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

# REGLA NÚM. 1 DEL REGLAMENTO DEL CÓDIGO DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO:

# PROCESOS DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN Y DETERMINACIÓN DE SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN EN LOS PLANES MÉDICOS

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

**REGLA NÚMERO 1 DEL REGLAMENTO DEL CÓDIGO DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO**

**PROCESOS DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN Y DETERMINACIÓN DE SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN EN LOS PLANES MÉDICOS**

**TABLA DE CONTENIDO**

**PÁGINA**


ARTÍCULO 1.- BASE LEGAL ..... 1

ARTÍCULO 2.- APLICABILIDAD..... 1

ARTÍCULO 3.- PROPÓSITO..... 2

ARTÍCULO 4.- INTERPRETACIÓN..... 2

ARTÍCULO 5.- DEFINICIONES..... 3

ARTÍCULO 6.- REQUISITOS DE LOS PROGRAMAS DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN EN LA CUBIERTA DE LOS PLANES MÉDICOS .....7

ARTÍCULO 7.- PROCEDIMIENTO ORDINARIO DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN EN LA CUBIERTA DE LOS PLANES MÉDICOS..... 13

ARTÍCULO 8.- PROCEDIMIENTO DE QUERELLAS..... 18

ARTÍCULO 9.- ACUERDOS DE COLABORACIÓN..... 19

ARTÍCULO 10.- SANCIONES ..... 20

ARTÍCULO 11.- SEPARABILIDAD..... 20

ARTICULO 12.- VIGENCIA.....20

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

# PROCESOS DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN Y DETERMINACIÓN DE SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN EN LOS PLANES MÉDICOS

## ARTÍCULO 1.- BASE LEGAL

Por virtud del Artículo 6 de la Ley Núm. 5-2014, se le confirió la facultad a la Oficina del Comisionado de Seguros (OCS) de establecer, en coordinación y consulta con la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, la Oficina del Procurador del Paciente y el Departamento de Salud de Puerto Rico, la reglamentación necesaria para implementar las disposiciones de esta ley.

La OCS adopta la presente Regla al amparo de los poderes y facultades conferidos al Comisionado de Seguros bajo el Artículo 2.060 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico y la Ley Núm. 170 de 12 de agosto de 1988, según enmendada, conocida como Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

## ARTÍCULO 2.- APLICABILIDAD

Las disposiciones de esta Regla aplicarán a toda organización de seguros de salud o asegurador autorizado a suscribir planes médicos en Puerto Rico y sujeto a la jurisdicción del Comisionado de Seguros, organizaciones de servicios de salud u otra entidad que provea beneficios o servicios médico hospitalarios bajo la jurisdicción de la OCS. Las disposiciones de esta Regla no serán aplicables a los planes médicos o servicios de cuidado de salud que formen parte del Programa Medicare, Medicare Advantage o Medicaid.

Los aseguradores que contraten con la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) para ofrecer, mercadear o administrar el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (MI Salud), no le serán de aplicación, en

cuanto a dicho plan, las disposiciones de esta Regla y éstos habrán de cumplir con los requisitos reglamentarios que sean establecidos por la ASES, de conformidad con la Sección 18 del Artículo VI de la Ley Núm. 72-1993, según enmendada, en cuanto a la prohibición de negar la debida autorización para servicios de hospitalización y el criterio de necesidad médica aplicable.

Nada de lo dispuesto en esta Regla se entenderá que modifica, enmienda o deroga alguna de las leyes, reglamentos o procedimientos que administre, de conformidad con sus leyes habilitadoras, el Departamento de Salud de Puerto Rico, la Oficina del Procurador del Paciente (OPP) o la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES).

**ARTÍCULO 3.- PROPÓSITO**

Esta Regla se adopta con el propósito de establecer las normas que prohíben que una organización de seguros de salud o asegurador, por sí o por medio de sus agentes, empleados o contratistas, niegue o pueda negar la debida autorización de servicios de hospitalización a 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, basada en la premisa de necesidad médica y que dichos servicios o tratamientos sean parte de la cubierta de hospitalización del plan médico del asegurado o beneficiario, siempre y cuando, el plan médico esté vigente. Toda determinación de necesidad médica de servicios de hospitalización estará basada en evidencia clínica que sostenga dicha determinación y debidamente documentada por el profesional de la salud que trató al paciente.

**ARTÍCULO 4.- INTERPRETACIÓN**

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. En caso de necesitar interpretar alguna de las

disposiciones de esta Regla, la interpretación que prevalecerá respecto a la necesidad médica del servicio de hospitalización será aquella que resulte más favorable para el paciente.

Ninguna póliza, contrato, certificado o acuerdo ofrecido o emitido en Puerto Rico por una organización de seguros de salud o asegurador para proveer, entregar, tramitar, pagar o reembolsar el costo de servicios de hospitalización dispondrá que la interpretación final de los términos del contrato estará sujeta a la discreción por parte de la organización de seguros de salud o asegurador, ni contendrán normas de interpretación o revisión que contravengan las disposiciones del Código de Seguros de Salud o Código de Seguros de Puerto Rico.

**ARTÍCULO 5.- DEFINICIONES**

Para propósito de esta Regla, los siguientes términos tendrán el significado que se expone a continuación:

(1) "Beneficios Cubiertos" o "Beneficios": significa los servicios de cuidado de la salud a los que una persona cubierta o asegurado tiene derecho conforme a la cubierta de un plan médico.

(2) "Criterios de Revisión Clínica": significa los procedimientos escritos para el cernimiento, los resúmenes de las decisiones, los protocolos clínicos y las guías de práctica clínica que usa la organización de seguros de salud o asegurador para evaluar y determinar la necesidad médica del servicio de hospitalización para la condición de salud del paciente y si el lugar para la prestación del servicio es idóneo.

(3) "Determinación Adversa": significa:

(a) Una determinación realizada 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 servicio de hospitalización, o no se paga dicho servicio, parcial o totalmente, ya que al aplicar los procesos de revisión de utilización, a base de la información provista, el servicio

de hospitalización solicitado, no cumple con los requisitos de necesidad médica, o el lugar en que se presta el servicio no es idóneo o el nivel del cuidado no es apropiado;

(b) La denegación, reducción, terminación o ausencia de pago de un servicio de hospitalización, sea parcial o en su totalidad, por parte de la organización de seguros de salud o asegurador, basado en la determinación sobre la elegibilidad de la persona cubierta o asegurado de participar en el plan médico; o

(c) 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 servicio de hospitalización.

(4) "Homólogo Clínico": significa un 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 profesionales de la salud que por costumbre atienden la condición, procedimiento o tratamiento que se revisa.

(5) "Necesidad Médica": significa todo aquello que un profesional de la salud licenciado prudente y razonable entienda que es medicamente necesario sobre todo aquel servicio de hospitalización 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:

(a) Sea conforme con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica, a la luz de los medios modernos de comunicación y enseñanza;

(b) Sea clínicamente apropiado para la condición del paciente en cuanto a tipo, frecuencia, grado, lugar y duración de los servicios o procedimientos de salud;

(c) 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;

(d) Sea dentro del ámbito de la práctica y/o especialidad médica de la o del profesional médico licenciado quien determinó la necesidad médica; y

(e) Que dicha determinación de "necesidad médica" esté basada en evidencia clínica que sostenga la determinación y esté debidamente documentada por el profesional de la salud que trató al paciente.

(f) No se entenderá que existe una determinación de "necesidad médica" para:

(i) Aquella estadía o servicios de hospitalización, cuya razón principal sea, según se desprende del expediente, que después de 24 horas de haber sido ordenado un referido a un médico especialista, procedimiento o tratamiento, el paciente permanece hospitalizado sin que se haya realizado el referido, tratamiento o procedimiento, debido a que el médico especialista o el equipo de la institución hospitalaria no está disponible; o

(ii) El servicio haya sido denegado por estar excluido en la cubierta de la póliza o contrato del plan médico, no existe cubierta para dicho servicio o la persona no es elegible.

(6) "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, las organizaciones de servicios de salud u otra entidad que provea planes de beneficios, servicios o cuidado de la salud.

(7) "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.

(8) "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.

(9) "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.

(10) "Revisión de servicios concurrente": significa la revisión de utilización hecha durante la estadía del paciente en una institución hospitalaria, o durante el tratamiento del paciente en la institución hospitalaria.

(11) "Revisión de servicios prospectiva" (Pre-autorización): significa la revisión de utilización, antes de que se preste el servicio de cuidado de salud o el tratamiento al paciente, en cumplimiento con el requisito de la organización de seguros de salud o asegurador para que dicho servicio de hospitalización o tratamiento se apruebe, en parte o en su totalidad, antes de que se preste el mismo.

(12) "Revisión de servicios retrospectiva": significa la revisión de una solicitud de servicio de cuidado de salud que se lleva a cabo, luego de que el servicio de hospitalización fue prestado. "Revisión retrospectiva" incluye, sin limitarse a la revisión de una reclamación donde se evalúa la

veracidad de la documentación que sostiene la determinación de necesidad médica y que esté debidamente documentada por el profesional de la salud que trató al paciente.

(13) "Revisión de utilización": significa un conjunto de técnicas formales para supervisar los servicios de hospitalización, procedimientos o lugares donde se prestan dichos servicios, o para evaluar la necesidad médica del servicio de hospitalización o tratamiento al paciente. Dichas técnicas incluirán los protocolos y guías clínicas, basadas en evidencia científica sólida, utilizados para establecer los niveles de cuidado médico de revisión de servicios de pre-autorización de hospitalización (*preadmission review*), revisión de admisiones de hospitalización (*admission review*), revisión de estadía prolongada (*continued stay review*), revisión de altas hospitalarias (*discharge review*) y revisión de segunda opinión (*secondary medical review*).

**ARTÍCULO 6.- REQUISITOS DE LOS PROGRAMAS DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN EN LA CUBIERTA DE LOS PLANES MÉDICOS**

(1) Toda organización de seguros de salud o asegurador que requiera que las solicitudes de servicios hospitalarios conforme al plan médico de la persona cubierta o asegurado, sean objeto de una revisión de utilización, habrá de implementar por escrito un programa de revisión de utilización de conformidad al Capítulo 24 del Código de Seguros de Salud. En dicho programa se describirán 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 servicios de hospitalización;

(b) Las notificaciones tanto al asegurado o persona cubierta como a la institución hospitalaria o proveedor de las determinaciones

emitidas como resultado de la revisión de utilización de servicios de hospitalización y

(c) El procedimiento de querellas internas implementado por la organización de seguros de salud o asegurador para la revisión de determinaciones adversas producto de procesos de revisión de utilización de servicios de hospitalización, conforme al Capítulo 22 del Código de Seguros de Salud.

(2) Todo programa de revisión de utilización de servicios de hospitalización implementado por una organización de seguros de salud o asegurador se regirá de conformidad al Capítulo 24 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, en todo aquello que no sea incompatible con esta Regla. La revisión de utilización de servicios hospitalarios que realicen las organizaciones de seguros de salud y aseguradores estará a cargo de profesionales de la salud cualificados, quienes supervisarán las decisiones que se tomen en el proceso de revisión de utilización. La corrección de las determinaciones adversas de procesos de revisión de utilización de servicios hospitalarios serán evaluadas por al menos un (1) homólogo clínico.

(3) La determinación sobre necesidad médica de servicios de hospitalización que realice el homólogo clínico estará fundamentada en los protocolos clínicos y guías de práctica clínica producida por alguna de las siguientes fuentes:

(a) 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 estándares de cuidado médico del paciente;

(b) Publicaciones médicas revisadas por homólogos clínicos 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);

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

(d) Las publicaciones y guías de prácticas de servicios hospitalarios para profesionales y organizaciones de cuidado de salud establecidas por el "Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations" o cualquier otra entidad aceptada por el Departamento de Salud de Puerto Rico;

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

(i) La agencia federal "Agency for Health Care Research and Quality";

(ii) Los Institutos Nacionales de la Salud;

(iii) El Instituto Nacional del Cáncer;

(iv) La "National Academy of Sciences";

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

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

(viii) Toda junta u organización nacional de profesionales o entidades de cuidado de salud reconocida por los Institutos Nacionales de la Salud.

(f) Toda evidencia médica o científica adicional que sea comparable con lo detallado en los incisos (a) al (e) precedentes, aceptadas por

entidades, aseguradores, proveedores o pagadores públicos y privados basada en criterios o estándares de evaluación clínica sólida para determinar el nivel de cuidado médico del paciente, incluyendo, y sin limitarse, a las guías desarrolladas por InterQual y Milliman & Robertson (M&R) Care Guidelines.

(4) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores podrán llevar a cabo procedimientos de revisión utilización de servicios de hospitalización y determinación de cubierta, mediante el uso de sistemas de información electrónicos, (según autorizados bajo HIPAA), en relación con la información de salud protegida del asegurado o persona cubierta, incluyendo, pero sin limitarse a las siguientes actividades:

(a) Recopilación de información o datos creados o recibidos por el asegurador o la organización de seguros de salud relaciona con la salud física o mental, o las condiciones pasadas, presentes o futuras de salud de la persona cubierta o asegurada;

(b) Procesos para la prestación o continuación de servicios o tratamientos de cuidado de salud y la coordinación de los mismos;

(c) Pago pasado, presente o futuro por servicios de salud que se presten a una persona cubierta o asegurada; y

(d) Para asegurar el cumplimiento con los requisitos de Protección de la Información de Salud dispuesto en el Capítulo 14 del Código de Seguros de Salud con respecto a los procedimientos para el manejo adecuado de toda información de salud que cree, mantenga, use o divulgue como parte de sus operaciones.

(5) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores podrán desarrollar sus propios programas de revisión de utilización para los servicios de hospitalización o contratar una organización de revisión de utilización para que realice tales funciones.

Si las organizaciones de seguros de salud o aseguradores delegan alguna de las actividades del programa de utilización a una organización de revisión de utilización, mantendrán un proceso adecuado de supervisión que incluirá:

(a) Una descripción, por escrito, de las actividades y responsabilidades designadas a la organización de revisión de utilización, incluyendo los requisitos para los informes que ésta tendrá que rendir;

(b) Garantizar que el programa de revisión de utilización de servicios esté a cargo de profesionales de la salud cualificados, quienes supervisarán las decisiones que se tomen en el proceso de revisión de utilización de servicios de hospitalización. La corrección de las determinaciones adversas de procesos de revisión de utilización de servicios hospitalarios serán evaluadas por al menos un (1) homólogo clínico;

(c) Evidencia de la aprobación formal, por parte de la organización de seguros de salud o asegurador, del programa de utilización de servicios de hospitalización contratado; y

(d) El proceso mediante el cual las organizaciones de seguros de salud o aseguradores evaluarán el desempeño y la vigencia del programa de revisión de utilización de servicios hospitalarios de la organización de revisión de utilización designada.

(6) El programa de revisión de utilización de servicios de hospitalización describirá todas las actividades y procedimientos, tanto los que se deleguen como los que no se deleguen a una organización de revisión de utilización, con respecto a:

(a) Los procedimientos para la radicación de las solicitudes de servicios de hospitalización;

(b) La notificación de las determinaciones adversas de la revisión de utilización y determinaciones de servicios de hospitalización; y

(c) Los procesos de querella interna para la revisión de determinaciones adversas, conforme al Capítulo 22 de este Código.

(7) Cuando una organización de seguros de salud o asegurador establezca un programa de revisión de utilización de servicios de hospitalización, radicará un informe de dicho programa ante la Oficina del Comisionado de Seguros que incluirá los siguientes asuntos:

(a) Los procedimientos utilizados para evaluar la necesidad médica a base de evidencia clínica que sostenga el nivel de cuidado de la condición de salud e intensidad del tratamiento que se brinda al paciente y que esté debidamente documentada por el profesional de la salud que trató al paciente;

(b) Los protocolos clínicos o guías de práctica clínica y criterios de revisión clínica utilizados en el proceso de toma de decisiones para determinar el nivel de cuidado médico del paciente (como por ejemplo, las guías desarrolladas por InterQual y Milliman & Robertson (M&R) Care Guidelines);

(c) Los mecanismos usados para asegurar la aplicación uniforme de los criterios de revisión clínica, de manera tal que no se produzcan determinaciones incongruentes;

(d) Los procesos de recopilación de datos y métodos analíticos usados para evaluar la utilización de servicios de hospitalización;

(e) Disposiciones para asegurar la confidencialidad de la información de salud;

(f) Procedimientos para divulgar el programa de revisión de utilización de servicios de hospitalización a las instituciones hospitalarias y proveedores participantes y cualquier enmienda efectuada al mismo;

(g) Los procedimientos para que las personas cubiertas o asegurados, y los proveedores participantes, puedan comunicarse para expresar

sus dudas con relación al programa de revisión de utilización y determinación de servicios de hospitalización;

(g) 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 del programa de revisión de utilización y determinación de servicios de hospitalización y que responde al cuerpo rector de la organización de seguros de salud o asegurador; y

(h) El título del puesto de la persona responsable de la operación diaria del programa de revisión de utilización de servicios de hospitalización.

(8) De haber alguna enmienda o modificación al programa de revisión de utilización de servicios de hospitalización notificado, la organización o asegurador, informará a esta Oficina y la instituciones hospitalarias o proveedores participantes de la enmienda o modificación efectuada, no menos de 30 días de antelación de que entre en vigor.

(9) Cualquier organización de seguros de salud o asegurador que realice procesos de revisión de utilización y determinación de las solicitudes de servicios de hospitalización habrá de cumplir con los requisitos establecidos para el procedimiento ordinario de revisión de utilización de servicios de hospitalización bajo el Artículo 7 de esta Regla.

**ARTÍCULO 7.- PROCEDIMIENTO ORDINARIO DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN EN LA CUBIERTA DE LOS PLANES MÉDICOS**

(1) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que realice procesos de revisión mantendrán, por escrito, el procedimiento ordinario para llevar a cabo la revisión de utilización de solicitudes de servicios de hospitalización hechas por una institución hospitalaria, proveedor o el paciente o asegurado, y para la notificación a éstos de sus determinaciones. Dichos procedimientos de revisión de utilización de

servicios de hospitalización estarán sujetos al cumplimiento de las disposiciones del Artículo 24.090 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico y deberán contemplar, entre otros, los siguientes procesos de revisión:

**(a) Proceso de Revisión Prospectiva (Pre-autorización)**: en el caso de la revisión de solicitudes de pre-autorización de hospitalización, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores harán su determinación y la notificarán tanto a la persona cubierta o asegurado como a la institución hospitalaria o proveedor, independientemente de si se certifica el beneficio o no, dentro del plazo adecuado según la condición de salud del paciente, pero en ningún caso en un plazo mayor de quince (15) días, contados a partir de la fecha en que se recibe la solicitud.

Si como parte del procedimiento de revisión de una solicitud de pre-autorización de hospitalización, la institución hospitalaria, proveedor, o la persona cubierta o asegurado no sigue los procedimientos para presentación de la solicitud o no ha presentado la información necesaria, la organización de seguros de salud o asegurador deberá notificarle a éstos por escrito dicha deficiencia e indicar los procedimientos que se deben seguir para radicar la solicitud correctamente, la cual:

(i) Se notificará a la institución hospitalaria o proveedor y a la persona cubierta o asegurado a la brevedad posible, pero en ningún caso en un término mayor de cinco (5) días, contados a partir de la fecha de la solicitud; y

(ii) De no ser presentada la información adicional especificada en el término concedido, la organización de seguros de salud o asegurador podrá denegar la certificación del beneficio solicitado.

**(b) Proceso de Revisión Concurrente**: en el caso de las revisiones de utilización de servicios de hospitalización durante la estadía de un paciente hospitalizado por un plazo de tiempo determinado o por

determinada cantidad de tratamientos, las siguientes normas serán de aplicación:

(i) Se considerará como una determinación adversa toda reducción o terminación del servicio o del periodo de duración de la estadía del paciente que haga la organización de seguros de salud o asegurador mientras el paciente permanezca hospitalizado;

(ii) El proceso de revisión de utilización del servicio de hospitalización estará basado en la revisión de si el servicio o tratamiento que se le brinda al paciente o la continuación de la estadía está fundamentada en evidencia clínica que sostenga el nivel de cuidado de la condición de salud e intensidad del tratamiento y que esté debidamente documentada por el profesional de la salud

De haber alguna determinación adversa, el asegurador o la organización de seguros de salud notificará dicha determinación a la institución hospitalaria o proveedor y a la persona cubierta o asegurado, según se dispone en el siguiente apartado (2) de esta Regla;

(iii) La persona cubierta o asegurado afectado por una determinación adversa emitida como resultado del proceso de revisión de servicios hospitalarios podrá presentar ante la organización de seguros de salud o asegurador una querella interna a tenor con el Capítulo 22 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico y;

(iv) Todo servicio o periodo de duración de la estadía de hospitalización objeto de una determinación adversa continuará siendo ofrecido hasta tanto la organización de seguros de salud o asegurador notifique a la persona cubierta o asegurado su

determinación final relacionada con la querella interna hecha conforme al Capítulo 22 del Código de Seguros de Salud.

**(c) Proceso de Revisión Retrospectiva**: en el caso de las revisiones retrospectivas de utilización de servicios de hospitalización, 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 de la fecha de haber recibido o haber obtenido acceso a la documentación o información solicitada a la institución hospitalaria o proveedor para su revisión.

(2) Si a raíz de los procesos de revisión de utilización de servicios de hospitalización, la organización de seguros de salud o asegurador emitiera una determinación adversa, la notificación de dicha determinación adversa expondrá, de manera comprensible a la institución hospitalaria o proveedor y a la persona cubierta o asegurado, lo siguiente:

(a) Información suficiente que permita identificar el servicio o tratamiento objeto de revisión, 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 del criterio clínico y una cita específica del protocolo clínico o guía de práctica clínica utilizado por el homologo clínico para evaluar la necesidad médica y determinar el nivel de cuidado de la condición, procedimiento o tratamiento objeto de la revisión;

(c) 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;

(d) Una descripción del procedimiento interno de querellas de la organización de seguros de salud o asegurador disponible para la persona cubierta o asegurado, o su representante personal, a tenor con el Capítulo 22 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, incluyendo un aviso informando sobre el término de ciento ochenta (180) días o cualquier otro término aplicable, en que éste podrá radicar una querella interna ante la organización de seguros de salud o asegurador;

(e) 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, de así solicitarlo, a la persona cubierta o asegurado una copia de dicha regla, guía, protocolo interno u otro criterio similar, libre de costo;

(f) 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. Deberá incluirse la información de contacto de la Oficina del Comisionado y del Procurador de la Salud.

(h) Las determinaciones adversas que emitan las organizaciones de seguros de salud o aseguradores como resultado de los procesos de revisión de utilización de servicios de hospitalización, 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 querellas, tanto internos como externos, según se establece en el Capítulo 22 y 28 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.

ARTÍCULO 8. - PROCEDIMIENTO DE QUERELLAS.

(1) Las determinaciones adversas respecto a procesos de revisión de utilización de servicios de hospitalización 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, se procesarán, en primera instancia, siguiendo los procedimientos internos de querellas establecidos por la organización de seguros de salud o asegurador bajo el Capítulo 22 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. No obstante, la persona cubierta o asegurado podrá solicitar la revisión externa ordinaria cuando la organización de seguros de salud o asegurador renuncie por escrito al requisito de agotar los procedimientos internos de querellas y le notifique sobre su derecho a solicitar una revisión externa en cumplimiento con lo dispuesto en el Capítulo 28 del Código de Seguros de Salud.

(2) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores darán acuse de recibo de la querella, dentro del término de tres (3) días laborables de haber recibo la misma, a la persona cubierta o asegurado o, si así fuera requerido, a un representante de éste, e incluirá los derechos que conforme al inciso (1) D del Artículo 22.070 del Código de Seguros de Salud, le asisten al asegurado o persona cubierta como parte del proceso de revisión de primer nivel de las querellas relacionadas con una determinación adversa.

(3) Como parte del proceso de revisión interno de querellas, las organizaciones de seguros de salud o aseguradores recibirán y resolverán las querellas de las personas cubiertas o asegurados, de conformidad con los procedimientos de revisión de primer nivel de determinaciones adversas, revisiones ordinarias no relacionadas con una determinación adversa o nivel voluntario de revisiones, según descritos en los Artículos 22.070, 22.080 y 22.090 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.

(4) Si al completarse los procedimientos internos de querella dispuesto en el Capítulo 22 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico surgiese una determinación adversa, la organización o asegurador notificará por escrito a la persona cubierta o asegurado sobre su derecho a solicitar una revisión externa, conforme a las disposiciones del Capítulo 28 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. Las situaciones cobijadas bajo el proceso de revisión externa independiente, son aquellas donde la determinación adversa surja de los requisitos dispuestos por la organización de seguros de salud o asegurador sobre necesidad médica, lugar de prestación del servicio o que se entienda que el servicio es de naturaleza experimental o investigativa. No obstante, si la determinación adversa está relacionada con falta de cubierta o por exclusión del servicio reclamado en contrato de seguros, dichas controversias deben atenderse con arreglo a las disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico, bajo el proceso tradicional de investigación.

(5) La determinación de la revisión externa obligará a la organización de seguros de salud o asegurador o persona cubierta o asegurado, salvo en los casos en que la parte adversamente afectada por la determinación tenga derecho a algún otro remedio conforme a las leyes aplicables de Puerto Rico o a las leyes federales.

**ARTÍCULO 10.- ACUERDOS DE COLABORACIÓN**

Para fines de cumplir con los propósitos establecidos bajo la Ley Núm. 5-2014 y las disposiciones de esta Regla adoptada a su amparo, el Comisionado de Seguros de Puerto Rico podrá establecer, según sea necesario, aquellos acuerdos de colaboración, comunicación y cooperación con el Secretario del Departamento de Salud de Puerto Rico, el Director de la Administración de Seguros de Salud y el Procurador del Paciente, de manera que se asegure el que se atiendan las querellas bajo su jurisdicción o canalicen aquellas querellas que sean de la jurisdicción de otras entidades.

**ARTÍCULO 11.- SANCIONES**

De ocurrir una violación a las disposiciones de esta Regla, la organización de seguros de salud o asegurador podrá estar sujeto a una multa administrativa, a tenor con el Artículo 2.080 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.

**ARTÍCULO 12.- SEPARABILIDAD**

La declaración de inconstitucionalidad o ilegalidad de cualquier parte de esta Regla por un tribunal competente no afectará la validez y constitucionalidad de las disposiciones restantes de esta Regla.

**ARTÍCULO 13.- VIGENCIA**

Las disposiciones de esta Regla entrarán en vigor treinta (30) días después de su presentación en el Departamento de Estado de Puerto Rico, de conformidad con las disposiciones de la Ley Núm. 170, supra.

ÁNGELA WEYNE ROIG
COMISIONADA DE SEGUROS

Fecha de aprobación: 2 de abril de 2014.

Fecha de Radicación

En el Departamento de Estado:

Fecha de Radicación

En la Biblioteca Legislativa: