar a cabo los procesos de revisión de utilización.

J. “Plan médico” 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 prepagada, 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 éstos.

K. “Planificación de altas” significa el proceso formal que se lleva a cabo antes de que a un paciente se le dé alta de una instalación, para determinar la coordinación y manejo del cuidado que recibirá dicho paciente luego de que se le haya dado de alta.

L. “Querella” significa una queja escrita o verbal, si la misma conlleva una solicitud de cuidado urgente presentada por una persona cubierta o asegurado, o a nombre de éste, con respecto a:

(1) La disponibilidad, prestación o calidad de los servicios de cuidado de la salud, incluidas las querellas relacionadas con una determinación adversa que resulte de una revisión de utilización;

(2) El pago o manejo de reclamaciones o el reembolso por servicios de cuidado de la salud; o

(3) Asuntos relacionados con la relación contractual entre la persona cubierta o asegurado y la organización de seguros de salud o asegurador.

M. “Red” significa el grupo de proveedores participantes que presta servicios en un plan de cuidado coordinado.

N. “Revisión concurrente” significa la revisión de utilización hecha durante la estadía del paciente en una facilidad, o durante el tratamiento del paciente en la oficina de un profesional de la salud u otro lugar donde se prestan servicios de cuidado de la salud a pacientes reclusos o ambulatorios.

O. “Revisión de servicios ambulatorios” significa la revisión de utilización de servicios de cuidado de la salud prestados en instalaciones que proveen servicios ambulatorios.

P. “Revisión de utilización” significa un conjunto de técnicas formales para supervisar los servicios de cuidado de la salud, procedimientos o lugares donde se prestan dichos servicios, o para evaluar la necesidad médica, idoneidad, eficacia o eficiencia de los mismos. Dichas técnicas podrían incluir la revisión de servicios ambulatorios, la revisión prospectiva, la segunda opinión, la certificación, la revisión concurrente, el manejo de casos, la planificación de altas o la revisión retrospectiva.

Q. “Revisión prospectiva” significa la revisión de utilización antes de que se preste el servicio de cuidado de la salud o el tratamiento al paciente, según el requisito de la organización de seguros de salud o asegurador para que dicho servicio o tratamiento se apruebe, en parte o en su totalidad, antes de que se preste el mismo.

R. “Revisión retrospectiva” significa la revisión de una solicitud de un beneficio que se lleve a cabo luego de que el servicio de cuidado de la salud fue prestado. “Revisión retrospectiva” no incluye la revisión de una reclamación que se limita a la evaluación de la veracidad de la documentación o el uso de los códigos correctos.

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

T. “Solicitud de cuidado urgente” significa

(1) Una solicitud de servicio de cuidado de la salud o tratamiento en la cual el tiempo establecido para hacer una determinación de cuidado no urgente:

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

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

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

Artículo 22.040. Aplicabilidad y Alcance. (26 L.P.R.A. § 9394)

Salvo se especifique en contrario, este Capítulo será aplicable a todas las organizaciones de seguros de salud o aseguradores.

Nada de lo dispuesto en este Capítulo limitará o de forma alguna afectará las facultades legales de la Oficina del Procurador de la Salud, la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica o de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico para iniciar, investigar, procesar o adjudicar querellas, nuevas o pendientes. Nada de lo dispuesto en este Capítulo se entenderá como una enmienda o derogación a las leyes, reglamentos o procedimientos que administra la Oficina del Procurador de la Salud, la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica o la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.

Artículo 22.050. — Requisitos para Reportar Querellas al Comisionado. (26 L.P.R.A. § 9395)

A. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores mantendrán registros escritos para documentar todas las querellas recibidas durante cada año natural (el registro).

B. Las solicitudes de revisión de primer nivel de las querellas relacionadas con una determinación adversa se procesarán según el Artículo 22.070. Las solicitudes de revisión ordinaria de las querellas no relacionadas con una determinación adversa se procesarán según el Artículo 22.080.

C. Las solicitudes de revisión voluntaria adicional de una querella se procesarán según el Artículo 22.090.

D. Para cada querella, el registro contendrá, como mínimo, la siguiente información:

- (1) Una descripción general de la razón o razones por las cuales se presentó la querella;
- (2) La fecha en que se recibió;
- (3) La fecha de cada revisión o, si fuera aplicable, de cada reunión de revisión;
- (4) La decisión/resolución que se emitió en cada nivel de revisión, si fuera aplicable;
- (5) La fecha de la decisión/resolución en cada nivel de revisión, si fuera aplicable; y
- (6) El nombre de la persona cubierta o asegurado querellante.

E. El registro se mantendrá de una manera clara y accesible al Comisionado.

F.

(1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores conservarán el registro recopilado durante el año natural por un periodo de cinco (5) años o hasta que el Comisionado haya emitido el informe final de un examen que incluya una revisión del registro para dicho año natural, cual plazo sea mayor.

(2)

(a) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores presentarán al Comisionado, por lo menos una vez al año, un informe en el formato especificado por el Comisionado.

(b) El informe incluirá lo siguiente para cada uno de los planes médicos que ofrece la organización de seguros de salud o asegurador:

(i) La certificación de cumplimiento que se requiere en el Artículo 22.060 (C);

(ii) La cantidad de personas cubiertas o asegurados;

(iii) La cantidad total de querellas;

(iv) La cantidad de querellas para las cuales una persona cubierta o asegurado solicitó una revisión voluntaria, a tenor con el Artículo 22.090;

- (v) La cantidad de querellas resueltas en cada nivel, si fuera aplicable, y la decisión/resolución;
- (vi) La cantidad de querellas que fueran apeladas al Comisionado de las cuales se ha informado a la organización de seguros de salud o asegurador;
- (vii) La cantidad de querellas referidas a procedimientos alternos de mediación o arbitraje, o que resultaron en litigios; y
- (viii) Una sinopsis de las medidas tomadas para corregir los problemas identificados.

Artículo 22.060. — Procedimientos de Revisión de las Querellas. (26 L.P.R.A. § 9396)

A. Salvo como se especifique en el Artículo 22.100, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores recibirán y resolverán las querellas de las personas cubiertas o asegurados, según los procedimientos descritos en los Artículos 22.070, 22.080 y 22.090.

B. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores radicarán ante el Comisionado una copia de los procedimientos requeridos en el apartado A, incluyendo así todos aquellos formularios usados para procesar las solicitudes hechas. De igual manera, toda modificación sustancial a dichos procedimientos se radicará ante el Comisionado. De no cumplir con las disposiciones de este Capítulo o con las reglamentaciones aplicables, el Comisionado podrá desaprobado la radicación.

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

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

E. La descripción de los procedimientos de querella en los documentos antes mencionados incluirá una declaración del derecho de la persona cubierta o asegurado a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador de la Salud para obtener ayuda en todo momento. La declaración incluirá el número telefónico y la dirección del Comisionado y de la Oficina del Procurador de la Salud.

Artículo 22.070. — Revisión de Primer Nivel de las Querellas Relacionadas con una Determinación Adversa. (26 L.P.R.A. § 9397)

A. A más tardar ciento ochenta (180) días del recibo de la notificación de una determinación adversa, la persona cubierta o asegurado, o su representante personal, podrá radicar una querella ante la organización de seguros de salud o asegurador en la que se solicita una revisión de primer nivel de la determinación adversa.

B. La organización de seguros de salud o asegurador proveerá a la persona cubierta o asegurado el nombre, la dirección y el número telefónico de la persona u organización designada para coordinar la revisión de primer nivel a nombre de la organización de seguros de salud o asegurador.

C.

(1)

(a) Si la querella surge como resultado de una determinación adversa relacionada con una revisión de utilización, la organización de seguros de salud o asegurador designará uno o

varios homólogos clínicos de la misma especialidad, o especialidad similar a los profesionales de la salud que, normalmente manejarían el caso para el cual se hizo dicha determinación adversa. Los homólogos clínicos designados no pueden haber participado en la determinación adversa inicial.

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

(2) Al llevar a cabo una revisión a tenor con este Artículo, los revisores tomarán en cuenta todos los comentarios, documentos y registros, así como cualquier información relacionada a la solicitud de revisión presentada por las personas cubiertas o asegurados, independientemente de que la información se hubiese presentado o considerado al hacer la determinación adversa inicial.

D.

(1)

(a) Las personas cubiertas o asegurados o, si fuera aplicable, sus representantes personales, tienen el derecho de:

(i) Presentar comentarios por escrito, documentos, registros y otros materiales relacionados a la querella objeto de revisión; y

(ii) Recibir de la organización de seguros de salud o asegurador, a solicitud y gratuitamente, acceso a todos los documentos y registros, y a obtener copias de los mismos, así como información pertinente a la querella.

(b) Para los fines del sub inciso (a) (ii), se considerará que los documentos, registros o cualquier información será pertinente para la radicación de la querella de la persona cubierta o asegurado si los mismos:

(i) Fueron usados en la determinación de beneficios;

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

(iii) Demuestran que al hacer la determinación, la organización de seguros de salud o asegurador siguió, de manera uniforme, los mismos procedimientos y garantías administrativas que se siguen con otras personas cubiertas o asegurados en circunstancias similares; o

(iv) Constituyen declaraciones de política o directrices del plan médico relacionadas con el servicio de cuidado de la salud o tratamiento denegado y el diagnóstico de la persona cubierta o asegurado, independientemente de si se tomaron o no en consideración al momento de hacer la determinación adversa inicial.

(2) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores informarán a las personas cubiertas o asegurados o, si fuera aplicable, a sus representantes personales, de los derechos que conforme al inciso (1) le asisten, a más tardar tres (3) días laborables del recibo de la querella.

E. A los fines de calcular los plazos que se establecen en el apartado F para la determinación y notificación, los plazos comenzarán cuando la organización de seguros de salud o asegurador reciba la querella, independientemente de si se acompaña la misma con toda la información necesaria para hacer la determinación. Si la organización de seguros de salud o asegurador entiende que la querella no contiene toda la información necesaria para hacer una determinación, le indicará claramente a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante

personal, las razones por las cuales considera que no puede tramitar la querella, indicando los documentos o información adicional que deberá someter.

F.

(1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores emitirán su determinación y la notificarán por escrito, o por medios electrónicos si la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, su representante personal, ha acordado recibir la notificación por esta vía, dentro de los plazos establecidos en los incisos (2) ó (3).

(2) En relación a una querella en la cual se solicita una revisión de primer nivel de una determinación adversa relacionada con una revisión prospectiva, la organización de seguros de salud o asegurador notificará y emitirá su determinación dentro de un plazo razonable, de acuerdo a la condición médica de la persona cubierta o asegurado, pero nunca más tarde de quince (15) días calendario del recibo de la querella.

(3) Toda querella en la que se solicita una revisión de primer nivel de una determinación adversa relacionada con una revisión retrospectiva, la organización de seguros de salud o asegurador notificará y emitirá su determinación en un plazo razonable, pero nunca más tarde de treinta (30) días calendario del recibo de la querella.

G. La determinación emitida conforme al apartado F expresará de manera comprensible para la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, para su representante personal:

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

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

(3) La determinación de los revisores en términos claros y la base contractual o justificación médica, para que la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, su representante personal, pueda responder a los planteamientos de la organización de seguros de salud o asegurador;

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

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

(a) Las razones específicas de la determinación adversa;

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

(c) Una declaración que haga mención del derecho que tiene la persona cubierta o asegurado tiene derecho a recibir de manera gratuita, a su solicitud, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información pertinente, según se defina el término “pertinente” en el apartado D(1)(b);

(d) Si para formular la determinación adversa la organización de seguros de salud o asegurador se fundamentó en una regla, guía o protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá una copia de dicha regla, guía o protocolo en específico u otro criterio similar en que se fundamentó la determinación adversa, de manera gratuita a solicitud de la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, de su representante personal;

(e) Si la determinación adversa se basa en la necesidad médica o la naturaleza experimental o investigativa del tratamiento, o en una exclusión o limitación similar, una explicación escrita del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, o una declaración de que se proveerá una explicación a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, de manera gratuita, a su solicitud; y

- (f) Si fuera aplicable, instrucciones para solicitar:
 - (i) Una copia de la regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar en que se basó la determinación, según se dispone en el inciso 5 (d); y
 - (ii). Una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, según se dispone en el inciso 5 (e).
- (6) Si fuera aplicable, una declaración en la que se indique:
 - (a) Una descripción del proceso para obtener una revisión voluntaria adicional, si la persona cubierta o asegurado deseara solicitar una revisión voluntaria, conforme al Artículo 22.090;
 - (b) Los procedimientos escritos que rigen la revisión voluntaria, incluyendo los plazos requeridos para la revisión;
 - (c) Una descripción de los procedimientos para obtener una revisión externa independiente, conforme las disposiciones del Capítulo sobre “Revisión Externa de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores” de este Código, si la persona cubierta o asegurado decidiera que no solicitará una revisión voluntaria; y
 - (d) El derecho de la persona cubierta o asegurado a incoar una demanda ante un tribunal competente.
- (7) Si fuera aplicable, y enfatizando el carácter voluntario, la siguiente declaración: “El plan médico y usted podrían tener otras opciones de resolución voluntaria de las controversias, tales como la mediación o el arbitraje. Para determinar las opciones disponibles, comuníquese con el Comisionado de Seguros”; y
- (8) Una notificación del derecho de la persona cubierta o asegurado a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador de la Salud para solicitar ayuda en todo momento, con el número telefónico y la dirección de la Oficina del Comisionado y de la Oficina del Procurador de la Salud.

Artículo 22.080. — Revisiones Ordinarias de Querellas No Relacionadas con una Determinación Adversa. (26 L.P.R.A. § 9398)

A. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores establecerán procedimientos escritos para las revisiones ordinarias de querellas no relacionadas a una determinación adversa.

B.

- (1) Los procedimientos permitirán que la persona cubierta o asegurado, o su representante personal, presente una querella no relacionada a una determinación adversa ante la organización de seguros de salud o asegurador, conforme a las disposiciones de este Artículo.
- (2)
 - (a) La persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, su representante personal, tiene derecho a presentar documentos escritos para la consideración de las personas designadas por la organización de seguros de salud o asegurador para llevar a cabo la revisión ordinaria.
 - (b) La organización de seguros de salud o asegurador informará a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, dentro de tres (3) días laborables del recibo de la querella, los derechos que le asisten, conforme al inciso 2 (a).

C.

(1) Al recibo de la querella, la organización de seguros de salud o asegurador designará una o más personas para realizar la revisión ordinaria.

(2) Para realizar la revisión ordinaria, la organización de seguros de salud o asegurador no designará a la persona que manejó el asunto objeto de la querella.

(3) La organización de seguros de salud o asegurador proveerá a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, el nombre, la dirección y el número telefónico de las personas designadas para realizar la revisión ordinaria de la querella.

D. La organización de seguros de salud o asegurador notificará por escrito su determinación a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, a más tardar los treinta (30) días calendario del recibo de la querella.

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

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

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

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

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

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

(a) Una descripción del proceso para obtener una revisión voluntaria adicional, si la persona cubierta o asegurado deseara solicitar una revisión voluntaria conforme al Artículo 22.090;

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

(6) Una notificación del derecho que asiste a la persona cubierta o asegurado a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador de la Salud para solicitar ayuda en todo momento, con el número telefónico y la dirección de la Oficina del Comisionado y de la Oficina del Procurador de la Salud.

Artículo 22.090. — Nivel Voluntario de Revisiones de Querellas. (26 L.P.R.A. § 9399)

A.

(1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que ofrecen planes de cuidado coordinado establecerán un proceso de revisión voluntaria para sus planes de cuidado coordinado. El propósito de este proceso de revisión voluntaria es proveer a las personas cubiertas o asegurados que estén insatisfechos con la determinación de la revisión de primer nivel hecha conforme al Artículo 22.070, o que estén insatisfechos con la determinación de la revisión ordinaria hecha conforme al Artículo 22.080, la opción de solicitar una revisión voluntaria adicional en la cual tengan el derecho de comparecer ante los representantes designados por la organización de seguros de salud o asegurador.

(2) Este Artículo no será aplicable a los planes de indemnización médica.

B.

(1) Toda organización de seguros de salud o asegurador al que se le requiera conforme a este Artículo que establezca un proceso de revisión voluntaria, proveerá a las personas cubiertas o

asegurados, o a sus representantes personales, una notificación conforme al Artículo 22.070 G (6) o el Artículo 22.080 E (5), según corresponda. Tal notificación será a los efectos de que dichas personas cuentan con la opción de presentar una solicitud de revisión voluntaria adicional.

(2) Al recibo de una solicitud de una revisión voluntaria adicional, la organización de seguros de salud o asegurador notificará a la persona cubierta o asegurado o, si fuere aplicable, a su representante personal, del derecho que tiene la persona cubierta o asegurado a:

(a) Solicitar dentro del plazo especificado en el inciso (3) (a), la oportunidad de comparecer en persona ante el panel de revisión designado por la organización de seguros de salud o asegurador;

(b) Recibir de la organización de seguros de salud o asegurador, a solicitud de la persona cubierta o asegurado, copias de todos los documentos, registros y otra información, que no sea confidencial ni privilegiada, relacionada con la solicitud de revisión voluntaria adicional;

(c) Presentar el caso de la persona cubierta o asegurado ante el panel de revisión;

(d) Presentar comentarios escritos, documentos, registros y otros materiales relacionados con la solicitud de revisión voluntaria adicional para la consideración del panel de revisión, tanto antes como durante la reunión de revisión, si fuera aplicable;

(e) Si fuera aplicable, formular preguntas a los representantes de la organización de seguros de salud o asegurador en el panel de revisión; y

(f) Tener la asistencia o representación de cualquier persona, incluyendo abogado, que escoja la persona cubierta o asegurado.

(3)

(a) Toda persona cubierta o asegurado, o su representante personal, que desee comparecer en persona ante el panel de revisión presentará por escrito a la organización de seguros de salud o asegurador una solicitud a dichos efectos, a más tardar quince (15) días laborables del recibo de la notificación enviada conforme al inciso (2).

(b) No se condicionará el derecho que tiene la persona cubierta o asegurado a una revisión justa, a que ésta comparezca a la reunión de revisión.

C.

(1)

(a) Con respecto a una solicitud de revisión voluntaria adicional de una determinación emitida conforme al Artículo 22.070, la organización de seguros de salud o asegurador nombrará un panel de revisión para considerar la solicitud.

(b) Al realizar la revisión, el panel de revisión tomará en consideración todo comentario, documento, registro y otra información relacionada con la solicitud de revisión voluntaria adicional que presente la persona cubierta o asegurado o su representante personal, independientemente de si la información se presentó o consideró al tomar la determinación en la revisión de primer nivel.

(c) El panel tendrá la autoridad legal para obligar a la organización de seguros de salud o asegurador a cumplir con la determinación de dicho panel. Si transcurren veinte (20) días calendario sin que la organización de seguros de salud o asegurador haya dado cumplimiento a la determinación del panel de revisión, este último tendrá la obligación de notificar dicho hecho al Comisionado.

(2)

(a) Salvo como se dispone en el inciso 2 (b), la mayoría de las personas que compongan el panel de revisión serán personas que no participaron en la revisión de primer nivel realizada conforme al Artículo 22.070.

(b) Una persona que haya participado en la revisión de primer nivel podrá ser miembro del panel o comparecer ante el panel para proveer información o responder a las preguntas del panel.

(c) La organización de seguros de salud o asegurador se asegurará de que las personas que realizan la revisión voluntaria adicional sean profesionales de la salud con la pericia adecuada.

(d) El personal que realiza la revisión voluntaria adicional:

(i) No será un proveedor del plan médico de la persona cubierta o ni

(ii) Tendrá ningún interés económico en el resultado de la revisión.

D.

(1)

(a) Respecto a una solicitud de revisión voluntaria adicional de una determinación emitida conforme al Artículo 22.080, la organización de seguros de salud o asegurador nombrará el panel de revisión para considerar la solicitud.

(b) El panel tendrá la autoridad legal para obligar a la organización de seguros de salud o asegurador a cumplir con su determinación. Si transcurren veinte (20) días calendario sin que la organización de seguros de salud o asegurador haya dado cumplimiento a la determinación del panel de revisión, este último tendrá la obligación de notificar dicho hecho al Comisionado.

(2)

(a) Salvo como se dispone en el inciso 2 (b), la mayoría las personas que componen el panel serán empleados o representantes de la organización de seguros de salud o asegurador que no participaron en la revisión ordinaria realizada conforme al Artículo 22.080.

(b) Un empleado o representante de la organización de seguros de salud o asegurador que haya participado en la revisión ordinaria podrá ser miembro del panel o comparecer ante el panel para proveer información o responder preguntas.

E.

(1)

(a) Cuando una persona cubierta o asegurado o su representante personal solicite, conforme al apartado C o el apartado D, comparecer en persona ante el panel, los procedimientos para realizar la revisión voluntaria adicional se regirán por las disposiciones establecidas a continuación.

(b)

(i) El panel de revisión programará y celebrará una reunión a más tardar los treinta (30) días calendario contados a partir del recibo de la solicitud de revisión voluntaria adicional.

(ii) Con por lo menos quince (15) días calendario de anticipación, se notificará por escrito a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, la fecha en que se llevará a cabo la reunión del panel de revisión.

(iii) La organización de seguros de salud o asegurador no denegará de manera irrazonable una solicitud de la persona cubierta o asegurado o su representante personal para aplazar la revisión.

(c) La reunión de revisión se realizará durante horas laborables normales en un lugar accesible a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal.

(d) Cuando una reunión en persona no sea factible por razones geográficas, la organización de seguros de salud o asegurador ofrecerá a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, la oportunidad de comunicarse con el panel de revisión, mediante llamada telefónica de tipo conferencia, videoconferencia u otra tecnología apropiada, por cuenta de la organización de seguros de salud o asegurador.

(e) Si la organización de seguros de salud o asegurador tiene la intención de estar asistida por su representación legal, notificará este hecho a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, con por lo menos quince (15) días calendario de anticipación a la fecha de la reunión de revisión. Además, le notificará a la persona cubierta o asegurado que puede estar asistida por su propia representación legal.

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

(2) Cuando la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, su representante personal, no solicite la oportunidad de comparecer en persona ante el panel de revisión, dicho panel de revisión emitirá su determinación y notificará la misma, según dispuesto en el apartado F, por escrito o electrónicamente (si se ha acordado recibir la notificación por esta vía), a más tardar los cuarenta y cinco (45) días calendario de la primera de las siguientes fechas:

(a) La fecha en que la persona cubierta o asegurado o su representante personal notifique a la organización de seguros de salud o asegurador que no solicitará la comparecencia en persona ante el panel de revisión; o

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

F. La determinación por escrito emitida conforme al apartado E incluirá:

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

(2) Una declaración de la interpretación que hizo el panel de revisión de la solicitud de revisión voluntaria adicional y todos los hechos pertinentes;

(3) La justificación de la determinación del panel de revisión;

(4) Referencia a la evidencia o documentación que el panel de revisión consideró al tomar la determinación;

(5) Si la solicitud de revisión voluntaria adicional se relaciona con una determinación adversa:

(a) Las instrucciones para solicitar una declaración escrita de la justificación médica, incluidos los criterios de revisión clínica usados al tomar la determinación;

(b) Si fuera aplicable, una declaración en la que se describen los procedimientos para obtener una revisión externa independiente de la determinación adversa a tenor con el Capítulo sobre “Revisión Externa de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores” de este Código; y

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

Artículo 22.100. Revisiones Aceleradas de Querellas Relacionadas con una Determinación Adversa. (26 L.P.R.A. § 9400)

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

B. Los procedimientos permitirán que la persona cubierta o asegurado, o su representante personal, solicite a la organización de seguros de salud o asegurador una revisión acelerada, según se dispone en este Artículo, verbalmente o por escrito.

C. La organización de seguros de salud o asegurador designará para la revisión acelerada homólogos clínicos de la misma especialidad o especialidad similar a la de la persona que normalmente manejaría el caso que se revisa. Dichos homólogos no deben haber participado en la determinación adversa inicial.

D. En una revisión acelerada, toda la información necesaria, incluida la determinación de la organización de seguros de salud o asegurador, se transmitirá entre la organización de seguros de salud o asegurador y la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, su representante personal, por teléfono, fax, o la manera más expedita disponible.

E. La decisión de la revisión acelerada se tomará y se notificará a la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, a su representante personal, conforme al apartado G, con la premura que requiera la condición médica de la persona cubierta o asegurado, pero en ningún caso a más de cuarenta y ocho (48) horas del recibo de la solicitud de revisión acelerada.

F. Para fines de calcular los plazos en que se requiere que se tome la decisión y se notifique conforme al apartado E, el plazo comenzará en la fecha en que se radique la solicitud de revisión acelerada con la organización de seguros de salud o asegurador, independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para tomar la determinación.

G.

(1) La notificación de la decisión detallará lo siguiente, de una manera comprensible para la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, para su representante personal:

(a) Los títulos y credenciales de las personas que participaron en el proceso de revisión acelerada (los revisores);

(b) Una declaración de la interpretación que hicieron los revisores de la solicitud de revisión acelerada;

(c) La determinación de los revisores en términos claros y la base contractual o justificación médica, para que la persona cubierta o asegurado pueda responder a los planteamientos de la organización de seguros de salud o asegurador;

(d) Una referencia a la evidencia o documentación usada como base de la determinación;

y

(e) Si la determinación resulta en una determinación adversa, la misma proveerá:

(i) Las razones específicas de la determinación adversa;

(ii) Una referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;

(iii) Si para formular la determinación adversa la organización de seguros de salud o asegurador se fundamentó en una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá una copia de dicha regla, guía o protocolo u otro criterio similar en que se

fundamentó la determinación adversa, de manera gratuita a la solicitud de la persona cubierta o asegurado;

(iv) Si la determinación adversa se basa en la necesidad médica o la naturaleza experimental o investigativa del tratamiento, o en una exclusión o limitación similar, una explicación escrita del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación;

(v) Si fuera aplicable, instrucciones para solicitar:

(I) Una copia de la regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar en que se basó la determinación adversa, según se dispone en el subinciso (e) (iii) o

(II) Una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, según se dispone en el inciso (e) (iv);

(vi) Una descripción de los procedimientos para obtener una revisión externa independiente conforme a las disposiciones del Capítulo sobre “Revisión Externa de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores” de este Código;

(vii) Una declaración en la que se indica el derecho de la persona cubierta o asegurado a incoar una demanda en el tribunal competente;

(viii) La siguiente declaración, enfatizando el carácter voluntario de los procedimientos: “El plan médico y usted podrían tener otras opciones de resolución voluntaria de las controversias, tal como la mediación o el arbitraje. Para determinar las opciones disponibles, comuníquese con el Comisionado de Seguros”; y

(ix) Una notificación del derecho de la persona cubierta o asegurado a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador de la Salud para solicitar ayuda en todo momento, con el número telefónico y la dirección de la Oficina del Comisionado y de la Oficina del Procurador de la Salud.

(2)

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

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

(3) Nada de lo aquí dispuesto se entenderá que limita la facultad de una organización de seguros de salud o un asegurador para dejar sin efecto una determinación adversa sin observar el procedimiento aquí prescrito.

CAPÍTULO 24. — REVISIÓN DE UTILIZACIÓN Y DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS

Artículo 24.010. — Título. (26 L.P.R.A. § 9421)

Este capítulo se conocerá y podrá citarse como el Capítulo sobre Revisión de Utilización y Determinación de Beneficios.

Artículo 24.020. — Propósito. (26 L.P.R.A. § 9422)

Este Capítulo establece las normas y los criterios que regirán la estructura y funcionamiento de los procesos de revisión de utilización y determinación de beneficios que llevan a cabo las organizaciones de seguros de salud o aseguradores. Su propósito es facilitar la continua evaluación y administración de los servicios de cuidado de la salud que reciben las personas cubiertas o asegurados.

Artículo 24.030. — Definiciones. (26 L.P.R.A. § 9423)

Para los fines de este Capítulo:

A. “Certificación” significa un documento que contiene la determinación de la organización de seguros de salud o asegurador, o de la organización de revisión de utilización, en el que se expresa que se ha revisado la solicitud de un beneficio a tenor con el plan médico y que, a base de la información provista, el beneficio cumple con los requisitos de la organización de seguros de salud o asegurador en cuanto a la necesidad médica, la idoneidad, el lugar donde se provee el servicio de cuidado de la salud, o el nivel o eficacia del servicio o del cuidado.

B. “Condición de salud de emergencia” significa una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente severidad, incluyendo dolor severo, ante la cual una persona lea, razonablemente prudente y con un conocimiento promedio de salud y medicina, puede esperar que, en ausencia de atención médica inmediata, la salud de la persona se colocaría en serio peligro, o resultaría en una seria disfunción de cualquier miembro u órgano del cuerpo o, con respecto a una mujer embarazada que esté sufriendo contracciones, que no haya suficiente tiempo para trasladarla a otras instalaciones antes del parto, o que trasladarla representaría una amenaza a su salud o a la de la criatura por nacer.

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

D. “Determinación adversa” significa:

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

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

(3) La determinación que resulte de una revisión prospectiva o revisión retrospectiva en la que se deniega, reduce, termina o no se paga, parcial o totalmente, el beneficio.

E. “Estabilizado” significa, con respecto a una condición de salud de emergencia, que no hay probabilidad de que se deteriore la condición del paciente, dentro de las probabilidades médicas razonables, antes de que se pueda transferir al paciente.

F. “Homólogo clínico” significa un médico u otro profesional de la salud que tiene una licencia sin restricciones en un estado de los Estados Unidos o en Puerto Rico, y en la misma especialidad, o especialidad similar, que los médicos o profesionales de la salud que por costumbre atienden la condición, procedimiento o tratamiento que se revisa.

G. “Manejo de casos” significa un conjunto de actividades coordinadas, establecidas por la organización de seguros de salud o asegurador, para el manejo individual de los padecimientos del paciente, sean complejos, prolongados o de otro tipo.

H. “Organización de revisión de utilización” significa la entidad contratada por una organización de seguros de salud o asegurador para llevar a cabo la revisión de utilización, cuando no sea la organización de seguros de salud o asegurador quien hace la revisión de su propio plan médico. No se interpretará que es requisito para la organización de seguros de salud o asegurador, subcontratar una entidad independiente para llevar a cabo los procesos de revisión de utilización.

I. “Planificación de altas” significa el proceso formal que se lleva a cabo antes de que a un paciente se le dé de alta de una instalación, para determinar la coordinación y manejo del cuidado que recibirá dicho paciente, luego de que se le haya dado de alta.

J. “Revisión concurrente” significa la revisión de utilización hecha durante la estadía del paciente en una instalación, o durante el tratamiento del paciente en la oficina de un profesional de la salud u otro lugar donde se prestan servicios de cuidado de la salud a pacientes reclusos o ambulatorios.

K. “Revisión de servicios ambulatorios” significa la revisión de utilización de servicios de cuidado de la salud prestados en instalaciones que proveen servicios ambulatorios.

L. “Revisión de utilización” significa un conjunto de técnicas formales para supervisar los servicios de cuidado de la salud, procedimientos o lugares donde se prestan dichos servicios, o para evaluar la necesidad médica, idoneidad, eficacia o eficiencia de los mismos. Dichas técnicas podrían incluir la revisión de servicios ambulatorios, la revisión prospectiva, la segunda opinión, la certificación, la revisión concurrente, el manejo de casos, la planificación de altas o la revisión retrospectiva.

M. “Revisión prospectiva” significa la revisión de utilización, antes de que se preste el servicio de cuidado de la salud o el tratamiento al paciente, según el requisito de la organización de seguros de salud o asegurador para que dicho servicio o tratamiento se apruebe, en parte o en su totalidad, antes de que se preste el mismo.

N. “Revisión retrospectiva” significa la revisión de una solicitud de un beneficio que se lleva a cabo, luego de que el servicio de cuidado de la salud fue prestado. “Revisión retrospectiva” no incluye la revisión de una reclamación que se limita a la evaluación de la veracidad de la documentación o el uso de los códigos correctos.

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

P. “Servicios de emergencia” significa los servicios de cuidado de la salud prestados o que se requieren para tratar una condición de salud de emergencia.

Q. “Solicitud de cuidado urgente”, significa

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

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

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

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

Artículo 24.040. — Aplicabilidad y Alcance. (26 L.P.R.A. § 9424)

Este Capítulo será aplicable a las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que proveen o realizan procedimientos de revisión de utilización. Los requisitos de este Capítulo, también serán aplicables a las personas o entidades designadas por las organizaciones de seguros de salud o aseguradores para realizar dichas funciones, incluyendo a las organizaciones de revisión de utilización que actúan a nombre de una organización de seguros de salud o asegurador.

Artículo 24.050. — Auditoría Corporativa del Programa de Revisión de Utilización. (26 L.P.R.A. § 9425)

Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores serán responsables de fiscalizar todas las actividades de revisión de utilización que se lleven a cabo dentro de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, o a nombre de éstos, y de asegurar que se cumplan los requisitos de este Capítulo y su reglamento correspondiente. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, también garantizarán que haya personal adecuado que tenga la responsabilidad de administrar el programa de revisión de utilización.

Artículo 24.060. — Contratación. (26 L.P.R.A. § 9426)

Cuando una organización de seguros de salud o asegurador contrate una organización de revisión de utilización u otra entidad para llevar a cabo las funciones de revisión de utilización que se requieren en este Capítulo, el Comisionado responsabilizará a la organización de seguros de salud o asegurador por la fiscalización de las actividades de la organización de revisión de utilización o entidad contratada. La organización de seguros de salud o asegurador garantizará que se cumplan los requisitos de este Capítulo y los reglamentos aplicables.

Artículo 24.070. — Alcance y Contenido del Programa de Revisión de Utilización. (26 L.P.R.A. § 9427)

A.

(1) Toda organización de seguros de salud o asegurador que requiera que las solicitudes de beneficios, conforme al plan médico de la persona cubierta o asegurado, sean objeto de una revisión de utilización, implementarán, por escrito, un programa de revisión de utilización en el que se describan todas las actividades y procedimientos de tales revisiones, tanto los que se deleguen como los que no se deleguen, con respecto a:

- (a) Los procedimientos para la radicación de las solicitudes de beneficios;
- (b) La notificación de las determinaciones sobre revisión de utilización y determinaciones de beneficios; y
- (c) Los procesos para la revisión de determinaciones adversas, conforme al [Capítulo 22 de este Código](#).

(2) El documento en el que se describa el programa, incluirá lo siguiente:

- (a) Los procedimientos para evaluar la necesidad de salud, idoneidad, y eficiencia y eficacia de los servicios de cuidado de la salud;
- (b) Las fuentes de datos y criterios de revisión clínica utilizados en el proceso de toma de decisiones;
- (c) Los mecanismos usados para asegurar la aplicación uniforme de los criterios de revisión clínica y de las decisiones compatibles;
- (d) Los procesos de recopilación de datos y métodos analíticos usados para evaluar la utilización de servicios de cuidado de la salud;
- (e) Disposiciones para asegurar la confidencialidad de la información de salud y la propiedad intelectual;
- (f) La estructura organizativa (por ejemplo, comité de revisión de utilización, comité de garantía de calidad u otro tipo de comité), que periódicamente evalúa las actividades de revisión de utilización y responde al cuerpo rector de la organización de seguros de salud o asegurador; y
- (g) El título del puesto de la persona responsable de la operación diaria del programa.

B.

(1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores radicarán con el Comisionado, en el formato que éste disponga, un informe anual que resuma las actividades del programa de revisión de utilización.

(2)

- (a) Además del informe anual que resuma las actividades del programa de revisión de utilización, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores mantendrán, por un término mínimo de seis (6) años, récords de todas las solicitudes de beneficios y reclamaciones y notificaciones relacionadas a los procesos de revisión de utilización.
- (b) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores pondrán a disposición del Comisionado y de otras agencias reguladoras, cuando así se les requiera, los récords mencionados en el apartado (B)(2)(a) de este Artículo.

Artículo 24.080. — Requisitos Operacionales. (26 L.P.R.A. § 9428)

A. En el programa de revisión de utilización se usarán criterios de revisión clínica que estén documentados y fundamentados en evidencia clínica sólida y que sean evaluados periódicamente para asegurar su vigencia. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores podrán desarrollar sus propios criterios de revisión clínica o podrán obtener dichos criterios de un vendedor cualificado y utilizarlos mediante licencia. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores proveerán los criterios de revisión clínica a solicitud del Comisionado y de otras agencias gubernamentales autorizadas.

B. La administración del programa de revisión de utilización estará a cargo de profesionales de la salud cualificados, quienes supervisarán las decisiones que se tomen en el proceso de revisión. Uno o más homólogos clínicos evaluarán la corrección de las determinaciones adversas.

C.

(1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores realizarán la revisión de utilización y emitirán las determinaciones de beneficios de manera expedita, según los requisitos de los Artículos 24.090 y 24.100 de este Código.

(2)

(a) Cuando la organización de seguros de salud o asegurador falle en adherirse estrictamente a los requisitos de los Artículos 24.090 y 24.100 de este Código, podrá considerarse que la persona cubierta o asegurado ha agotado el remedio provisto en este Capítulo y podrá tomar acción ulterior, a tenor con lo que a continuación se dispone en el apartado (C)(2)(b) de este Artículo, independientemente de si la organización de seguros de salud o asegurador alega haber cumplido sustancialmente con los requisitos de los Artículos 24.090 y 24.100 de este Código, o de si alega que la falta cometida fue mínima.

(b)

(i) A tono con lo dispuesto en el apartado (C)(2)(a) de este Artículo, la persona cubierta o asegurado podrá radicar una solicitud de revisión externa a tenor con el Capítulo 28 de este Código.

(ii) Además del proceso de revisión externa dispuesto en el apartado anterior, la persona cubierta o asegurado tendrá derecho a procurar cualquier remedio disponible bajo las leyes de Puerto Rico o las leyes federales, fundamentado en el hecho de que la organización de seguros de salud o asegurador falló en su deber de proveer un proceso interno de revisión razonable, que condujera a una decisión basada en los méritos de la reclamación.

D. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores tendrán un procedimiento para cerciorarse que, al llevar a cabo la revisión de utilización, los revisores apliquen, de manera uniforme, los criterios de revisión clínica.

E. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores evaluarán con regularidad la eficacia y eficiencia de sus programas de revisión de utilización.

F. Los sistemas de procesamiento de datos de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores serán adecuados para las actividades del programa de revisión de utilización y tendrán capacidad para generar informes administrativos que permitan que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores auditen y administren los servicios de cuidado de la salud efectivamente.

G. Si las organizaciones de seguros de salud o aseguradores delegan alguna de las actividades de revisión de utilización a otra entidad, mantendrán un proceso adecuado de supervisión que incluirá:

- (1) Una descripción, por escrito, de las actividades y responsabilidades de la organización de revisión de utilización designada, incluyendo los requisitos para los informes que ésta tendrá que rendir;
- (2) Evidencia de la aprobación formal, por parte de la organización de seguros de salud o asegurador, del programa de revisión de utilización; y
- (3) El proceso mediante el cual las organizaciones de seguros de salud o aseguradores evaluarán el desempeño de la organización de revisión de utilización designada.

H. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores coordinarán el programa de revisión de utilización junto con las otras actividades de administración de servicios médicos que realizan, tales como los programas de garantía de calidad, la verificación de credenciales, la contratación de proveedores, la preparación de informes, los procedimientos para atender las querellas, los procesos para evaluar la satisfacción de las personas cubiertas o asegurados y el manejo de riesgos.

I. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores proveerán mecanismos adecuados para que las personas cubiertas o asegurados, y los proveedores participantes, puedan resolver sus dudas o preguntas con relación al programa de revisión y determinación de beneficios.

J. Al llevar a cabo la revisión de utilización, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores recopilarán únicamente la información necesaria para hacer la revisión, incluyendo la información clínica pertinente.

K.

(1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores se cerciorarán de que los procesos de revisión de utilización y determinación de beneficios se lleven a cabo de una manera que garanticen la independencia de criterio y la imparcialidad de los individuos que tienen a su cargo hacer la revisión de utilización y determinación de beneficios.

(2) Para garantizar la independencia de criterio e imparcialidad de los individuos que tienen a su cargo hacer la revisión de utilización y determinación de beneficios, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores se abstendrán de tomar decisiones respecto a la contratación, compensación, terminación, promoción u otros asunto similares de tales individuos, basadas en la probabilidad de que éstos avalen o confirmen la denegación de beneficios a las personas cubiertas o asegurados.

Artículo 24.090. — Procedimientos para la Revisión de Utilización y Determinación de Beneficios Ordinaria. (26 L.P.R.A. § 9429)

A. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores mantendrán, por escrito, procedimientos para llevar a cabo la revisión de utilización y determinación de beneficios ordinaria, con respecto a las solicitudes de beneficios hechas por las personas cubiertas o asegurados, y para la notificación de sus determinaciones dentro de los plazos que se requieren en este Artículo.

B.

(1)

(a)

(i) En el caso de las determinaciones de revisiones prospectivas, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores harán su determinación y la notificarán a la persona

cubierta o asegurado, independientemente de si se certifica el beneficio o no, dentro del plazo adecuado según la condición de salud de la persona cubierta o asegurado, pero en ningún caso en un plazo mayor de quince (15) días, contados a partir de la fecha en que se recibe la solicitud.

(ii) En caso de que se emita una determinación adversa, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, notificarán dicha determinación como se dispone en el apartado (F) de este Artículo.

(b) El plazo de quince (15) días para hacer la determinación y notificar a la persona cubierta o asegurado se podrá extender o prorrogar una vez por parte de la organización de seguros de salud o asegurador, por un periodo adicional de quince (15) días, siempre y cuando la organización de seguros de salud o asegurador satisfaga los siguientes requisitos:

(i) Determine que la prórroga es necesaria debido a circunstancias fuera del control de la organización de seguros de salud o asegurador; y

(ii) Notifique a la persona cubierta o asegurado, antes del vencimiento del plazo inicial de quince (15) días, las circunstancias que justifican la prórroga y la fecha en que espera hacer la determinación.

(c) Si la prórroga se debe a que la persona cubierta o asegurado no ha presentado información necesaria para que la organización de seguros de salud o asegurador pueda hacer su determinación, la notificación de la prórroga cumplirá con los siguientes requisitos:

(i) Describirá exactamente cuál es la información adicional que se requiere para completar la solicitud; y

(ii) Dispondrá un plazo de por lo menos cuarenta y cinco (45) días, contados a partir de la fecha del recibo de la notificación de prórroga, para que la persona cubierta o asegurado provea la información adicional especificada.

(2)

(a) Cuando las organizaciones de seguros de salud o aseguradores reciban una solicitud de revisión prospectiva que no cumpla con los requisitos para la radicación de solicitudes de beneficios de la organización de seguros de salud o asegurador, le notificarán a la persona cubierta o asegurado de esta deficiencia y proveerán en la notificación información sobre los procedimientos que se deben seguir para radicar la solicitud correctamente.

(b)

(i) La notificación sobre deficiencia en la radicación de la solicitud se proveerá a la brevedad posible, pero en ningún caso en un plazo mayor de cinco (5) días, contados a partir de la fecha de la presentación deficiente.

(ii) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores podrán hacer la notificación sobre deficiencia, verbalmente o por escrito, si así lo solicita la persona cubierta o asegurado.

C.

(1) En el caso de las determinaciones de revisiones concurrentes, si la organización de seguros de salud o asegurador ha certificado previamente el tratamiento en curso por un plazo de tiempo determinado o por determinada cantidad de tratamientos, las siguientes normas serán de aplicación:

(a) Se considerará como una determinación adversa toda reducción o terminación del tratamiento que haga la organización de seguros de salud o asegurador antes de finalizar el

plazo o la cantidad de tratamientos previamente certificados, salvo que la reducción o terminación se deba a una enmienda en los beneficios del plan médico o a la terminación del plan médico; y

(b) La organización de seguros de salud o asegurador notificará, según se dispone en el apartado (F) de este Artículo, la determinación adversa a la persona cubierta o asegurado, con antelación a la reducción o terminación, de modo que la persona cubierta o asegurado pueda presentar una querrela interna a tenor con el [Capítulo 22 de este Código](#) y obtener una determinación con respecto a dicha querrela, antes de que se reduzca o termine el beneficio.

(2) El servicio de cuidado de la salud o tratamiento objeto de la determinación adversa se continuará hasta tanto la organización de seguros de salud o asegurador notifique a la persona cubierta o asegurado la determinación relacionada con la querrela interna hecha conforme al [Capítulo 22 de este Código](#).

D.

(1)

(a) En el caso de las determinaciones de revisiones retrospectivas, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores harán su determinación en un plazo razonable, pero en ningún caso en un plazo mayor de treinta (30) días, contados a partir del recibo de la solicitud.

(b) En caso de que se emita una determinación adversa, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores notificarán dicha determinación como se dispone en el apartado (F) de este Artículo.

(2)

(a) El plazo para hacer la determinación y notificar a la persona cubierta o asegurado se podrá extender o prorrogar una vez por parte de la organización de seguros de salud o asegurador, por un periodo adicional de quince (15) días, siempre y cuando la organización de seguros de salud o asegurador satisfaga los siguientes requisitos:

(i) Determine que la prórroga es necesaria debido a circunstancias fuera del control de la organización de seguros de salud o asegurador; y

(ii) Notifique a la persona cubierta o asegurado, antes del vencimiento del plazo inicial de treinta (30) días calendario, las circunstancias que justifican la prórroga y la fecha en que espera hacer la determinación.

(b) Si la prórroga se debe a que la persona cubierta o asegurado no ha presentado información necesaria que la organización de seguros de salud o asegurador pueda hacer su determinación, la notificación de la prórroga cumplirá con los siguientes requisitos:

(i) Describirá exactamente cuál es la información adicional que se requiere para completar la solicitud; y

(ii) Dispondrá un plazo de por lo menos cuarenta y cinco (45) días, contados a partir de la fecha del recibo de la notificación de prórroga, para que la persona cubierta o asegurado provea la información adicional especificada.

E.

(1) A los fines de calcular los plazos en que se requiere que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores tomen sus determinaciones, conforme a los apartados (B) y (D) de este Artículo, el plazo comenzará en la fecha en que la organización de seguros de salud o asegurador reciba la solicitud conforme a los procedimientos de radicación que haya

establecido a tenor con el Artículo 24.070 de este Código, independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para tomar la determinación.

(2)

(a) Si se extiende el plazo debido a que la persona cubierta o asegurado no presentó toda la información necesaria para hacer la determinación, el plazo aplicable se interrumpirá a partir de la fecha en que la organización de seguros de salud o asegurador envíe la notificación de prórroga a la persona cubierta o asegurado, hasta la que ocurra primero de entre las siguientes fechas:

(i) La fecha en que la persona cubierta o asegurado responda a la solicitud de información adicional especificada; o

(ii) La fecha para la cual se debiera haber presentado la información adicional especificada.

(b) Si la persona cubierta o asegurado no presenta la información adicional especificada antes de vencer la prórroga, la organización de seguros de salud o asegurador podrá denegar la certificación del beneficio solicitado.

F.

(1) Si a raíz de los procesos de revisión de utilización y determinación de beneficios la organización de seguros de salud o asegurador emitiera una determinación adversa, la notificación de dicha determinación adversa expondrá, de manera comprensible a la persona cubierta o asegurado, lo siguiente:

(a) Información suficiente que permita identificar el beneficio solicitado o la reclamación hecha, incluyendo los datos que sean aplicables entre los siguientes: la fecha del servicio; el proveedor; la cuantía de la reclamación; el código de diagnóstico y su significado; y el código de tratamiento y su significado;

(b) Las razones específicas de la determinación adversa, incluyendo el código de denegación y su significado, así como una descripción de los estándares, si alguno, utilizados en la denegación del beneficio o reclamación;

(c) Una referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;

(d) Una descripción de todo material o información adicional que se necesite para que la persona cubierta o asegurado pueda completar la solicitud, incluida una explicación de por qué dicho material o información es necesario;

(e) Una descripción de los procedimientos internos de querrelas de la organización de seguros de salud o asegurador, establecidos a tenor con el [Capítulo 22 de este Código](#), incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos;

(f) Si para formular la determinación adversa la organización de seguros de salud o asegurador se fundamentó en una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá, libre de costo, a la persona cubierta o asegurado una copia de dicha regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar;

(g) Si la determinación adversa se basó en el juicio sobre la necesidad médica del servicio o tratamiento, en la naturaleza experimental o investigativa del mismo o en una exclusión o límite similar, la notificación incluirá una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, y al aplicar los términos del plan médico a las circunstancias de la persona cubierta o asegurado; y

(h) Una explicación del derecho de la persona cubierta o asegurado a comunicarse, según corresponda, con la oficina del Comisionado o con la Oficina del Procurador del Paciente para pedir ayuda en cualquier momento y sobre el derecho a incoar una demanda ante un tribunal competente cuando termine el proceso interno de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador. Deberá incluirse la información de contacto de la Oficina del Comisionado y del Procurador de la Salud.

(2) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores proveerán la notificación que se requiere en este Artículo, de una manera adecuada, tanto cultural como lingüísticamente, según lo requiera la ley federal.

Artículo 24.100. — Procedimientos para la Revisión Acelerada de Utilización y Determinación de Beneficios. (26 L.P.R.A. § 9430)

A.

(1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores establecerán, por escrito, procedimientos para la revisión acelerada de utilización y determinación de beneficios, y para notificar a las personas cubiertas o asegurados sus determinaciones respecto a las solicitudes de cuidado urgente.

(2)

(a) Como parte de los procedimientos que se requieren en el apartado (A)(1) de este Artículo, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores dispondrán que, si la persona cubierta o asegurado no sigue los procedimientos de radicación para una solicitud de cuidado urgente, la organización de seguros de salud o asegurador deberá notificarle dicha deficiencia y los procedimientos que se deben seguir para radicar la solicitud correctamente.

(b) La notificación sobre deficiencia en la radicación de una solicitud de cuidado urgente:

(i) Se proveerá a la persona cubierta o asegurado a la brevedad posible, pero en ningún caso en un término mayor de veinticuatro (24) horas, contadas a partir del recibo de la solicitud; y

(ii) Podrá ser verbal, a menos que la persona cubierta o asegurado solicite la notificación por escrito.

B.

(1)

(a) En el caso de una solicitud de cuidado urgente, la organización de seguros de salud o asegurador notificará a la persona cubierta o asegurado su determinación, sea o no una determinación adversa, a la brevedad posible, tomando en cuenta la condición de salud de la persona cubierta o asegurado, pero en ningún caso en un término mayor de veinticuatro (24) horas contadas a partir del recibo de la solicitud, salvo que la persona cubierta o asegurado no haya provisto suficiente información para que la organización de seguros de salud o asegurador pueda determinar si los beneficios solicitados son beneficios cubiertos y pagaderos a tenor con el plan médico.

(b) En caso de que se emita una determinación adversa, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores notificarán dicha determinación como se dispone en el apartado (E) de este Artículo.

(2)

(a) Si la persona cubierta o asegurado no ha provisto suficiente información para que la organización de seguros de salud o asegurador pueda tomar una determinación, la organización de seguros de salud o asegurador notificará la deficiencia a la persona cubierta o asegurado, ya sea verbalmente o, si la persona cubierta o asegurado así lo solicita, por escrito, y le indicará la información específica que se necesita, a la brevedad posible, pero en ningún caso en un término mayor de veinticuatro (24) horas, contadas a partir del recibo de la solicitud.

(b) La organización de seguros de salud o asegurador proveerá a la persona cubierta o asegurado un plazo razonable para presentar la información adicional especificada, pero en ningún caso dicho plazo será menor de cuarenta y ocho (48) horas, contadas a partir de la notificación de la deficiencia.

(c) La organización de seguros de salud o asegurador notificará a la persona cubierta o asegurado su determinación respecto a la solicitud de cuidado urgente a la brevedad posible, pero en ningún caso en un término mayor de cuarenta y ocho (48) horas, contadas a partir de lo que ocurra primero entre lo siguiente:

(i) La fecha del recibo, por parte de la organización de seguros de salud o asegurador, de la información adicional especificada; o

(ii) La fecha en que vence el plazo otorgado para que la persona cubierta o asegurado presentara la información adicional especificada.

(d) Si la persona cubierta o asegurado no presenta la información adicional especificada en el término concedido, la organización de seguros de salud o asegurador podrá denegar la certificación del beneficio solicitado.

(e) En caso de que se emita una determinación adversa, la organización de seguros de salud o asegurador notificará dicha determinación como se dispone en el apartado (E) de este Artículo.

C.

(1) En el caso de solicitudes de revisión concurrente de cuidado urgente en las que la persona cubierta o asegurado pide que se extienda el tratamiento más allá del plazo originalmente aprobado o de la cantidad de tratamientos previamente aprobados, si la solicitud se hace por lo menos veinticuatro (24) horas antes del vencimiento del plazo original o de cumplirse la cantidad de tratamientos previamente aprobados, la organización de seguros de salud o asegurador hará su determinación respecto a la solicitud y la notificará a la persona cubierta o asegurado a la brevedad posible, teniendo en consideración la condición de salud de la persona cubierta o asegurado, pero en ningún caso en un término mayor de veinticuatro (24) horas, contadas a partir del recibo de la solicitud.

D. A los fines de calcular los plazos en que se requiere que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores tomen sus determinaciones, conforme a los apartados (B) y (C) de este Artículo, el plazo comenzará en la fecha en que la organización de seguros de salud o asegurador reciba la solicitud conforme a los procedimientos para la radicación de solicitudes que haya establecido a tenor con el Artículo 24.070 de este Código, independientemente de si la radicación incluye toda la información requerida para tomar la determinación.

E.

(1) Si a raíz de los procesos de revisión de utilización y determinación de beneficios, la organización de seguros de salud o asegurador emitiera una determinación adversa, la

notificación de dicha determinación adversa expondrá, de manera comprensible a la persona cubierta o asegurado, lo siguiente:

- (a) Información suficiente que permita identificar el beneficio solicitado o la reclamación hecha, incluyendo los datos que sean aplicables entre los siguientes: la fecha del servicio; el proveedor; la cuantía de la reclamación; el código de diagnóstico y su significado; y el código de tratamiento y su significado;
- (b) Las razones específicas de la determinación adversa, incluyendo el código de denegación y su significado, así como una descripción de los estándares, si alguno, utilizados en la denegación del beneficio o reclamación;
- (c) Una referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación;
- (d) Una descripción de todo material o información adicional que se necesite para que la persona cubierta o asegurado pueda completar la solicitud, incluyendo una explicación de por qué dicho material o información es necesaria;
- (e) Una descripción de los procedimientos internos de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador, establecidos a tenor con el [Capítulo 22 de este Código](#), incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos;
- (f) Una descripción de los procedimientos internos de revisión acelerada de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador, establecidos a tenor con el Artículo 22.100 de este Código, incluyendo los plazos aplicables a dichos procedimientos;
- (g) Si para formular la determinación adversa la organización de seguros de salud o asegurador se fundamentó en una regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, se proveerá, libre de costo, a la persona cubierta o asegurado una copia de dicha regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar;
- (h) Si la determinación adversa se basa en el juicio sobre la necesidad médica del servicio o tratamiento, en la naturaleza experimental o investigativa del mismo o en una exclusión o límite similar, la notificación incluirá una explicación del razonamiento científico o clínico seguido al hacer la determinación, y al aplicar los términos del plan médico a las circunstancias de la persona cubierta o asegurado;
- (i) Una explicación del derecho de la persona cubierta o asegurado a comunicarse, según corresponda, con la oficina del Comisionado o con la oficina del Procurador de la Salud para pedir ayuda en cualquier momento y sobre el derecho a incoar una demanda ante un tribunal competente cuando termine el proceso interno de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador. Deberá incluirse la información de contacto de la oficina del Comisionado y del Procurador de la Salud.

(2) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores proveerán la notificación que se requiere en este Artículo de una manera adecuada, tanto cultural como lingüísticamente, según lo requiera la ley federal.

Artículo 24.110. — Servicios de Emergencia. (26 L.P.R.A. § 9431)

A. Al llevar a cabo revisiones de utilización o al hacer determinaciones de beneficios con respecto a servicios de emergencia, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores seguirán las disposiciones de este Artículo.

B. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores cubrirán los servicios de emergencia necesarios para el cernimiento y estabilización de la persona cubierta o asegurado, de conformidad con las siguientes normas:

(1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores no requerirán obtener autorización previa para los servicios de emergencia descritos en el apartado (B) anterior, aun cuando dichos servicios de emergencia hayan sido provistos por un proveedor que no forme parte de la red de proveedores de la organización de seguros de salud o asegurador (en adelante denominado “proveedor no participante”);

(2) Si los servicios de emergencia fueron provistos por un proveedor no participante, no se impondrán requisitos administrativos ni limitaciones de cubierta que resulten más restrictivos que los requisitos o limitaciones aplicables a los proveedores participantes cuando prestan los mismos servicios de emergencia;

C.

(1) Si los servicios de emergencia son provistos por un proveedor participante, dichos servicios estarán sujetos a los copagos, coaseguros y deducibles aplicables.

(2)

(a) Si los servicios de emergencia fueron provistos por un proveedor no participante, dichos servicios estarán sujetos a los mismos copagos, coaseguros y deducibles que aplicarían de haber sido provistos por un proveedor participante.

(b) La persona cubierta o asegurado no podrá ser requerida a pagar, cantidad alguna en exceso de los copagos, coaseguros y deducibles aplicables conforme el apartado anterior.

(c) Se considerará que una organización de seguros de salud o asegurador ha cumplido con los requerimientos de pago de este Artículo, si paga por los servicios de emergencia provistos por un proveedor no participante, una tarifa no menor que la que resulte mayor de las siguientes cantidades:

(i) La tarifa negociada con los proveedores participantes para tales servicios de emergencia, excluyendo los copagos o coaseguros que debe pagar la persona cubierta o asegurado;

(ii) La tarifa atribuible al servicio de emergencia provisto, calculada según el método que la organización de seguros de salud o asegurador utilice para determinar los pagos a los proveedores no participantes, pero utilizando los copagos, coaseguros y deducibles aplicables a los proveedores participantes por los mismos servicios, en lugar de los copagos, coaseguros y deducibles de los proveedores no participantes;

(iii) La tarifa que se pagaría bajo Medicare por el servicio de emergencia provisto, excluyendo cualquier requisito de copago o coaseguro aplicable a los proveedores participantes.

(d)

(i) En el caso de planes médicos que paguen sobre una base per cápita o cualquier otro método en el que no haya fijada una tarifa por servicio para los proveedores participantes, el apartado (C)(2)(c)(i) de este Artículo no será de aplicación.

(ii) Si el plan médico tiene negociada más de una tarifa para determinado servicio de emergencia provisto por los proveedores participantes, la cantidad a la que se refiere el apartado (C)(2)(c)(i) de este Artículo sería la mediana de dichas tarifas negociadas.

(3)

(a) Cualquier requisito de compartir costos (“cost-sharing”) que no sea copago o coaseguro, como pudiera ser un deducible, podrá ser impuesto a los servicios de emergencia provistos por los proveedores no participantes en la medida en que tales requisitos sean generalmente aplicables a otros servicios provistos por proveedores no participantes.

(b) Un deducible podrá ser impuesto respecto a los servicios de emergencia provistos por proveedores no participantes sólo como parte de los deducibles que generalmente apliquen a los beneficios o servicios provistos por proveedores no participantes.

D. Para facilitar la revisión de los servicios post evaluación o post estabilización que las personas cubiertas o asegurados pudieran requerir de inmediato, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores deberán proveer acceso a un representante designado las veinticuatro (24) horas al día, los siete (7) días de la semana.

Artículo 24.120. — Requisitos de Confidencialidad. (26 L.P.R.A. § 9432)

Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores entregarán anualmente al Comisionado una certificación acreditando que sus programas de revisión de utilización cumplen con todas las leyes estatales y federales que establecen los requisitos de confidencialidad de la información de salud.

Artículo 24.130. — Requisitos de Divulgación. (26 L.P.R.A. § 9433)

A. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores incluirán una descripción clara y detallada de sus procedimientos de revisión de utilización y determinación de beneficios en las certificaciones de cubierta o manuales del suscriptor que se proveen a las personas cubiertas o asegurados. La descripción incluirá los procedimientos para obtener una revisión de las determinaciones adversas y una declaración de los derechos y responsabilidades de las personas cubiertas o asegurados con respecto a dichos procedimientos.

B. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores incluirán un resumen de sus procedimientos de revisión de utilización y determinación de beneficios en los materiales que entreguen a las potenciales personas cubiertas o asegurados.

C. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores imprimirán, en la tarjeta del plan médico de la persona cubierta o asegurado, un número telefónico gratuito al que se pueda llamar para obtener información sobre las determinaciones de los procedimientos de revisión de utilización y determinación de beneficios.

Artículo 24.140. — Reglamentación. (26 L.P.R.A. § 9434)

El Comisionado podrá promulgar la reglamentación que estime necesaria para llevar a cabo los propósitos de este Capítulo.

CAPÍTULO 26. — SUFICIENCIA DE LAS REDES DE PROVEEDORES PARA PLANES DE CUIDADO COORDINADO

Artículo 26.010. — Título. (26 L.P.R.A. § 9461)

Este Capítulo se conocerá y podrá citarse como el Capítulo sobre Suficiencia de las Redes de Proveedores para Planes de Cuidado Coordinado.

Artículo 26.020. — Propósito. (26 L.P.R.A. § 9462)

El propósito e intención de este Capítulo consiste en establecer los criterios que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores deben seguir para la creación y mantenimiento de redes de proveedores, para asegurar que los servicios de cuidado de la salud que se ofrecen, conforme a los planes de cuidado coordinado, sean adecuados, accesibles y de calidad. Se establecen requisitos para los contratos entre organizaciones de seguros de salud o aseguradores que ofrecen los planes de cuidado coordinado y los proveedores participantes, particularmente con respecto a los criterios, términos y disposiciones conforme a los cuales el proveedor participante prestará servicios a las personas cubiertas o asegurados.

Artículo 26.030. — Definiciones. (26 L.P.R.A. § 9463)

Para fines de este Capítulo:

A. “Intermediario” significa una persona autorizada a negociar y otorgar contratos con las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, a nombre de los proveedores individuales o de las redes de proveedores cuidado de salud.

B. “Proveedor de cuidado primario” significa el proveedor participante que tiene a su cargo la supervisión, coordinación y suministro del cuidado inicial o de seguimiento a las personas cubiertas o asegurados. Además, la organización de seguros de salud o asegurador puede requerir que el proveedor de cuidado primario inicie los trámites de referido para cuidado especializado y continúe supervisando los servicios de cuidado de la salud ofrecidos a la persona cubierta o asegurado.

C. “Red” significa el grupo de proveedores participantes que presta servicios a un plan de cuidado coordinado.

Artículo 26.040. — Aplicabilidad y Alcance. (26 L.P.R.A. § 9464)

Este Capítulo será aplicable a toda organización de seguros de salud o asegurador que ofrezca planes de cuidado coordinado.

Artículo 26.050. — Creación de Redes Adecuadas. (26 L.P.R.A. § 9465)

A. Toda organización de seguros de salud o asegurador que ofrezca planes de cuidado coordinado deberá mantener una red compuesta por una cantidad y variedad suficiente de proveedores, de modo que pueda garantizar que todos los servicios para las personas cubiertas o asegurados permanezcan accesibles sin demora irrazonable.

B. Las personas cubiertas o asegurados deberán tener acceso a los servicios de emergencia las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días a la semana.

C. La suficiencia de proveedores se determinará conforme a los requisitos establecidos en este Artículo y podrá establecerse, por referencia, a todo tipo de criterio razonable que utilice la organización de seguros de salud o asegurador, los cuales incluyen, entre otros, los siguientes: el promedio de personas cubiertas o asegurados atendidos por cada especialidad médica; el promedio de personas cubiertas o asegurados atendidos por el proveedor de cuidado primario; acceso por zona geográfica; tiempo de espera para citas con proveedores participantes; horas de operación y el volumen de servicios tecnológicos y especializados que estén disponibles para satisfacer las necesidades de las personas cubiertas o asegurados que requieran cuidado tecnológico avanzado o cuidado especializado.

(1) En caso de que una organización de seguros de salud o asegurador no tenga una cantidad o variedad suficiente de proveedores participantes para proveer un beneficio cubierto, dicha organización de seguros de salud o asegurador deberá garantizar que las personas cubiertas o asegurados obtengan los beneficios cubiertos al mismo costo que hubieran incurrido si hubiesen obtenido el servicio de proveedores participantes.

(2) La organización de seguros de salud o asegurador deberá establecer y mantener arreglos adecuados para garantizar que existan proveedores participantes a una distancia razonable del lugar de trabajo o residencia de las personas cubiertas o asegurados. Para determinar si una organización de seguros de salud o asegurador ha cumplido con esta disposición, el Comisionado deberá sopesar la disponibilidad relativa de los proveedores en el área de servicio que se está considerando.

(3) La organización de seguros de salud o asegurador deberá mantenerse al tanto de la habilidad, capacidad clínica, capacidad financiera y autoridad legal de sus proveedores para constatar que estén proveyéndoles a las personas cubiertas o asegurados todos los beneficios dispuestos en sus contratos.

B. A partir de la vigencia de este Capítulo, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores radicarán ante el Comisionado un plan de acceso que cumpla con los requisitos dispuestos en este Capítulo para cada uno de los planes de cuidado coordinado que se ofrezcan en Puerto Rico. Los planes de acceso de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores deberán estar accesibles en sus respectivas instalaciones comerciales y deberá proveerse copia de éstos a toda persona interesada que lo solicite. La organización de seguros de salud o asegurador deberá preparar un plan de acceso antes de ofrecer un plan de cuidado coordinado nuevo y deberá actualizar el plan de acceso existente cada vez que haga algún cambio sustancial a un plan de cuidado coordinado existente. El plan de acceso deberá describir o incluir al menos la siguiente información:

(1) La red de la organización de seguros de salud o asegurador;

(2) Los procedimientos que la organización de seguros de salud o asegurador haya estipulado para realizar referidos dentro y fuera de la red;

(3) El procedimiento que utilizará la organización de seguros de salud o asegurador para mantenerse al tanto y garantizar la suficiencia de la red, de modo que satisfaga las necesidades de la población que está suscrita a los planes de cuidado coordinado;

(4) Los esfuerzos que la organización de seguros de salud o asegurador realizará para atender las necesidades de las personas cubiertas o asegurados que tengan un conocimiento limitado o que no sepan leer o escribir, las de trasfondos culturales y étnicos diferentes y las que tengan limitaciones físicas o mentales.

- (5) Los métodos que la organización de seguros de salud o asegurador utilizará para evaluar las necesidades de cuidado de la salud de las personas cubiertas o asegurados y la forma de satisfacerlas.
- (6) El método que la organización de seguros de salud o asegurador utilizará para informarle a las personas cubiertas o asegurados de los servicios y ofrecimientos, incluido, pero sin limitarse a: los procedimientos para presentar querellas, el proceso para escoger y cambiar proveedores y los procedimientos para obtener cuidado de emergencia y cuidado especializado;
- (7) El sistema que la organización de seguros de salud o asegurador utilizará para garantizar la coordinación y continuidad del cuidado de la salud de las personas cubiertas o asegurados que se refieran a médicos especialistas, que utilicen servicios complementarios, incluidos los servicios sociales y otros recursos comunitarios, y para garantizar que la planificación de las altas sea adecuada;
- (8) El proceso que utilizará la organización de seguros de salud o asegurador para que las personas cubiertas o asegurados puedan cambiar de proveedores de cuidado primario;
- (9) El plan que la organización de seguros de salud o asegurador propone para garantizar la continuación de los servicios de cuidado de la salud en caso de que ocurra una cancelación del contrato entre la organización de seguros de salud o asegurador y alguno de sus proveedores participantes; o en caso de que la organización de seguros de salud o asegurador advenga insolvente o incapaz, por algún otro motivo, de continuar operaciones. La descripción deberá ser cónsona con la [Ley 194-2000, según enmendada, conocida como “Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente”](#), y deberá explicar la forma en que se notificará a las personas cubiertas o asegurados sobre la cancelación del contrato, la insolvencia de la organización de seguros de salud o asegurador o la cesación de operaciones, según sea el caso, así como la forma en que las personas cubiertas o asegurados se transferirán a otros proveedores de manera oportuna; y
- (10) Toda otra información que el Comisionado requiera para determinar el cumplimiento con las disposiciones de este Capítulo.

Artículo 26.060. — Requisitos para las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores y los Proveedores Participantes. (26 L.P.R.A. § 9466)

Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que ofrezcan planes de cuidado coordinado deberán satisfacer todos los requisitos siguientes:

- A. La organización de seguros de salud o asegurador deberá establecer un mecanismo mediante el cual se les notifique recurrentemente a los proveedores participantes los servicios de cuidado de la salud específicos por los cuales dichos proveedores participantes serán responsables, incluida toda limitación o condición para prestar dichos servicios.
- B. Todo contrato entre una organización de seguros de salud o asegurador y un proveedor participante deberá incluir una cláusula de relevo de responsabilidad (“hold harmless provision”) fundamentalmente similar a la siguiente:

“Bajo ninguna circunstancia, incluidas, entre otras, la falta de pago a los proveedores, la insolvencia de la organización de seguros de salud o asegurador, o el incumplimiento de este contrato, el proveedor facturará, cobrará o recaudará de la persona cubierta o asegurado cantidad alguna por servicios que se hayan provisto conforme a lo dispuesto en este contrato,

ni iniciará ninguna acción judicial en contra de dicha persona cubierta o asegurado. Disponiéndose, que esta cláusula no le prohíbe al proveedor cobrar a la persona cubierta o asegurado el coaseguro, deducible o copago que corresponda, conforme lo establecido en la póliza o evidencia de cubierta, ni los servicios no cubiertos que se le hayan ofrecido a las personas cubiertas o asegurados en la modalidad de “pago por servicio”. Con excepción a lo aquí dispuesto, este contrato no le prohíbe al proveedor recurrir a otros remedios judiciales que pueda tener disponibles”.

C. Todo contrato entre una organización de seguros de salud o asegurador y un proveedor participante deberá disponer que, en caso de que la organización de seguros de salud o asegurador advenga insolvente, o experimente otro tipo de cese de operaciones, el proveedor continuará ofreciendo los servicios cubiertos a las personas cubiertas o asegurados, durante el periodo para el cual se haya pagado la prima o hasta que se dé de alta a la persona cubierta o asegurado recluido, cual sea mayor de los periodos. Los beneficios cubiertos que se estén ofreciendo a pacientes que estuvieren internados en instalaciones de cuidado de salud a la fecha de insolvencia o cese de operaciones de la organización de seguros de salud o asegurador, se continuarán ofreciendo hasta que su permanencia en la instalación de cuidado de salud ya no sea médicamente necesaria.

D. Las disposiciones del contrato que satisfagan los requisitos de los apartados B y C de este Artículo se interpretarán a favor de la persona cubierta o asegurado, continuarán vigentes tras la cancelación del contrato entre la organización de seguros de salud o asegurador y el proveedor, independientemente de la razón de la cancelación, y sustituirán todo acuerdo que pudiera haber habido en sentido contrario, fuere verbal o escrito, entre el proveedor y la persona cubierta o asegurado.

E. Bajo ninguna circunstancia el proveedor participante cobrará o intentará cobrar de una persona cubierta o asegurado alguna cantidad de dinero que la organización de seguros de salud o asegurador le adeude a dicho proveedor.

F.

(1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores desarrollarán criterios de selección para los proveedores participantes primarios y para cada especialidad profesional de cuidado de la salud. Los proveedores participantes, sus intermediarios y toda otra red de proveedores contratada deberán utilizar dichos criterios para determinar la selección de profesionales de la salud. Los criterios de selección deberán cumplir con los requisitos establecidos en el [Capítulo 18 de este Código](#) sobre Verificación de Credenciales de Profesionales de la Salud y, además, se deberán establecer de modo que:

(a) No permitan que una organización de seguros de salud o asegurador evite poblaciones de alto riesgo al excluir proveedores debido a que están ubicados en áreas geográficas que incluyen poblaciones con riesgos, pérdidas o uso de servicios mayores que las reclamaciones promedio; o

(b) No excluyan a proveedores porque atienden o se especializan en atender a poblaciones que presenten mayores riesgos que las reclamaciones, pérdidas o uso de servicios de salud promedios.

(2) Las disposiciones del apartado (F)(1) de este Artículo no impiden que una organización de seguros de salud o asegurador pueda rehusar seleccionar a un proveedor particular que no cumpla con los otros criterios legítimos de selección que la organización de seguros de salud o asegurador desarrolle conforme a lo dispuesto en este Capítulo.

(3) Las disposiciones de este Capítulo no requieren que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, o las redes de proveedores con las que tienen contratos, empleen proveedores o tipos específicos de proveedores que cumplan con sus criterios de selección, o que contraten más proveedores o tipos de proveedores de lo que sean necesarios para mantener una red adecuada.

G. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores deberán proveerle al Comisionado, para su revisión, los criterios de selección de proveedores participantes.

H. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores notificarán a los proveedores participantes de las responsabilidades de dichos proveedores con respecto a los programas y políticas administrativas aplicables, incluido, pero sin limitarse a: los términos de pago, los procesos de revisión de utilización, los programas de evaluación de calidad y de mejoras, la acreditación, los procedimientos de querellas, los requisitos para informes de datos, los requisitos de confidencialidad y todo programa federal o estatal aplicable.

I. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores no ofrecerán incentivos a los proveedores para que presten a las personas cubiertas o asegurados menos servicios médicos que los necesarios.

J. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores no le prohibirán a los proveedores participantes que discutan otras opciones de tratamiento con las personas cubiertas o asegurados, independientemente de la determinación de la organización de seguros de salud o asegurador en cuanto a las opciones de tratamiento, ni les impedirán abogar a favor de la persona cubierta o asegurado en los procesos de revisión de utilización o en los procesos de querellas que haya establecido el asegurador u organización de seguros de salud, siempre y cuando tengan la autorización de la persona cubierta o asegurado.

K. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores requerirán a los proveedores que mantengan disponibles los expedientes médicos de las personas cubiertas o asegurados para propósitos de evaluaciones o auditorías por parte de las autoridades estatales y federales correspondientes, y que cumpla con las leyes estatales y federales aplicables en cuanto a la confidencialidad de los expedientes médicos y de la información de salud.

L. Los proveedores no cederán ni delegarán los derechos y responsabilidades dispuestos en sus contratos con una organización de seguros de salud o asegurador sin el consentimiento previo, por escrito, de la organización de seguros de salud o asegurador.

M. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores serán responsables de garantizar que los proveedores participantes provean los beneficios cubiertos a todas las personas cubiertas o asegurados, sin tomar en consideración si dicha persona está suscrita al plan como suscriptor privado o como participante de un programa financiado por el gobierno.

N. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores notificarán a los proveedores participantes cuáles son, si alguna, sus obligaciones de cobrar el coaseguro, copago o deducible aplicable a las personas cubiertas o asegurados, conforme a lo dispuesto en la póliza o evidencia de cubierta, o sus obligaciones de notificar a las personas cubiertas o asegurados sobre obligaciones financieras personales con respecto a los servicios no cubiertos.

O. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores no deberán penalizar a un proveedor porque dicho proveedor informe, de buena fe, a las autoridades estatales o federales, de algún acto o práctica que haya llevado a cabo la organización de seguros de salud o asegurador que, a su juicio, pudiera poner en peligro la salud o el bienestar de un paciente.

P. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores establecerán mecanismos mediante los cuales los proveedores participantes puedan determinar, de manera oportuna, si una persona está cubierta por la organización de seguros de salud o asegurador.

Q. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores establecerán procedimientos para resolver las controversias que surjan con los proveedores, sean administrativas, por pagos o por otras razones.

R. Los contratos entre las organizaciones de seguros de salud o aseguradores y los proveedores no incluirán definiciones ni otras disposiciones que entren en conflicto con las definiciones y disposiciones incluidas en el plan de cuidado coordinado o en este Código.

S. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores incluirán en sus contratos con los proveedores participantes un resumen adecuado de la cláusula de coordinación de beneficios, la cual se regirá por la Ley Modelo vigente de la NAIC y las leyes federales sobre coordinación de beneficios. Los proveedores participantes tendrán la responsabilidad de coordinar beneficios con las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, en aquellos casos en que la persona cubierta o asegurado esté cubierto bajo dos (2) o más planes médicos

Artículo 26.070. — Intermediarios. (26 L.P.R.A. § 9467)

Los contratos entre las organizaciones de seguros de salud o aseguradores y los intermediarios deberán satisfacer todos los requisitos incluidos en este Artículo:

A. Los intermediarios y los proveedores participantes contratados deberán cumplir con todos los requisitos del Artículo 26.060 de este Código.

B. La responsabilidad de la organización de seguros de salud o asegurador de supervisar de cerca la prestación de los servicios de cuidado de la salud a las personas cubiertas o asegurados no se delegará ni cederá a un intermediario.

C. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, en el ejercicio de su libertad de contratación, tendrán el derecho de aprobar o denegar la participación de un proveedor particular o de una red de proveedores contratada por el intermediario. Entre las razones para denegar la participación de un proveedor particular se encuentran, sin entenderse que están limitadas a éstas:

(1) La licencia para el ejercicio de la práctica de la medicina o la profesión ha sido revocada o suspendida en determinación final y firme por las autoridades competentes;

(2) El proveedor ha sido arrestado o convicto de un delito grave o de un delito menos grave que implique depravación moral;

(3) El proveedor fue anteriormente participante de la red de la organización de seguros de salud o asegurador y fue expulsado de ésta por incumplimiento de contrato, fraude u otro motivo;

(4) El proveedor aparece en la lista de proveedores excluidos de participar en programas de salud federales o cualquier otra lista de esta índole a nivel federal;

(5) El proveedor ha incurrido en conducta indebida hacia las personas cubiertas o asegurados;

y

(6) El proveedor ha incurrido en prácticas de cobro indebido a la organización de seguros de salud o asegurador o a las personas cubiertas o asegurados.

D. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores deberá mantener copias de todos los subcontratos de los intermediarios en su sede principal en Puerto Rico, o asegurarse que tenga acceso a todos los subcontratos de los intermediarios, incluido el derecho a fotocopiarlos para propósitos de las revisiones de las agencias reguladoras.

E. Si fuera aplicable, el intermediario deberá proporcionarle a la organización de seguros de salud o asegurador la documentación sobre utilización y la documentación sobre las reclamaciones pagadas. La organización de seguros de salud o asegurador deberá garantizar que los pagos a los proveedores y la prestación de servicios de cuidado de la salud sea oportuna y apropiada.

F. Si fuera aplicable, el intermediario deberá mantener los libros, expedientes, información financiera y la documentación de los servicios que se prestan a las personas cubiertas o asegurados en su sede en Puerto Rico y conservarlos según dispone el Artículo 9.360 del [Código de Seguros de Puerto Rico](#), en una manera que facilite la revisión por parte de las agencias reguladoras.

G. El intermediario permitirá que el Comisionado tenga acceso a los libros, expedientes, información financiera y a toda documentación del intermediario con respecto a los servicios que presta a las personas cubiertas o asegurados, según sea necesario para determinar el cumplimiento con este Capítulo.

H. En caso de insolvencia del intermediario, la organización de seguros de salud o asegurador tendrá derecho a solicitar que se le asignen las disposiciones contractuales relacionadas con la obligación del proveedor de prestar los servicios cubiertos.

Artículo 26.080. — Requisitos de Radicación y para la Administración Estatal. (26 L.P.R.A. § 9468)

A. A partir de la vigencia de este Capítulo, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores radicarán ante el Comisionado los modelos de contratos que utilizarán con sus proveedores participantes e intermediarios, de modo que el Comisionado pueda constatar el cumplimiento con las disposiciones de este Capítulo.

B. Sesenta (60) días antes de entrar en vigor, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores deberán presentar, para la aprobación del Comisionado, todo cambio sustancial a un contrato que afectaría alguna de las disposiciones de este Capítulo o cualquier reglamento asociado con éste. Para propósitos de este apartado, los cambios en las tarifas de pago a los proveedores, el coaseguro, copagos o deducible, o alguna otra modificación de los beneficios del plan, no se consideran cambios sustanciales.

C. Si el Comisionado no tomare alguna determinación dentro de los sesenta (60) días de que la organización de seguros de salud o asegurador haya radicado un cambio sustancial a un contrato, el cambio se considerará aprobado.

D. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores deberán mantener los contratos de los proveedores e intermediarios en su sede en Puerto Rico o en un lugar fácilmente accesible.

Artículo 26.090. — Contratación. (26 L.P.R.A. § 9469)

A. Los acuerdos contractuales no relevan a la organización de seguros de salud o asegurador de su responsabilidad para con las personas contratadas para la prestación o cobertura de servicios, ni de su responsabilidad de cumplir con las disposiciones de las leyes o reglamentos aplicables.

B. Todo contrato se hará por escrito y estará sujeto a revisión.

C. Todo contrato deberá cumplir con los requisitos de las leyes y reglamentos aplicables.

Artículo 26.100. — Aplicación del Capítulo. (26 L.P.R.A. § 9470)

A. Si el Comisionado determina que una organización de seguros de salud o asegurador no ha contratado suficientes proveedores participantes para asegurar que las personas cubiertas o asegurados tengan servicios accesibles de cuidado de la salud en determinada área geográfica, o que el plan de acceso de la organización de seguros de salud o asegurador no garantiza el acceso razonable a los beneficios cubiertos, o que la organización de seguros de salud o asegurador ha otorgado un contrato que no cumple con este Capítulo, o que la organización de seguros de salud o asegurador no ha cumplido con las disposiciones de este Capítulo, podrá iniciar medidas correctivas y ejercer todo poder que por virtud de este Código y del [Código de Seguros de Puerto Rico](#) tenga para obligar a la organización de seguros de salud o asegurador a cumplir.

B. El Comisionado no fungirá de árbitro o mediador, ni decidirá las controversias relacionadas con la determinación de no incluir a cierto proveedor en un plan de cuidado coordinado o en una red de proveedores, ni en ninguna otra controversia entre la organización de seguros de salud o asegurador y los proveedores, debido a la terminación del contrato entre éstos.

Artículo 26.140. — Fecha de Vigencia. (26 L.P.R.A. § 9470)

A. Los contratos vigentes entre una organización de seguros de salud o asegurador y un proveedor o intermediario, deberán cumplir con lo dispuesto en este Capítulo a más tardar a los dieciocho (18) meses de la fecha de vigencia de este Capítulo. El Comisionado podrá conceder una prórroga adicional que no excederá de seis (6) meses, si la organización de seguros de salud o asegurador demuestra justa causa para la concesión de dicha prórroga.

B. Los contratos que se otorguen o que entren en vigor a partir de la fecha de vigencia de este Capítulo, deberán cumplir con las disposiciones de este Capítulo.

CAPÍTULO 28. — REVISIÓN EXTERNA INDEPENDIENTE

Artículo 28.010. — Título. (26 L.P.R.A. § 9501)

Este Capítulo se conocerá y podrá citarse como el Capítulo sobre Revisión Externa Independiente.

Artículo 28.020. — Propósito. (26 L.P.R.A. § 9502)

El propósito de este Capítulo es proveer las normas para establecer y mantener los procedimientos de revisión externa que regirán en Puerto Rico, a fines de garantizar que las personas cubiertas o asegurados tengan la oportunidad de recibir una revisión independiente de las determinaciones adversas o determinaciones adversas finales que hacen las organizaciones de seguros de salud o aseguradores.

Artículo 28.030. — Definiciones. (26 L.P.R.A. § 9503)

Para los fines de este Capítulo:

A. “Certificación” significa un documento que contiene la determinación de una organización de seguros de salud o asegurador, o de la organización de revisión de utilización designada, en la que se expresa que se ha revisado el servicio de cuidado de la salud brindado o solicitado y, a base de la información provista, dicho servicio está cubierto por el plan médico y, además, cumple con los requisitos de la organización de seguros de salud o asegurador en cuanto a la necesidad de salud, la idoneidad, el lugar donde se provee el servicio de cuidado de la salud, o el nivel o eficacia del servicio.

B. “Criterios de revisión clínica” significa los procedimientos escritos para el cernimiento, los resúmenes de las decisiones, los protocolos clínicos y las guías de práctica que usa la organización de seguros de salud o asegurador para determinar la necesidad e idoneidad de un servicio de cuidado de la salud.

C. “Determinación adversa” significa una determinación hecha por una organización de seguros de salud o asegurador, o por la organización de revisión de utilización designada, en la que se deniega, reduce o termina un beneficio o servicio, o no se paga el beneficio o servicio, parcial o totalmente, ya que, a base de la información provista, el beneficio o servicio solicitado, según el plan médico, no cumple con los requisitos de la organización de seguros de salud o asegurador en cuanto a la necesidad de salud, idoneidad, lugar en que se presta el servicio de cuidado de la salud, nivel o eficacia del servicio o se determina que es de naturaleza experimental o investigativa.

D. “Determinación adversa final” significa la determinación adversa que ha sido confirmada por la organización de seguros de salud o asegurador, o la organización de revisión de utilización designada, al completarse los procedimientos internos de querrela que se disponen en el [Capítulo 22 de este Código](#).

E. “Divulgar” significa dar a conocer, transferir o difundir de alguna manera, información de salud protegida a una persona que no sea la persona objeto de dicha información.

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

(1) Estudios revisados por homólogos expertos publicados o aceptados para publicación en las revistas médicas especializadas que cumplen con los requisitos reconocidos a nivel nacional para los textos científicos;

(2) Publicaciones médicas revisadas por homólogos expertos, las cuales incluyen publicaciones relacionadas con terapias que han sido evaluadas y aprobadas por juntas de revisión institucional, los compendios biomédicos y otras publicaciones médicas que cumplen con los criterios de indización de la Biblioteca Médica de los Institutos Nacionales de Salud en el *Index Medicus (Medline)* y los de *Elsevier Science Ltd. en Excerpta Medicus (EMBASE)*;

(3) Las revistas médicas reconocidas por el Secretario de Salud y Servicios Humanos del Gobierno de Estado Unidos conforme a la Ley Federal de Seguro Social;

(4) Los siguientes compendios normativos en inglés:

(a) *"The American Hospital Formulary Service—Drug Information"*;

(b) *"Drug Facts and Comparisons®"*;

(c) *"The American Dental Association Accepted Dental Therapeutics"* y

(d) *"The United States Pharmacopoeia—Drug Information"*;

(5) Los hallazgos, estudios o investigaciones realizados por las agencias del Gobierno Federal, o con el auspicio de éstas, y por los institutos federales de investigación, reconocidos en Estados Unidos de América, los cuales incluyen:

(a) La agencia federal “*Agency for Health Care Research and Quality*”;

(b) Los Institutos Nacionales de la Salud;

(c) El Instituto Nacional del Cáncer;

(d) La “*National Academy of Sciences*”;

(e) Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS);

(f) La Administración de Drogas y Alimentos (FDA) y

(g) Toda junta nacional reconocida por los Institutos Nacionales de la Salud cuyo propósito sea evaluar la eficacia de los servicios cuidados de la salud o

(6) Toda evidencia médica o científica adicional que sea comparable con lo detallado en los apartados (1) al (5) precedente.

G. “Información de salud” significa información o datos, verbales o registrados en la manera y el medio que fuera, acerca de sucesos o relaciones con otras personas que afecten:

(1) La salud física, mental o conductual, o los padecimientos de salud de la persona, o un miembro de la familia de ésta, bien sea en el pasado, el presente o el futuro;

(2) Los servicios de cuidado de la salud que se presten a la persona o

(3) El pago por los servicios de cuidado de la salud prestados a una persona.

H. “Información de salud protegida” significa información de salud:

(1) Que identifica a la persona objeto de la información; o

(2) Información con respecto a la cual sería razonable entender que se podría usar para identificar a la persona objeto de ésta.

I. “Manejo de casos” significa un conjunto de actividades coordinadas, establecidas por la organización de seguros de salud o asegurador, para el manejo individual de los padecimientos del paciente, sean complejos, prolongados o de otro tipo.

J. “Organización de revisión de utilización” significa la entidad contratada por una organización de seguros de salud o asegurador para llevar a cabo la revisión de utilización, cuando no sea la organización de seguros de salud o asegurador quien hace la revisión de su propio plan médico. No se interpretará que es requisito para la organización de seguros de salud o asegurador subcontratar una entidad independiente para llevar a cabo los procesos de revisión de utilización.

K. “Organización de revisión independiente” significa la entidad que realiza una revisión externa independiente de una determinación adversa o determinación adversa final, hecha por la organización de seguros de salud o asegurador, o la organización de revisión de utilización designada.

L. “Planificación de alta” significa el proceso formal que se lleva a cabo antes de que a un paciente se le dé de alta de una instalación de cuidado de la salud, para determinar la coordinación y manejo del cuidado que recibirá dicho paciente luego de que se le haya dado de alta.

M. “Revisión concurrente” significa la revisión de utilización hecha durante la estadía del paciente en una instalación de cuidado de la salud, o durante el tratamiento del paciente en la oficina de un profesional de la salud u otro lugar donde se prestan servicios de cuidado de la salud a pacientes reclusos o ambulatorios.

N. “Revisión de servicios ambulatorios” significa la revisión de utilización de servicios de cuidado de la salud prestados en instalaciones que proveen servicios ambulatorios.

O. “Revisión de utilización” significa un conjunto de técnicas formales para supervisar los servicios de cuidado de la salud, procedimientos o lugares donde se prestan dichos servicios, o para evaluar la necesidad de salud, idoneidad, eficacia o eficiencia de los mismos. Dichas técnicas podrían incluir la revisión de servicios ambulatorios, la revisión prospectiva, la segunda opinión, la certificación, la revisión concurrente, el manejo de casos, la planificación de altas o la revisión retrospectiva.

P. “Revisión prospectiva” significa la revisión de utilización antes de que se preste el servicio de cuidado de la salud o el tratamiento al paciente, según el requisito de la organización de seguros de salud o asegurador para que dicho servicio o tratamiento se apruebe, en parte o en su totalidad, antes de que se preste el mismo.

Q. “Revisión retrospectiva” significa la revisión de una solicitud de un beneficio que se lleva a cabo luego de que el servicio de cuidado de la salud fue prestado. “Revisión retrospectiva” no incluye la revisión de una reclamación que se limita a la evaluación de los niveles de reembolso, la veracidad de la documentación o el uso de los códigos correctos.

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

Artículo 28.040. — Aplicabilidad y Alcance. (26 L.P.R.A. § 9504)

A. Salvo como se dispone en el apartado B de este Artículo, este Capítulo será aplicable a toda organización de seguros de salud o asegurador.

B. Las disposiciones de este Capítulo no serán aplicables a las pólizas o certificados, sean grupales o individuales, que proveen cubierta únicamente para una enfermedad específica, un accidente específico o sólo para accidentes, seguro de crédito al consumidor, cuidado dental, ingreso por incapacidad, indemnización por hospitalización, seguro de cuidado prolongado, cuidado de los ojos u otro beneficio suplementario limitado o póliza suplementaria de Medicare, cubierta bajo un plan Medicare, Medicaid o el programa de beneficios de salud para empleados federales, cubierta emitida a tenor con el [Capítulo 55 del Título 10 del Código de los Estados Unidos](#) (cuidado médico y dental para los miembros y algunos ex-miembros de los servicios de la uniformada y para sus dependientes) y toda otra cubierta emitida como suplemento a dicha cubierta, toda cubierta emitida como suplemento a seguros de responsabilidad pública, seguros de accidentes o enfermedades laborales o seguros similares, seguro médico como suplemento al seguro de responsabilidad de un vehículo o todo seguro para el cual los beneficios sean pagaderos independientemente de la culpa.

Artículo 28.050. — Notificación del Derecho a la Revisión Externa. (26 L.P.R.A. § 9505)

A.

(1) La organización de seguros de salud o asegurador notificará por escrito a la persona cubierta o asegurado del derecho que tiene a solicitar que se realice una revisión externa conforme a las disposiciones de este Capítulo. Dicha notificación se hará cuando la organización de seguros de salud o asegurador envíe una notificación escrita de alguna de las siguientes:

(a) Una determinación adversa, al completarse el proceso de revisión de utilización que se dispone en el Capítulo 24 de este Código.

(b) Una determinación adversa final.

(c) Casos de rescisión de cubierta.

(2) Como parte de la notificación escrita que se requiere en el apartado (1) anterior, la organización de seguros de salud o asegurador incluirá el siguiente lenguaje, o uno sustancialmente equivalente:

“Hemos denegado su solicitud de servicios de cuidado de la salud, curso de tratamiento o el pago de los mismos. Usted podría tener derecho a que profesionales de la salud que no tengan ninguna relación con nosotros revisen esta determinación si, con respecto al servicio de cuidado de la salud o el tratamiento solicitado, nuestra determinación conllevaba una valoración de la necesidad de salud, la idoneidad, el lugar donde se provee el servicio de cuidado de la salud, o el nivel o eficacia del servicio. A tales efectos, usted podrá radicar una solicitud de revisión externa independiente en la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico. Para más información, puede comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros.” Si el asegurador u organización de servicios de salud en cumplimiento con la ley federal ha contratado entidades revisoras independientes o se ha acogido al proceso de revisión independiente establecido por el Departamento de Salud federal, el aviso será modificado para especificar la entidad y medios de contacto a la cual el asegurado debe dirigir su solicitud de revisión externa. Los aseguradores y organizaciones de seguros de salud tendrán sesenta (60) días contados desde la fecha de vigencia de este Capítulo para notificar a la Oficina del Comisionado de Seguros el proceso de revisión independiente externo seleccionado. En aquellos casos en que haya contratado las entidades de revisión independiente privadas, especificará el nombre y las credenciales de las entidades contratadas.

(3) El Comisionado podrá disponer la forma y contenido de la notificación requerida en este Artículo.

B.

(1) La organización de seguros de salud o asegurador incluirá, en la notificación que se requiere en este Artículo, lo siguiente, según corresponda:

(a) En el caso de una notificación de determinación adversa, una declaración mediante la cual se informe a la persona cubierta o asegurado lo siguiente, según aplique:

(i) Si la persona cubierta o asegurado padece de una condición de salud respecto a la cual el tiempo requerido para una revisión interna acelerada de su querella, según se dispone en el Artículo 22.100 de este Código, pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena, podrá solicitar que se realice una revisión externa acelerada conforme al Artículo 28.090 o al Artículo 28.100 de este Código, según corresponda. En estos casos, la organización de revisión independiente asignada a realizar la revisión externa acelerada, determinará si se requerirá que la persona cubierta o asegurado complete la revisión interna acelerada de su querella, según se dispone en el Artículo 22.100 de este Código, antes de realizar la revisión externa; y

(ii) La persona cubierta o asegurado podrá presentar una querella conforme al proceso interno de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador, según se dispone en el Artículo 22.070 de este Código. No obstante, si la organización de seguros de salud o asegurador no ha emitido una determinación dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha en que se presentó la querella interna, la persona cubierta o asegurado podrá presentar una solicitud de revisión externa puesto que se considerará,

para fines del Artículo 28.070 de este Código, que ha agotado el proceso interno de querellas.

(b) En el caso de una notificación de determinación adversa final, un aviso en que se informa a la persona cubierta o asegurado lo siguiente, según aplique:

(i) Si la persona cubierta o asegurado padece de una condición de salud respecto a la cual el tiempo requerido para una revisión externa ordinaria, conforme al Artículo 28.080 de este Código, pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena, podrá solicitar una revisión externa acelerada conforme al Artículo 28.090; o

(ii) Si la determinación adversa final se relaciona con:

(I) Servicios de emergencia recibidos en una instalación de cuidado de la salud de la cual aún no se ha dado de alta a la persona cubierta o asegurado, éste podrá solicitar una revisión externa acelerada conforme al Artículo 28.090 de este Código; o

(II) Una denegación de cubierta basada en la determinación de que el servicio o tratamiento recomendado o solicitado es de naturaleza experimental o investigativa, la persona cubierta o asegurado podrá presentar una solicitud para que se realice una revisión externa ordinaria conforme al Artículo 28.100 de este Código o, si el médico de la persona cubierta o asegurado certifica por escrito que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado será significativamente menos eficaz si no se iniciara con premura, la persona cubierta o asegurado podrá solicitar que se realice una revisión externa acelerada conforme al Artículo 28.100 de este Código.

(2) Además de la información que se debe proveer conforme a los apartados (A) y (B) de este Artículo, la organización de seguros de salud o asegurador incluirá una descripción de los procedimientos de revisión externa ordinaria y de revisión externa acelerada, destacando las disposiciones que le ofrecen a la persona cubierta o asegurado la oportunidad de presentar información adicional. También se deberán incluir, si alguno, los formularios necesarios para procesar la solicitud de revisión externa.

(3) La organización de seguros de salud o asegurador incluirá, entre los formularios a los que se hace referencia en el apartado (2) anterior, un formulario de autorización u otro documento aprobado por el Comisionado, mediante el cual la persona cubierta o asegurado autorice a la organización de seguros de salud o asegurador a divulgar información de salud protegida, incluidos los expedientes médicos, que son pertinentes a la revisión externa.

Artículo 28.060. — Solicitud de Revisión Externa. (26 L.P.R.A. § 9506)

A. Toda solicitud de revisión externa se hará al Comisionado o de acuerdo al proceso de revisión adoptado por el asegurador u organización de servicios de salud en cumplimiento con la ley federal aplicable. El Comisionado podrá disponer la forma y contenido de la solicitud de revisión externa.

B. La persona cubierta o asegurado podrá solicitar una revisión externa de una determinación adversa o de una determinación adversa final, de conformidad con lo que dispone en el Artículo 28.050 de este Código.

Artículo 28.070. — Requisito de Agotar el Proceso Interno de Querellas. (26 L.P.R.A. § 9507)

A.

(1) Salvo como se dispone en el apartado B de este Artículo, ninguna solicitud de revisión externa procederá hasta que la persona cubierta o asegurado haya agotado el proceso interno de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador.

(2) Para propósitos de este Artículo, se considerará que se ha agotado el proceso interno de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador si la persona cubierta o asegurado:

(a) Ha presentado una querella interna conforme al Artículo 22.070 de este Código y

(b) No ha recibido una determinación por escrito de parte de la organización de seguros de salud o asegurador dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha en que presentó la querella, a menos que se haya solicitado o acordado una prórroga.

(3) No obstante lo dispuesto en el apartado (2) anterior, la persona cubierta o asegurado no podrá solicitar una revisión externa de una determinación adversa relacionada con una revisión retrospectiva realizada conforme al Capítulo 24 de este Código hasta que haya agotado el proceso interno de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador.

B.

(1)

(a) Simultáneo a la presentación de una solicitud de revisión interna acelerada de una querella, a tenor con el Artículo 22.100 de este Código, la persona cubierta o asegurado podrá solicitar una revisión externa acelerada conforme alguna de las siguientes opciones:

(i) A tenor con el Artículo 28.090 de este Código, si la persona cubierta o asegurado padece de una condición de salud con respecto a la cual el tiempo requerido para una revisión interna acelerada de la querella pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena; o

(ii) A tenor con el Artículo 28.100 de este Código, si la determinación adversa conlleva una denegación de cubierta basada en una determinación de que el servicio o tratamiento recomendado o solicitado es de naturaleza experimental o investigativa y el médico de la persona cubierta o asegurado certifica por escrito que dicho servicio o tratamiento sería significativamente menos eficaz si no se iniciara con premura.

(b) Al recibir una solicitud de revisión externa acelerada conforme al apartado (B)(1)(a) de este Artículo, la organización de revisión independiente designada para realizar la revisión externa, determinará si se requerirá que la persona cubierta o asegurado complete primero el proceso de revisión interna acelerada.

(c) Si la organización de revisión independiente determina que la persona cubierta o asegurado debe primero completar el proceso de revisión interna acelerada, lo notificará de inmediato a la persona cubierta o asegurado y le advertirá que, en virtud de dicha decisión, no procederá a realizar la revisión externa acelerada hasta que se complete el proceso interno.

(2) Se podrá solicitar la revisión externa de una determinación adversa antes de que la persona cubierta o asegurado haya agotado los procedimientos internos de querella de la organización de seguros de salud o asegurador, siempre y cuando la organización de seguros de salud o asegurador acuerde renunciar al requisito de que se agoten dichos procedimientos.

C. Si la organización de seguros de salud o asegurador renuncia al requisito de agotar los procedimientos internos de querellas, la persona cubierta o asegurado podrá solicitar, por escrito, la revisión externa ordinaria.

Artículo 28.080. — Revisión Externa Ordinaria. (26 L.P.R.A. § 9508)

A.

(1) A más tardar los ciento veinte (120) días siguientes al recibo de una notificación de determinación adversa o determinación adversa final, la persona cubierta o asegurado podrá presentar una solicitud de revisión externa al Comisionado.

(2) Al recibo de una solicitud de revisión externa, el Comisionado dispondrá de un (1) día laborable para enviar una copia de la solicitud de revisión externa a la organización de seguros de salud o asegurador implicado.

B. A más tardar los cinco (5) días laborables siguientes al recibo de copia de la solicitud de revisión externa, la organización de seguros de salud o asegurador completará una revisión preliminar de la solicitud para determinar lo siguiente:

(1) Si el solicitante era una persona cubierta o asegurado al momento de solicitar el servicio de cuidado de la salud o, en el caso de una revisión retrospectiva, era una persona cubierta o asegurado por el plan médico al momento en que se prestó el servicio de cuidado de la salud;

(2) Si se podría entender, de manera razonable, que el servicio de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final es un servicio cubierto conforme al plan médico, salvo cuando la organización de seguros de salud o asegurador hubiese determinado que no está cubierto debido a que no cumple con los requisitos de necesidad médica, idoneidad, lugar donde se provee el servicio de cuidado de la salud, el nivel de cuidado o eficacia del servicio;

(3) Si la persona cubierta o asegurado agotó el proceso interno de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador, salvo cuando no se requiera agotar dicho proceso interno de querellas conforme al Artículo 28.070 de este Código; y

(4) Si la persona cubierta o asegurado ha provisto toda la información y los formularios requeridos por el Comisionado para procesar las solicitudes de revisión externa, incluido el formulario de autorización para divulgar información de salud que se dispone en el Artículo 28.050(B)(3) de este Código.

C.

(1) A más tardar el próximo día laborable a partir de completarse la revisión preliminar conforme al apartado B de este Artículo, la organización de seguros de salud o asegurador notificará por escrito al Comisionado y a la persona cubierta o asegurado si:

(a) La solicitud de revisión externa está completa y

(b) La solicitud es elegible para la revisión externa.

(2) Si la solicitud:

(a) No está completa, la organización de seguros de salud o asegurador enviará, por escrito, una notificación de determinación inicial informando a la persona cubierta o asegurado y al Comisionado, qué información o materiales hacen falta para completar la solicitud, o

(b) No es elegible para la revisión externa, la organización de seguros de salud o asegurador enviará, por escrito, una notificación de determinación inicial informando a la persona cubierta o asegurado y al Comisionado, las razones de la inelegibilidad.

- (3)
- (a) El Comisionado podrá especificar la forma y el contenido de la notificación de determinación inicial a la que se refiere el apartado (C)(2) de este Artículo.
 - (b) Si la organización de seguros de salud o asegurador determina, a raíz de la revisión preliminar realizada conforme al apartado B de este Artículo, que la solicitud no es elegible para revisión externa, la notificación que a tales efectos se le haga a la persona cubierta o asegurado deberá advertirle que dicha determinación de inelegibilidad hecha por la organización de seguros de salud o asegurador puede apelarse ante el Comisionado.
- (4)
- (a) El Comisionado podrá determinar que una solicitud es elegible para revisión externa, de conformidad con el apartado B de este Artículo, aun cuando la organización de seguros de salud o asegurador hubiese determinado inicialmente lo contrario.
 - (b) La determinación del Comisionado a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa, luego de la determinación inicial en contrario de la organización de seguros de salud o asegurador, deberá hacerse en concordancia con los términos de cubierta del plan médico y estará sujeta a todas las disposiciones aplicables de este Capítulo.

D.

- (1) A más tardar el próximo día laborable a partir de que el Comisionado reciba una notificación a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa:
- (a) Asignará una organización de revisión independiente para llevar a cabo la revisión externa y notificará a la organización de seguros de salud o asegurador cuál fue la organización de revisión independiente designada.
 - (b) Notificará por escrito a la persona cubierta o asegurado que la solicitud es elegible y fue aceptada para revisión externa.
- (2) Al hacer su determinación, la organización de revisión independiente designada no estará obligada por ninguna de las decisiones o conclusiones resultantes del proceso de revisión de utilización o del proceso interno de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador.
- (3) El Comisionado deberá incluir, en la notificación que le envíe a la persona cubierta o asegurado informándole la aceptación de su solicitud para propósitos de la revisión externa, un lenguaje a los efectos de que podrá someter por escrito a la organización de revisión independiente, en un término de cinco (5) días laborables contados a partir del recibo de la notificación de aceptación, cualquier información adicional que estime debiera ser considerada durante la revisión externa. La organización de revisión independiente no tiene, pero puede aceptar y considerar información adicional sometida pasado el término de cinco (5) días laborables aquí dispuesto.

E.

- (1) A más tardar los cinco (5) días siguientes al recibo de la notificación sobre la organización de revisión independiente designada, la organización de seguros de salud o asegurador proveerá los documentos y toda información que se hubiese tomado en consideración al formular la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión externa.
- (2) Salvo como se dispone en el apartado (E)(3) de este Artículo, el hecho de que la organización de seguros de salud o asegurador no provea los documentos y la información requerida en el plazo de cinco (5) días provisto en el apartado (E)(1) de este Artículo, no deberá retrasar la revisión externa.

(3)

(a) Si la organización de seguros de salud o asegurador no provee los documentos y la información requerida en el plazo de cinco (5) días provisto en el apartado (E)(1) de este Artículo, la organización de revisión independiente podrá dar por terminada la revisión externa y decidir revocar la determinación adversa o la determinación adversa final objeto de revisión externa.

(b) No más tarde del próximo día laborable de haberse decidido revocar la determinación adversa o la determinación adversa final objeto de revisión, por la razón que se dispone en el apartado (E)(3)(a) de este Artículo, la organización de revisión independiente lo notificará a la persona cubierta o asegurado, a la organización de seguros de salud o asegurador y al Comisionado.

F.

(1) La organización de revisión independiente revisará toda la información y los documentos recibidos de parte de la organización de seguros de salud o asegurador y toda otra información presentada por escrito por la persona cubierta o asegurado.

(2) En caso de que la organización de revisión independiente reciba información de la persona cubierta o asegurado, la organización de revisión independiente deberá remitir dicha información, a su vez, a la organización de seguros de salud o asegurador implicado, a más tardar el próximo día laborable del recibo de la información.

G.

(1) Al recibo de la información dispuesta en el apartado (F)(2) de este Artículo, la organización de seguros de salud o asegurador podrá reconsiderar su determinación adversa o determinación adversa final objeto de la revisión externa.

(2) La reconsideración, por parte de la organización de seguros de salud o asegurador, de su determinación adversa o determinación adversa final, no demorará ni dará por terminada la revisión externa.

(3) Sólo se podrá dar por terminada la revisión externa si, al completar su reconsideración, la organización de seguros de salud o asegurador decide que revocará su determinación adversa o determinación adversa final y proveerá cubierta o pago por el servicio de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final.

(4)

(a) Al cabo de un (1) día laborable de haberse tomado la decisión de revocar su determinación adversa o determinación adversa final, la organización de seguros de salud o asegurador notificará por escrito dicha determinación a la persona cubierta o asegurado, a la organización de revisión independiente y al Comisionado.

(b) La organización de revisión independiente dará por terminada la revisión externa al recibir, de la organización de seguros de salud o asegurador, la notificación aludida en el apartado (G)(4)(a) de este Artículo.

H. Además de los documentos e información aludida en el apartado (E)(1) de este Artículo, la organización de revisión independiente, en tanto lo considere adecuado y la información o documentos estén disponibles, tomará en cuenta lo siguiente al hacer su determinación:

(1) Los expedientes de salud pertinentes de la persona cubierta o asegurado;

(2) La recomendación del profesional de la salud que atiende a la persona cubierta o asegurado;

- (3) Los informes de consultas que hayan hecho profesionales de la salud y otros documentos presentados por la organización de seguros de salud o asegurador, la persona cubierta o asegurado, o el proveedor que ofrece el tratamiento a la persona cubierta o asegurado;
- (4) Los términos de cubierta del plan médico de la persona cubierta o asegurado;
- (5) Las directrices de práctica (“*practice guidelines*”) más apropiadas, las cuales podrían incluir las guías de práctica, generalmente aceptadas, las guías de práctica basadas en evidencia u otras guías confeccionadas por el gobierno federal o por las asociaciones o juntas médicas y profesionales a nivel nacional;
- (6) Todo criterio de revisión clínica creado y usado por la organización de seguros de salud o asegurador, o la organización de revisión de utilización, al hacer la determinación adversa o determinación adversa final; y
- (7) La opinión de los revisores clínicos de la organización de revisión independiente, después de examinar los documentos que se enumeran en los apartados (1) al (6) del inciso (H) de este Artículo.

I.

(1) A más tardar los cuarenta y cinco (45) días siguientes al recibo de una solicitud de revisión externa, la organización de revisión independiente deberá notificar su determinación acerca de si confirma o revoca la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión. La notificación escrita se hará a las siguientes personas:

- (a) A la persona cubierta o asegurado;
- (b) A la organización de seguros de salud o asegurador;
- (c) Al Comisionado.

(2) La organización de revisión independiente incluirá en la notificación escrita de su determinación lo siguiente:

- (a) Una descripción general de la razón de ser de la solicitud de revisión externa;
- (b) La fecha en que la organización de revisión independiente recibió el referido del Comisionado para llevar a cabo la revisión externa;
- (c) La fecha en que se llevó a cabo la revisión externa;
- (d) La fecha de su determinación;
- (e) La principal razón o razones de su determinación, incluyendo qué estándares, si alguno, dieron base a su determinación;
- (f) El razonamiento (“*rationale*”) de su determinación; y
- (g) Referencias a la evidencia o documentación, incluidas las guías de práctica, que se tomaron en consideración para hacer la determinación.

(3) Si la determinación de la organización de revisión independiente revoca la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión, la organización de seguros de salud o asegurador implicado inmediatamente aprobará la cubierta o el pago para el servicio o beneficio que fue objeto de revisión.

J. La designación, por parte del Comisionado, de una organización de revisión independiente para llevar a cabo una revisión externa, de conformidad con este Capítulo, se hará seleccionando al azar una de entre las organizaciones de revisión independiente autorizadas y cualificada para llevar a cabo la revisión externa particular de que se trate, tomando en consideración la naturaleza de los servicios de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final que se revisa, así como cualquier otra circunstancia pertinente, incluyendo potenciales conflictos de intereses.

Artículo 28.090. — Revisión Externa Acelerada. (26 L.P.R.A. § 9509)

A. Salvo como se dispone en el apartado F de este Artículo, la persona cubierta o asegurado podrá radicar ante el Comisionado una solicitud de revisión externa acelerada al recibir alguna de las siguientes:

(1) Una determinación adversa, siempre y cuando:

(a) La determinación adversa se relacione con una condición de salud de la persona cubierta o asegurado con respecto a la cual el tiempo dispuesto para una revisión interna acelerada, según se dispone en el Artículo 22.100 de este Código, pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena; y

(b) La persona cubierta o asegurado haya radicado una solicitud de revisión interna acelerada de una querrela para la cual se hizo una determinación adversa según se dispone en el Artículo 22.100 de este Código; o

(2) Una determinación adversa final, siempre y cuando:

(a) La persona cubierta o asegurado padece una condición de salud con respecto a la cual el tiempo dispuesto para una revisión externa ordinaria, según se dispone en el Artículo 28.080 de este Código, pondría en peligro su vida, salud o recuperación plena; o

(b) La determinación adversa final se relaciona con la admisión a una instalación de cuidado de la salud, la disponibilidad de un servicio o la estadía continuada en una instalación donde la persona cubierta o asegurado recibió servicios de emergencia y aún la persona cubierta o asegurado no ha sido dado de alta de la instalación donde recibió dichos servicios de emergencia.

B.

(1) Al recibir una solicitud de revisión externa acelerada, el Comisionado deberá, de inmediato, enviar copia de dicha solicitud a la organización de seguros de salud o asegurador implicado.

(2) Tras recibir copia de la solicitud de revisión externa acelerada, la organización de seguros de salud o asegurador deberá, inmediatamente, determinar si la solicitud satisface los requisitos de revisión dispuestos en el Artículo 28.080 de este Código y notificar a la persona cubierta o asegurado, y al Comisionado, su determinación sobre si la solicitud es elegible para revisión externa.

(3)

(a) El Comisionado podrá especificar la forma y contenido de la notificación de determinación inicial a la que se refiere el apartado (B)(2) de este Artículo.

(b) Si la organización de seguros de salud o asegurador determina, a raíz de la revisión preliminar realizada conforme al apartado (B)(2) de este Artículo, que la solicitud no es elegible para revisión externa, la notificación que a tales efectos se le haga a la persona cubierta o asegurado deberá advertirle que dicha determinación de inelegibilidad hecha por la organización de seguros de salud o asegurador puede apelarse ante el Comisionado.

(4)

(a) El Comisionado podrá determinar que una solicitud es elegible para revisión externa aun cuando la organización de seguros de salud o asegurador hubiese determinado inicialmente lo contrario.

(b) La determinación del Comisionado a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa, luego de la determinación inicial en contrario de la organización de

seguros de salud o asegurador, deberá hacerse en concordancia con los términos de cubierta del plan médico y estará sujeta a todas las disposiciones aplicables de este Capítulo.

(5) Al recibo de una notificación de la organización de seguros de salud o asegurador indicando que una solicitud satisface los requisitos para revisión, el Comisionado inmediatamente asignará una organización de revisión independiente para llevar a cabo la revisión externa acelerada. Además, notificará a la organización de seguros de salud o asegurador cual fue la organización de revisión independiente designada y notificará por escrito a la persona cubierta o asegurado que la solicitud es elegible y fue aceptada para revisión externa acelerada.

(6) Al hacer su determinación, la organización de revisión independiente designada no estará obligada por ninguna de las decisiones o conclusiones resultantes del proceso de revisión de utilización o del proceso interno de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador.

C. Al recibir la notificación del Comisionado sobre la organización de revisión independiente designada, la organización de seguros de salud o asegurador proveerá a ésta, electrónicamente o por cualquier otro medio expedito, los documentos y toda información que se hubiese tomado en consideración al formular la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión externa acelerada.

D. Además de los documentos e información aludidos en el apartado (C) de este Artículo, la organización de revisión independiente, en tanto lo considere adecuado y la información o documentos estén disponibles, tomará en cuenta lo siguiente al hacer su determinación:

(1) Los expedientes médicos pertinentes de la persona cubierta o asegurado;

(2) La recomendación del profesional de la salud que atiende a la persona cubierta o asegurado;

(3) Los informes de consultas que hayan hecho profesionales de la salud y otros documentos presentados por la organización de seguros de salud o asegurador, la persona cubierta o asegurado, o el proveedor de la salud que ofrece el tratamiento a la persona cubierta o asegurado;

(4) Los términos de cubierta del plan médico de la persona cubierta o asegurado;

(5) Las directrices de práctica (*“practice guidelines”*) más apropiadas, las cuales podrían incluir las guías de práctica generalmente aceptadas, las guías de práctica basadas en evidencia u otras guías confeccionadas por el Gobierno Federal o por las asociaciones o juntas médicas y profesionales a nivel nacional;

(6) Todo criterio de revisión clínica creado y usado por la organización de seguros de salud o asegurador, o la organización de revisión de utilización, al hacer la determinación adversa o determinación adversa final; y

(7) La opinión de los revisores clínicos de la organización de revisión independiente, después de examinar los documentos que se enumeran en los apartados (1) al (6) anteriores.

E.

(1) La organización de revisión independiente hará su determinación con la premura que requiera la condición de salud o las circunstancias de la persona cubierta o asegurado, pero en ningún caso en un término mayor de setenta y dos (72) horas contadas a partir del recibo de la solicitud de revisión externa acelerada. En dicho término la organización de revisión independiente deberá:

(a) Hacer su determinación en cuanto a confirmar o revocar la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión; y

(b) Notificar su determinación a la persona cubierta o asegurado, a la organización de seguros de salud o asegurador y al Comisionado.

(2) Si la notificación sobre la determinación de la organización de revisión independiente no se hace inicialmente por escrito, al cabo de cuarenta y ocho (48) horas de la determinación, la organización de revisión independiente deberá:

(a) Proveer confirmación escrita de la determinación a la persona cubierta o asegurado, a la organización de seguros de salud o asegurador y al Comisionado; e

(b) Incluir en la notificación escrita la información dispuesta en el Artículo 28.080 (I)(2) de este Código.

(3) Si la determinación de la organización de revisión independiente revoca la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión, la organización de seguros de salud o asegurador implicado inmediatamente aprobará la cubierta o el pago para el servicio o beneficio que fue objeto de revisión externa acelerada.

F. La revisión externa acelerada no estará disponible cuando la determinación adversa o determinación adversa final haya sido producto de una revisión retrospectiva.

G. La designación, por parte del Comisionado, de una organización de revisión independiente para llevar a cabo una revisión externa acelerada de conformidad con este Capítulo, se hará seleccionando al azar una de entre las organizaciones de revisión independiente autorizadas y calificada para llevar a cabo la revisión externa particular de que se trate, tomando en consideración la naturaleza de los servicios de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final que se revisa, así como cualquier otra circunstancia pertinente, incluyendo potenciales conflictos de intereses.

Artículo 28.100. — Revisión Externa de Determinaciones Adversas Basadas en Tratamiento Experimental o Investigativo. (26 L.P.R.A. § 9510)

A.

(1) A más tardar los ciento veinte (120) días siguientes al recibo de una notificación de determinación adversa o determinación adversa final, en la que se deniega un servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado por ser éste de naturaleza experimental o investigativa, la persona cubierta o asegurado podrá radicar ante el Comisionado una solicitud de revisión externa.

(2)

(a) La persona cubierta o asegurado podrá solicitar oralmente una revisión externa acelerada de una determinación adversa o determinación adversa final en la que se deniega un servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado por ser éste de naturaleza experimental o investigativa, siempre y cuando su médico certifique por escrito que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento denegado sería significativamente menos eficaz si no se inicia con premura.

(b) Al recibo de una solicitud de revisión externa acelerada conforme al apartado (a) anterior, el Comisionado inmediatamente notificará a la organización de seguros de salud o asegurador implicado sobre la presentación de la referida solicitud.

(c)

(i) Tras recibir copia de la solicitud, la organización de seguros de salud o asegurador deberá, inmediatamente, determinar si la solicitud satisface los requisitos de revisión

dispuestos en el apartado (B)(2) de este Artículo y notificar a la persona cubierta o asegurado, y al Comisionado, su determinación sobre si la solicitud es elegible para revisión externa.

(ii) El Comisionado podrá especificar la forma y contenido de la notificación de determinación inicial a la que se refiere el subapartado (i) anterior.

(iii) Si la organización de seguros de salud o asegurador determina, a raíz de la revisión preliminar realizada conforme al apartado (A)(2)(c)(i) de este Artículo, que la solicitud no es elegible para revisión externa, la notificación que a tales efectos se le haga a la persona cubierta o asegurado deberá advertirle que dicha determinación de inelegibilidad hecha por la organización de seguros de salud o asegurador puede apelarse ante el Comisionado.

(d)

(i) El Comisionado podrá determinar que una solicitud es elegible para revisión externa aun cuando la organización de seguros de salud o asegurador hubiese determinado inicialmente lo contrario.

(ii) La determinación del Comisionado a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa, luego de la determinación inicial en contrario de la organización de seguros de salud o asegurador, deberá hacerse en concordancia con los términos de cubierta del plan médico y estará sujeta a todas las disposiciones aplicables de este Capítulo.

(e) Al recibo de una notificación de la organización de seguros de salud o asegurador indicando que la solicitud satisface los requisitos para revisión, el Comisionado inmediatamente asignará una organización de revisión independiente para llevar a cabo la revisión externa acelerada; notificará a la organización de seguros de salud o asegurador cuál fue la organización de revisión independiente designada y notificará por escrito a la persona cubierta o asegurado que la solicitud es elegible y fue aceptada para revisión externa acelerada.

(f) Al recibir la notificación del Comisionado sobre la organización de revisión independiente designada, la organización de seguros de salud o asegurador proveerá a ésta, electrónicamente o por cualquier otro medio expedito, los documentos y toda información que se hubiese tomado en consideración al formular la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión.

B.

(1) Excepto en el caso de una solicitud de revisión externa acelerada hecha conforme al apartado (A)(2) de este Artículo, a más tardar el próximo día laborable del recibo de una solicitud de revisión externa por haberse denegado un servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado por ser éste de naturaleza experimental o investigativa, el Comisionado notificará, con copia de la solicitud, a la organización de seguros de salud o asegurador implicado.

(2) Tras recibir copia de la solicitud de revisión externa, la organización de seguros de salud o asegurador tendrá cinco (5) días laborables para llevar a cabo una revisión preliminar de la solicitud para determinar si la misma satisface los siguientes requisitos:

(a) La persona es o había sido una persona cubierta o asegurado por el plan médico cuando se recomendó o solicitó el servicio de cuidado de la salud o tratamiento denegado o, en el

caso de una revisión retrospectiva, había sido una persona cubierta o asegurado por un plan médico cuando se prestó el servicio de cuidado de la salud;

(b) El servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado, objeto de la determinación adversa o determinación adversa final:

(i) Es un beneficio cubierto bajo el plan médico de la persona cubierta o asegurado, pero la organización de seguros de salud o asegurador ha determinado que el servicio o tratamiento es de naturaleza experimental o investigativa; y

(ii) No está explícitamente mencionado como un beneficio excluido conforme al plan médico de la persona cubierta o asegurado;

(c) El médico de la persona cubierta o asegurado ha certificado por escrito que una de las siguientes situaciones es aplicable:

(i) Los servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales y acostumbrados no han sido efectivos en mejorar la condición de la persona cubierta o asegurado;

(ii) Los servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales y acostumbrados no son médicamente adecuados para la persona cubierta o asegurado; o

(iii) No hay ningún servicio de cuidado de la salud o tratamiento cubierto por el plan médico que sea más beneficioso que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado;

(d) El médico que atiende a la persona cubierta o asegurado:

(i) Ha recomendado un servicio de cuidado de la salud o tratamiento respecto al cual certifica, por escrito, que según su opinión, con toda probabilidad será de mayor beneficio para la persona cubierta o asegurado que los otros servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales o acostumbrados disponibles; o

(ii) El médico que atiende a la persona cubierta o asegurado, el cual está cualificado para practicar la medicina en la rama indicada para el tratamiento de la condición de salud en cuestión, ha certificado por escrito que existen estudios con validez científica, realizados según los protocolos aceptados, que demuestran que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento solicitado por la persona cubierta o asegurado tiene una mayor probabilidad de ser de beneficio que ningún otro servicio de cuidado de la salud o tratamiento usual o acostumbrado disponible;

(e) La persona cubierta o asegurado ha agotado el proceso interno de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador, salvo cuando no se requiera haber agotado dicho remedio a tenor con el Artículo 28.070 de este Código; y

(f) La persona cubierta o asegurado ha provisto toda la información y los formularios que se requieren para procesar la revisión externa, incluido el formulario de autorización que se dispone en el Artículo 28.050(B)(3) de este Código.

C.

(1) A más tardar el próximo día laborable de completar la revisión preliminar conforme al apartado (B)(2) de este Artículo, la organización de seguros de salud o asegurador notificará por escrito al Comisionado y a la persona cubierta o asegurado:

(a) Si la solicitud está completa y

(b) Si la solicitud es elegible para la revisión externa.

(2) Si la solicitud:

(a) No está completa, la organización de seguros de salud o asegurador notificará, por escrito, a la persona cubierta o asegurado y al Comisionado, qué información o materiales hacen falta para completar la solicitud; o

(b) No es elegible para la revisión externa, la organización de seguros de salud o asegurador enviará, por escrito, una notificación informando a la persona cubierta o asegurado y al Comisionado, las razones de la inelegibilidad.

(3)

(a) El Comisionado podrá especificar la forma y el contenido de la notificación de determinación inicial a la que se refiere el apartado (C)(2) de este Artículo.

(b) Si la organización de seguros de salud o asegurador determina, a raíz de la revisión preliminar realizada conforme al apartado (B)(2) de este Artículo, que la solicitud no es elegible para revisión externa, la notificación que a tales efectos se le haga a la persona cubierta o asegurado deberá advertirle que dicha determinación de inelegibilidad hecha por la organización de seguros de salud o asegurador puede apelarse ante el Comisionado.

(4)

(a) El Comisionado podrá determinar que una solicitud es elegible para revisión externa aun cuando la organización de seguros de salud o asegurador hubiese determinado inicialmente lo contrario.

(b) La determinación del Comisionado a los efectos de que una solicitud es elegible para revisión externa, luego de la determinación inicial en contrario de la organización de seguros de salud o asegurador, deberá hacerse en concordancia con los términos de cubierta del plan médico y estará sujeta a todas las disposiciones aplicables de este Capítulo.

(5) Si la organización de seguros de salud o asegurador determina que la solicitud de revisión externa es elegible para tales propósitos, así deberá notificarlo a la persona cubierta o asegurado y al Comisionado.

D.

(1) A más tardar el próximo día laborable del recibo de la notificación de la organización de seguros de salud o asegurador indicando que la solicitud es elegible para revisión externa, el Comisionado deberá:

(a) Asignar una organización de revisión independiente para llevar a cabo la revisión externa y notificar a la organización de seguros de salud o asegurador cuál fue la organización de revisión independiente designada; y

(b) Notificar por escrito a la persona cubierta o asegurado que la solicitud es elegible y fue aceptada para revisión externa.

(2) El Comisionado deberá incluir, en la notificación que le envíe a la persona cubierta o asegurado informándole la aceptación de su solicitud para propósitos de la revisión externa, un lenguaje a los efectos de que podrá someter por escrito a la organización de revisión independiente, en un término de cinco (5) días laborables contados a partir del recibo de la notificación de aceptación, cualquier información adicional que estime debiera ser considerada durante la revisión externa. La organización de revisión independiente no tiene, pero puede aceptar y considerar información adicional sometida pasado el término de cinco (5) días laborables aquí dispuesto.

(3) A más tardar el próximo día laborable del recibo de la notificación asignándole la revisión externa, la organización de revisión independiente deberá:

(a) Seleccionar, según se entienda apropiado, uno o más revisores clínicos para llevar a cabo la revisión externa.

(4)

(a) Al seleccionar los revisores clínicos, la organización de revisión independiente escogerá a médicos u otros profesionales de la salud que cumplan con los requisitos mínimos descritos en el Artículo 28.140 (B) de este Código y que debido a su experiencia clínica durante los pasados tres (3) años sean expertos en el tratamiento de la condición de la persona cubierta o asegurado y, además, que tengan amplio conocimiento acerca del servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado.

(b) Ni la persona cubierta o asegurado ni la organización de seguros de salud o asegurador, escogerán ni controlarán la manera en que se seleccionarán a los médicos u otros profesionales de la salud que actuarán como revisores clínicos.

(5) De conformidad con el apartado H de este Artículo, cada revisor clínico proveerá a la organización de revisión independiente una opinión escrita respecto a si se debe cubrir el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado.

(6) Al formular su opinión, los revisores clínicos no estarán obligados por ninguna de las decisiones o conclusiones resultantes del proceso de revisión de utilización o el proceso interno de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador.

E.

(1) A más tardar los cinco (5) días siguientes al recibo de la notificación sobre la organización de revisión independiente designada, la organización de seguros de salud o asegurador proveerá los documentos y toda información que se hubiese tomado en consideración al formular la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión.

(2) Salvo como se dispone en el apartado (E)(3) de este Artículo, el hecho de que la organización de seguros de salud o asegurador no provea los documentos y la información requerida en el plazo de cinco (5) días provisto en el apartado (E)(1) de este Artículo, no deberá retrasar la revisión externa.

(3)

(a) Si la organización de seguros de salud o asegurador no provee los documentos y la información requerida en el plazo de cinco (5) días provisto en el apartado (E)(1) de este Artículo, la organización de revisión independiente podrá dar por terminada la revisión externa y decidir revocar la determinación adversa o la determinación adversa final objeto de revisión.

(b) Si la organización de revisión independiente decidiera revocar la determinación adversa o la determinación adversa final por la razón que se dispone en el apartado (E)(3)(a) de este Artículo, la organización de revisión independiente lo notificará de inmediato a la persona cubierta o asegurado, a la organización de seguros de salud o asegurador y al Comisionado.

F.

(1) Cada revisor clínico revisará toda la información y los documentos recibidos de parte de la organización de seguros de salud o asegurador y toda otra información presentada por escrito por la persona cubierta o asegurado.

(2) En caso de que la organización de revisión independiente reciba información de la persona cubierta o asegurado, la organización de revisión independiente deberá remitir dicha

información, a su vez, a la organización de seguros de salud o asegurador implicado, a más tardar el próximo día laborable del recibo de la información.

G.

(1) Al recibo de la información dispuesta en el apartado (F)(2) de este Artículo, la organización de seguros de salud o asegurador podrá reconsiderar su determinación adversa o determinación adversa final objeto de la revisión externa.

(2) La reconsideración por parte de la organización de seguros de salud o asegurador de su determinación adversa o determinación adversa final no demorará ni dará por terminada la revisión externa.

(3) Sólo se podrá dar por terminada la revisión externa si, al completar su reconsideración, la organización de seguros de salud o asegurador decide que revocará su determinación adversa o determinación adversa final y proveerá cubierta o pago por el servicio de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final.

(4)

(a) Si la organización de seguros de salud o asegurador toma la decisión de revocar su determinación adversa o determinación adversa final, lo notificará de inmediato por escrito a la persona cubierta o asegurado, a la organización de revisión independiente y al Comisionado.

(b) La organización de revisión independiente dará por terminada la revisión externa al recibir, de la organización de seguros de salud o asegurador, la notificación aludida en el apartado (G)(4)(a) de este Artículo.

H.

(1) Salvo como se dispone en el apartado (H)(3) de este Artículo, a más tardar los veinte (20) días de haber sido seleccionados para realizar la revisión externa, el o los revisores clínicos entregarán, a la organización de revisión independiente, su opinión en cuanto a si se debe cubrir el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado.

(2) Salvo en el caso de una opinión que se formule conforme al apartado (H)(3) de este Artículo, la opinión de cada revisor clínico se entregará por escrito e incluirá la siguiente información:

(a) Una descripción de la condición de salud de la persona cubierta o asegurado;

(b) Una descripción de los indicadores relevantes en el análisis y proceso de determinar si existe suficiente evidencia para demostrar que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado tiene una mayor probabilidad de ser beneficioso para la persona cubierta o asegurado que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento usual o acostumbrado disponible y que los riesgos adversos del servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado no serían marcadamente mayores que los de los servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales y acostumbrados disponibles;

(c) Una descripción y análisis de la evidencia médica o científica que se tomó en consideración en la opinión expresada;

(d) Una descripción y análisis de cualquier estándar basado en evidencia (“evidence-based standard”) que se haya tomado en consideración en la opinión expresada; e

(e) Información acerca de si el razonamiento tras la opinión del revisor estuvo basado en lo dispuesto en el apartado (I)(5)(a) ó (b) de este Artículo.

(3)

(a) En el caso de una revisión externa acelerada, cada revisor clínico expresará su opinión, de manera verbal o escrita, a la organización de revisión independiente, tan pronto como la condición o circunstancia de salud de la persona cubierta o asegurado lo requiera, pero nunca más tarde de los cinco (5) días siguientes de haber sido seleccionado para realizar la revisión externa.

(b) Si la opinión del revisor clínico se hubiese expresado originalmente de manera verbal, a más tardar los dos (2) días de haber provisto la opinión, el revisor clínico suministrará una confirmación escrita a la organización de revisión independiente e incluirá en ésta la información que se requiere en el apartado (H)(2) de este Artículo.

I. Además de la información y los documentos aludidos en el apartado (A)(2)(f) o al apartado (E)(1) de este Artículo, cada revisor clínico, en tanto lo considere adecuado y la información o documentos estén disponibles, considerará lo siguiente al formular su opinión:

(1) Los expedientes médicos pertinentes de la persona cubierta o asegurado;

(2) La recomendación del profesional de la salud que atiende a la persona cubierta o asegurado;

(3) Los informes de consultas que hayan hecho profesionales de la salud y otros documentos presentados por la organización de seguros de salud o asegurador, la persona cubierta o asegurado, o el proveedor que ofrece el tratamiento a la persona cubierta o asegurado;

(4) Los términos de cubierta del plan médico de la persona cubierta o asegurado;

(5) La alternativa que sea aplicable, si alguna, de entre las siguientes:

(a) El servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado ha sido aprobado por la Administración Federal de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés), para la condición de la persona cubierta o asegurado; o

(b) Existe evidencia médica o científica o estándares basados en evidencia (“*evidence-based standards*”) que demuestran que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado tiene una mayor probabilidad de beneficiar a la persona cubierta o asegurado que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento usual y acostumbrado disponible y que los riesgos adversos del servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado no serían marcadamente mayores que los de los servicios de cuidado de la salud o tratamientos usuales y acostumbrados disponibles.

J.

(1)

(a) Salvo como se dispone en el apartado (J)(1)(b) de este Artículo, a más tardar los veinte (20) días siguientes al recibo de la opinión de los revisores clínicos, la organización de revisión independiente, de conformidad con lo dispuesto en el apartado (J)(2) de este Artículo, hará su determinación y la notificará por escrito a las siguientes personas:

(i) La persona cubierta o asegurado;

(ii) La organización de seguros de salud o asegurador; y

(iii) Al Comisionado.

(b)

(i) En el caso de una revisión externa acelerada, a más tardar las cuarenta y ocho (48) horas siguientes al recibo de la opinión de los revisores clínicos, la organización de revisión independiente hará su determinación y la notificará, ya sea verbalmente o por escrito, a la persona cubierta o asegurado, a la organización de seguros de salud o asegurador y al Comisionado.

- (ii) Si la determinación se hubiese notificado originalmente de manera verbal, a más tardar los dos (2) días de haber provisto dicha notificación verbal, la organización de revisión independiente suministrará una confirmación escrita a la persona cubierta o asegurado, a la organización de seguros de salud o asegurador y al Comisionado, e incluirá la información que se requiere en el apartado (J)(3) de este Artículo.
- (2)
- (a) Si la mayoría de los revisores clínicos recomienda que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado se debe cubrir, la organización de revisión independiente determinará que se revoque la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión.
- (b) Si la mayoría de los revisores clínicos recomienda que el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado no se debe cubrir, la organización de revisión independiente determinará que se confirme la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión.
- (c)
- (i) Si hay un empate entre los revisores clínicos en cuanto a si se debe cubrir o no el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado, la organización de revisión independiente obtendrá la opinión de un revisor clínico adicional, de modo que pueda hacer una determinación en base a las opiniones de la mayoría.
- (ii) De surgir la necesidad de seleccionar un revisor clínico adicional de conformidad con el apartado anterior, dicho revisor clínico adicional usará la misma información que tuvieron disponible los demás revisores clínicos al formular su opinión.
- (iii) La selección de un revisor clínico adicional no prolongará el plazo que tiene la organización de revisión independiente para hacer su determinación en base a las opiniones de los revisores clínicos seleccionados.
- (3) La organización de revisión independiente incluirá, en la notificación escrita de su determinación, lo siguiente:
- (a) Una descripción general del motivo de la solicitud de revisión externa;
- (b) La opinión escrita de cada uno de los revisores clínicos, incluyendo la recomendación de cada uno respecto a si el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado se debe cubrir o no y la justificación de la recomendación del revisor;
- (c) La fecha en que la organización de revisión independiente fue designada por el Comisionado para llevar a cabo la revisión externa;
- (d) La fecha en que se llevó a cabo la revisión externa;
- (e) La fecha de su determinación;
- (f) La principal razón o razones de su determinación; y
- (g) La justificación o razonamiento de su determinación.
- (4) Si la determinación de la organización de revisión independiente revoca la determinación adversa o determinación adversa final objeto de revisión, la organización de seguros de salud o asegurador implicado inmediatamente aprobará la cubierta o el pago para el servicio de cuidado de la salud o tratamiento que fue objeto de revisión.
- K.** La designación, por parte del Comisionado, de una organización de revisión independiente para llevar a cabo una revisión externa de conformidad con este Artículo, se hará seleccionando al azar una de entre las organizaciones de revisión independiente autorizadas y calificada para llevar a cabo la revisión externa particular de que se trate, tomando en consideración la naturaleza de los

servicios de cuidado de la salud objeto de la determinación adversa o determinación adversa final que se revisa, así como cualquier otra circunstancia pertinente, incluyendo potenciales conflictos de intereses.

Artículo 28.110. — Obligatoriedad de la Determinación de la Revisión Externa. (26 L.P.R.A. § 9511)

A. La determinación de la revisión externa obliga a la organización de seguros de salud o asegurador, salvo en los casos en que la organización de seguros de salud o asegurador tenga algún otro remedio conforme a las leyes aplicables de Puerto Rico.

B. La determinación de la revisión externa obliga a la persona cubierta o asegurado, salvo en los casos en que la persona cubierta o asegurado tenga algún otro remedio conforme a las leyes aplicables de Puerto Rico o a las leyes federales.

C. La persona cubierta o asegurado no podrá presentar subsiguientes solicitudes de revisión externa relacionadas con una determinación adversa o determinación adversa final para la cual ya hubo una determinación tras una revisión externa conforme a este Capítulo.

Artículo 28.130. — Autorización de las Organizaciones de Revisión Independientes. (26 L.P.R.A. § 9512)

A. El Comisionado autorizará a las organizaciones de revisión independiente que sean elegibles para realizar revisiones externas a tenor con este Capítulo.

B. A los fines de ser elegible para llevar a cabo revisiones externas a tenor con este Capítulo, la organización de revisión independiente deberá:

(1) Salvo como de otra forma se disponga en este Artículo, estar acreditada por una entidad acreditadora reconocida por el Comisionado y cuyos estándares de acreditación para las organizaciones de revisión independiente, a juicio de dicho funcionario, son equivalentes o exceden los requisitos mínimos de aptitud y competencia establecidos en el Artículo 28.140 de este Código.

(2) Someter una solicitud para la autorización del Comisionado, de conformidad con el apartado (D) de este Artículo.

C. El Comisionado preparará un formulario para la solicitud de autorización y de renovación de autorización de las organizaciones de revisión independientes.

D.

(1) Toda organización de revisión independiente que se proponga obtener la autorización del Comisionado para realizar revisiones externas a tenor con este Capítulo, presentará el formulario de solicitud junto con toda la documentación e información que el Comisionado estime necesaria, de modo que éste pueda determinar si la organización de revisión independiente cumple con los requisitos mínimos de aptitud y competencia establecidos en el Artículo 28.140 de este Código.

(2)

(a) Sujeto a lo dispuesto en el apartado (D)(2)(b) de este Artículo, una organización de revisión independiente será elegible para autorización por parte del Comisionado sólo si está acreditada por una entidad acreditadora reconocida por el Comisionado y cuyos estándares de acreditación para las organizaciones de revisión independiente, a juicio de

dicho funcionario, son equivalentes o exceden los requisitos mínimos de aptitud y competencia establecidos en el Artículo 28.140 de este Código.

(b) El Comisionado podrá autorizar a una organización de revisión independiente que no esté acreditada por una entidad acreditadora reconocida, sólo en el caso de que no hayan tales entidades reconocidas que se dediquen a la acreditación de organizaciones de revisión independiente.

(3) El Comisionado podrá cobrar las aportaciones o derechos que estime convenientes por las solicitudes de autorización y renovación de autorización de las organizaciones de revisión independientes.

E.

(1) La autorización de la organización de revisión independiente tendrá una vigencia de dos (2) años, salvo que el Comisionado determine, antes de dicho término, que la organización de revisión independiente ya no cumple con los requisitos mínimos de aptitud y competencia establecidos en el Artículo 28.140 de este Código.

(2) Si el Comisionado determinara, en cualquier momento, que una organización de revisión independiente ya no cumple con los requisitos mínimos de aptitud y competencia establecidos en el Artículo 28.140 de este Código, podrá dar por terminada la autorización de la organización de revisión independiente y retirar el nombre de ésta de la lista de organizaciones de revisión independiente autorizadas para realizar revisiones externas a tenor con este Capítulo.

F. El Comisionado mantendrá y actualizará periódicamente una lista de las organizaciones de revisión independiente autorizadas.

G. El Comisionado podrá promulgar la reglamentación que estime necesaria para desempeñar los deberes que se le imponen en este Artículo.

Artículo 28.140. — Requisitos Mínimos de Aptitud y Competencia para las Organizaciones de Revisión Independiente. (26 L.P.R.A. § 9513)

A. Con el fin de obtener la autorización del Comisionado para realizar revisiones externas, la organización de revisión independiente mantendrá, por escrito, políticas y procedimientos que rijan todos los aspectos de las revisiones externas ordinarias y de las revisiones externas aceleradas y que incluyan, como mínimo, lo siguiente:

(1) Mecanismos de garantía de calidad que cumplan los siguientes propósitos:

(a) Asegurar que las revisiones externas se lleven a cabo dentro de los plazos establecidos y que se provean las notificaciones correspondientes de manera oportuna;

(b) Asegurar la selección y designación adecuada de revisores clínicos capacitados e imparciales; La entidad debe poseer políticas y procedimiento documentados para que los revisores revelen cualquier conflicto de interés;

(c) Asegurar la confidencialidad de los expedientes médicos y de los criterios de revisión clínica; y

(d) Asegurar que las personas empleadas o contratadas por la organización de revisión independiente cumplan con los requisitos de este Capítulo.

(2) Servicio telefónico gratuito para recibir información relacionada con las revisiones externas. El servicio telefónico deberá operar las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7)

días de la semana, y tener capacidad de recibir, grabar y proveer instrucciones adecuadas a las personas que llamen fuera de las horas laborales normales.

(3) Mantener y proveer al Comisionado la información que se dispone en el Artículo 28.160 de este Código.

B. Todos los revisores clínicos que asigne la organización de revisión independiente para realizar las revisiones externas serán médicos u otros profesionales de la salud que satisfagan los siguientes requisitos mínimos:

(1) Ser expertos en el tratamiento de la condición de salud de la persona cubierta o asegurado;

(2) Tener conocimiento adecuado acerca del servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado o solicitado. Dicho conocimiento deberá haber sido obtenido mediante experiencia clínica reciente en el tratamiento de pacientes con la misma condición de salud o con alguna condición similar a la de la persona cubierta o asegurado;

(3) Tener una licencia irrestricta en un estado de Estados Unidos o en Puerto Rico y, en el caso de los médicos, una certificación vigente por parte de una junta de especialidad médica reconocida en Estados Unidos o en Puerto Rico en la rama o ramas pertinentes al asunto objeto de la revisión externa; y

(4) No tener historial de acciones o sanciones disciplinarias que pudieran colocar en tela de juicio su competencia moral, física, mental o profesional.

C. Además de los requisitos establecidos en el apartado (A) de este Artículo, la organización de revisión independiente no podrá ser propietaria o subsidiaria de, ni controlar, ejercer control conjunto o ser controlada por, un plan médico ni una asociación profesional de proveedores de servicios de salud.

D.

(1) A los fines de cualificar para realizar la revisión externa de un caso determinado, además de los requisitos que se establecen en los apartados (A), (B) y (C) de este Artículo, la organización de revisión independiente, así como tampoco los revisores clínicos designados, podrán tener interés profesional, familiar o conflicto de intereses económico con ninguno de los siguientes:

(a) La organización de seguros de salud o asegurador implicado;

(b) La persona cubierta o asegurado que solicitó la revisión externa;

(c) Los oficiales, directores o empleados gerenciales de la organización de seguros de salud o asegurador implicado;

(d) El proveedor de servicios de salud, el grupo médico del proveedor o la asociación de práctica independiente que recomienda el servicio de cuidado de la salud o tratamiento objeto de la revisión externa;

(e) La instalación donde se proveería el servicio de cuidado de la salud o tratamiento recomendado; o

(f) El desarrollador o fabricante del medicamento, aparato, procedimiento u otra terapia principal que se recomienda para la persona cubierta o asegurado.

(2) Al determinar si la organización de revisión independiente o los revisores clínicos tienen algún interés profesional, familiar o conflicto de intereses económicos, el Comisionado tomará en consideración aquellas situaciones en las que, si bien la organización de revisión independiente o el revisor clínico pudiera tener alguna relación o conexión profesional, familiar o económica con las personas descritas en el apartado (D)(1), las características de

dicha relación o conexión no constituyen un conflicto de interés significativo que les impida llevar a cabo la revisión externa.

E.

(1) Se presumirá que las organizaciones de revisión independiente que estén acreditadas por una entidad acreditadora reconocida por el Comisionado y cuyos estándares de acreditación para las organizaciones de revisión independiente, a juicio de dicho funcionario, son equivalentes o exceden los requisitos mínimos de aptitud y competencia establecidos en este Artículo, son elegibles para realizar revisiones externas a tenor con el Artículo 28.130 de este Código.

(2) El Comisionado revisará, inicial y periódicamente, los estándares de acreditación de las entidades acreditadoras de organizaciones de revisión independiente para cerciorarse de que tales estándares sean, y continúen siendo, equivalentes o superiores a los requisitos mínimos de aptitud y competencia establecidos en este Artículo. A los fines de cumplir con el deber de revisión que aquí se le impone, el Comisionado podrá aceptar las revisiones que realice la NAIC sobre las entidades acreditadoras.

(3) Las entidades acreditadoras de organizaciones de revisión independiente pondrán a disposición del Comisionado, cuando éste así lo solicite, sus estándares de acreditación, de modo que dicho funcionario pueda hacer las determinaciones correspondientes a tenor con este Capítulo.

F. Las organizaciones de revisión independiente serán imparciales y establecerán y mantendrán, de forma escrita, procedimientos para asegurarse que cumplen con tal requerimiento de imparcialidad, así como con cualquier otro requisito dispuesto en este Artículo.

Artículo 28.150. — Relevo de Responsabilidad de las Organizaciones de Revisión Independiente. (26 L.P.R.A. § 9514)

Ninguna organización de revisión independiente, revisor clínico, empleado, agente o contratista de una organización de revisión independiente, será hallado responsable por los daños que pueda haber sufrido alguna persona a consecuencia de las opiniones, omisiones o actos incurridos por éstos en el marco de sus deberes bajo este Capítulo, salvo que la opinión, omisión o acto se haya formulado de mala fe o mediando negligencia crasa o incumplimiento con el deber de divulgación de conflicto de interés.

Artículo 28.160. — Requisitos de Informes de la Revisión Externa. (26 L.P.R.A. § 9515)

A.

(1) Las organizaciones de revisión independiente mantendrán registros con respecto a toda revisión externa que hubiesen realizado durante el año natural y presentarán un informe al Comisionado, según se requiere en el apartado (A)(2) de este Artículo. Dichos informes se harán respecto a cada organización de seguros de salud o asegurador individual y de forma global.

(2) Las organizaciones de revisión independiente presentarán al Comisionado, por lo menos una vez al año y en el formato especificado por dicho funcionario, un informe acerca de las revisiones externas realizadas durante el año natural precedente.

(3) El informe incluirá los siguientes datos, tanto de forma global como de forma particular para cada organización de seguros de salud o asegurador:

- (a) La cantidad total de solicitudes de revisión externa presentadas;
- (b) La cantidad de solicitudes de revisión externa resueltas y, de las resueltas, la cantidad de confirmaciones y revocaciones realizadas;
- (c) El periodo de tiempo promedio que tomó realizar la determinación;
- (d) Un resumen del tipo de cubiertas o casos para los cuales se solicitó la revisión externa, según el formato que requiera el Comisionado;
- (e) La cantidad de revisiones externas ordinarias que se dieron por terminadas como resultado de la reconsideración de la organización de seguros de salud o asegurador, después del recibo de información adicional de la persona cubierta o asegurado; y
- (f) Toda información adicional que el Comisionado pudiera solicitar o requerir.

(4) La organización de revisión independiente conservará los registros que se requieren en este Artículo durante al menos seis (6) años.

B.

(1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores mantendrán registros, globales y para cada tipo de plan médico que ofrezcan, de las solicitudes de revisión externa presentadas en su contra.

(2) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores presentarán al Comisionado, a su solicitud y en el formato especificado por dicho funcionario, un informe acerca de las revisiones externas presentadas en su contra.

(3) El informe incluirá los siguientes datos, tanto de forma global como de forma particular para cada tipo de plan médico:

- (a) La cantidad total de solicitudes de revisión externa presentadas;
- (b) Del total de solicitudes de revisión externa presentadas, la cantidad de solicitudes para las cuales se determinó que eran elegibles para la revisión externa;
- (c) Toda información adicional que el Comisionado pudiera solicitar o requerir.

(4) La organización de seguros de salud o asegurador conservará los registros requeridos en este Artículo durante al menos seis (6) años.

Artículo 28.170. — Pago del Costo de la Revisión Externa. (26 L.P.R.A. § 9516)

La organización de seguros de salud o asegurador contra el que se presente una solicitud de revisión externa ordinaria o acelerada tendrá la obligación de pagar a la organización de revisión independiente por la revisión externa.

La Oficina del Comisionado de Seguros notificará a los aseguradores y organizaciones de servicios de salud los costos del proceso o cualquier modificación en los mismos con al menos 120 días de anticipación.

La persona cubierta o asegurado pagará un costo nominal no mayor de \$25.00 por cada revisión. Disponiéndose, que para una misma persona cubierta o asegurado el costo no puede exceder de setenta y cinco dólares (\$75.00) por año-póliza. La cantidad pagada por la persona cubierta o asegurado le será reembolsada si éste obtiene opinión a su favor.

Artículo 28.180. — Requisitos de Divulgación. (26 L.P.R.A. § 9517)

A.

(1) Toda organización de seguros de salud o asegurador incluirá una descripción de los procedimientos de revisión externa en las pólizas, los certificados, folletos de socios, resúmenes de cubiertas u otras evidencias de cubierta que provea a las personas cubiertas o asegurados.

(2) La divulgación de los procedimientos de revisión externa que se requiere en el apartado (A)(1) de este Artículo se hará en el formato que prescriba el Comisionado.

B. La descripción de los procedimientos de revisión externa incluirá una declaración en la que se informe a la persona cubierta o asegurado de su derecho a radicar con el Comisionado una solicitud para la revisión externa de una determinación adversa o determinación adversa final. Tal declaración podrá explicar que la revisión externa está disponible cuando la determinación adversa o determinación adversa final se fundamenta en la necesidad de salud, la idoneidad, el lugar donde se provee el servicio de cuidado de la salud, o el nivel o eficacia del servicio o rescisión de cubierta. La declaración incluirá el número telefónico y la dirección del Comisionado.

C. Además de lo dispuesto en el apartado (B) de este Artículo, la declaración informará a la persona cubierta o asegurado que, al radicar la solicitud de revisión externa, se requerirá que se autorice la divulgación de la información de salud necesaria y relevante que se tuviera que revisar, con el fin de tomar una determinación con respecto a la revisión externa.

Capítulos 30 - 50 — *[Nota: Tal como se aprobó este Código no tiene los Capítulos 30 al 46]*

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

[Nota: La [Ley 134-2020](#), “[Ley de Protección al Paciente ante las Facturas Médicas Sorpresa](#)” añadió este Capítulo 48]

Artículo 48.010. — Política pública (26 L.P.R.A. § 9901)

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 (26 L.P.R.A. § 9902)

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 “**médicamente 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 (26 L.P.R.A. § 9904)

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 (26 L.P.R.A. § 9905)

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(26 L.P.R.A. § 9906)

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 (26 L.P.R.A. § 9907)

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 (26 L.P.R.A. § 9908)

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 (26 L.P.R.A. § 9909)

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 (26 L.P.R.A. § 9910)

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 (26 L.P.R.A. § 9911)

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 (26 L.P.R.A. § 9912)

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 (26 L.P.R.A. § 9913)

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 (26 L.P.R.A. § 9914)

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 (26 L.P.R.A. § 9915)

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 (26 L.P.R.A. § 9916)

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 (26 L.P.R.A. § 9917)

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

Capítulo 50 — [Nota: Tal como se aprobó este Código no tiene un Capítulo 50]

CAPÍTULO 52. — USO NO INDICADO EN LA ETIQUETA

Artículo 52.010. — Propósito. (26 L.P.R.A. § 9981)

El propósito de este Capítulo es establecer parámetros para el pago o reembolso de los costos relacionados con los medicamentos que, a pesar de tener la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés), son utilizados para indicaciones diferentes a las que aparecen en la etiqueta (uso que en lo sucesivo se denominará “uso no indicado en la etiqueta”). Denegar el pago o reembolso de los medicamentos por motivo de que el mismo será utilizado para un uso no indicado en la etiqueta podría interrumpir o impedir el acceso al tratamiento necesario y adecuado para las personas cubiertas o asegurados.

Artículo 52.020. — Aplicabilidad y Alcance. (26 L.P.R.A. § 9982)

Este Capítulo aplica a todos los planes médicos que se emitan, enmienden, otorguen o renueven en o después de la fecha de vigencia de este Capítulo, y que provean cubierta para medicamentos. También aplica a todas las personas que lleven a cabo determinaciones sobre el pago o reembolso por medicamentos conforme a estos planes médicos.

Artículo 52.030. — Definiciones. (26 L.P.R.A. § 9983)

- A. “Compendios de referencia estándar”** (*“standard reference compendia”*) significa:
- (1) The American Hospital Formulary Service-Drug Information;
 - (2) The American Medical Association Drug Evaluation o
 - (3) The United States Pharmacopoeia-Drug Information.
- B. “FDA”** significa la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos.
- C. “Literatura médica evaluada por homólogos”** (*“peer-reviewed medical literature”*) significa un estudio científico que haya sido publicado en una revista académica o en otra publicación, en la que los manuscritos originales se divulgan luego de haber sido evaluados por peritos independientes e imparciales y de que el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas haya determinado que cumplen con los Requisitos de Uniformidad para Manuscritos enviados a revistas biomédicas. La literatura médica evaluada por homólogos no incluye publicaciones o suplementos de publicaciones que hayan recibido gran parte de su patrocinio de una compañía manufacturera de productos farmacéuticos o de una organización de seguros de salud o asegurador.
- D. “Medicamento”** o **“medicamentos”** significa toda sustancia recetada por un proveedor de cuidado de la salud licenciado y que se utilice para el diagnóstico, alivio, tratamiento o prevención de una enfermedad, independientemente del método mediante el cual se suministre (por vía oral, inyección en el músculo, la piel, vaso sanguíneo o cavidad corporal, o que se aplique en la piel o que el cuerpo lo asimile de alguna otra manera). El término incluye las sustancias que tienen la aprobación de la FDA para al menos una indicación.

Artículo 52.040. — Normas de la Cubierta. (26 L.P.R.A. § 9984)

- A.** Los planes médicos que proveen cubierta para medicamentos deberán proveer para el despacho de los medicamento cubiertos, independientemente del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad para la cual sean prescritos, siempre y cuando: (1) el medicamento tenga la aprobación de la FDA para al menos una indicación y (2) el medicamento sea reconocido para el tratamiento del padecimiento, dolencia, lesión, condición o enfermedad de que se trate en uno de los compendios de referencia estándar o en literatura médica evaluada por homólogos generalmente aceptada.
- B.** La cubierta de un medicamento a tenor con este Artículo deberá incluir, además, los servicios médicamente necesarios que estén asociados con la administración del medicamento.
- C.** Este Artículo no requiere que las organizaciones de seguros de salud o aseguradores cubran un medicamento cuando la FDA ha determinado que su uso es contraindicado para el tratamiento de la indicación para la cual se prescribe.

D. Los siguientes medicamentos o servicios no estarán cubiertos a tenor con el inciso A de este Artículo:

- (1) los medicamentos que se utilicen en pruebas de investigación que tengan el patrocinio de los manufactureros o de una entidad gubernamental;
- (2) los medicamentos o servicios suministrados durante pruebas de investigación, si el patrocinador de dichas pruebas de investigación provee los medicamentos o servicios sin cobrarle nada a los participantes.

CAPÍTULO 54 — CUBIERTA PARA NIÑOS RECIÉN NACIDOS, NIÑOS RECIÉN ADOPTADOS Y NIÑOS COLOCADOS PARA ADOPCIÓN.

Artículo 54.010. — Título. (26 L.P.R.A. § 10021)

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

Artículo 54.020. — Propósito. (26 L.P.R.A. § 10022)

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

Artículo 54.030. — Definiciones. (26 L.P.R.A. § 10023)

Para propósitos de este Capítulo:

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

Artículo 54.040. — Aplicabilidad. (26 L.P.R.A. § 10024)

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

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

Artículo 54.050. — Requisitos para la Cubierta. (26 L.P.R.A. § 10025)

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

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

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

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

Artículo 54.060. — Requisitos de Notificación. (26 L.P.R.A. § 10026)

A. En los casos de niños recién nacidos, la organización de seguros de salud o asegurador estará obligada a proveer a las personas cubiertas o asegurados una notificación razonable sobre lo siguiente:

- (1) Si para proveer cubierta a un niño recién nacido, según se dispone en este Capítulo, se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, el plan médico podrá exigir que la persona cubierta o asegurado notifique a la organización de seguros de salud o asegurador del nacimiento del niño y que proporcione el pago de los cargos o la prima requeridos a más tardar a los treinta (30) días de la fecha de nacimiento.
- (2) Si no se proporciona la notificación y pago descrito en el inciso anterior, la organización de seguros de salud o asegurador podrá optar por no continuar proporcionándole cubierta al niño más allá del periodo de treinta (30) días. No obstante lo anterior, si a más tardar a los cuatro (4) meses de la fecha de nacimiento del niño la persona cubierta o asegurado emite todos los pagos adeudados, se reinstalará la cubierta del niño.
- (3) Si para proveer cubierta a un niño recién nacido no se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, la organización de seguros de salud o asegurador podrá solicitar que se proporcione una notificación del nacimiento del niño, pero no podrá denegar o rehusarse a continuar proveyendo la cubierta si la persona cubierta o asegurado no proporciona dicha notificación.

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

(1) Si para proveer cubierta a un niño recién adoptado o un niño colocado para adopción se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, el plan médico podrá exigirle a la persona cubierta o asegurado que notifique a la organización de seguros de salud o asegurador sobre la adopción o sobre la colocación en un hogar para adopción y que provea el pago de la prima o cargos requeridos a más tardar los treinta (30) días de la fecha en que se requiere que la cubierta comience según lo dispuesto en el Artículo 54.050A(2).

(2) Si la persona cubierta o asegurado no provee la notificación o el pago descrito en el inciso anterior dentro del periodo de treinta (30) días, la organización de seguros de salud o asegurador no podrá tratar al niño adoptado o al niño colocado para adopción de manera menos favorable que a otros dependientes, que no sean niños recién nacidos, para quienes se solicita cubierta en una fecha posterior a la fecha en que el dependiente se hizo elegible a la cubierta.

Capítulos 56 - 64 — [Nota: Tal como se aprobó este Código no tiene los Capítulos 56 al 64]

CAPÍTULO 66. — SEGURO DE CUIDADO PROLONGADO

Artículo 66.010. — Título. (26 L.P.R.A. § 10251)

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

Artículo 66.020. — Alcance. (26 L.P.R.A. § 10252)

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

Artículo 66.030. — Propósito. (26 L.P.R.A. § 10253)

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

Artículo 66.040. — Definiciones. (26 L.P.R.A. § 10254)

Para los fines de este Capítulo:

A. “Certificado” significa todo certificado emitido conforme a una póliza grupal de seguro de cuidado prolongado, cuya póliza se haya entregado o emitido para entregarse en Puerto Rico.

B. “Contrato de seguro de cuidado prolongado cualificado” o “contrato de seguro de cuidado prolongado que cualifique para crédito contributivo federal” significa un contrato de seguro individual o grupal que cumple con los requisitos del Código de Rentas Internas Federal de 1986, según enmendado, de la siguiente manera:

(1) La única protección de seguro que se provee bajo el contrato es la cubierta de servicios de cuidado prolongado establecida según las leyes de contribuciones federales. El contrato no incumplirá con los requisitos de este inciso debido a que se están efectuando pagos a base de periodos de tiempo (por día u otro periodo) sin tomar en consideración los gastos en los que se ha incurrido durante dicho período;

(2) El contrato no dispone que se paguen ni se reembolsen los gastos incurridos por servicios o artículos que sean reembolsables bajo el Título XVIII de la Ley de Seguro Social, según enmendada, o serían reembolsables sólo si se le aplica un monto de deducible o coaseguro. Los requisitos de este inciso no aplican a los gastos que son reembolsables bajo el Título XVIII de la Ley de Seguro Social sólo como pagador secundario. El contrato no incumplirá con los requisitos de este inciso debido a que se están efectuando pagos a base de periodos de tiempo (por día u otro periodo) sin tomar en consideración los gastos en los que se ha incurrido durante dicho período;

(3) Se garantiza que el contrato es renovable, según se define en el Código de Rentas Internas Federal de 1986, según enmendado;

(4) El contrato no dispone un valor de rescate en efectivo u otro tipo de prestación monetaria que se pueda pagar, ceder, pignorar o tomar prestada, excepto según se dispone en el Artículo 66.040 B (1) (e) de este Capítulo;

(5) Toda devolución de primas, y todos los dividendos o montos similares del titular de la póliza, que se realicen conforme al contrato se aplicarán mediante reducciones en las primas futuras o aumentando los beneficios futuros, excepto que un reembolso en caso de muerte del asegurado o una entrega total o cancelación del contrato no podrá exceder el total de primas pagadas conforme el contrato; y

(6) El contrato cumple con las disposiciones de protección al consumidor expuestas en el Código de Rentas Internas Federal de 1986, según enmendado.

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

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

D. “Seguro de cuidado prolongado” significa:

(1) Toda póliza de seguro o anejo anunciado, mercadeado, ofrecido o diseñado para proveer cubierta por no menos de doce (12) meses consecutivos, a base de gastos incurridos,

indemnización, prepago u otro tipo de cubierta; para uno o más servicios de cuidado diagnóstico, preventivo, terapéutico, de rehabilitación, de mantenimiento o personal necesario o médicamente necesario que se provea en cualquier lugar que no sea una unidad de cuidado agudo de un hospital.

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

(3) Los seguros de cuidado prolongado pueden ser emitidos por aseguradores autorizados a emitir seguros de incapacidad.

(4) Los seguros de cuidado prolongado no incluirán ninguna póliza de seguro que se ofrezca principalmente para proveer cubierta básica de Medicare suplementario, cubierta básica de gastos de hospital, cubierta básica de gastos médico-quirúrgicos, cubierta de indemnización por hospitalización, cubierta de los gastos médicos mayores, cubierta de ingresos por incapacidad o relacionada con la protección de activos, cubierta solamente para accidentes, cubierta para enfermedades específicas o accidentes específicos o cubierta de salud de beneficios limitados.

(5) Respecto a los seguros de vida, este término no incluye las pólizas de seguro de vida que aceleran el beneficio por muerte específicamente para uno o más de los sucesos calificadores de enfermedad terminal, condiciones médicas que requieran intervención médica extraordinaria o reclusión institucional permanente; que proveen la opción de pago de una suma global por esos beneficios y en que ni los beneficios ni la elegibilidad para los beneficios están condicionados al recibo de cuidado prolongado. No obstante alguna otra disposición de este Capítulo, todo producto anunciado, mercadeado u ofrecido como seguro de cuidado prolongado estará sujeto a las disposiciones de este Capítulo.

E. “Seguro de cuidado prolongado grupal” significa una póliza de seguro de cuidado prolongado que se entrega o se emite para entregarse en Puerto Rico a:

(1) Uno o más patronos u organizaciones laborales, un fideicomiso o los fiduciarios de un fondo establecido por uno o más patronos u organizaciones laborales, o una combinación de éstos, para empleados o ex empleados, o una combinación de éstos, o para miembros o ex miembros, o una combinación de éstos, de las organizaciones laborales; o

(2) Toda asociación profesional, gremial u ocupacional, para sus miembros presentes, pasados o retirados, o una combinación de éstos, si la asociación:

(a) Se compone de personas que están o estuvieron activos en la misma profesión, gremio u ocupación; y

(b) Se ha mantenido de buena fe para otros propósitos que no sean la obtención de un seguro; o

(3) Una asociación, fideicomiso o los fiduciarios de un fondo establecido, creado o mantenido para el beneficio de miembros de una o más asociaciones. Previo al anuncio, mercadeo u ofrecimiento de la póliza en Puerto Rico, la asociación, o el asegurador de la asociación, radicará evidencia ante el Comisionado de que la asociación desde el comienzo se organizó y se ha mantenido de buena fe para otros propósitos que no sean la obtención de un seguro; ha existido activamente durante al menos un (1) año; y tiene una constitución y estatutos que disponen que:

- (a) La asociación lleva a cabo reuniones regulares no menos de una vez al año para promover los propósitos de los miembros;
- (b) Salvo en el caso de las cooperativas de ahorros, la asociación cobra cuotas o solicitan contribuciones a los miembros; y
- (c) Los miembros tienen derecho al voto y representación en la junta de gobierno y los comités.

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

(4) Para cualificar como seguro de cuidado prolongado grupal, el asegurador deberá cerciorarse de que se satisfacen los requisitos mínimos de personas cubiertas o asegurados establecidos en el Capítulo 14.010 del [Código de Seguros de Puerto Rico](#).

F. “Solicitante” significa:

- (1) En el caso de una póliza de seguro de cuidado prolongado individual, la persona que interesa obtener el seguro.
- (2) En el caso de una póliza grupal de seguro de cuidado prolongado, el prospecto tenedor del certificado.

Artículo 66.050. — Jurisdicción Extraterritorial—Seguros de Cuidado Prolongado Grupal.
(26 L.P.R.A. § 10255)

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

Artículo 66.060. — Estándares de Divulgación y Desempeño para Seguros de Cuidado Prolongado. (26 L.P.R.A. § 10256)

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

B. Ninguna póliza de seguro de cuidado prolongado puede:

- (1) Cancelarse, no renovarse o darse por terminada debido a la edad o el deterioro de la salud física o mental del asegurado o el tenedor del certificado; ni
- (2) Contener una disposición que establezca un nuevo período de espera en caso de que la cubierta existente se convierta o se reemplace por una nueva u otra forma de cubierta dentro de la misma compañía, excepto si se tratare de un aumento en beneficios seleccionado voluntariamente por el asegurado o el tenedor de la póliza grupal; ni

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

C. Condiciones preexistentes.

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

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

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

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

D. Hospitalización/institucionalización previa.

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

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

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

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

(2)

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

(b) Una póliza de seguro de cuidado prolongado o anejo que condicione la elegibilidad para beneficios no institucionales a que se haya recibido cuidado institucional previo no requerirá una estadía previa de más de treinta (30) días.

(3) Ninguna póliza de seguro de cuidado prolongado o anejo que provea beneficios sólo después de que la persona sea ingresada en una institución condicionarán dichos beneficios a

que la admisión de la persona a la institución por condiciones similares o relacionadas se efectúe en un período menor de treinta (30) días del alta de dicha institución.

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

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

G. Resumen de cubierta.

(1) Se entregará un resumen de cubierta a la persona que posiblemente solicite el seguro de cuidado prolongado al momento de la solicitud inicial. El resumen se proveerá en un documento que atraiga la atención y que destaque su propósito.

(a) El Comisionado determinará un formato estándar, que incluya el estilo, el arreglo y la apariencia general, así como el contenido del resumen de cubierta.

(b) En el caso de la solicitud por parte del productor, éste entregará el resumen de cubierta antes de presentar una solicitud o un formulario de inscripción a la persona.

(2) El resumen de cubierta incluirá:

(a) Una descripción de los principales beneficios y la cubierta provistos en la póliza;

(b) Una enumeración de las principales exclusiones, reducciones y limitaciones que contiene la póliza;

(c) Una exposición de los términos bajo los cuales la póliza o el certificado, o ambos, pueden continuar en vigencia o ser discontinuados, incluida cualquier reserva en la póliza a un derecho a cambiar las primas. Las disposiciones de continuación o de conversión de la cubierta grupal se describirán de manera específica;

(d) Una declaración en la que se indica que la cubierta es sólo un resumen, no un contrato de seguro, y que la póliza o póliza matriz grupal contiene las disposiciones contractuales vigentes;

(e) Una descripción de los términos según los cuales puede devolverse la póliza o el certificado y reembolsarse las primas;

(f) Una breve descripción de la relación entre el costo de cuidado y los beneficios; y

(g) Una declaración que informe al tenedor de la póliza o el certificado si la póliza es un contrato de seguro de cuidado prolongado cualificado o que cualifique para crédito contributivo federal.

H. Un certificado emitido de conformidad con una póliza de seguro de cuidado prolongado grupal cuya póliza se entregue o se emita para ser entregada en Puerto Rico incluirá:

(1) Una descripción de los principales beneficios y la cubierta provistos en la póliza;

(2) Una enumeración de las principales exclusiones, reducciones y limitaciones que contiene la póliza; y

(3) Una declaración en la que se indica que la póliza matriz grupal determina las disposiciones contractuales vigentes.

I. Si se aprueba una solicitud para un contrato de seguro de cuidado prolongado, el asegurador entregará la póliza o certificado de seguro al solicitante a más tardar los treinta (30) días de la fecha de aprobación.

J. En el caso de una póliza de seguro de vida individual que provee beneficios de cuidado prolongado, al momento de la entrega de la póliza se entregará un resumen de dichos beneficios, sea como parte de la póliza o mediante un anejo. Además de cumplir con todos los requisitos aplicables, el resumen incluirá:

(1) Una explicación de cómo el beneficio de cuidado prolongado interactúa con otros componentes de la póliza, incluidas las deducciones de los beneficios por muerte;

(2) Una ilustración de la cantidad de beneficios, la duración de los beneficios y los beneficios de por vida garantizados, si alguno, para cada persona cubierta o asegurado;

(3) Todas las exclusiones, reducciones y limitaciones a los beneficios de cuidado prolongado;

(4) Una declaración indicando que cualquier opción de protección de inflación de cuidado prolongado no está disponible bajo la póliza;

(5) Si fuera aplicable al tipo de póliza, el resumen también incluirá:

(a) Una divulgación de los efectos de ejercer otros derechos conforme a la póliza;

(b) Una divulgación de las garantías relacionadas con los costos del seguro del cuidado prolongado; y

(c) Los beneficios máximos que se proveen actualmente y que se proyecta que se proveerán en el futuro, mientras viva el asegurado.

K. Si el beneficio de cuidado prolongado que se está pagando se financia mediante la aceleración de los beneficios por muerte de un seguro de vida, se le proveerá un informe mensual al tenedor de la póliza o el certificado. El informe incluirá:

(1) Todos los beneficios de cuidado prolongado pagados durante el mes;

(2) Una explicación de todos los cambios en la póliza, como por ejemplo, los beneficios por muerte o el valor en efectivo de la póliza, debido a los beneficios de cuidado prolongado que se están pagando; y

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

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

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

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

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

Artículo 66.070. — Período de Incontestabilidad. (26 L.P.R.A. § 10257)

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

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

C. Luego que la póliza o certificado haya estado vigente por más de dos (2) años, no se podrá contestar sobre la única base de una alegación de falsa representación, sino que será necesario demostrar que el asegurado a sabiendas e intencionalmente hizo representaciones falsas con respecto a su estado de salud.

D. Los terceros administradores podrán emitir pólizas o certificados de seguro de cuidado prolongado sin la evaluación de la oficina principal del asegurador, si la remuneración del productor o tercero administrador no estuviese basada en la cantidad de pólizas o certificados que emita. Para propósitos de este Artículo, “sin la evaluación de la oficina principal del asegurador” significa una póliza o un certificado emitido por un tercero administrador de conformidad con la autoridad para asegurar, otorgada por un asegurador a este tercero administrador y siguiendo las pautas para asegurar establecidas por el asegurador.

E. Si un asegurador ha pagado beneficios bajo la póliza o el certificado de seguro de cuidado prolongado, el asegurador no podrá recuperar los pagos de beneficios en el caso que se rescinda la póliza o el contrato.

F. En caso de muerte del asegurado, este Artículo no aplicará al beneficio por muerte restante de una póliza de seguro de vida que acelere beneficios para cuidado prolongado. En esta situación, los beneficios por muerte restantes bajo estas pólizas serán regidos por las disposiciones legales aplicables a los seguros de vida. En todas las demás situaciones, este Artículo aplicará a las pólizas de seguro de vida que aceleren beneficios para cuidado prolongado.

Artículo 66.080. — Beneficios de No Caducidad. (26 L.P.R.A. § 10258)

A. Excepto lo dispuesto en el apartado B, no se podrá entregar o emitir para entrega en Puerto Rico una póliza de seguro de cuidado prolongado, salvo que al tenedor de la póliza o del certificado se le ofrezca la opción de comprar una póliza o un certificado que incluya un beneficio de no caducidad. La oferta de un beneficio de no caducidad puede ser mediante un anejo a la póliza. En el caso que el tenedor de la póliza o del certificado no acepte el beneficio de no caducidad, el asegurador proveerá un beneficio contingente sobre caducidad que estará disponible por un período de tiempo específico luego de que haya un aumento considerable en las primas.

B. Cuando se emite una póliza de seguro de cuidado prolongado grupal, la oferta requerida en el apartado A se hará al tenedor de la póliza grupal.

C. El Comisionado promulgará un reglamento que especifique el tipo o los tipos de beneficios de no caducidad que se ofrecerán como parte de las pólizas y los certificados de seguro de cuidado prolongado, los estándares para los beneficios de no caducidad y las reglas respecto al beneficio contingente sobre caducidad, que incluya una determinación del período de tiempo específico durante el cual estará disponible un beneficio contingente sobre caducidad y el aumento considerable en el precio de las primas que provoca un beneficio contingente sobre caducidad, según descrito en el apartado A.

Artículo 66.090. — Requisitos de Adiestramiento a Productores. (26 L.P.R.A. § 10259)

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

(1) Una persona no podrá vender, ofrecer o negociar seguros de cuidado prolongado a menos que posea licencia de productor de seguros para gestionar seguros de incapacidad y haya completado el curso de adiestramiento requerido. El adiestramiento cumplirá con los requisitos expuestos en el apartado B.

(2) Una persona que ya posea licencia y venda, ofrezca y negocie seguros de cuidado prolongado en la fecha de vigencia de este Capítulo no podrá continuar vendiendo, ofreciendo o negociando seguros de cuidado prolongado, a menos que la persona complete el curso de adiestramiento requerido, según expuesto en el Apartado B, a más tardar un (1) año de la fecha de vigencia de este Capítulo.

(3) Además del adiestramiento requerido en los incisos (1) y (2), una persona que venda, ofrezca o negocie seguros de cuidado prolongado completará los adiestramientos continuos dispuestos en el Apartado B.

(4) Los requisitos de adiestramiento del Apartado B pueden aprobarse como cursos de educación continua conforme a la Regla 52 del Reglamento del [Código de Seguros de Puerto Rico](#).

B. El curso de adiestramiento requerido por este Artículo durará no menos de ocho (8) horas y el adiestramiento continuo durará no menos de (4) horas cada veinticuatro (24) meses.

El adiestramiento consistirá de temas relacionados con los seguros de cuidado prolongado, servicios de cuidado prolongado y, si fuera aplicable, los programas de alianzas para el cuidado prolongado establecidos según las leyes estatales, los cuales incluirán, entre otros:

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

(2) Los servicios prolongados y los proveedores disponibles;

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

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

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

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

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

C. Los aseguradores sujetos a este Capítulo obtendrán la verificación de que un productor recibió el adiestramiento requerido por este Artículo antes de permitirle vender, ofrecer, o negociar los productos de seguro de cuidado prolongado del asegurador; mantendrán los expedientes según los requisitos estatales de retención de expedientes y tendrán esa verificación disponible para el Comisionado, de ser requerida. Los aseguradores sujetos a este Capítulo mantendrán los expedientes relacionados con el adiestramiento de sus productores sobre la distribución de sus pólizas participantes en el programa de alianza, si aplica, de forma que le permita al Comisionado proveer garantía a la agencia estatal de Medicaid de que los productores hayan recibido el adiestramiento descrito en este Artículo y que los productores hayan demostrado un entendimiento

de las pólizas participantes en el programa de alianza, si aplica, y su relación con las cubiertas de cuidado prolongado públicas y privadas, incluido Medicaid, en Puerto Rico. Estos expedientes se mantendrán de conformidad con los requisitos estatales de retención de expedientes y se tendrán disponibles para el Comisionado, de ser requeridos.

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

Artículo 66.100. — Autoridad para Promulgar Reglamentos. (26 L.P.R.A. § 10260)

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

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

Artículo 66.130. — Sanciones. (26 L.P.R.A. § 10261)

Además de alguna otra penalidad que se disponga en las leyes de Puerto Rico, incluyendo el [Código de Seguros de Puerto Rico](#), todo asegurador y todo productor hallado culpable de violar algún requisito de Puerto Rico relacionado con la regulación de los seguros de cuidado prolongado o del mercadeo de dichos seguros, estará sujeto a una multa que será la mayor entre las siguientes cantidades: hasta tres (3) veces el monto pagado en comisiones por cada póliza involucrada en la violación o hasta \$10,000.

Capítulos 68 - 70 — *[Nota: Tal como se aprobó este Código no tiene los Capítulos 68 al 70]*

CAPÍTULO 72. — DISCRIMEN INDEBIDO CONTRA VÍCTIMAS DE MALTRATO

Artículo 72.010. — Propósito. (26 L.P.R.A. § 10371)

El propósito de este Capítulo es prohibir que las organizaciones de seguros de salud, aseguradores o profesionales de seguros discriminen indebidamente contra las víctimas de maltrato.

Artículo 72.020. — Alcance. (26 L.P.R.A. § 10372)

Este Capítulo es aplicable a todas las organizaciones de seguros de salud, aseguradores y profesionales de seguros que participan en la emisión o renovación de pólizas o certificados de planes médicos en Puerto Rico.

Artículo 72.030. — Definiciones. (26 L.P.R.A. § 10373)

A. “Condición de salud relacionada con el maltrato” significa una condición de salud sufrida por la víctima de maltrato surgida, en parte o en su totalidad, como producto de un acto o patrón de maltrato.

B. “Información confidencial sobre el maltrato” significa información acerca de actos de maltrato cometidos contra una persona o sobre el estatus de víctima de maltrato de dicha persona; información acerca de determinada condición de salud para la cual el asegurador sabe, o tiene motivos para saber, que está relacionada con el maltrato; la dirección y el número de teléfono (residencial y de trabajo) de una víctima de maltrato o información sobre la relación familiar o laboral entre una persona cubierta o asegurado, actual o potencial, y una persona que es víctima de maltrato.

C. “Maltrato” significa la comisión de uno o más de los siguientes actos, bien fueren ejecutados por un miembro o ex miembro de la familia de la víctima, algún residente de su casa, compañero o compañera sentimental o cualquier persona a cargo de su cuidado:

(1) Intentar causar o causar, de manera intencional o negligente, daño corporal, daño físico, angustia mental grave, trauma psicológico, ultraje, agresión sexual o relaciones sexuales involuntarias;

(2) Llevar a cabo, a sabiendas, una conducta de persecución en contra de la víctima, lo que incluye perseguirla, sin la debida autorización, en circunstancias que la víctima pudiera entender razonablemente que su integridad física peligraba;

(3) Restringir la libertad de la víctima; o

(4) Causar, a sabiendas o de manera negligente, daños a la propiedad con el objetivo de intimidar o controlar el comportamiento de la víctima.

D. “Plan médico” o “plan” significa una póliza, un contrato, un certificado o un acuerdo ofrecido por una organización de seguros de salud, asegurador o profesional de seguros para proveer, prestar, tramitar, pagar o reembolsar los costos de servicios de cuidado de la salud. Los planes médicos incluyen, para efectos de este Capítulo, planes que cubren únicamente accidentes, protección de deuda crediticia, servicios dentales, cuidado de los ojos, seguros suplementarios de Medicare o seguros de cuidado prolongado, cubierta emitida como suplemento de una póliza de

responsabilidad pública, pólizas de cuidado a corto plazo, seguros catastróficos y pólizas a base de gastos incurridos. El término “plan médico” no incluye a los seguros por accidentes o enfermedades ocupacionales o seguros similares.

E. “Profesional de seguros” significa un productor de seguros, representante autorizado o ajustador, según se definen dichos términos en el Capítulo 9 del [Código de Seguros de Puerto Rico](#), así como los terceros administradores, según definidos en el Capítulo 38 de este Código.

F. “Situación de víctima de maltrato” significa el hecho o la percepción de que la persona es o ha sido víctima de maltrato, independientemente de si la persona ha sufrido alguna condición de salud relacionada con dicho maltrato.

G. “Víctima de maltrato” significa una persona en contra de la cual se ha cometido un acto de maltrato; que tiene o ha sufrido lesiones, enfermedades o trastornos resultantes del maltrato; o que solicita o ha solicitado, o podría tener motivo para solicitar, tratamiento médico o psicológico debido al maltrato; o protección legal o refugio para protegerse del maltrato.

Artículo 72.040. — Actos de Discrimen Indebido por Parte de los Planes Médicos. (26 L.P.R.A. § 10374)

A. Constituye discrimen indebido:

(1) Denegar, rehusar emitir o renovar, cancelar o de otra manera terminar o restringir la cubierta de un plan médico, o establecer un costo adicional o aumentar la prima de un plan médico, basado en que la persona cubierta o asegurado ha sufrido maltrato; o

(2) Excluir, limitar la cubierta o denegar una reclamación basado en la situación de víctima de maltrato de la persona cubierta o asegurado.

B. Cuando una organización de seguros de salud, asegurador o profesional de seguros tenga información que claramente indique que una persona cubierta o asegurado, actual o potencial, es una víctima de maltrato, se considerará injustamente discriminatorio que dicha organización de seguros de salud, asegurador o profesional de seguros divulgue o transfiera información confidencial sobre el maltrato, según se define dicho término en este Capítulo, para el propósito que fuera o a la persona que fuera, excepto en los siguientes casos:

(1) A la víctima de maltrato o a una persona específicamente designada por escrito por dicha víctima;

(2) A un proveedor de cuidado de salud para fines de prestar servicios a la víctima;

(3) A un médico identificado y designado por la víctima de maltrato;

(4) Cuando lo ordene el Comisionado o un tribunal competente, o como se requiera por ley; o

(5) Cuando sea necesario, por motivos comerciales legítimos, transferir alguna información confidencial sobre maltrato debido a que no se pueda segregar dicha información del resto sin causar una carga indebida. En estos casos, la información confidencial sobre maltrato sólo se podrá divulgar si el destinatario ha accedido por escrito a atenerse a las prohibiciones dispuestas en este Capítulo y a someterse a la jurisdicción de los tribunales de Puerto Rico para hacer cumplir las disposiciones del mismo. La divulgación de información confidencial sobre maltrato por motivos comerciales legítimos que autoriza, a modo de excepción, este inciso, sólo podrá hacerse a las siguientes personas:

(a) Un reasegurador que pagará indemnización con respecto a una póliza o parte de ésta que cubre a una víctima de maltrato, siempre y cuando el reasegurador no pueda proveer

el reaseguro o cumplir con sus obligaciones conforme al contrato de reaseguro sin que se divulgue dicha información;

(b) Una de las partes en una transacción de venta, traspaso, fusión o consolidación, propuesta o consumada, de las operaciones de la organización de seguros de salud, asegurador o profesional de seguros;

(c) Personal médico o personal a cargo del trámite de reclamaciones empleado o contratado por la organización de seguros de salud, asegurador o profesional de seguros, únicamente cuando sea necesaria la divulgación para procesar una solicitud o desempeñar los deberes conforme a la póliza; o

(d) Con respecto a la dirección y número de teléfono de la víctima de maltrato, a las entidades con quienes la organización de seguros de salud, asegurador o el profesional de seguros tengan relaciones comerciales, cuando no se puedan llevar a cabo las transacciones comerciales sin la referida dirección o número de teléfono;

(6) A un abogado que necesita la información para representar efectivamente a la organización de seguros de salud, asegurador o al profesional de seguros, siempre y cuando la organización de seguros de salud, asegurador o el profesional de seguros notifique al abogado de sus obligaciones conforme a este Capítulo y solicite que el abogado tome el debido cuidado de proteger la información confidencial sobre el maltrato;

(7) Al titular de la póliza o su cesionario, en el transcurso de entregar la póliza, si la póliza contiene información acerca de la situación de maltrato; o

(8) A toda entidad que el Comisionado determine que corresponde entregar la información.

C. Constituye un acto discriminatorio solicitar información acerca de actos de maltrato o la situación de maltrato de una persona cubierta o asegurado, actual o potencial, o usar dicha información, independientemente de cómo se obtenga, salvo para los fines limitados de cumplir con las obligaciones legales o verificar el reclamo que haga la persona a los efectos de que es una víctima de maltrato.

D. Constituye un acto discriminatorio terminar la cubierta grupal de una víctima de maltrato por motivo de que la cubierta se hubiere emitido originalmente a nombre del maltratante y éste se haya divorciado o separado de la víctima de maltrato o haya perdido la custodia de la víctima, o porque la cubierta del maltratante haya terminado de cualquier otra manera voluntaria o involuntaria. Lo aquí dispuesto no impide que la organización de seguros de salud, asegurador o el profesional de seguros requiera que la víctima de maltrato pague la prima completa de la cubierta del plan médico o que requiera, como condición de cubierta, que la víctima de maltrato resida o trabaje dentro del área de servicio del plan médico, si los requisitos se aplican igualmente a todas las personas cubiertas o asegurados, actuales o potenciales. La organización de seguros de salud o asegurador podrá dar por terminada la cubierta grupal después de que la cubierta continuada que aquí se requiere haya estado vigente durante dieciocho (18) meses, si ofrece una conversión equivalente a un plan individual. La cubierta continuada que aquí se requiere se podrá satisfacer con la cubierta que dispone la ley “*Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985*” (COBRA) y no será adicional a la cubierta provista al amparo de dicha ley COBRA.

E. Lo dispuesto en el Artículo 72.040(B) de este Código no le impedirá a la víctima de maltrato obtener su expediente de seguros.

F. Lo dispuesto en el Artículo 72.040(D) de este Código no prohíbe que una organización de seguros de salud, asegurador o un profesional de seguros pregunte sobre la condición de víctima de maltrato o use información de salud para suscribir un seguro o desempeñar deberes conforme a

una póliza, aun si la información de salud está relacionada con una condición de salud que el asegurador o el profesional de seguros sabe, o tiene motivos para saber, que se relaciona con el maltrato, según se permita en las disposiciones de este Capítulo y otras leyes aplicables.

Artículo 72.050. — Justificación de las Decisiones Adversas. (26 L.P.R.A. § 10375)

La organización de seguros de salud, asegurador o el profesional de seguros que actúe de alguna manera que afecte adversamente a una persona cubierta o asegurado, actual o potencial, a base de una condición de salud que sabe, o tiene motivos para saber, que está relacionada con el maltrato, explicará por escrito las razones de su proceder y estará preparado para demostrar que sus acciones y toda disposición aplicable del plan médico:

- A. No tienen el propósito o efecto de tratar la condición de víctima de maltrato como una condición de salud o factor de asegurabilidad;
- B. No se basan en una correlación real o percibida entre una condición de salud y el maltrato;
- C. Se permiten por ley y se aplican de la misma manera y con el mismo alcance a todas las personas cubiertas o asegurados, actuales o potenciales, que tengan una condición de salud similar, independientemente si la condición o reclamación se relaciona con el maltrato; y
- D. Excepto en el caso de alguna acción relacionada con una reclamación, se basan en una determinación hecha conforme a los principios actuariales establecidos y sustentada con evidencia estadística razonable de que hay una correlación entre la condición de salud y un aumento sustancial de riesgo con respecto al seguro.

Artículo 72.060. — Protocolos de Seguros para Víctimas del Maltrato. (26 L.P.R.A. § 10376)

Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores establecerán y cumplirán con políticas en las que se especifiquen los procedimientos que deben seguir los empleados y los profesionales de seguros contratados por éstos, para proteger la seguridad y la privacidad de las víctimas de maltrato, e implementarán las disposiciones de este Capítulo al recibir solicitudes, investigar reclamaciones, procurar la subrogación o tomar cualquier otra acción relacionada con las pólizas o reclamaciones de las víctimas de maltrato. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores distribuirán sus políticas escritas a sus empleados y a los profesionales de seguros.

Artículo 72.070. — Aplicación. (26 L.P.R.A. § 10377)

El Comisionado realizará una investigación razonable de toda querrela recibida y hará una determinación con respecto a si se ha violado alguna disposición de este Capítulo. Si el Comisionado determina, a base de su investigación, que pudiera haber ocurrido dicha violación, se comenzará un procedimiento de adjudicación a nivel administrativo. El Comisionado podrá atender la violación de la manera que corresponda según la naturaleza y gravedad de la misma, lo cual podría incluir la suspensión o revocación de certificados de autoridad o licencias, la imposición de sanciones civiles, órdenes de cese y desista, interdictos, órdenes de resarcimiento, referidos a fiscalía o una combinación de estas medidas. Los poderes y deberes que se disponen en este Artículo son adicionales a la autoridad que tiene el Comisionado conforme a otras disposiciones legales.

Sección 2. — Esta Ley comenzará a regir ciento ochenta (180) días después de su aprobación.

Tabla de Contenido

Capítulo 2	— Disposiciones Generales.....
Capítulo 4	— Manejo de Medicamentos de Receta.....
Capítulo 6	— Auditoría de Reclamaciones Presentadas a las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores.....
Capítulo 8	— Disponibilidad de Planes Médicos para los Patronos de Pequeñas y Medianas Empresas (PYMES) y grupos pequeños de Asociaciones Bona fides.....
Capítulo 10	— Planes Médicos Individuales y Suscripción Garantizada.....
Capítulo 12	— Prohibición del Uso de Cláusulas Discrecionales.....
Capítulo 14	— Protección de la Información de Salud.....
Capítulo 16	— Organizaciones de Servicios de Salud Limitados.....
Capítulo 18	— Verificación de Credenciales de los Profesionales o Entidades de la Salud.....
Capítulo 20	— Evaluación y Mejora de Calidad en las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores.....
Capítulo 22	— Procedimientos Internos de Querellas de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores.....
Capítulo 24	— Revisión de Utilización y Determinación de Beneficios.....
Capítulo 26	— Suficiencia de las Redes de Proveedores para Planes de Cuidado Coordinado
Capítulo 28	— Revisión Externa Independiente.....
Capítulos 30 - 50	— <i>[Nota: Tal como se aprobó este Código no tiene los Capítulos 30 al 46]</i>
Capítulo 48	— Protección al Consumidor, Transparencia, Control de Costos y Responsabilidad, Fuera de la Red de Proveedores.....
Capítulo 50	— <i>[Nota: Tal como se aprobó este Código no tiene un Capítulo 50]</i>
Capítulo 52	— Uso No Indicado en la Etiqueta.....
Capítulo 54	— Cubierta para Niños Recién Nacidos, Niños Recién Adoptados y Niños Colocados para Adopción.
Capítulos 56 - 64	— <i>[Nota: Tal como se aprobó este Código no tiene los Capítulos 56 al 64]</i>
Capítulo 66	— Seguro de Cuidado Prolongado.....
Capítulos 68 - 70	— <i>[Nota: Tal como se aprobó este Código no tiene los Capítulos 68 al 70]</i>
Capítulo 72	— Discrimen Indebido Contra Víctimas de Maltrato.....

Nota: Esta Tabla de Contenido no forma parte del “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”, se incluye aquí para la facilidad de los usuarios de este documento.

Nota. Este documento fue compilado por personal de la [Oficina de Gerencia y Presupuesto](#) del Gobierno de Puerto Rico, como un medio de alertar a los usuarios de nuestra Biblioteca de las últimas enmiendas aprobadas para esta Ley. Aunque hemos puesto todo nuestro esfuerzo en la preparación del mismo, este no es una compilación oficial y podría no estar completamente libre de errores inadvertidos; los cuales al ser tomados en conocimiento son corregidos de inmediato ([email: biblioteca OGP](mailto:biblioteca OGP)). En el mismo se han incorporado todas las enmiendas hechas a la Ley a fin de facilitar su consulta. Para exactitud y precisión, refiérase a los textos originales de dicha ley y a la colección de Leyes de Puerto Rico Anotadas L.P.R.A.. Las anotaciones en letra cursiva y entre corchetes añadidas al texto, no forman parte de la Ley; las mismas solo se incluyen para el caso en que alguna ley fue derogada y ha sido sustituida por otra que está vigente. Los enlaces al Internet solo se dirigen a fuentes gubernamentales. Los enlaces a las leyes enmendatorias pertenecen a la página web de la [Oficina de Servicios Legislativos](#) de la Asamblea Legislativa de Puerto Rico. Los enlaces a las leyes federales pertenecen a la página web de la [US Government Publishing Office GPO](#) de los Estados Unidos de Norteamérica. Los enlaces a los Reglamentos y Ordenes Ejecutivas del Gobernador, pertenecen a la página web del [Departamento de Estado](#) del Gobierno de Puerto Rico. Compilado por la Biblioteca de la Oficina de Gerencia y Presupuesto.

Véase además la [Versión Original de esta Ley](#), tal como fue aprobada por la Legislatura de Puerto Rico.

⇒ ⇒ ⇒ Verifique en la Biblioteca Virtual de OGP la **Última Copia Revisada** (Rev.) para esta compilación.

Ir a: www.ogp.pr.gov ⇒ [Biblioteca Virtual](#) ⇒ [Leyes de Referencia—SEGUROS DE SALUD.](#)