

**(P. del S. 610)**

## **LEY NUM. 55 10 DE JULIO DE 2013**

Para enmendar los Artículos 2.030, 2.050, 4.060, 4.070, 6.030, 6.040, 6.050, 6.060, 6.070, 6.080, 6.090, 6.100, 8.020, 8.030, 8.040, 8.050, 8.070, 8.100, 8.120, 8.130, 8.150, 22.010, 22.040, 22.060, 22.070, 22.080, 22.090 y 22.100; derogar los Artículos 8.090 y 8.110; y proceder con la reenumeración correspondiente de la Ley 194-2011, según enmendada, conocida como el “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”; a los fines de aclarar el texto o el alcance de diversos términos; atemperar y conformar dicho Código a las leyes federales aplicables; añadir condiciones bajo las cuales se puede dar el cambio del formulario de medicamento; hacer más eficientes las auditorías para reducir el término disponible para reprogramarlas; permitir que el Comisionado de Seguros disponga por carta normativa el listado de la información que debe tener el consentimiento del paciente para las auditorías; los criterios para los ajustes de las tarifas y de la cubierta de los planes básicos y estándar; eliminar el requisito de solicitar dispensas relacionadas a los planes médicos para patronos de PYMES; requerir la presentación al Comisionado de las tarifas; proveer para disposiciones transitorias en lo que se implementa el Capítulo 8 del Código de Seguros de Salud; eliminar las disposiciones relacionadas al Comité de Planes Médicos; eliminar el Programa de Reaseguro y las funciones de la Junta Directiva del Programa de Reaseguro y asignárselas al Comisionado; y para otros fines relacionados.

### **EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

Con la aprobación de la Ley 194-2011 se adoptó el Código de Seguros de Salud a los fines de actualizar el marco regulatorio de la industria de seguros de salud y los planes médicos, así como establecer disposiciones reglamentarias que fueran cónsonas con las disposiciones de la legislación federal vigente y aplicable.

Este Código de Seguros de Salud incide sobre un sinnúmero de áreas de gran relevancia en la industria de los seguros de salud, tales como: la protección del consumidor, la regulación de planes médicos grupales e individuales; las organizaciones de servicios de salud, la disponibilidad y asequibilidad de los seguros de cuidado prolongado, los sistemas de prestación de servicios, la prohibición de prácticas desleales, los procedimientos de querrelas de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores; la suficiencia de las redes de proveedores, los planes médicos para personas no asegurables, la regulación de los terceros administradores, las cubiertas para niños recién nacidos y adoptados, entre muchas otras.

Debido a la complejidad, importancia y dinamismo de la industria de los seguros de salud, esta Asamblea Legislativa ha determinado conveniente aprobar, por fases, el nuevo Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. Sin embargo, hemos identificado la necesidad de realizar unas enmiendas a algunos de los capítulos aprobados en la fase 1 de la Ley 194-2011.

Con estas enmiendas se procura adaptar dicha ley a la legislación federal aplicable; hacer más eficiente el proceso de las auditorías a los proveedores; eliminar la estructura de “Asegurador que asume riesgos de patronos de PYMES” y de “Asegurador-Reasegurador”; eliminar el Comité de Planes Médicos y otorgarle las funciones de este Comité al Comisionado de Seguros; y eliminar la estructura del Programa de Reaseguro que actualmente no se ajusta al mercado de aseguradores de salud en Puerto Rico, así como la Junta Directiva del mismo, entre varios propósitos.

Estas enmiendas resultan necesarias para implementar adecuadamente y con prontitud las disposiciones del Código de Seguro de Salud de Puerto Rico y para cumplir con las regulaciones federales pertinentes. Asimismo, la adopción de estas enmiendas proveerán una reglamentación de la industria de seguros en beneficio y protección de los pacientes y en muchos casos de los proveedores de seguros de salud. Todo ello, en armonía con la política pública de mejorar y reformar el sistema de seguros de salud de Puerto Rico para garantizar un mayor acceso a servicios de salud de eficiencia y de alta calidad.

### **DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:**

Artículo 1.- Se enmienda el sub inciso 3, se añade un nuevo sub inciso (4) y se reenumeran los sub incisos (4) al (8) como (5) al (9) respectivamente del inciso G, se añade un nuevo inciso U, se reenumeran los incisos U a la AA como V a la BB respectivamente y se añade un nuevo inciso CC al Artículo 2.030 de la Ley 194-2011, según enmendada, para que lea como sigue:

#### “Artículo 2.030 Definiciones

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

- A. ...
- B. ...
- C. ...
- D. ...
- E. ...
- F. ...
- G. ...

(1) ...

(2) ...

(3) un hijo biológico, un hijo adoptivo o colocado para adopción que, independientemente de la edad, no pueda sostenerse así mismo por razón de incapacidad mental o física existente antes de cumplir los veintiséis (26) años, a tenor con lo dispuesto en la Ley Pública 11-148, conocida como “PatientProtection and AffordableCareAct”, la Ley Pública 11-152, conocida

como “HealthCare and EducationReconciliationAct” y los reglamentos promulgados al amparo de éstas;

(4) Hijastros;

(5) Hijos de crianza que han vivido desde su infancia bajo el mismo techo con el asegurado principal, en una relación de padre, madre e hijoo hija, y que es y continuará siendo totalmente dependiente de la familia del asegurado principal para recibir alimento, según se establece en el Artículo 16.330 del Código de Seguros de Puerto Rico;

(6) ...

(7) ...

(8) ...

(9) ...

H. ...

I. ...

J. ...

K. ...

L. ...

M. ...

N. ...

O. ...

P. ...

Q. ...

R. ...

S. ...

T. ...

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

V. ...

W. ...

X. ...

Y. ...

Z. ...

AA. ...

BB. ...

CC. Beneficios de Salud Esenciales significa los servicios identificados como “EssentialHealthBenefits” a tenor con la sección 1302(b) de la Ley Pública 111-148, conocida como “PatientProtection and AffordableCareAct”, según enmendada por la Ley Pública 111-152, conocida como “HealthCare andEducationReconciliationAct”, así como, con la reglamentación federal y local adoptada al amparo de ésta.”

Artículo2.- Se enmiendan los incisos C, D, G y H, se añaden nuevos incisos J, K y L y se renumera el inciso J como inciso M del Artículo 2.050 de la Ley 194-2011, según enmendada, para que lea como sigue:

“Artículo 2.050. Conformidad con Leyes Federales

Cualquier disposición de este Código que conflíjao trate sobre un asunto regulado por alguna ley,reglamento federal o directriz administrativa emitida por una agencia federal que sea aplicable a Puerto Rico en el área de la salud o de los planes médicos, se entenderá enmendada para que armonice con tal ley o reglamento federal. Además:

A. ...

B. ...

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

(1) ...

(2) ...

(3) ...

(4) ...

D. Todo asegurador u organización de seguros de salud que provea planes médicos individuales o grupales deberá asegurarse que todas sus cubiertas incluyan el Conjunto de Beneficios de Salud Esenciales o “Essentialhealthbenefitspackage” requerido a tenorcon la sección 1302(a) del “PatientProtection and AffordableCareAct” y este inciso. El Conjunto de Beneficios de Salud Esenciales constituye un plan médico que incluya:

(1) Los siguientes beneficios

a)Servicios ambulatorios, médico-quirúrgicos

b)Servicios de emergencia

c)Hospitalización

d) Servicios de maternidad y cuidado de recién nacidos

e)Servicios de salud mental y de desórdenes por el uso de sustancias controladas

f)Servicios de laboratorios, rayos x y pruebas diagnósticas

g) Servicios pediátricos, incluyendo la vacuna contra el virus sincitial respiratorio y la vacuna contra el cáncer cervical, servicios de salud de visión y dental

h) Cubierta de medicamentos

i) Servicios de habilitación y rehabilitación

j) Servicios preventivos y de bienestar, así como de manejo de enfermedades crónicas

(k) Cualquier otro servicio o beneficio mandatorio que se requiera por ley o reglamento, estatal o federal.

(2) Limitaciones a la imposición, en dichas cubiertas, de requisitos de compartir costos (“cost-sharing”) según dispuesto en la sección 1302(c) del “Patient Protection and Affordable Care Act” y del inciso C anterior; y

(3) Provea alguno de los niveles de cubierta metálicos; nivel bronce, nivel plata, nivel oro y nivel platino, según descritos en la Sección 1302(d) del “Patient Protection and Affordable Care Act” y según se describen a continuación:

a) Nivel Bronce – Un plan médico en el nivel bronce ofrecerá una cubierta que está diseñada para proveer beneficios que sean actuarialmente equivalentes a un sesenta (60) por ciento del valor actuarial total de los beneficios incluidos en la cubierta.

b) Nivel Plata - Un plan médico en el nivel plata ofrecerá una cubierta que está diseñada para proveer beneficios que sean actuarialmente equivalentes a un setenta (70) por ciento del valor actuarial total de los beneficios incluidos en la cubierta.

c) Nivel Oro - Un plan médico en el nivel oro ofrecerá una cubierta que está diseñada para proveer beneficios que sean actuarialmente equivalentes a un ochenta (80) por ciento del valor actuarial total de los beneficios incluidos en la cubierta.

d) Nivel Platino - Un plan médico en el nivel platino ofrecerá una cubierta que está diseñada para proveer beneficios que sean actuarialmente equivalentes a un noventa (90) por ciento del valor actuarial total de los beneficios incluidos en la cubierta.

Si un asegurador u organización de seguros de salud ofrece un plan médico con alguno de los niveles de cubierta metálicos descritos en la Sección 1302(d) del “Patient Protection and Affordable Care Act” y según descritos en este inciso, dicho asegurador tendrá que ofrecer el plan médico en el mismo nivel de cubierta metálica a todo aquel asegurado que a principio del año póliza no haya cumplido 21 años.

E. ...

F. ...

G. Todo plan médico individual o grupal que requiera la designación de un proveedor de cuidado primario, cuando el asegurado tiene dieciocho (18) años o menos, deberá

permitir que se designe un médico especializado en pediatría en calidad de proveedor de cuidado primario, siempre que ese médico pediatra sea parte de la red de proveedores participantes del plan médico. Además, la organización de seguros de salud o asegurador puede requerir que el proveedor de cuidado primario inicie los trámites de referido para cuidado especializado y continúe supervisando los servicios de cuidado de la salud ofrecidos a la persona cubierta o asegurado.

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

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

I. ...

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

K. Las organizaciones de seguros de salud y aseguradores de planes médicos individuales y de patronos PYMES deberán utilizar directamente al menos un 80% de las primas en proveer cuidado de salud y para el mejoramiento de la calidad del cuidado de salud que recibe el asegurado. En el caso de los grupos grandes esta razón deberá ser 85%. Los grupos grandes son grupos que tienen más de cincuenta (50) empleados o miembros y que en el 2016 tendrán más de cien (100) empleados o miembros.

En caso de que la organización de seguros de salud o el asegurador incumplan con esta disposición deberá reembolsarle al suscriptor la diferencia.

L. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores no podrán discriminar a favor de empleados altamente remunerados, según dicho término es definido en el Código de Rentas Internas Federal y la reglamentación pertinente, en planes grupales, ya sea en término de la elegibilidad o de los beneficios que le ofrecen al empleado altamente compensado.

M. ...”

Artículo3.- Se enmienda el Artículo 4.060 de la Ley 194-2011, según enmendada, para que lea como sigue:

“Artículo 4.060. Información para las Personas que Expiden Recetas de Medicamentos, Farmacias, Personas Cubiertas o Asegurados y Posibles Personas Cubiertas o Asegurados

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

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

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

(b)...

(c)...

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

(a) Todas las personas cubiertas o asegurados y

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

Artículo4.- Se enmienda el inciso D y se renumera el inciso I como H del Artículo 4.070 de la Ley 194-2011, según enmendada, para que lea como sigue:

“Artículo 4.070.- Requisitos y Procedimientos para la Solicitud de Excepciones Médicas

A. ...

B. ...

C. ...

D. (1) El procedimiento de solicitud de excepciones médicas que se dispone en este Artículo requerirá que la organización de seguros de salud o asegurador tome la determinación respecto a una solicitud presentada y notifique dicha

determinación a la persona cubierta o asegurado, o a su representante personal, con la premura que requiera la condición médica de la persona cubierta o asegurado, pero en ningún caso a más de setenta y dos (72) horas desde la fecha del recibo de la solicitud, o de la fecha del recibo de la certificación, en el caso que la organización de seguros de salud o asegurador solicite la misma conforme al apartado B(2), cual fuere posterior de las fechas. En el caso de medicamentos controlados este término no deberá exceder de las treinta y seis (36) horas.

(2) (a) ...

(i) La persona cubierta o asegurado tendrá, por un término de treinta (30) días, derecho al suministro del medicamento de receta objeto de la solicitud; y según el suministro sea solicitado o prescrito, o en caso de terapia escalonada, por los términos que disponga la cubierta;

(ii) ...

(b) ...

E. ...

F. ...

G. ...

H. No se interpretará que este Artículo permite que la persona cubierta o asegurado pueda usar el procedimiento de solicitud de excepción médica aquí dispuesto para solicitar la cubierta de un medicamento de receta que esté incluido categóricamente de la cubierta de su plan médico.”

Artículo 5.- Se enmienda el Artículo 6.030 de la Ley 194-2011, según enmendada, para que lea como sigue:

“Artículo 6.030. Definiciones

Para los fines de este Capítulo:

A. ...

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

C. ...

D. ...

E. ...

F. ...

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

H. ...

I. ...

J. ..."

Artículo 6.- Se enmienda el Artículo 6.040 de la Ley 194-2011, según enmendada, para que lea como sigue:

"Artículo 6.040. Aplicabilidad y Alcance

Este Capítulo será aplicable a todas las organizaciones de seguros de salud o aseguradores. Todo proveedor que acepte el pago de beneficios que corresponden a la persona cubierta o asegurado será responsable del trámite de facturación y de los resultados de las auditorías de las reclamaciones, independientemente de si la auditoría la lleva a cabo un empleado o se subcontrate a otra firma. El proveedor y la organización de seguros de salud o asegurador:

A. ...

B. ...

C. tomarán las medidas correctivas correspondientes de manera expedita de observarse alguna conducta indebida por parte del auditor, del proveedor o de quien éste designe como coordinador de la auditoría."

Artículo 7.- Se enmienda el Artículo 6.050 de la Ley 194-2011, según enmendada, para que lea como sigue:

"Artículo 6.050. Cualificaciones de los Auditores y de los Coordinadores de Auditorías de Proveedores

A. ...

(1) ...

(2) ...

(3) ...

(4) ...

- (5) ...
  - (6) la terminología médica y la codificación bajo códigos actualizados, tales como ICD-10, CPT y HCPCS, y según sean éstos subsiguientemente revisados y actualizados.
- B. ...
  - C. ...
  - D. ...
  - E. ...”

Artículo 8.- Se enmienda el Artículo 6.060 de la Ley 194-2011, según enmendada, para que lea como sigue:

“Artículo 6.060. Notificación de la Auditoría

- A. ...
- B. ...
- C. La auditoría de reclamaciones puede requerir el uso de alguna documentación o el examen del expediente clínico del paciente, así como cualquier otra documentación médica o clínica. El propósito principal de la documentación contenida en un expediente clínico es asegurar la continuidad del cuidado del paciente. Por lo tanto, el uso de los expedientes del paciente para propósitos de auditoría estará siempre subordinado a su uso para el cuidado del paciente.
- D. Toda intención de realizar una auditoría de las reclamaciones presentadas a las organizaciones de seguros de salud o aseguradores comenzará con la debida notificación al proveedor. El auditor de reclamaciones cualificado enviará la notificación al proveedor en un término que no excederá de seis (6) meses del recibo de la reclamación final por parte de la organización de seguros de salud o asegurador. Al recibir la notificación, el proveedor tendrá treinta (30) días calendario para responder y proveerá un itinerario para la auditoría. El auditor cualificado completará la auditoría a más tardar los treinta y seis (36) meses del recibo por la organización de seguros de salud o asegurador de la reclamación final. Cada una de las partes tomará previsiones razonables ante la eventualidad de que alguna de éstas no pueda cumplir con el itinerario. La organización de seguros de salud o asegurador no solicitará, ni aceptará ninguna auditoría después de haber transcurrido treinta y seis (36) meses de la fecha del recibo de la reclamación final. Disponiéndose, que no se interpretará que el término treinta y seis (36) meses para completar la auditoría dejará sin efecto aquellos términos menores que para los mismos propósitos se hayan acordado mediante libre contratación. Para los efectos del alcance de la auditoría, se prohíbe la práctica de la extrapolación o proyección en los recobros a los proveedores de las organizaciones de seguros de salud, aseguradoras o terceros contratados por éstos, en las auditorías que detecten errores de facturación más allá del periodo auditado.
- E. ...

- F. Toda solicitud de auditoría de reclamaciones, sea por teléfono, correo electrónico o por escrito, incluirá la siguiente información:
- (1) ...
  - (2) ...
  - (3) ...
  - (4) ...
  - (5) el número del expediente clínico y el número de cuenta del paciente del proveedor, si se conocen; y
  - (6) ...
- G. Los proveedores que no puedan tramitar la solicitud de auditoría conforme a las disposiciones aquí establecidas, explicarán, en un término máximo de treinta (30) días calendario, la razón por la cual no pueden atender la solicitud. Se anejará a la referida explicación, la recomendación de una fecha alterna para realizar la auditoría, la cual no excederá de cuarenta (40) días a partir de la fecha originalmente establecida para la realización de la misma. Los auditores deberán agrupar las auditorías para maximizar la eficiencia, cuando sea factible.
- H. ...”

Artículo 9.- Se enmienda el Artículo 6.070 de la Ley 194-2011, según enmendada, para que lea como sigue:

“Artículo 6.070. Coordinadores de Auditorías de Proveedores

- A. ...
- (1) Programar la auditoría para que pueda llevarse a cabo en horas laborables;
  - (2) ...
  - (3) asegurar que el expediente clínico incluye la declaración de la condición de admisión del paciente;
  - (4) ...
  - (5) ...
  - (6) ...
  - (7) ...
  - (8) ...
  - (9) ...
  - (10) ...
  - (11) ...
  - (12) ...”

Artículo 10.- Se enmienda el Artículo 6.080 de la Ley 194-2011, según enmendada, para que lea como sigue:

“Artículo 6.080. Condiciones y Programación de las Auditorías

- A. ...
  - (1) ...
  - (2) ...
  - (3) ...
  - (4) ...
  - (5) el proveedor tendrá cuarenta (40) días calendario para responder a los hallazgos, después de lo cual se considerará que la auditoría es final;
  - (6) ...
  - (7) ...
  - (8) ...”

Artículo 11.- Se enmienda el Artículo 6.090 de la Ley 194-2011, según enmendada, para que lea como sigue:

“Artículo 6.090. Confidencialidad y Autorizaciones

- A. Todos los participantes de una auditoría de reclamaciones reconocen y se obligan a cumplir con todas las leyes federales y estatales y todos los acuerdos contractuales relacionados con la protección a la información contenida en el expediente clínico y la confidencialidad y seguridad de la información de los pacientes.
- B. Se requiere autorización del paciente para divulgar sus expedientes médicos. En el diagnóstico de condición que solicita el proveedor al admitir el paciente se incluirá un texto que contemple la autorización de la divulgación de los expedientes. Si no se obtiene esta declaración, se requiere una autorización aparte para la auditoría de reclamaciones. La autorización no tiene que nombrar a una organización de seguros de salud o asegurador o una firma de auditoría en específico.
- C. La persona que realice la auditoría de reclamaciones o el proveedor obtendrá la autorización, la cual deberá incluir la información que disponga el Comisionado mediante Carta Normativa de forma uniforme y de conformidad con los incisos A y B de este Artículo.
- D. ...
- E. El coordinador de la auditoría confirmará al representante de la firma de auditoría que hay un diagnóstico de condición al momento de admisión para la auditoría que programara.
- F. ...”

Artículo 12.- Se enmienda el Artículo 6.100 de la Ley 194-2011, según enmendada, para que lea como sigue:

“Artículo 6.100. Documentación

- A. ...
- (1) ...
  - (2) ...
  - (3) los servicios fueron prestados según el plan de tratamiento de un médico. Si corresponde, el personal profesional puede proveer suministros o seguir los procedimientos conforme a las políticas y procedimientos de la institución, o las normas de las juntas de práctica profesional. Muchos procedimientos podrían incluir artículos que no constan específicamente en el expediente clínico, pero se disponen en las políticas médicas o clínicas. Dichas políticas se revisarán, aprobarán y documentarán, según lo requiere la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Cuidado de la Salud ("JointCommissiononAccreditation of HealthcareOrganizations") u otra agencia acreditadora. Las políticas estarán disponibles para los auditores.
- B. El expediente clínico contiene información clínica sobre los diagnósticos, tratamientos y resultados, y no es un documento de facturación. En general, el expediente clínico del paciente contiene información relacionada con el cuidado del paciente y no tiene que proveer constancia de cada cargo individual que aparece en la factura del paciente. Podría existir algún otro tipo de documentación firmada donde figuren los servicios prestados al paciente en los departamentos auxiliares del proveedor, tal como las bitácoras de tratamiento, registros diarios, boletas individuales de servicio o de órdenes y otros documentos.
- C. Los auditores podrán revisar varios otros documentos para determinar la validez de los cargos y aceptarán estas fuentes de información como evidencia razonable de la prestación de los servicios al paciente, según fueron ordenados por un médico. Los proveedores se deben asegurar de que existan políticas y procedimientos adecuados en los que se especifiquen la documentación y las autorizaciones que deben incluirse en el expediente clínico, los registros y bitácoras suplementarias. Estos procedimientos, además, deberán especificar que los servicios suministrados a los pacientes fueron prestados y ordenados debidamente. En caso de que la documentación provenga de fuentes alternas al expediente clínico, será responsabilidad del proveedor notificar al auditor sobre la situación y facilitar el acceso a dichas fuentes.”

Artículo13.- Se enmienda el Artículo 8.020 de la Ley 194-2011, según enmendada, para que lea como sigue:

“Artículo 8.020. Propósito

El propósito de este Capítulo es promover la disponibilidad de planes médicos para los patronos de PYMES, independientemente de la condición de salud o experiencia de reclamaciones de su grupo de empleados; prevenir prácticas de tarificación abusivas; prevenir la segmentación del mercado de planes médicos a base del riesgo de salud; requerir la divulgación de las prácticas de tarificación a los compradores de planes médicos; establecer reglas con respecto

a la renovación de los planes médicos; prohibir las exclusiones por condiciones preexistentes; proveer para el desarrollo de planes médicos que cumplan con los requisitos del Conjunto de Beneficios de Salud Esenciales para ser ofrecidos a todos los patronos de PYMES; y mejorar la equidad y eficiencia general del mercado de planes médicos para grupos pequeños. Este Capítulo se registrará y será interpretado para que no confluya con las disposiciones reglamentarias del “PatientProtection and AffordableCareAct”, según sean expedidas por las agencias reguladoras federales.”

Artículo 14.- Se enmienda el inciso B, se eliminan los incisos D y E, se renumera el inciso F como inciso D, se elimina el inciso G, se renumera el inciso H como inciso E, se elimina el inciso I y se renumeran los incisos de la J a la N como incisos F a la J respectivamente, se elimina el inciso O, se enmienda y se renumera el inciso P como inciso K, se renumeran los incisos de la Q a la U como incisos L a la P respectivamente, se enmienda y se renumera el inciso V como Q, se enmienda y se renumera el inciso W como inciso R, se renumeran los incisos X a la Z como incisos S a la U respectivamente, se elimina el inciso AA y se renumeran los incisos BB y CC como incisos V y W respectivamente del Artículo 8.030 de la Ley 194-2011, según enmendada, para que lea como sigue:

“Artículo 8.030. Definiciones

Para los fines de este Capítulo:

- A. ...
- B. ‘Área geográfica de servicio’ significa un área geográfica, según constituida y delineada por el Comisionado mediante cartas normativas a tales fines. El asegurador deberá dar estricto cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 194-2000, según enmendada, en especial al Artículo 6(b) relacionado a todas las áreas geográficas de servicio en las cuales esté autorizado a proveer cubierta.
- C. ...
- D. ...
- E. ...
- F. ...
- G. ...
- H. ...
- I. ...
- J. ...
- K. ‘Patrono de pequeña y mediana empresa (PYMES)’ significa toda persona, firma, corporación, sociedad, asociación, con o sin fines de lucro, que haya empleado durante al menos el cincuenta (50) por ciento de sus días laborables del año natural anterior, al menos dos (2), pero no más de cincuenta (50) empleados elegibles. Al determinar el número de empleados elegibles, las compañías que sean afiliadas, o que sean elegibles para presentar una planilla de impuestos combinada para propósitos de tributación en Puerto Rico, se considerarán un solo patrono. Después de emitido el plan médico y con el propósito de determinar la

continuidad de la elegibilidad, el tamaño de dicho patrono de PYMES se determinará anualmente. A partir del 1 de enero de 2016 o sujeto a las disposiciones de la reglamentación relacionada con la ley federal “PatientProtection and AffordableCareAct”, el patrono PYMES cubrirá a empresas que tengan hasta 100 empleados.

- L. ...
- M. ...
- N. ...
- O. ...
- P. ...
- Q. ‘Plan médico básico’ significa un plan médico que cumpla con los requisitos del Conjunto de Beneficios de Salud Esenciales desarrollado de conformidad con el Artículo 2.050 de este Código y según sean definidos por la reglamentación adoptada bajo las disposiciones de la ley federal “PatientProtection and AffordableCareAct”.
- R. ‘Plan medicobásico bronce; plan médico básico plata, plan médico básico oro y plan médico básico platino’ significa un plan médico “básico” cuyo nivel de cubierta se encuentre respectivamente en el nivel bronce, plata, oro y platino según definidos en el Artículo 2.050 de este Código.
- S. ...
- T. ...
- U. ...
- V. ...
- W. ...”

Artículo 15.- Se enmienda el Artículo 8.040 de la Ley 194-2011, según enmendada, para que lea como sigue:

“Artículo 8.040. Aplicabilidad y Alcance

- A. ...
- B. ...
- C. ...
  - (1) ...
  - (2) ...
  - (3) el desarrollo y definición del plan o los planes médicos y sus cubiertas de beneficios;
  - (4) los asuntos relacionados con los modelos, métodos y prácticas de tarifación y las primas a pagar; y

- (5) los criterios de elegibilidad que deberán cumplir los aseguradores participantes.”

Artículo 16.- Se enmienda el inciso A, se elimina el inciso C, se renumera el inciso D como C, se enmienda y se renumera el inciso E como D, se enmienda y se renumera el inciso F como E y se renumera el inciso G como inciso F del Artículo 8.050 de la Ley 194-2011, según enmendada, para que lea como sigue:

“Artículo 8.050. Restricciones Relacionadas con las Tarifas

A. ...

- (1) El asegurador de patronos de PYMES deberá desarrollar sus tarifas a base de un cálculo comunitario ajustado y sólo podrá variar el cálculo comunitario ajustado por área geográfica, composición familiar, edad y uso del tabaco.
- (2) Cualquier ajuste se realizará según las directrices y condiciones que disponga el Comisionado mediante Carta Normativa.

B. ...

C. ...

D. El Comisionado podrá establecer, mediante Carta Normativa las prácticas de tarificación a ser utilizadas por los aseguradores de patronos de PYMES que sean cónsonas con los propósitos de este Capítulo.

E. ...

(1) ...

- (2) Un asegurador de patronos de PYMES deberá tener disponible para la inspección del Comisionado la información y documentación descrita en este inciso E, cuando dicho funcionario la solicite. Excepto en casos de violaciones a este Capítulo, la información se deberá considerar información privilegiada y secreto del negocio y no estará sujeta a divulgación por el Comisionado a personas fuera de su oficina, excepto según lo acepte el asegurador o según lo ordene un tribunal con jurisdicción y competencia.

F. ...”

Artículo 17.- Se enmienda el Artículo 8.070 de la Ley 194-2011, según enmendada, para que lea como sigue:

“Artículo 8.070.- Disponibilidad del Plan Médico

A. Como condición para realizar negocios en Puerto Rico y salvo lo dispuesto en este Capítulo, aquellos aseguradores que ofrezcan seguros a los patronos de PYMES tendrán que ofrecer todos los planes médicos que mercadeen activamente para este sector de PYMES, incluyendo como mínimo dos planes médicos básicos en por lo menos un nivel metálico diferente cada uno. Los aseguradores deberán cumplir, además, con los siguientes requisitos sobre disponibilidad:

(1) ...

- (2) ...
- B. Los aseguradores le presentarán al Comisionado los formularios y las tarifas de los planes médicos que mercadearán. El asegurador podrá comenzar a usar dichos formularios sesenta (60) días luego de presentar los mismos, siempre que no hayan sido desaprobados por el Comisionado. Disponiéndose que:
- (1) ...
- (2) ...
- C. ...
- D. ...
- E. No se requerirá ni se permitirá que un asegurador de patronos de PYMES provea planes médicos a dichos patronos si por algún periodo de tiempo el Comisionado determina que el asegurador no cumple con los criterios necesarios o no tiene las reservas financieras adecuadas para suscribir los planes médicos.
- (1) El Comisionado al hacer su determinación tomará en cuenta los siguientes factores:
- (a) La situación financiera del asegurador;
  - (b) El historial del asegurador con respecto a tarifas y pólizas grupales suscritas con patronos de PYMES;
  - (c) El compromiso del asegurador de mercadear sus productos de manera equitativa a todos los patronos de PYMES de Puerto Rico o en su área geográfica de servicio, según fuera aplicable;
  - (d) La experiencia del asegurador con el manejo del riesgo de los grupos de patronos PYMES;
  - (e) La condición financiera del asegurador no podrá sostener el riesgo que representa la suscripción de planes médicos de patronos de PYMES;
  - (f) El asegurador no ha mercadeado sus productos de manera equitativa a todos los patronos de PYMES en Puerto Rico o en su área geográfica de servicio, según fuera aplicable; o
  - (g) El asegurador no proveyó cubierta a los patronos de PYMES elegibles según se requiere en el Artículo 8.070 de este Capítulo.
- (2) En estos casos, el asegurador no podrá ofrecer planes médicos en el mercado de patronos de PYMES antes de la fecha más tardía de las siguientes:
- (a) A los ciento ochenta (180) días de la fecha en que el Comisionado tomó la determinación; o
  - (b) Cuando el asegurador haya demostrado al Comisionado que tiene las reservas financieras adecuadas para suscribir planes médicos a los

patronos de PYMES nuevamente y el Comisionado lo haya autorizado a ofrecer planes médicos a los patronos de PYMES nuevamente.

F. ...”

Artículo18.- Se deroga el Artículo 8.090 de la Ley 194-2011, según enmendada.

Artículo19.- Se enmienda el inciso A, se eliminan los incisos B, C y D y se renumera el inciso E como inciso B del Artículo 8.100 de la Ley 194-2011, según enmendada, para que lea como sigue:

“Artículo 8.100.-Disposiciones Transitorias para Aseguradores que ofrezcan planes médicos a patronos PYMES

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

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

(2) ...

B....”

Artículo20.- Se deroga el Artículo 8.110 de la Ley 194-2011, según enmendada.

Artículo21.- Se elimina el inciso A y se enmiendan y se reenumeran los incisos B, C y D como incisos A, B y C respectivamente del Artículo 8.120 de la Ley 194-2011, según enmendada, para que lea como sigue:

“Artículo 8.120.-Plan Médico Básico

A. El Comisionado autorizará la forma y el nivel de cubierta que el asegurador de patronos de PYMES debe proveer conforme a este Capítulo y a las disposiciones del Artículo 2.050 de esta Ley.

B. El Comisionado dispondrá los niveles de beneficios, costos compartidos, exclusiones y limitaciones para el plan médico básico en sus diversos niveles metálicos o variaciones, teniendo en cuenta todas las disposiciones impuestas por las leyes y los reglamentos federales y estatales. Los planes médicos autorizados por el Comisionado incluirán medidas de control de costos tales como las siguientes:

(1) ...

(2) ...

(3) ...

(4) ...

(5) ...

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

Artículo22.- Se enmienda el Artículo 8.130 de la Ley 194-2011, según enmendada, para que lea como sigue:

“Artículo 8.130. Evaluación Periódica del Mercado

Por lo menos una vez cada tres (3) años, el Comisionado llevará a cabo un estudio sobre la efectividad de las disposiciones de este Capítulo. En el informe se analizará la efectividad de las disposiciones de este Capítulo en promover la estabilidad de tarifas, la disponibilidad de los productos y la asequibilidad económica de los planes médicos para los patronos de PYMES. El informe podrá incluir recomendaciones para mejoras que se pudieran introducir con respecto a la efectividad general, eficiencia y la equidad en el mercado de seguros para grupos pequeños. En el informe se discutirá si los aseguradores y productores están mercadeando o emitiendo de manera activa y equitativa los planes médicos a los patronos de PYMES, de conformidad con los propósitos de este Capítulo. El informe podrá incluir recomendaciones sobre conducta de mercado u otras normas o acciones regulatorias.”

Artículo23.- Se enmienda el Artículo 8.150 de la Ley 194-2011, según enmendada, para que lea como sigue:

“Artículo 8.150. Procedimientos Administrativos

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

Artículo24.- Se enmienda el Artículo 22.010 de la Ley 194-2011, según enmendada, para que lea como sigue:

“Artículo 22.010. Título

Este Capítulo se conocerá y se podrá citar como el Capítulo sobre Procedimientos Internos de Querellas de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores. En el caso de los planes de patronos privados regidos por la Ley Federal de Seguridad en el Ingreso por Retiro (“EmployeeRetirementIncome Security Act of 1974,” conocida como ERISA, por sus siglas en inglés), cualquier disposición de este Capítulo que conflija con alguna ley o reglamento federal aplicable a Puerto Rico en el área de determinaciones adversas, se entenderá enmendada para que armonice con tal ley o reglamento federal.”

Artículo25.- Se enmienda el Artículo 22.040 de la Ley 194-2011, según enmendada, para que lea como sigue:

“Artículo 22.040. Aplicabilidad y Alcance

Salvo se especifique en contrario, este Capítulo será aplicable a todas las organizaciones de seguros de salud o aseguradores.

Nada de lo dispuesto en este Capítulo limitará o de forma alguna afectará las facultades legales de la Oficina del Procurador de la Salud, la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica o de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico para iniciar, investigar, procesar o adjudicar querellas, nuevas o pendientes. Nada de lo dispuesto en este Capítulo se entenderá como una enmienda o derogación a las leyes, reglamentos o procedimientos que administra la Oficina del Procurador de la Salud, la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica o la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.”

Artículo 26.- Se enmienda el Artículo 22.060 de la Ley 194-2011, según enmendada, para que lea como sigue:

“Artículo 22.060. Procedimientos de Revisión de las Querellas

- A. ...
- B. ...
- C. ...
- D. ...
- E. La descripción de los procedimientos de querella en los documentos antes mencionados incluirá una declaración del derecho de la persona cubierta o asegurado a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador de la Salud para obtener ayuda en todo momento. La declaración incluirá el número telefónico y la dirección del Comisionado y de la Oficina del Procurador de la Salud.”

Artículo 27.- Se enmienda el Artículo 22.070 de la Ley 194-2011, según enmendada, para que lea como sigue:

“Artículo 22.070. Revisión de Primer Nivel de las Querellas Relacionadas con una Determinación Adversa

- A. ...
- B. ...
- C. ...
- D. ...
- E. ...
- F. ...
- G. La determinación emitida conforme al apartado F expresará de manera comprensible para la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, para su representante personal:
  - (1) ...
  - (2) ...
  - (3) ...
  - (4) ...

- (5) ...
- (6) ...
- (7) ...
- (8) Una notificación del derecho de la persona cubierta o asegurado a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador de la Salud para solicitar ayuda en todo momento, con el número telefónico y la dirección de la Oficina del Comisionado y de la Oficina del Procurador de la Salud.”

Artículo28.- Se enmienda el Artículo 22.080 de la Ley 194-2011, según enmendada, para que lea como sigue:

“Artículo 22.080.- Revisiones Ordinarias de Querellas No Relacionadas con una Determinación Adversa

- A. ...
- B. ...
- C. ...
- D. ...
- E. La determinación por escrito emitida conforme al apartado D contendrá:
  - (1) ...
  - (2) ...
  - (3) ...
  - (4) ...
  - (5) ...
  - (6) Una notificación del derecho que asiste a la persona cubierta o asegurado a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador de la Salud para solicitar ayuda en todo momento, con el número telefónico y la dirección de la Oficina del Comisionado y de la Oficina del Procurador de la Salud.”

Artículo29.- Se enmienda el Artículo 22.090 de la Ley 194-2011, según enmendada, para que lea como sigue:

“Artículo 22.090. Nivel Voluntario de Revisiones de Querellas

- A. ...
- B. ...
- C. ...
- D. ...
- E. ...
- F. La determinación por escrito emitida conforme al apartado E incluirá:

- (1) ...
- (2) ...
- (3) ...
- (4) ...
- (5) ...
- (6) Una notificación del derecho de la persona cubierta o asegurado a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador de la Salud para solicitar ayuda en todo momento, con el número telefónico y la dirección de la Oficina del Comisionado y de la Oficina del Procurador de la Salud.”

Artículo30.- Se enmienda el Artículo 22.100 de la Ley 194-2011, según enmendada, para que lea como sigue:

“Artículo 22.100. Revisiones Aceleradas de Querellas Relacionadas con una Determinación Adversa

- A. ...
- B. ...
- C. ...
- D. ....
- E. ...
- F. ...
- G. (1) La notificación de la decisión detallará lo siguiente, de una manera comprensible para la persona cubierta o asegurado o, si fuera aplicable, para su representante personal:
  - (a) ...
  - (b) ...
  - (c) ...
  - (d) ...
  - (e) Si la determinación resulta en una determinación adversa, la misma proveerá:
    - (i) ...
    - (ii) ...
    - (iii) ...
    - (iv) ...
    - (v) ...
    - (vi) ...

- (vii) ...
- (viii) ...
- (ix) Una notificación del derecho de la persona cubierta o asegurado a comunicarse con la Oficina del Comisionado o la Oficina del Procurador de la Salud para solicitar ayuda en todo momento, con el número telefónico y la dirección de la Oficina del Comisionado y de la Oficina del Procurador de la Salud.

(2)...

(3) ...”

#### Artículo31.- Cláusula de Separabilidad.

Si cualquier cláusula, párrafo, subpárrafo, artículo, disposición, sección o parte de esta Ley fuera anulada o declarada inconstitucional por un Tribunal con jurisdicción, la sentencia a tal efecto dictada no afectará, perjudicará, ni invalidará el resto de esta Ley. El efecto de dicha sentencia quedará limitado a la cláusula, párrafo, subpárrafo, artículo, disposición, sección o parte de la misma que así hubiere sido anulada o declarada inconstitucional.

#### Artículo32.-Vigencia.

Esta Ley entrará en vigortreinta (30) días después de su aprobación.