

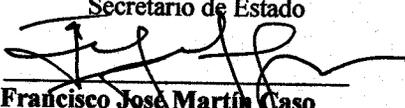
Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

DEPARTAMENTO DE ESTADO
Número: 7646

REGLA NÚM. 91

Fecha: 23 de diciembre de 2008
Aprobado: Hon. Fernando J. Bonilla
Secretario de Estado

ÍNDICE

Por: 
Francisco José Martín Caso
Secretario Auxiliar de Servicios

CAPÍTULO I	DISPOSICIONES GENERALES	1
ARTÍCULO 1.01	Declaración de Política Pública	1
ARTÍCULO 1.02	Base legal	1
ARTÍCULO 1.03	Propósito, Alcance e Interpretación de este Reglamento	1
ARTÍCULO 1.04	Definiciones de términos	2
ARTÍCULO 1.05	Prohibiciones	6
CAPÍTULO II.	CERTIFICACIÓN DE GRUPOS	7
ARTÍCULO 2.01	Grupos autorizados a negociar	7
ARTÍCULO 2.02	Negociación colectiva autorizada	9
ARTÍCULO 2.03	Representante requerido	11
ARTÍCULO 2.04	Procedimiento para licenciar al representante de los proveedores	12
ARTÍCULO 2.05	Solicitud de autorización para negociar	13
ARTÍCULO 2.06	Procedimiento para la certificación por la Oficina de Asuntos Monopolístico del Departamento de Justicia	15
ARTÍCULO 2.07	Expedición de certificación	15
ARTÍCULO 2.08	Vigencia de la certificación	16
CAPÍTULO III.	SUPERVISIÓN DEL PROCESO DE NEGOCIACIÓN COLECTIVA	16
ARTÍCULO 3.01	Poderes del Comisionado de Seguros	16
ARTÍCULO 3.02	Procedimiento para el recibo de la solicitud	16
ARTÍCULO 3.03	Autorización para negociar o cierre del caso	17
ARTÍCULO 3.04	Negociaciones permitidas por la Ley	18
ARTÍCULO 3.05	Negociaciones excluidas	18
ARTÍCULO 3.06	Prohibiciones dentro del proceso de negociación colectiva	19

ARTÍCULO 3.07	Divulgación y utilización de la información sobre la negociación colectiva	19
ARTÍCULO 3.08	Proceso de supervisión y fiscalización	19
ARTÍCULO 3.09	Punto muerto o estancamiento en las negociaciones	19
ARTÍCULO 3.10	Terminación de la negociación colectiva	20
ARTÍCULO 3.11	Informe Final	20
ARTÍCULO 3.12	Evaluación de la negociación	20
ARTÍCULO 3.13	Remedios	21
ARTÍCULO 3.14	Prohibición de utilización del contrato	21
 CAPÍTULO IV. COMISIÓN DE ARBITRAJE		22
ARTÍCULO 4.01	Propósito	22
ARTÍCULO 4.02	Composición y designación de la Comisión	22
ARTÍCULO 4.03	Nombramiento de árbitros	22
ARTÍCULO 4.04	Recusación de los árbitros	23
ARTÍCULO 4.05	Motivos para recusación; procedimiento	23
ARTÍCULO 4.06	Sustitución de Árbitros	24
ARTÍCULO 4.07	Jurisdicción	24
ARTÍCULO 4.08	Facultades de los árbitros	24
ARTÍCULO 4.09	Notificación de arbitraje	25
ARTÍCULO 4.10	Honorarios de los árbitros	25
ARTÍCULO 4.11	Procedimiento para someter controversias a arbitraje	25
ARTÍCULO 4.12	Vista	26
ARTÍCULO 4.13	Término para el laudo	27
ARTÍCULO 4.14	Contenido del laudo	27
ARTÍCULO 4.15	Derecho a abogado	27
ARTÍCULO 4.16	Revocación del laudo	27
ARTÍCULO 4.17	Modificación o corrección del laudo	28
ARTÍCULO 4.18	Obligatoriedad	28
ARTÍCULO 4.19	Moción para revocar, modificar o corregir suspensión de procedimiento para poner laudo en vigor	28
ARTÍCULO 4.20	Revisión judicial	28
ARTÍCULO 4.21	Presentación ante el Comisionado de Seguros	29
 CAPÍTULO V. JUNTA REVISORA DE TARIFAS DE PLANES MÉDICOS Y SEGUROS		29
ARTÍCULO 5.01.	Propósito	29

ARTÍCULO 5.02	Deberes y facultades	29
ARTÍCULO 5.03	Junta	29
ARTÍCULO 5.04	Composición	29
ARTÍCULO 5.05	Miembros asociados	30
ARTÍCULO 5.06	Quórum	30
ARTÍCULO 5.07	Comités Asesores	31
ARTÍCULO 5.08	Presentación	31
ARTÍCULO 5.09	Aprobación de tipos o tarifas	32
ARTÍCULO 5.10	Revisión de la Determinación de la Junta	33
ARTÍCULO 5.11	Exclusiones	33
ARTÍCULO 5.12	Disposición transitoria	34
CAPÍTULO VI.	PROCEDIMIENTO ANTE EL PANEL	34
ARTÍCULO 6.01	Propósito	34
ARTÍCULO 6.02	Composición	34
ARTÍCULO 6.03	Autoridad	34
ARTÍCULO 6.04	Facultades	35
ARTÍCULO 6.05	Procedimiento para aprobación del Panel	35
CAPÍTULO VII	DISPOSICIONES FINALES	35
ARTÍCULO 7.01	Cláusula derogatoria	35
ARTÍCULO 7.02	Cláusula de salvedad	35
ARTÍCULO 7.03	Cláusula de separabilidad	36
CAPÍTULO VIII	VIGENCIA	36
CAPÍTULO IX	ENMIENDAS	36

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS DE PUERTO RICO
Guaynabo, Puerto Rico

REGLA NÚM 91

**NORMAS PARA REGULAR EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN
COLECTIVA ENTRE LAS ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD
O ADMINISTRADORES DE TERCEROS CON LOS PROVEEDORES,
REPRESENTANTES DE PROVEEDORES Y LA CREACIÓN DEL PANEL
REVISOR Y LA JUNTA REVISORA DE TARIFAS DE
PLANES MÉDICOS Y SEGUROS**

CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1.01 Declaración de Política Pública

El Gobierno de Puerto Rico declara como política pública autorizar la negociación colectiva para la contratación entre las organizaciones de servicios de salud o administradores de terceros, con los proveedores y representantes de proveedores, con el fin de establecer un balance en la contratación de los servicios de salud. De esa manera, se persigue proteger el acceso a un cuidado de salud de calidad y promover la infraestructura necesaria para su desarrollo, superando cualquier efecto anticompetitivo que pueda surgir en Puerto Rico.

ARTÍCULO 1.02 Base legal

Este Reglamento se promulga en virtud de la Ley Núm. 203 de 8 de agosto de 2008 y la Ley Núm. 170 de 12 de agosto de 1988, *según enmendada*, conocida como "Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme", 3 L.P.R.A. §§ 2102 *et seq.*

ARTÍCULO 1.03 Propósito, Alcance e Interpretación de este Reglamento

- A. Este Reglamento tiene el propósito de establecer y definir el procedimiento de certificación de los grupos autorizados para negociar colectivamente. Instituye el proceso de negociación colectiva, con el fin de velar que los resultados del mismo armonicen con las leyes aplicables estatales y federales. Por otro lado, establece las normas que gobernarán la Comisión de Arbitraje ("Comisión") en la solución de las controversias que se generen y presenten como parte del proceso de negociación colectiva. Igualmente, implementa el funcionamiento de la Junta Revisora de Tarifas de Planes Médicos y Seguros ("Junta") en la regulación,

supervisión y aprobación de las tarifas utilizadas para determinar las primas. Finalmente, dispone el procedimiento para la autorización por el Panel de los aumentos en deducibles o copagos, primas o tarifas y la aprobación de los actos unilaterales que conlleven aumentos en primas o reducción de cubiertas y/o servicios.

- B. Este Reglamento aplica a las negociaciones colectivas entre los proveedores o sus representantes y los administradores de terceros y/o las organizaciones de servicios de salud. Asimismo, aplica a los procedimientos que se llevan a cabo ante la Comisión, la Junta y el Panel.
- C. Cualquier duda sobre el alcance y la interpretación de este Reglamento se entenderá de manera que no se afecte la prestación de los servicios de salud. En los casos aplicables, los términos o conceptos de este Reglamento redactados en género masculino se entenderán como términos o conceptos que incluyen también el género femenino; las palabras utilizadas en singular incluyen el plural.

ARTÍCULO 1.04 Definiciones de términos

Para propósitos de este Reglamento, los términos a continuación tendrán el siguiente significado:

- A. *Acción en represalia* - Cualquier acuerdo, entendido, contrato, combinación o acción concertada de no efectuar un servicio (boicot), en el que participen los proveedores o las organizaciones de servicios de salud o una combinación de ambos, para obligar, persuadir o coaccionar a la otra parte a establecer tarifas o precios preacordados a los servicios de salud, o a realizar cualquier otra actuación que restrinja la prestación de los servicios;
- B. *Acto unilateral* - Cualquier acto realizado por una organización de servicios de salud que afecte la cubierta, las tarifas, la prima, el co-pago, deducible y/o co-aseguro, y que no sea producto o consecuencia de los resultados de una negociación colectiva o de la negociación de tarifas entre una organización de servicios de salud y un grupo cuyas tarifas se establecen basadas en su propia experiencia y composición demográfica, entre otras variables; igualmente, es acto unilateral cualquier acto que el Comisionado así lo entienda en el ejercicio de sus facultades legales;

- C. *Administrador de terceros* - Organización pública o privada que, sin asumir riesgo, administra el procesamiento de reclamaciones, cobro de primas, contratación y pagos a proveedores o actividades administrativas a terceros;
- D. *Arbitraje* - Proceso adjudicativo informal, en el cual los árbitros reciben la prueba de las partes en conflicto y, a base de la evidencia presentada, emiten una decisión o laudo;
- E. *Árbitro* - Miembro de la Comisión de Arbitraje;
- F. *Área de servicio de un plan de cuidado de salud* - Aquella área de servicio diseñada por una organización de servicios de salud para prestar servicios a una clientela en específico o en una determinada facilidad de salud o área geográfica;
- G. *Áreas geográficas* - Aquellas definidas por el Departamento de Salud de Puerto Rico, con el asesoramiento de la Oficina de Asuntos Monopolísticos del Departamento de Justicia, según se dispone en el Artículo 2.01 de este Reglamento;
- H. *Asegurado o suscriptor* - Persona que ha contratado un seguro o un plan de cuidado de salud;
- I. *Beneficiario* - Persona a quien beneficia un contrato de seguro;
- J. *Boicot* - Acción concertada para negarse a ofrecer o contratar un servicio, con el propósito de intentar perjudicar o perjudicar a la otra parte y obligarla a aceptar lo que se exige;
- K. *Co-pago* - Aquella parte del costo de un servicio de salud que desembolsa el asegurado o suscriptor o beneficiario de dicho servicio y que es una cantidad fija y predeterminada. Cuando esta cantidad se expresa en términos porcentuales, se entenderá que se refiere a co-aseguro;
- L. *Comisión* - Comisión de Arbitraje;
- M. *Criterios de cubierta* - Los términos o condiciones bajo los cuales una organización de servicios de salud se obliga a proveer los beneficios de salud a los asegurados o suscriptores o beneficiarios;
- N. *Cubierta* - Todos los servicios incluidos en un plan de salud;
- O. *Deducible* - Aquella porción del costo de un beneficio o servicio cubierto por una organización de servicios de salud, a ser sufragada por el asegurado o suscriptor o beneficiario antes de que tenga derecho a recibir el referido beneficio o servicio;
- P. *Especialidad* - Aquella definida en la Ley Núm. 139 de 1 de agosto de 2008, conocida como "Ley de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica";

Q. *Estancamiento* - Cuando una o ambas partes no acceden o modifican sus posiciones sobre un asunto determinado o varios asuntos objeto de negociación;

R. *Honorarios* - Aquella cantidad que devenga un proveedor por la prestación de un servicio de cuidado de salud;

S. *Hospitales* - Institución que provee servicios a la comunidad, ofreciendo tratamiento y diagnóstico médico y/o quirúrgico para enfermedades o lesiones y/o tratamiento obstétrico a pacientes hospitalizados, incluyendo hospitales generales y especiales tales como de tuberculosis, de enfermedades mentales y otros tipos de hospitales y facilidades relacionadas con los mismos tales como áreas de cuidado intensivo, intermedio y auto-cuidado de pacientes. Servicios de rayos X y radioterapia, laboratorios clínicos y de patología anatómica y otros, consultorio médico para pacientes externos, departamentos de consulta externa, residencias y facilidades de entrenamiento para enfermeras, facilidades de servicios centrales y de servicios afines que operan en combinación con hospitales, pero no incluye instituciones que provean principalmente cuidado domiciliario o de custodia. Incluye, además, sitio dedicado primordialmente al funcionamiento de facilidades para proveer diagnóstico, tratamiento o cuidado médico durante no menos de doce (12) horas consecutivas, a dos (2) o más individuos entre los cuales no medie grado de parentesco, que estén padeciendo de alguna dolencia, enfermedad, lesión o deformidad. Toda oficina, consultorio o casa de un médico, donde se reciban mujeres en estado de embarazo para ser atendidas o tratadas durante el aborto, parto o puerperio, se considerará un hospital dentro del significado de este capítulo, independientemente del número de pacientes y de la duración de la estancia; disponiéndose, que no se entenderá como hogar de familia, la parte o sección de la vivienda donde un médico tenga su dispensario médico o atienda casos aunque el mismo esté considerado parte integrante, en términos de planta física, de su residencia. No obstante las disposiciones de la oración anterior, no se considerará hospital dentro del significado de este capítulo, la oficina, casa o consultorio de un médico cuando ocurra un parto o un aborto en ellas de modo súbito e inesperado y en circunstancias tales que impidan el inmediato traslado de la paciente a un hospital, pero en tal caso la paciente sólo podrá ser atendida por el médico en su oficina, casa o consultorio, en tanto se efectúe el traslado de la paciente al hospital que

corresponda y tal traslado habrá de hacerse dentro de un período no mayor de doce (12) horas;

T. *Huelga* - Acción concertada con el propósito de interrumpir, paralizar, detener u obstruir la prestación de los servicios de salud, durante un tiempo determinado, breve o prolongado, o un tiempo indefinido, con el fin de imponer ciertas condiciones;

U. *Junta* - Junta Revisora de Tarifas de Planes Médicos y Seguros;

V. *Laudo* - Decisión o fallo rendido por la Comisión de Arbitraje sobre una controversia sometida ante su consideración;

W. *Ley* - Ley Núm. 203 de 8 de agosto de 2008;

X. *Métodos de pago* - Procedimiento mediante el cual se satisfacen los honorarios devengados por un proveedor por la prestación de un servicio de salud;

Y. *Negociación colectiva* - Proceso de discusión, trato y ajuste de posiciones entre una organización de servicios de salud o administrador de terceros y un hospital o grupo de proveedores, para concertar un acuerdo sobre servicios de cuidado de salud;

Z. *Oficina de Asuntos Monopolísticos* - Oficina adscrita al Departamento de Justicia del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, según creada por la Ley Núm. 77 de 25 de junio de 1964, según enmendada, conocida como "Ley de Monopolios y Restricción del Comercio", 10 L.P.R.A. §§ 257 *et seq.* ("Ley de Monopolios");

AA. *Organización de servicios de salud* - Cualquier persona que ofrezca o se obligue a proveer a uno o más planes de cuidado de salud. Incluye los asegurados o suscriptores por incapacidad que se rigen por el Capítulo 3 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Puerto Rico", 26 L.P.R.A. §§ 301 *et seq.*;

BB. *Panel* - Conjunto de entidades del Estado Libre Asociado que incluye: (i) el Departamento de Salud; (ii) el Comisionado de Seguros; (iii) el Procurador del Ciudadano y (iv) el Procurador del Paciente;

CC. *Persona* - Persona natural, asociación, asegurado o suscriptor, grupo, sindicato, "trust", compañía, sociedad, organización, corporación o cualquier otra entidad jurídica;

DD. *Plan de cuidado de salud* - Cualquier convenio mediante el cual una persona se compromete a proveer a un asegurado o suscriptor, o grupo de asegurados o suscriptores, determinados servicios de cuidado de salud, bien sea directamente o a través de un proveedor, o a pagar la totalidad o una parte del costo de tales servicios, en consideración al pago de una

cantidad prefijada en dicho convenio que se considera devengada independientemente de si el asegurado o suscriptor utiliza o no los servicios de cuidado de salud provistos por el plan. No obstante lo anterior, dicha organización de servicios de salud deberá proveer principalmente para la prestación de servicios de cuidado de salud, y no la mera indemnización por el costo de tales servicios;

EE. *Prima* - Suma que el asegurado o suscriptor paga a una organización de servicios de salud, mediante contrato, por asumir un riesgo o a cambio de ofrecer servicios de cuidado de salud;

FF. *Proveedor* - Todo médico, hospital, centro de servicios primarios, centro de diagnóstico y tratamiento, dentista, laboratorios, farmacias, servicios médicos de emergencia, pre-hospitalarios, proveedor de equipos médicos, o cualquier otra persona autorizada en Puerto Rico para proveer servicios de cuidado de salud, ya sea de manera grupal o individual, y que, bajo contrato con una organización de servicios de salud y administradores de terceros, presten servicios de cuidado de salud a suscriptores o beneficiarios de un seguro o plan de cuidado de salud;

GG. *Punto muerto* - Cuando en una negociación colectiva las partes no actúan, o se han paralizado las negociaciones, para llegar a un arreglo;

HH. *Referido* - Cuando un proveedor de servicios de salud envía a un asegurado o suscriptor o beneficiario a recibir un servicio de salud ante otro proveedor;

II. *Registros de proveedores* - Registros oficiales de los proveedores del Estado Libre Asociado de Puerto Rico; el Departamento de Salud podrá considerar el "Nacional Provider Identifier";

JJ. *Representante de proveedor* - Tercero debidamente autorizado por el proveedor para negociar a su nombre, con las organizaciones de servicios de salud o administradores de terceros, los términos y condiciones contractuales entre éstas y el proveedor;

KK. *Servicios de cuidado de salud* - Cuidado médico o dental, hospitalización o servicios incidentales a la prestación de dicho cuidado u hospitalización;

LL. *Tarifa* - Elemento o factor que forma la base para determinar la prima;

MM. *Tipos* - Variaciones de una misma tarifa.

ARTÍCULO 1.05 Prohibiciones

Se proscriben las siguientes acciones:

- A. Que alguna de las partes limite la prestación de servicios de cuidado de salud, sea en la figura de amenazas de boicot, huelga u otra acción coordinada por parte de los proveedores. Dichas acciones estarán sujetas a la fiscalización de la Oficina de Asuntos Monopolísticos para determinar si las mismas violan las disposiciones de la Ley o de la Ley de Monopolios.
- B. Que las organizaciones de servicios de salud tomen acciones en represalia o coercitivas en contra de los proveedores durante el proceso de negociación, tales como retener pagos, realizar auditorías injustificadas u otras acciones similares.
- C. Que cualquier entidad que, de manera compulsoria, agrupe profesionales de la salud se convierta en representante de proveedores en los procesos de negociación colectiva.
- D. Que en el mercado de Puerto Rico se ofrezca o suscriba un seguro o plan de cuidado de salud sin contar con la previa aprobación de las tarifas por parte de la Junta, conforme se define en el Capítulo V de este Reglamento, y la aprobación de los formularios y evidencia de cubierta por parte del Comisionado de Seguros, conforme se establece en el Código de Seguros de Puerto Rico.

CAPÍTULO II. CERTIFICACIÓN DE GRUPOS

ARTÍCULO 2.01 Grupos autorizados a negociar

Para negociar colectivamente, según se autoriza en este Reglamento, los proveedores deberán reunirse en grupos por especialidad o por área geográfica, según se establece a continuación.

- A. Se considerará que hay un grupo cuando dos o más personas autorizadas se ponen de acuerdo para impulsar una agenda de negociación común.
- B. Se considerará que hay un grupo por especialidad cuando los proveedores de una misma especialidad, en una misma área geográfica, se agrupen para negociar colectivamente, siempre y cuando dentro de cada grupo no excedan el veinte por ciento (20%) de su especialidad, en esa área geográfica;
- C. Se considerará que hay un grupo por área geográfica cuando los proveedores de diferentes especialidades o servicios, en una misma área geográfica, se agrupen para negociar colectivamente, siempre y cuando dentro de cada grupo no se exceda el veinte por ciento (20%) de cada especialidad o servicio, en esa área geográfica.

D. Las áreas geográficas, según definidas por el Departamento de Salud con el asesoramiento de la Oficina de Asuntos Monopolísticos del Departamento de Justicia, serán las siguientes:

ÁREAS GEOGRÁFICAS	MUNICIPIOS
Área Geográfica San Juan	San Juan
Área Geográfica Arecibo	Arecibo Manatí Barceloneta Ciales Florida Morovis Vega Baja Camuy Hatillo Lares Quebradillas Utuado
Área Geográfica Humacao	Humacao Yabucoa Maunabo Naguabo Las Piedras Fajardo Río Grande Luquillo Ceiba Culebra Vieques
Área Geográfica Mayagüez	Mayagüez Cabo Rojo Añasco Hormigueros Las Marías Maricao Rincón San Germán Lajas Sabana Grande
Área Geográfica Guayama	Guayama Arroyo Patillas Salinas Coamo Adjuntas Jayuya Juana Díaz Santa Isabel Villaba Cayey Aibonito Cidra

Área Geográfica Carolina	Carolina Canóvanas Loíza Trujillo Alto
Área Geográfica Caguas	Caguas San Lorenzo Juncos Gurabo Aguas Buenas
Área Geográfica Bayamón	Bayamón
Área Geográfica Guaynabo	Guaynabo Vega Alta Toa Alta Cataño Dorado Toa Baja Barranquitas Comerío Corozal Naranjito Orocovis
Área Geográfica Ponce	Ponce Yauco Guánica Guayanilla Peñuelas
Área Geográfica Aguadilla	Aguadilla San Sebastián Aguada Isabela Moca

- E. El Departamento de Salud deberá proveerle a la Oficina de Asuntos Monopolísticos, trimestralmente o cuando así se requiera, la información relacionada con los registros de proveedores.
- F. Si un proveedor practica una misma especialidad en más de un área geográfica, deberá declarar a cuál área geográfica pertenecerá para efectos de negociar bajo la Ley y este Reglamento.
- G. Los hospitales sólo podrán beneficiarse del mecanismo de contratación colectiva aquí establecido, negociando como una corporación individual. Si un hospital tiene facilidades u opera en más de una localización, tendrá que negociar de manera individual por cada una de ellas.

ARTÍCULO 2.02 Negociación colectiva autorizada

Se autoriza la negociación colectiva entre un grupo certificado y autorizado de proveedores, según se dispone en este Reglamento, y una organización de servicios de salud o administrador de tercero, cuando las partes demuestren que existe un desequilibrio en la contratación.

A. Existe un desequilibrio en la contratación entre una organización de servicios de salud o administrador de tercero y un grupo de proveedores cuando ocurran las siguientes dos circunstancias:

- a. La organización de servicios de salud o el administrador de tercero tiene un poder sustancial en el negocio de los seguros o planes de cuidado de salud. Existe un poder sustancial en el negocio de seguros o planes de cuidado de salud cuando la participación de la organización de servicios de salud, por si sola o junto con sus afiliadas, exceda de veinticinco mil (25,000) personas cubiertas por alguno de sus planes o exceda del cinco por ciento (5%) del total de personas cubiertas en una determinada área geográfica. Cuando se trate de un administrador de terceros, se considerará el número de personas cubiertas por la entidad o entidades a las que le presta servicio;
- b. El poder sustancial antes descrito interviene con la habilidad de los proveedores para ofrecer o brindar un cuidado de salud de calidad. A tales efectos, el grupo podrá probar que:
 - i. sus miembros se hayan visto obligados a reducir el personal que ofrece servicios de cuidado de salud de su práctica ordinaria;
 - ii. se haya reducido sustancialmente el tiempo de contacto con los pacientes, con el propósito de atender un mayor volumen;
 - iii. sus miembros se hayan visto obligados a cerrar alguna o parte de sus prácticas;
 - iv. se convierte en onerosa la práctica de realizar los procesos necesarios para lograr un diagnóstico certero o adecuado;
 - v. se haya afectado la prestación de un servicio de cuidado de salud de calidad;
 - vi. cualquier otra situación que pueda afectar la habilidad de los proveedores para ofrecer o brindar un cuidado de salud de calidad.

La información provista por las partes, con el propósito de cumplir con el requisito de este sub-inciso, se mantendrá confidencial a tenor con la Ley de Monopolios.

- B. La certificación de los grupos para negociar colectivamente y las disposiciones de este Reglamento excluyen a los planes de salud del programa Medicare Advantage, creado por el "Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act", 117 Stat. 2066. Por estar exento del Código de Seguros de Puerto Rico, se excluye al Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, reglamentado por la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, *según enmendada*, conocida como "Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico", ("ASES"), 24 L.P.R.A. §§ 7001 *et seq.*, y las disposiciones del Programa Medicaid, creado por el "Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act", *supra*. Por otro lado, se excluyen a los planes de salud de patronos auto-asegurados, por estar reglamentados por el "Employee Retirement Income Security Act" ("ERISA"), 88 Stat. 829.
- C. El Comisionado de Seguros deberá calcular anualmente el número de personas cubiertas por cada organización de servicios de salud y el administrador de terceros en cada área geográfica. Para realizar ese cálculo, el Comisionado de Seguros podrá promediar la cantidad de personas cubiertas en cada trimestre, utilizando la información disponible del año anterior.

ARTÍCULO 2.03 Representante requerido

- A. Un grupo de proveedores solamente podrá negociar con una organización de servicios de salud por medio de un representante de proveedores debidamente autorizado. Sin embargo, un proveedor podrá negociar a nombre de su negocio, cuando en dicho negocio preste servicio por lo menos otro proveedor o se presten más de un servicio de salud y, además, se cumpla con los requisitos del Artículo 2.01 de este Reglamento. Los convenios logrados por dicho representante, en los límites de las facultades conferidas por sus representados, serán vinculantes para éstos últimos.
- B. El aspirante a representante de proveedores deberá cumplir con los siguientes requisitos:
- a) Que sea mayor de edad;
 - b) Que sepa leer y escribir;
 - c) Que haya obtenido diploma de cuarto año de escuela superior;

- d) No haber sido convicto de un delito que implique deshonestidad o depravación moral.
- C. Ninguna entidad que, de manera compulsoria, agrupe profesionales de la salud, podrá convertirse en representante de proveedores en los procesos de negociación.

ARTÍCULO 2.04 Procedimiento para licenciar al representante de los proveedores

Para propósito de licenciar a los representantes de los proveedores, el Comisionado de Seguros preparará y administrará un Programa de Capacitación sobre la Ley y este Reglamento. Dicho programa se ofrecerá dos veces al año y la participación al mismo será requisito para obtener la correspondiente licencia. El Programa de Capacitación se estructurará de la siguiente manera:

- A. Cualquier persona natural que interese ser certificada como representante de proveedores deberá presentar una solicitud ante el Comisionado de Seguros, con la cantidad de quinientos dólares (\$500) en derechos, mediante cheque certificado o giro postal a nombre del Secretario de Hacienda. La solicitud deberá completarse en todas sus partes y deberá acompañarse con la totalidad de los derechos a cobrarse;
- B. El Comisionado de Seguros notificará por escrito a los aspirantes la fecha, la hora y el lugar donde se ofrecerá el examen del Programa de Capacitación;
- C. Las licencias que emita la Oficina del Comisionado de Seguros tendrán un (1) año de vigencia y su renovación deberá presentarse con al menos treinta (30) días de antelación a la fecha de su vencimiento, de acuerdo con el Reglamento Núm. 481 del Comisionado de Seguros, *según enmendado*. Luego de dicha fecha la persona deberá presentar una nueva solicitud.
- D. La licencia expedida por la Oficina del Comisionado de Seguros podrá estar sujeta a los mismos requisitos de educación continua que se requieren para otros tipos de licencias.
- E. Toda persona que ejerza o intente ejercer como representante de proveedores sin estar debidamente licenciado, podrá ser sancionado con una multa administrativa no menor de mil dólares (\$1,000) ni mayor de cinco mil dólares (\$5,000), sin perjuicio de cualquier otra responsabilidad legal que pueda surgir como consecuencia de su conducta.

- F. Todo representante de proveedores deberá informar a sus representados sobre las disposiciones de la Ley y este Reglamento y las posibles consecuencias de incurrir en conducta no autorizada o prohibida por la Ley o cualquier otra disposición.
- G. Ningún acuerdo podrá promover o limitar los servicios de salud que ofrece un proveedor.
- H. El representante de proveedores podrá representar a más de un grupo en la misma área geográfica o en áreas geográficas distintas, siempre y cuando la suma de todos sus representados no exceda la limitación establecida en el Artículo 2.01 de este Reglamento y el Artículo 31.030 de la Ley. Independientemente de los requisitos antes expresados, la Oficina de Asuntos Monopolísticos podrá denegar la certificación de un grupo por entender que el mismo representa a una concentración indebida de especialidades o servicios.

ARTÍCULO 2.05 Solicitud de autorización para negociar

- A. Para iniciar cualquier negociación colectiva, los proveedores deberán certificarse como grupo y obtener una autorización de la Oficina de Asuntos Monopolísticos, que autorice la negociación.
- B. La petición de autorización se presentará por un representante de proveedores, que acredite estar debidamente designado por el grupo y licenciado por la Oficina del Comisionado de Seguros, de conformidad con el Artículo 2.04 de este Reglamento.
- C. La solicitud deberá ser acompañada por:
 - a. La licencia de representante de proveedores, emitida por la Oficina del Comisionado de Seguros;
 - b. La designación como representante del grupo de proveedores para el cual solicita.
 - i. Cada proveedor representado tendrá que designar al representante mediante declaración jurada.
 - ii. El representante tendrá que presentar una declaración jurada aceptando la representación de los proveedores.
 - iii. Cada declaración jurada de los proveedores deberá contener y expresar claramente:
 - 1. Su nombre completo, incluyendo los dos apellidos, los números de teléfono y de facsímile, la dirección postal y física de su(s) lugar(es) de trabajo, además del correo electrónico;

2. El área geográfica única a la que pertenece para negociar, si el proveedor practica una misma especialidad en más de un área geográfica;
3. Su número de proveedor de servicios de salud;
4. La especialidad a la que se dedica o los servicios de salud que presta y el correspondiente número de licencia;
5. La autoridad y facultades que se le confieren al representante;
6. El alcance de las facultades conferidas;
7. El método válido para hacer constar la delegación de dicho poder o facultad;
8. El término de tiempo que le darán al representante para ejercer dicho poder o facultad;
9. La responsabilidad exigible al representante por sus actos.

iv. La declaración jurada del representante deberá contener:

1. Los números de teléfono y de facsímil, la dirección postal y física de su(s) lugar(es) de trabajo, además del correo electrónico;
2. El nombre completo de los proveedores que componen el grupo al que representa;
3. Los números de licencia de proveedor de servicios de salud de todos los miembros del grupo que representa;
4. La autoridad y las facultades que le fueron conferidas por los proveedores;
5. Declaración sobre si representa, o está en negociaciones de representar, a otro(s) grupo(s), indicando la composición del (los) mismo(s).

D. La solicitud deberá contener los siguientes requisitos, por separado e identificados claramente:

- a. La relación porcentual entre los proveedores que solicitan ser certificados como grupo para negociar colectivamente y el total de los proveedores por especialidad o servicio en esa área geográfica;

- b. El nombre de la organización de servicios de salud o administrador de tercero con el que se pretende negociar;
 - c. Una exposición detallada del requisito de desequilibrio, indicado en el Artículo 2.02 de este Reglamento;
 - d. Un giro por la cantidad de quinientos dólares (\$500.00) a nombre del Secretario del Departamento de Hacienda de Puerto Rico.
- E. Cualquier solicitud incompleta, que no contenga alguno de los requisitos antes expresados, será notificada a las parte para que la subsane en un término de diez (10) días. De no subsanarse la solicitud en el término indicado, la misma se entenderá denegada.

ARTÍCULO 2.06 Procedimiento para la certificación por la Oficina de Asuntos Monopolístico del Departamento de Justicia

- A. Presentada una solicitud que esté completa, la Oficina de Asuntos Monopolísticos evaluará: (i) si el grupo propuesto cumple con todos los requisitos requeridos por la Ley y este Reglamento, para que se le pueda certificar como grupo para negociar; y (ii) si el representante cumple con los requisitos antes enumerados.
- B. Luego de certificado el grupo y el representante, la Oficina de Asuntos Monopolísticos procederá a evaluar si existe un desequilibrio en la contratación, según se establece en el Artículo 2.02.
- C. La Oficina de Asuntos Monopolísticos tendrá un término de treinta (30) días, desde la presentación de la solicitud, para aprobarla o denegarla.
- D. La denegatoria de la solicitud deberá estar fundamentada, señalando las deficiencias subsanables. En este caso, la parte peticionaria tendrá diez (10) días desde la notificación para corregir dichas deficiencias subsanables. De no hacerse las correcciones correspondientes en el tiempo indicado, o solicitar vista, la solicitud se entenderá denegada *ab initio*.

ARTÍCULO 2.07 Expedición de certificación

Una vez la Oficina de Asuntos Monopolísticos determine que el grupo propuesto y su representante cumplen con los requisitos legales para negociar colectivamente y, además, que existe un desequilibrio en la contratación entre la organización de servicios de salud o el tercero administrador y los proveedores, expedirá la correspondiente autorización de grupo autorizado y representante del mismo. Asimismo, la Oficina de Asuntos Monopolísticos enviará dicha

certificación a la Oficina del Comisionado de Seguros en un término de cinco (5) días desde su expedición.

ARTÍCULO 2.08 Vigencia de la certificación

- A. La certificación que haga la Oficina de Asuntos Monopolísticos tendrá una vigencia de un (1) año a partir de su expedición.
- B. Una vez certificado, el grupo no podrá variar sus miembros o representante, a menos que se presente una nueva solicitud de certificación ante la Oficina de Asuntos Monopolísticos. No obstante, en los casos de desafiliación de un miembro no es necesario presentar una nueva solicitud de certificación, basta con que se notifique tal hecho a la Oficina de Asuntos Monopolísticos.
- C. En un término de treinta (30) días antes de que transcurra el término de vigencia expresado, el representante podrá solicitar que se extienda la vigencia de la certificación por un (1) año adicional, mediante declaración jurada a los efectos de que no hay cambios en la composición del grupo, ni en las condiciones bajo las cuales se otorgó la certificación original.
- D. Una vez vencida la certificación, la Oficina de Asuntos Monopolísticos devolverá al solicitante la información ofrecida con el propósito de obtener la certificación.

CAPÍTULO III. SUPERVISIÓN DEL PROCESO DE NEGOCIACIÓN COLECTIVA

ARTÍCULO 3.01 Poderes del Comisionado de Seguros

- A. Para efectos de esta reglamentación, todas las partes envueltas en la negociación estarán sujetas a los poderes otorgados al Comisionado por el Código de Seguros de Puerto Rico.
- B. El Comisionado podrá asignar a cualquier profesional que estime necesario para que esté presente durante toda o parte de la negociación.

ARTÍCULO 3.02 Procedimiento para el recibo de la solicitud

La solicitud para iniciar el proceso de negociación colectiva será presentada en el Comisionado de Seguros.

- A. La solicitud deberá contener los siguientes requisitos:
 - a. Certificación de grupo, con la correspondiente designación de representante, emitida por la Oficina de Asuntos Monopolísticos;

- b. Licencia de representante de proveedores, emitida por la Oficina del Comisionado de Seguros;
- c. Información sobre el grupo, la cual incluirá:
 - i. La siguiente información de los proveedores:
 - 1. Nombre completo del representante del grupo, incluyendo los dos apellidos, así como los números de teléfono y de facsímil, dirección postal y física de su(s) lugar(es) de trabajo y el correo electrónico;
 - 2. Nombre completo de cada proveedor que compone el grupo, así como los números de teléfono y de facsímil, dirección postal y física de su lugar o lugares de trabajo y el correo electrónico de cada uno;
 - 3. Número de licencia de cada proveedor que compone el grupo; y
 - 4. La organización de servicio de salud con la cual se pretende negociar.
 - ii. Las materias que van a ser objeto de negociación;
 - iii. Una exposición de los beneficios que se esperan obtener de la negociación.
- d. Evidencia de la notificación a la otra parte de la intención de negociación.
- e. La cantidad de quinientos dólares (\$500) en derechos, mediante cheque certificado o giro postal, a nombre del Secretario de Hacienda. De establecerse la necesidad de asignar un recurso de la Oficina del Comisionado de Seguros, las partes deberán asumir los costos según expresados en el Reglamento Núm. 3629 del Comisionado de Seguros.

ARTÍCULO 3.03 Autorización para negociar o cierre del caso

- A. El Comisionado de Seguros tendrá treinta (30) días desde la presentación de la solicitud para autorizar el comienzo de la negociación colectiva.
- B. El Comisionado de Seguros autorizará el comienzo de la negociación, cuando la solicitud esté completa y cumpla con todos los requisitos antes señalados. La autorización expresará la fecha de comienzo del proceso de negociación colectiva, las instrucciones a seguirse, las limitaciones y cualquier otra información pertinente.
- C. Cuando, dentro de los quince (15) días desde la notificación de la solicitud de intención de negociar, según indicada en el Artículo 3.02

(A)(d), otra parte rechaza negociar o no responde a dicha solicitud, la parte promovente deberá así notificarlo al Comisionado de Seguros, dentro de los siete (7) días siguientes a su verificación. Una parte podrá notificar, en lo sucesivo, que la otra parte finalmente accedió a negociar y que, por tanto, solicitan la reapertura del caso, siempre y cuando tengan la autorización de la Oficina de Asuntos Monopolístico vigente.

ARTÍCULO 3.04 Negociaciones permitidas por la Ley

Según dispuesto en el Artículo 31.030 de la Ley, las partes podrán negociar los siguientes términos y condiciones:

- A. Honorarios y tarifas por servicios de cuidado de salud;
- B. Guías de la práctica clínica y criterios de cubierta;
- C. Procedimientos administrativos, incluyendo métodos de pago y tiempo de servicio para el pago de honorarios de los proveedores;
- D. Procedimientos para la resolución de conflictos relacionados a disputas entre las organizaciones de servicios de salud o los administradores de terceros y los proveedores, relativas a los planes de cuidado de salud;
- E. Procedimientos de referidos a suscriptores;
- F. Formulación y aplicación de los métodos de reembolso a los proveedores;
- G. Programas de garantías de calidad;
- H. Procedimientos de revisión para la utilización de servicios de cuidado de salud;
- I. Selección de proveedores en cuanto a los planes de cuidado de salud y los criterios de terminación del contrato;
- J. La inclusión o alteración de los términos y condiciones, en la medida en que estén sujetas a las regulaciones del Gobierno de Puerto Rico, prohibiendo o requiriendo el término o condición particular en cuestión; dado, sin embargo, que la referida condición no limita los derechos de los proveedores para conjuntamente solicitarle al Gobierno de Puerto Rico una modificación a las regulaciones.

ARTÍCULO 3.05 Negociaciones excluidas

No podrá ser objeto de negociación entre las partes cualquier asunto que:

- A. Esté regulado por alguna ley o reglamento, estatal o federal; o
- B. Ponga en riesgo cualquier asignación de fondos por parte del Gobierno de Puerto Rico o de los Estados Unidos de América; o

- C. Interfiera con las facultades de hacer política pública, según conferidas por ley a los jefes de las agencias, instrumentalidades o corporaciones públicas del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

ARTÍCULO 3.06 Prohibiciones dentro del proceso de negociación colectiva

- A. Se prohíbe cualquier acción por alguna de las partes que limite irrazonablemente la prestación de servicios de salud.
- B. Las organizaciones de servicios de salud o administradores de terceros no podrán tomar acciones en represalia o coercitivas en contra de los proveedores durante el proceso de negociación, tales como el retener pagos, realizar auditorías injustificadas u otras acciones similares.

ARTÍCULO 3.07 Divulgación y utilización de la información sobre la negociación colectiva

La información sobre la negociación colectiva será confidencial hasta que el Comisionado de Seguros autorice el acuerdo entre las partes.

ARTÍCULO 3.08 Proceso de supervisión y fiscalización

- A. Las partes tienen la obligación continua de informar y presentar ante el Comisionado de Seguros, al menos cada cuarenta y cinco (45) días, lo siguiente::
- a. La fecha de las reuniones realizadas en ese periodo;
 - b. Un informe de progreso, en el que se detallen, para cada una de las materias autorizadas a negociarse: (i) los acuerdos logrados; (ii) los asuntos pendientes y (iii) las controversias no resueltas.
- B. La negociación tendrá un término de duración de noventa (90) días desde que se autorizó su comienzo, salvo que, antes de que culmine dicho término, las partes soliciten una prórroga que no excederá de treinta (30) días adicionales.

ARTÍCULO 3.09 Punto muerto o estancamiento en las negociaciones

- A. Cuando se produzca un punto muerto o estancamiento en las negociaciones, las controversias pendientes serán referidas a la Comisión, conforme se establece en el Capítulo 4 de este Reglamento. Además de lo expresado en el Artículo 1.04 (q), se entenderá que hay estancamiento cuando haya concluido el término dispuesto en el Artículo 3.08 (B) para culminar las negociaciones y las partes no hayan podido llegar a un acuerdo final.

- B. Una vez se produzca un punto muerto o estancamiento, dentro de los diez (10) días siguientes, las partes presentarán al Comisionado de Seguros y a la Comisión un informe que contendrá:
- a. Una relación detallada de los acuerdos alcanzados hasta ese momento;
 - b. Una explicación detallada de los asuntos en los que no se haya podido llegar a un acuerdo y las causas para ello.

ARTÍCULO 3.10 Terminación de la negociación colectiva

La negociación colectiva termina cuando:

- A. Las partes adopten un acuerdo final.
- B. Vence el término provisto para negociar, según dispuesto en el Artículo 3.08 (B). En tal caso, el Comisionado de Seguros y procederá a referir las partes a la Comisión de Arbitraje.

ARTÍCULO 3.11 Informe Final

Cuando la negociación colectiva termine en un acuerdo final, dentro de los quince (15) días siguientes a la culminación de la negociación, las partes tendrán que presentar ante la Oficina del Comisionado de Seguros:

- A. El contrato propuesto y una declaración jurada que de fe de que éste es el contrato completo y final, acordado entre las partes;
- B. Un informe final juramentado por las partes que contendrá:
 - a. El plan que se seguirá para implementar los acuerdos;
 - b. Los posibles efectos que traerá la implementación del acuerdo, incluyendo el impacto esperado en los costos o en la cubierta;
 - c. Todos los beneficios que se esperan obtener de los acuerdos alcanzados;
 - d. Cualquier otra información que el Comisionado entienda pertinente.

ARTÍCULO 3.12 Evaluación de la negociación

- A. El Comisionado le impartirá su aprobación al contrato cuando los beneficios sociales o en pro de la competencia superen los efectos negativos relacionados con las prácticas anticompetitivas. También verificará que los términos del mismo sean consistentes con el Código de Seguros de Puerto Rico, alguna otra ley o reglamento aplicable.
- B. Podrá determinarse la existencia de beneficios sociales, sin limitarse a, cuando:

- a. Se establezcan o mejoren programas de salud preventivos que redunden en la reducción de costos y resulten en beneficio de los consumidores, las organizaciones de servicios de salud y los proveedores;
 - b. Se establezcan o mejoren los programas para la detección y el manejo del fraude;
 - c. Se reestablezca el balance competitivo en el mercado de servicios de salud;
 - d. Se promueva la inversión en la infraestructura y se incentiven los adelantos médicos.
- C. Al balancear los efectos anticompetitivos, el Comisionado de Seguros podrá considerar si:
- a. El contrato provee para pagos de honorarios excesivos;
 - b. El pacto contribuye al aumento de los costos de los servicios de salud;
 - c. El acuerdo tiende a restringir el acceso y/o la prestación de servicios de cuidado de salud.
- D. El Comisionado de Seguros deberá realizar esta determinación y aprobar o desaprobado el contrato dentro de los siguientes treinta (30) días de habersele notificado el informe.
- E. Cuando el Comisionado de Seguros no le imparta su aprobación al contrato, deberá incluir en la notificación de su decisión una explicación de las deficiencias que contiene el documento y podrá sugerir las medidas necesarias para subsanarlas. Las partes podrán subsanar las deficiencias y someter nuevamente el documento para su aprobación, dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación.

ARTÍCULO 3.13 Remedios

La parte adversamente afectada por una determinación del Comisionado podrá solicitar una vista administrativa dentro de los quince (15) días desde su notificación, según establecido en el Artículo 2.190 del Código de Seguros. Dicha vista se regirá según los procedimientos establecidos en la Ley Núm. 170, *supra*.

ARTÍCULO 3.14 Prohibición de utilización del contrato

Las partes estarán impedidas de utilizar o ejecutar el contrato hasta que el Comisionado de Seguros haya aprobado el mismo.

CAPÍTULO IV. COMISIÓN DE ARBITRAJE

ARTÍCULO 4.01 Propósito

El arbitraje tiene como propósito el proveer a las partes la oportunidad de presentar los hechos, las teorías legales y la evidencia dentro de un procedimiento adjudicativo más rápido e informal que el judicial. Este procedimiento culmina con la emisión de un laudo, en el cual se resuelve la totalidad de las controversias y los asuntos planteados.

ARTÍCULO 4.02 Composición y designación de la Comisión

- A. A solicitud por escrito de cualquiera de las partes, el Departamento de Salud, previa notificación a la otra parte, nombrará una Comisión.
- B. La Comisión se regirá por esta reglamentación y por la Ley Núm. 376 del 8 de mayo de 1951, *según enmendada*, conocida como "Ley de Arbitraje de Puerto Rico", 32 L.P.R.A. §§ 3201 *et seq.*
- C. Cada Comisión se constituirá a los quince (15) días de recibir la notificación de la parte sometándose al proceso de arbitraje.
- D. Cada Comisión estará compuesta por los siguientes tres árbitros:
 - a. Un economista, preferiblemente con experiencia en el campo de la salud o de los seguros, designado por el Presidente la Asociación de Economistas;
 - b. Un interventor neutral independiente, certificado por el Negociado de Métodos Alternos para la Solución de Conflictos, adscrito a la Oficina del Juez Presidente del Tribunal Supremo de Puerto Rico;
 - c. Un experto en el área de servicios de salud, que no tenga conflictos de intereses, designado por el Secretario del Departamento de Salud.

ARTÍCULO 4.03 Nombramiento de árbitros

- A. El Departamento de Salud mantendrá actualizada una lista de árbitros que estará compuesta por personas mayores de edad, en el pleno goce de sus derechos civiles, que sepan leer y escribir. Asimismo, los árbitros deben gozar de reconocido prestigio profesional e independencia de criterio.
- B. El Departamento de Salud notificará su designación a cada uno de los árbitros, solicitando su aceptación por escrito dentro del plazo de tres (3) días a contar desde la notificación de la designación. Pasado dicho plazo sin recibirse aceptación, se entenderá que el árbitro no acepta el

nombramiento. En tal caso, el Departamento de Salud procederá en los sucesivos dos (2) días a designar los nuevos árbitros necesarios para completar la Comisión. Procediéndose de idéntica manera para la notificación y aceptación del nombramiento y así, sucesivamente, si fuese necesario hasta completar la composición de la Comisión.

ARTÍCULO 4.04 Recusación de los árbitros

- A. Antes de tomar posesión de sus cargos, los árbitros deberán prestar juramento ante un funcionario autorizado, comprometiéndose a cumplir bien y fielmente con las obligaciones de su cargo, oír sin perjuicios los argumentos, examinar imparcialmente los asuntos en controversia y dictar un laudo conforme a derecho.
- B. Las partes pueden renunciar a la obligación impuesta a los árbitros de prestar juramento si comienzan a celebrar la vista sin objetar la falta de juramento.
- C. Los árbitros no pueden mantener con las partes ninguna relación personal, profesional o comercial.
- D. Los árbitros deberán revelar, antes de su aceptación, cualquier circunstancia que pueda dar lugar a dudas justificadas sobre su imparcialidad e independencia, pudiendo dejarse sin efecto la designación. A partir de su nombramiento, el árbitro revelará a las partes, sin demora alguna, cualquier circunstancia sobrevenida que pueda comprometer su imparcialidad e independencia.
- E. Los árbitros serán recusables por causa que haya sobrevenido después del compromiso arbitral o que se ignore al momento de celebrarse el arbitraje. Cualquier recusación deberá ser jurada y expondrá los hechos en que se funda. Dicha recusación deberá ser presentada tan pronto el solicitante advenga en conocimiento de la causa de la recusación.

ARTÍCULO 4.05 Motivos para recusación; procedimiento

- A. Los árbitros podrán ser recusados por los motivos consignados en las Reglas de Procedimiento Civil de Puerto Rico para la recusación de los jueces.
- B. La recusación debe hacerse ante la Comisión por escrito y deberá estar fundamentada. De no accederse a la recusación, la parte que la haya propuesto podrá repetirla ante un juez de la Sala del Tribunal de Primera Instancia de Puerto Rico.

- C. El árbitro, cuando se haya presentado una solicitud de recusación, podrá renunciar al cargo sin que esto implique aceptación de la validez de las razones en que se fundamenta la recusación.
- D. Mientras se sustancia el incidente de recusación ante el Tribunal de Primera Instancia, quedará en suspenso el juicio arbitral, debiendo continuar inmediatamente después que haya recaído orden ejecutoria del foro judicial sobre dicho incidente.

ARTÍCULO 4.06 Sustitución de árbitros

- A. Cualquiera que sea la causa por la que haya que designar un nuevo árbitro, se hará por el mismo procedimiento mediante el cual fue designado el que se sustituye.
- B. Una vez nombrado el sustituto, los árbitros, previo convenio de las partes, decidirán si procede repetir trámites ya practicados. De decidirse repetir algún trámite, las partes deberán acordar la prórroga del plazo necesario para la práctica de dicho trámite.

ARTÍCULO 4.07 Jurisdicción

El árbitro tendrá jurisdicción sobre los asuntos y las controversias relacionadas a la negociación colectiva que se planteen en el caso ante su consideración y deberá resolverlos en su totalidad.

ARTÍCULO 4.08 Facultades de los árbitros

En todo caso ante su consideración, los árbitros podrán:

- A. Señalar fecha, hora y lugar de las vistas de arbitraje;
- B. Notificar a las partes el señalamiento de las vistas;
- C. Celebrar y dirigir las vistas de arbitraje;
- D. Emitir órdenes de citación de testigos;
- E. Tomar juramentos y afirmaciones;
- F. Emitir y hacer constar por escrito las instrucciones y órdenes necesarias para lograr la más eficiente, ordenada, y pronta tramitación del caso ante su consideración;
- G. Imponer sanciones a las partes por su incomparecencia a las vistas de arbitraje;
- H. Resolver los asuntos relativos al descubrimiento de prueba y ordenar la producción de evidencia o el descubrimiento de prueba adicional al efectuado por las partes;
- I. Emitir decisiones o laudos.

ARTÍCULO 4.09 Notificación de arbitraje

Dentro de diez (10) días desde que se verifica un punto muerto o estancamiento en la negociación, la parte que solicite el arbitraje diligenciará a la otra parte, ya sea personalmente o por correo certificado, la notificación por escrito de su intención de arbitrar. La notificación deberá expresar en sustancia que dicha parte quedará en lo sucesivo impedida de plantear la inexistencia de una controversia que ha llegado a un punto muerto o estancamiento en el proceso de la negociación colectiva, autorizado por la Ley. Además, deberá expresar que, dentro de los quince (15) días siguientes al diligenciamiento, la parte a quien dicha notificación fuera diligenciada puede diligenciar a su vez una notificación para la suspensión del arbitraje.

ARTÍCULO 4.10 Honorarios de los árbitros

Los honorarios de los árbitros serán responsabilidad de las partes. Los mismos deberán ser satisfechos en la Oficina de Finanzas del Departamento de Salud, mediante cheque certificado o giro postal, a nombre del Departamento de Salud o del Secretario de Hacienda. Los honorarios no serán reembolsables. Dichos honorarios serán los siguientes:

Honorarios por radicación de petición sobre negociaciones no relacionadas a tarifas	\$3,000.00
Por cada contrato sometido sobre negociaciones no relacionadas a tarifas	\$1,500.00
Honorarios por radicación de petición sobre negociaciones relacionadas a tarifas	\$5,000.00
Por cada contrato sometido sobre negociaciones relacionadas a tarifas	\$2,500.00

ARTÍCULO 4.11 Procedimiento para someter controversias a arbitraje

- A. Cualquier persona, que interese someter a arbitraje una controversia bajo las disposiciones de este Reglamento, presentará personalmente, en original y cinco (5) copias, un escrito y los documentos pertinentes, ante la Oficina del Secretario de Salud en el Departamento de Salud, especificando los hechos y demás pormenores que sean pertinentes, según el formulario que se provea para estos efectos. Si la petición contiene información provista por terceros, deberá así especificarse. Las partes o su representante deberán otorgar por escrito un documento mediante el cual convengan proveer a los árbitros cualquier información relevante al asunto bajo arbitraje.
- B. Las partes deberán acompañar los documentos anteriormente indicados con el correspondiente pago de cien dólares (\$100.00) en

cheque certificado o giro postal a nombre del Departamento de Salud o del Secretario de Hacienda en la Oficina de Finanzas del Departamento de Salud.

ARTÍCULO 4.12 Vista

- A. Los árbitros fijarán fecha y lugar para la vista y darán aviso de ello a las partes con diez (10) días de anticipación. Los árbitros sólo podrán suspender la vista ante la Comisión cuando medie justa causa, previa solicitud de cualquiera de las partes que se haya notificado con por lo menos tres (3) días de antelación a la fecha para la cual se solicita suspensión.
- B. Todos los árbitros se reunirán y actuarán juntos durante la vista.
- C. Las partes someterán un informe breve en original y cinco (5) copias, en el cual identifiquen toda la prueba documental, real y testifical, que se proponen presentar en la vista, por lo menos con siete (7) días de antelación a la fecha señalada para la vista. Dentro del mismo término, dicho escrito deberá notificarse a todas las partes. Los árbitros podrán negarse a recibir en evidencia cualquier prueba que no se haya incluido en el informe.
- D. Los procedimientos ante los árbitros se llevarán a cabo informalmente. Las Reglas de Evidencia para el Tribunal General de Justicia podrán utilizarse como guías en las vistas de arbitraje, pero se aplicarán flexiblemente. No obstante, las reglas sobre privilegios aplicarán estrictamente. Los hechos, las controversias y las teorías legales del caso se presentarán principalmente por medio de las argumentaciones y los planteamientos de las partes y la evidencia documental o real.
- E. La presentación de la prueba testifical en las vistas de arbitraje deberá utilizarse lo menos posible. Antes de declarar, todo testigo expresará su propósito de decir la verdad mediante juramento. En caso de que un testigo falte a su juramento, quedará sujeto a perjurio de conformidad con las disposiciones aplicables del Código Penal de Puerto Rico. Las partes tendrán derecho a conainterrogar a los testigos que se presenten en el procedimiento.
- F. La incomparecencia de alguna de las partes no será motivo para suspender una vista de arbitraje. Los árbitros podrán emitir el laudo a base de una relación bajo juramento de los fundamentos en los que la parte compareciente apoye su posición, de declaraciones juradas o de cualquier otra prueba que, a juicio de los árbitros, sea suficiente para demostrar los méritos de la posición de dicha parte.

ARTÍCULO 4.13 Término para el laudo

El laudo de arbitraje deberá emitirse dentro de los treinta (30) días siguientes a la celebración de la última vista de arbitraje. Las partes podrán extender dicho término mediante acuerdo por escrito y firmado por cada parte.

ARTÍCULO 4.14 Contenido del laudo

El laudo será breve y conciso, se dictará por escrito, incluirá determinaciones de hechos y conclusiones de derecho, expresará claramente los remedios concedidos a la parte prevaleciente y estará firmado por todos los árbitros. Los árbitros deberán entregar una copia del laudo a cada una de las partes o sus abogados.

ARTÍCULO 4.15 Derecho a abogado

En cualquier proceso de arbitraje o vista ante los árbitros, cualquiera de las partes podrá estar representada por un abogado, admitido al ejercicio de la abogacía en Puerto Rico.

ARTÍCULO 4.16 Revocación del laudo

- A. En cualquiera de los siguientes casos, el Tribunal de Primera Instancia de Puerto Rico podrá, a solicitud de cualquiera de las partes y previo aviso y vista, dictar orden revocando el laudo:
- a. Cuando se obtuvo mediante corrupción, fraude u otro medio indebido;
 - b. Cuando hubo parcialidad o corrupción de los árbitros;
 - c. Cuando los árbitros actuaren erróneamente al rehusar posponer la vista luego de mostrarse causa justificada para ello, o al rehusar oír evidencia pertinente a la controversia, o cuando incurrieren en cualquier error que perjudique los derechos de cualquiera de las partes;
 - d. Cuando los árbitros se extiendan en sus funciones o cuando el laudo emitido no resuelva en forma final y definitiva la controversia sometida;
 - e. Si no hubo sumisión de arbitraje válida o el procedimiento se inició sin diligenciar la notificación de intención de arbitrar.
- B. En el caso en que se revoque un laudo, el Tribunal de Primera Instancia de Puerto Rico podrá a su discreción ordenar una nueva vista ante los mismos árbitros o ante árbitros nuevos, a seleccionarse en la forma que dispone este Reglamento.

ARTÍCULO 4.17 Modificación o corrección del laudo

- A. En cualquiera de los casos siguientes el Tribunal de Primera Instancia de Puerto Rico deberá, previa notificación y vista, y a solicitud de cualquiera de las partes, dictar una orden modificando o corrigiendo el laudo:
- a. Cuando hubo error evidente de cálculo en cuanto a las cifras o en la descripción de cualquier persona, cosa o propiedad;
 - b. Cuando los árbitros hayan resuelto sobre materia no sometida a arbitraje;
 - c. Cuando el laudo sea imperfecto en materia de forma, sin afectar los méritos de la controversia.
- B. La orden deberá modificar y corregir el laudo a fin de dar efecto a la intención del mismo.

ARTÍCULO 4.18 Obligatoriedad

Los términos de un laudo emitidos por la Comisión advendrán obligatorios, salvo los fundamentos que existen en derecho para la revisión de laudo.

ARTÍCULO 4.19 Moción para revocar, modificar o corregir suspensión de procedimiento para poner laudo en vigor

La parte que interese revocar, modificar o corregir un laudo presentará recurso ante el Tribunal de Primera Instancia o la Comisión, con notificación a la otra parte o su abogado, dentro de noventa (90) días de que se le haya entregado el laudo de conformidad con el Artículo 4.14 de la Regla.

ARTÍCULO 4.20 Revisión judicial

- A. Cualquier parte adversamente afectada por un laudo emitido por la Comisión podrá solicitar, dentro de treinta (30) días siguientes a la notificación del laudo, la revisión por el Tribunal de Primera Instancia de Puerto Rico, dentro de cuya demarcación territorial residen las partes o cualquiera de ellas. Dicha revisión se verá sumariamente, previo al emplazamiento dispuesto por ley.
- B. La decisión de la Comisión permanecerá en todo su vigor y efecto, hasta tanto no haya una decisión del Tribunal de Primera Instancia de Puerto Rico final y firme, revocando la referida decisión.

ARTÍCULO 4.21 Presentación ante el Comisionado de Seguros

El laudo o la sentencia final y firme que se emita sobre las controversias sometidas a arbitraje será integrado al contrato propuesto en la negociación colectiva y será presentado por las partes ante el Comisionado de Seguros, en los términos dispuestos en el Artículo 3.11 de este Reglamento.

CAPÍTULO V. JUNTA REVISORA DE TARIFAS DE PLANES MÉDICOS Y SEGUROS**ARTÍCULO 5.01 Propósito**

El propósito de este Capítulo es promover el bienestar público, regulando las tarifas utilizadas para determinar la prima de un plan o seguro que provea beneficios para el cuidado de la salud, con el fin de velar que sean sumas justas, adecuadas, razonables y no discriminatorias.

ARTÍCULO 5.02 Deberes y facultades

La Junta tendrá los siguientes deberes y facultades:

- A. Regular, supervisar y aprobar las tarifas utilizadas para determinar la prima a pagarse por un seguro de salud o un plan de cuidado de salud. Para ello, estudiará, analizará y aprobará la estructura, los componentes y los factores que se utilizan para determinar las tarifas;
- B. Revisar las determinaciones del Panel sobre un aumento en prima o reducción de cubierta y/o servicio que resulten de un acto unilateral.

ARTÍCULO 5.03 Junta

La Junta estará adscrita a la Oficina del Comisionado de Seguros.

ARTÍCULO 5.04 Composición

- A. La Junta estará compuesta por:
 - a. El Comisionado de Seguros, quien fungirá como su presidente y no tendrá voto, salvo que sea necesario para tomar una determinación debido a que los miembros de la Junta estén igualmente divididos;
 - b. Un ciudadano con conocimiento en el área de salud pública, nombrado por el Comisionado de Seguros con la recomendación del Secretario del Departamento de Salud;
- B. Además, serán miembros asociados de la Junta:
 - a. Un (1) representante de proveedores;

- b. Un (1) representantes de organizaciones de servicios de salud o administradores de terceros; y
- C. Los miembros de la Junta no podrán tener ningún interés, propietario o económico, directo en los asuntos ante la consideración de la Junta.

ARTÍCULO 5.05 Miembros asociados

- A. Los miembros asociados, mencionados en el Inciso (B) del Artículo anterior, serán nombrados por el Comisionado de Seguros y deberán cumplir con los siguientes requisitos:
 - a. Tener un mínimo de un (1) año de residencia en Puerto Rico y tener conocimiento específico en el campo de seguros o planes de cuidado de salud;
 - b. No haber sido convicto por algún delito que implique deshonestidad o depravación moral.
- B. De los miembros asociados mencionados en el Inciso (B) (a) y (b) del Artículo anterior se nombrará uno de cada inciso, por un término de tres (3) años y los restantes por un término de dos (2) años.
- C. Los sucesores de los miembros asociados serán nombrados por un término de cinco (5) años. Cualquier persona escogida para llenar una vacante tendrá que cumplir con los mismos requisitos que el miembro a quien sustituye y será nombrada por el término no vencido del mismo.
- D. Al vencimiento del término de cualquiera de los miembros asociados, éste podrá continuar en el desempeño de sus funciones hasta que haya sido nombrado su sucesor y éste haya tomado posesión de su cargo.
- E. Los miembros asociados de la Junta, que no sean servidores públicos, tendrán derecho a recibir en dieta la cantidad de setenta y cinco dólares (\$75.00) por cada reunión debidamente convocada, hasta un máximo de cinco mil dólares (\$5,000.00) al año.

ARTÍCULO 5.06 Quórum

La Junta se considerará debidamente constituida cuando conste de tres (3) o más miembros. Las decisiones se tomarán por la mayoría de los miembros presentes. Cada miembro tendrá derecho a un (1) voto. La Junta se convocará, al menos, una vez al mes, o cuantas veces sea necesario para cumplir con las disposiciones de este Reglamento.

ARTÍCULO 5.07 Comités Asesores

- A. La Junta será asesorada y asistida en sus funciones por cuatro (4) Comités Asesores que emitirán recomendaciones sobre cualquier asunto que se les refiera. Dichos Comités Asesores serán:
- a. Comité Legal;
 - b. Comité de Exámenes y Auditorías;
 - c. Comité Actuarial y de Analistas de Pólizas y Riesgos;
 - d. Comité de Adjudicaciones y Reconsideraciones.
- B. Los Comités estarán compuestos por el personal de la Oficina del Comisionado de Seguros, al que se le haya asignado la función y responsabilidad de pertenecer a los mismos. El Comisionado de Seguros podrá crear cualquier otro comité y designar el personal o consultor que entienda necesario para realizar las funciones de los referidos Comités Asesores.

ARTÍCULO 5.08 Presentación

La parte interesada en la aprobación de un seguro o plan que provea beneficios de cuidado de salud, deberá presentar ante el Comisionado:

- A. El formulario y/o la evidencia de cubierta, los cuales serán aprobados por el Comisionado según se dispone en el Capítulo 11 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A. §§ 1101 *et seq.*, y en el Artículo 19.080 del Capítulo 19 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A. § 1908. Disponiéndose que ninguna reducción de cubierta que provenga de un acto unilateral podrá entrar en vigor sin la concurrencia o consentimiento unánime del Panel.
- a. Si el Comisionado determina que, comparado con el producto archivado anterior, hubo una reducción de cubierta, la cual fue producto de un acto unilateral del asegurador, deberá notificarle al presentante del propuesto formulario y/o evidencia de cubierta que los mismos no entrarán en vigor ni serán aprobados sin el consentimiento unánime del Panel, a menos que el presentante subsane las objeciones notificadas.
 - b. Ante esa eventualidad, el presentante deberá, dentro de quince (15) días siguientes a la notificación, subsanar la objeción notificada por el Comisionado o solicitar al Panel su consentimiento por escrito para que pueda aprobarse la reducción de cubierta. Una vez se presente dicho consentimiento ante el Comisionado de Seguros, comenzarán

nuevamente a transcurrir los términos para aprobar la referida presentación.

- c. De no estar de acuerdo con la determinación del Panel, la parte interesada en la presentación podrá solicitar revisión a la Junta dentro de treinta (30) días desde la notificación. En tal caso, la Junta realizará una vista administrativa en la que revisará la determinación en toda su extensión.
- B. Los tipos o tarifas a ser utilizados para determinar la prima de un seguro o plan que provea beneficios de cuidado de salud, según se dispone en el Capítulo 12 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A. §§ 1201 *et seq.*, y en el Artículo 19.080 del Capítulo 19 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A. § 1908.

ARTÍCULO 5.09 Aprobación de tipos o tarifas

Una vez presentados los tipos o tarifas ante la Oficina del Comisionado de Seguros, conforme al Inciso (B) del Artículo anterior, la determinación sobre su razonabilidad se referirá a la Junta para que apruebe su utilización, según se dispone en los Capítulos 12, 19 y 31 del Código de Seguros de Puerto Rico y este Reglamento.

- A. Si se determina que existe un aumento en la tarifa o en cualquier otro elemento, que sea producto de un acto unilateral, cuyo efecto se refleje en la prima, la Junta deberá notificar al interesado que la presentación no puede entrar en vigor sin el consentimiento unánime del Panel o la subsanación de la objeción señalada por la Junta.
 - a. Si el presentante no subsana la objeción y procede a solicitar el consentimiento del Panel, cualquier decisión que emita éste sobre el asunto podrá ser revisada en toda su extensión por la Junta, previa solicitud de cualquiera de las partes, en el término dispuesto en el Artículo 5.10 de este Reglamento;
 - b. Si el aumento en prima tiene su base o surge como consecuencia de la implementación de los acuerdos que resultaron de una negociación colectiva, según autorizada por el Capítulo 31 del Código de Seguros de Puerto Rico y este Reglamento, la decisión que tome el Panel será concluyente para la Junta y no podrá ser revisada. En ese caso, los interesados solamente podrán apelar la decisión al Tribunal de Apelaciones, de conformidad con la Ley Núm. 170, *supra*.

- B. Si la Junta determina que hubo un aumento en deducible o en co-pago y que el mismo surge como consecuencia de la implementación de los acuerdos que resultaron de una negociación colectiva, según autorizada por el Capítulo 31 del Código de Seguros de Puerto Rico y este Reglamento, la Junta deberá notificar al interesado que la presentación no puede entrar en vigor sin el consentimiento unánime del Panel.

ARTÍCULO 5.10 Revisión de la Determinación de la Junta

El peticionario adversamente afectado por una determinación de la Junta podrá solicitar una vista administrativa, dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación de dicha determinación, según se dispone en el Artículo 2.190 de la Ley Núm. 263 de 13 de agosto de 2008. De la determinación que tome la Junta después de celebrar la vista o de la negativa a celebrar la misma, la parte adversamente afectada podrá recurrir en revisión judicial ante el Tribunal de Apelaciones, conforme dispone el Código de Seguros de Puerto Rico y la Ley Núm. 170, *supra*.

ARTÍCULO 5.11 Exclusiones

Quedan excluidas de la aplicación de este Capítulo las siguientes entidades: (i) la Asociación de Empleados del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, según creada por la Ley Núm. 133 de 28 de junio de 1966, *según enmendada*, conocida como "Ley de la Asociación de Empleados del Estado Libre Asociado de Puerto Rico", 3 L.P.R.A. §§ 862 *et seq.*; (ii) el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, según creado por la Ley Núm. 72, *supra*; (iii) el seguro emitido por la Corporación del Fondo del Seguro del Estado, según creado por la Ley Núm. 45 de 18 de abril de 1935, *según enmendada*, conocida como "Ley del Sistema de Compensaciones por Accidentes del Trabajo", 11 L.P.R.A. §§ 1 *et seq.*; (iv) el programa Medicare Advantage creado por el "Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act", 117 Stat. 2066; (v) los planes médicos organizados bajo el "Employee Retirement Income Security Act" ("ERISA"), 88 Stat. 829 y bajo el "Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985" ("COBRA"), 100 Stat. 82; (vi) los Planes Grupales que contrata el patrono para sus empleados o un grupo para sus miembros, y aquellos en los que la negociación de tarifas entre una organización de servicios de salud y un grupo cuyas tarifas se establecen basadas en su propia experiencia y composición demográfica, entre otras variables, y cuyas tarifas están basadas en los principios actuariales aceptados por la profesión ("Tailor Made"); (vii) los planes médicos bajo la Ley Núm. 95 del 29 de junio de 1963, conocida como "Ley de Beneficios

de Salud para Empleados Públicos", según enmendada, 3 L.P.R.A. §§ 729 *et seq.*; (viii) los planes médicos producto de negociaciones colectivas con patronos gubernamentales o privados, o cualquier otro plan cuyo emisor no esté bajo la jurisdicción de la Oficina del Comisionado de Seguros.

ARTÍCULO 5.12 Disposición transitoria

Toda persona que, al momento de la aprobación de este Reglamento, esté autorizada a suscribir y que efectivamente suscriba algún seguro o plan que provea beneficios para el cuidado de salud y no esté expresamente excluida por este Reglamento, deberá presentar, dentro de los próximos noventa (90) días siguientes a la aprobación de este Reglamento, los formularios, evidencia de las cubiertas y tarifas que utiliza y suscribe actualmente. Esta presentación no requiere aprobación previa por el Comisionado u otra entidad.

CAPÍTULO VI. PROCEDIMIENTO ANTE EL PANEL

ARTÍCULO 6.01 Propósito

El propósito de este Capítulo es permitir que, en el procedimiento de aprobación por parte del Panel de los aumentos en deducible, co-pago, prima o tarifa y las reducciones de cubierta de un producto de seguros, intervengan los funcionarios y dependencias del Estado Libre Asociado de Puerto Rico que tienen la encomienda de velar por el bienestar del público consumidor de planes, seguros y servicios de cuidado de salud.

ARTÍCULO 6.02 Composición

A tenor con la Ley, el Panel está compuesto por: (i) el Departamento de Salud (ii) el Comisionado de Seguros; (iii) el Procurador del Ciudadano y (iv) el Procurador del Paciente.

ARTÍCULO 6.03 Autoridad

El Panel tendrá autoridad para aprobar o desaprobado los siguientes resultados, con el fin de que sean justos, adecuados, razonables y no discriminatorios:

- A. Los aumentos en deducible, co-pago o prima que surjan como resultado de una negociación autorizada por la Ley y este Reglamento;
- B. Cualquier aumento en prima o reducción de cubierta y/o servicios que derive de un acto unilateral.

Para que dichos resultados puedan entrar en vigor en Puerto Rico, se requiere el consentimiento unánime del Panel.

ARTÍCULO 6.04 Facultades

Para asegurar el cumplimiento de la Ley y de este Reglamento, el Panel tendrá las facultades y mecanismos provistos por las leyes orgánicas de las entidades gubernamentales que lo componen.

ARTÍCULO 6.05 Procedimiento para aprobación del Panel

- A. Cuando el Comisionado determine que el seguro o plan que provea beneficios de cuidado de salud, presentado para aprobación de conformidad con el Artículo 5.08 de este Reglamento, refleja un aumento en deducible, co-pago o prima o una reducción de cubierta, en los cuales el Panel tiene autoridad, lo notificará a la parte que lo presentó, dentro del término de sesenta (60) días desde la presentación, indicando que la misma no se aprobará para la utilización en Puerto Rico sin cumplir con el requisito, dispuesto en la Ley, del previo consentimiento unánime del Panel. Dicha parte tendrá que notificar ese hecho al Panel, solicitando su aprobación, no más tarde de diez (10) días luego de recibir la notificación del Comisionado.
- B. La notificación al Panel deberá acompañarse de una copia certificada del expediente del Comisionado.
- C. El Panel deberá tomar una determinación final fundamentada sobre los asuntos planteados, dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación de la solicitud. De entenderlo necesario, el Panel podrá requerir una recomendación escrita por un oficial competente designado por el Panel.
- D. De la determinación final que haga el Panel la parte adversamente afectada tendrá treinta (30) días desde la notificación de la misma para acudir en revisión, de conformidad con la Ley Núm. 170, *supra*, ante la Junta, de ser aumentos por actos unilaterales, o ante el Tribunal de Apelaciones, de ser aumentos que resulten de negociaciones colectivas.

CAPÍTULO VII DISPOSICIONES FINALES**ARTÍCULO 7.01 Cláusula derogatoria**

Este Reglamento deja sin efecto toda norma, pauta, procedimiento o parte de estos que estén en conflicto con sus disposiciones, salvo se disponga en contrario.

ARTÍCULO 7.02 Cláusula de salvedad

Cualquier asunto no cubierto por este Reglamento será resuelto por el Comisionado de Seguros, el Secretario de Salud y el Secretario de Justicia, de

conformidad con las leyes, reglamentos y ordenes ejecutivas aplicables. Todo aquello que no esté previsto por los mismos se regirá por las normas de sana administración pública y la política pública vigente.

ARTÍCULO 7.03 Cláusula de separabilidad

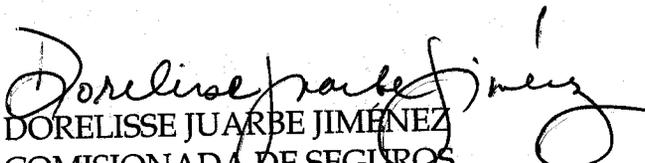
Cualquier disposición de este Reglamento o de cualquiera de las enmiendas que en el futuro se efectúen al mismo, que se declaren nulas o inconstitucionales por una autoridad judicial competente, no afectarán la vigencia y validez de sus restantes disposiciones, sino que su efecto se limitará a la palabra, inciso, oración, artículo o parte específica declarada nula o inconstitucional.

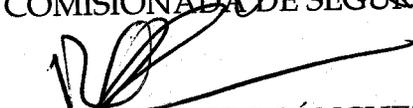
CAPÍTULO VIII VIGENCIA

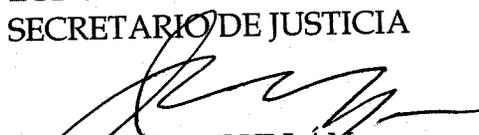
Este Reglamento entrará en vigor en el término de seis (6) meses después de su aprobación por el Departamento de Estado, de acuerdo con las disposiciones de la Ley Núm. 170, *supra*.

CAPÍTULO IX ENMIENDAS

Este Reglamento podrá ser enmendado conjuntamente por el Comisionado de Seguros, el Secretario de Salud y el Secretario de Justicia.


DORELISSE JUARBE JIMÉNEZ
COMISIONADA DE SEGUROS


LCDO. ROBERTO SÁNCHEZ RAMOS
SECRETARIO DE JUSTICIA


DR. JOHNNY RULLÁN
SECRETARIO DE SALUD

Fecha de aprobación: 23 de diciembre de 2008

Fecha de Radicación en
el Departamento de Estado:

Fecha de Radicación en
la Biblioteca Legislativa: