

(P. de la C. 1178)

**LEY NUM. 69**  
**22 DE JULIO DE 2013**

Para enmendar la Ley 194-2011, conocida como el “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”, a los fines de añadir un nuevo Capítulo 10 sobre Planes Médicos Individuales y Suscripción Garantizada.

**EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

Con la aprobación de la Ley 194-2011 se adoptó el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico con el propósito de actualizar el marco regulatorio de la industria de seguros de salud y los planes médicos, así como para establecer disposiciones reglamentarias que armonicen con las normas establecidas en la Reforma de Salud Federal, habilitada mediante el “Patient Protection and Affordable Care Act” (PPACA) y el “Health Care and Education Reconciliation Act” (HCERA).

El 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 seguros de salud, se estimó conveniente aprobar por fases el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. Si bien ya se han aprobado capítulos importantes de este Código, aún falta adoptar legislación, necesaria para viabilizar la implementación de las reformas de salud en nuestra jurisdicción.

Considerando que PPACA requiere que la reforma de salud esté implementada en su totalidad para el 1 de enero de 2014, la industria de seguros, así como los asegurados tiene que prepararse para suscribirse a los planes médicos antes de dicha fecha. Para ello, es imprescindible que se apruebe legislación que provea las normas que aplicarán a los planes médicos individuales y que la misma esté vigente e implementada antes del 1 de octubre de 2013, cuando comenzaría el periodo de suscripción para todos los planes médicos bajo la reforma. En vista de la urgencia que enviste esta situación para garantizar a nuestros ciudadanos el acceso a los servicios de salud, a tenor con los derechos y las garantías provistas por la reforma federal de salud,

esta Asamblea Legislativa propone enmendar la Ley 194-2011, para incorporar un Capítulo 10 que provee las normas aplicables a los planes médicos individuales.

*DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:*

Artículo 1.-Se enmienda la Ley 194-2011, mejor conocida como el “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico” y se añade un nuevo Capítulo 10 el cual dispondrá lo siguiente:

“Capítulo 10. Planes Médicos Individuales y Suscripción Garantizada

**Índice**

Artículo 10.010.	Título
Artículo 10.020	Política Pública
Artículo 10.030.	Definiciones
Artículo 10.040.	Aplicabilidad y alcance
Artículo 10.050.	Restricciones a las tarifas
Artículo 10.060.	Renovación de cubiertas
Artículo 10.070.	Disponibilidad de cubierta bajo la cláusula de conversión del plan médico grupal a una póliza de conversión
Artículo 10.080.	Disponibilidad de Cubierta en el mercado individual – personas elegibles según las leyes federales según leyes federales
Artículo 10.090.	Normas para los planes médicos
Artículo 10.100.	Certificación de cubierta acreditable
Artículo 10.110.	Normas para asegurar el mercadeo equitativo
Artículo 10.120.	Asociación de Aseguradores de Planes Médicos
Artículo 10.130.	Participación de planes médicos auspiciados y sufragados por el patrono

Artículo 10.140. Reglas especiales para pólizas convertidas

Artículo 10.150 Suscripción Garantizada de planes médicos individuales

### **Artículo 10.010. Título**

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

### **Artículo 10.020. Política Pública**

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

### **Artículo 10.030. Definiciones**

Tal como se usan estos términos en este Capítulo:

- A. "Afiliada" o "afiliada de" significa "afiliada" según definido en el Capítulo 8.
- B. "Área geográfica de servicio" significa un área geográfica según definida en el Capítulo 8.
- C. "Asegurador" o "Asegurador de planes médicos individuales" significa una organización de seguros de salud o asegurador según definidos en el Capítulo 2 de este Código, que emite u ofrece planes médicos para personas individualmente, con el propósito de cubrir uno o más residentes de Puerto Rico. El término asegurador incluirá a las organizaciones de servicios de salud a menos que en el mismo texto se excluyan las mismas.

- D. “Asociación” o “Asociación de Aseguradores de Planes Médicos”, significa la corporación sin fines de lucro establecida conforme al Artículo 10.120 de este Capítulo.
- E. “Asociación bona fide” significa una entidad que cumple con todos los siguientes criterios:
- (1) Solo se ofrece la inscripción, se acepta la solicitud de inscripción o se inscriben miembros que se dediquen activamente a la profesión que representa la asociación o tengan una relación directa con dicha profesión o el objetivo que la misma persigue.
  - (2) Ha operado activamente durante al menos cinco (5) años.
  - (3) Se rigen por estatutos o documentos análogos que gobiernan su funcionamiento.
  - (4) Se constituyó y se ha mantenido de buena fe, para otros propósitos que no sea obtener un seguro o plan médico.
  - (5) No es propiedad de un asegurador ni está afiliado a un asegurador o controlado por éste.
  - (6) No impone restricciones ni condiciones para el ingreso a la asociación, que contemplen factores relacionados con el estado de la salud.
  - (7) Todos los miembros y sus dependientes son elegibles para el plan médico, independientemente de la existencia de algún factor relacionado con el estado de la salud.
  - (8) El plan médico ofrecido por la asociación no está disponible para otras personas que no tengan una relación con un miembro de la asociación.
  - (9) Está gobernada por un cuerpo directivo y auspicia reuniones generales anuales de sus socios.
  - (10) Las uniones obreras no constituirán unas asociaciones bona fides para propósitos de esta Ley.
- F. “Características para propósitos tarifarios” significa:

- (1) Composición familiar.
- (2) Área geográfica.
- (3) Uso de tabaco.
- (4) Edad.
- (5) Otras características que establezca el Comisionado mediante carta normativa.

G. "Certificación actuarial" significa una declaración por escrito de un miembro de la Academia Americana de Actuarios u otra persona que determine el Comisionado, en la que se establece que el asegurador de planes médicos individuales ha cumplido con las disposiciones del Artículo 10.050 de este Capítulo, el resto de este capítulo, las reglas, las leyes y cartas normativas aplicables, basado en el examen de los registros correspondientes, así como los métodos y supuestos actuariales usados por el asegurador al establecer las primas para los planes médicos individuales aplicables.

H. "Composición familiar" significa:

- (1) Asegurado.
- (2) Asegurado, cónyuge e hijos.
- (3) Asegurado y cónyuge.
- (4) Asegurado e hijos; o
- (5) Hijo solo.
- (6) Asegurado y cohabitante.

Se entenderá por hijo, todos aquellos que están así identificados en la definición de dependientes provista en el Capítulo 2, de esta Ley. Para efectos de esta definición, cohabitante significa personas solteras, adultas, con plena capacidad legal, sujetas a una convivencia sostenida y a un vínculo afectivo, que cohabitan voluntariamente, de manera estable y continua.

- I. “Condición preexistente” significa una condición, incluyendo información genética, independientemente de la causa de la misma, para la cual se recomendó o recibió diagnóstico, cuidado o tratamiento anteriores a la fecha de efectividad del plan médico. A partir del 1 de enero de 2014, los planes médicos vigentes y futuros no podrán excluir ni discriminar o a sus beneficiarios por condiciones preexistentes, independientemente de la edad del asegurado.
- K. “Cubierta acreditable” significa “cubierta acreditable” según definida en el Capítulo 8. No se contará el periodo de cubierta acreditable con respecto a la persona que solicita cubierta conforme a este Capítulo, si después de dicho periodo y antes de la fecha de efectividad, de la cubierta, la persona tuvo una interrupción sustancial de la cubierta.
- L. “Cubierta previa calificadora” o “cubierta existente calificadora” significa beneficios o cubierta que provee alguno de los siguientes:
- (1) Programa Medicare, Medicaid, Programa Civil Médico para los Servicios Uniformados (Tricare), o de Servicio de Salud para Indígenas u otro programa auspiciado por el Gobierno.
  - (2) Plan médico grupal lo cual incluyen una cubierta emitida por una organización de seguros de salud o asegurador, un plan de hospitalización prepagada o de servicios médicos o una sociedad de auxilio mutuo, que provee beneficios similares a los del plan médico básico o los exceda, siempre y cuando la cubierta haya estado vigente por lo menos por un año.
  - (3) Un plan médico pagado por el patrono bajo el mecanismo del autoseguro que provee beneficios similares o que excedan a los del plan médico básico, siempre y cuando la cubierta haya estado en efecto durante al menos los últimos doce (12) meses consecutivos, si:
    - (a) El patrono optó por un plan médico que participa en la Asociación de Aseguradores de Planes Médicos conforme al Artículo 10.130 de este Capítulo; y
    - (b) El patrono cumplió con los requisitos de participación del plan operacional de la Asociación de Aseguradores de Planes Médicos.

- (4) Un plan médico individual o un plan de una asociación bona fide que incluye cubierta provista por una organización de seguros de salud o asegurador, plan de hospitalización prepagada o servicios médicos, o una sociedad de auxilio mutuo que provee beneficios similares a los del plan médico básico con un nivel de cubierta plateada o los excede, si la cubierta ha estado vigente durante al menos los últimos doce (12) meses consecutivos; o
  - (5) La cubierta estatal provista por un Plan Médico para Personas No Asegurables si la cubierta ha estado vigente por lo menos por un año.
- M. “Disposición sobre red preferida” significa la disposición de un plan médico individual que tiene como condición para el pago de los beneficios, en parte o en su totalidad, el uso de proveedores de cuidado de la salud que tengan una relación contractual con el asegurador, es decir, que sea un proveedor participante, para proveer servicios de cuidado de salud a las personas cubiertas.
- N. “Evento calificador” significa pérdida de la elegibilidad conforme a los términos de la cubierta.
- O. “Factor relacionado con el estado de la de salud” significa los factores enumerados en el Capítulo 8.
- P. “Fecha de efectividad” significa la fecha de efectividad según definida en el Capítulo 8.
- Q. “Información genética” significa “Información genética” según definida en el Capítulo 8.
- R. “Interrupción sustancial de cubierta” significa un periodo de sesenta y tres (63) días consecutivos durante los cuales la persona no ha tenido cubierta acreditable alguna. Para el cómputo de este término no se tomará en cuenta el período de espera ni el periodo de suscripción.
- S. “Mi Salud” significa el Plan de Salud Gubernamental de la Administración de Seguros de Salud establecido al amparo de la Ley Núm. 72-1993, según enmendada, conocida como “Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico”.
- T. “Pérdida atribuible” significa la cantidad calculada conforme al Artículo 10.120 de este Capítulo.

- U. “Periodo de suscripción” significa el periodo de tiempo en el año en que los individuos pueden suscribirse a un plan médico. Este periodo debe vencer antes de que la cubierta del plan médico entre en vigor y durante el cual no se requiere que el asegurador provea los beneficios.
- V. “Período de espera” significa “periodo de espera” según definido en el Capítulo 8.
- W. “Periodo tarifario” significa el periodo de tiempo durante el cual las primas establecidas por un asegurador, sujeto a este Capítulo, están vigentes.
- X. “Persona recién asegurada” significa una persona residente de Puerto Rico y que tuvo cubierta previa calificadora durante los pasados treinta (30) días, o una persona que ha tenido un evento calificador durante los pasados treinta (30) días.
- Y. “Persona elegible” significa una persona que sea residente de Puerto Rico y que no es elegible a ser asegurado conforme a un plan médico auspiciado por su patrono. El término puede incluir lo siguiente:
- (1) Asegurado;
  - (2) Asegurado, cónyuge y sus hijos;
  - (3) Asegurado y cónyuge;
  - (4) Asegurado hijos; o
  - (5) Hijo solo;
  - (6) Asegurado y cohabitante
- Z. “Persona elegible según las leyes federales”:
- (1) Una persona:
    - (a) Para la cual, a la fecha de efectividad conforme a este Capítulo, los periodos acumulados de cubierta acreditable, según se define en el inciso K, sumen dieciocho (18) meses o más.
    - (b) Haya tenido una cubierta acreditable.

- (c) Que entre la última cubierta acreditable y la fecha de efectividad, no haya transcurrido más de sesenta y tres días (63) días.
  - (d) Que no sea elegible para cubierta por un plan médico grupal, Parte A o Parte B del Título XVIII de la Ley de Seguro Social, o un plan estatal conforme al Título XIX de dicha Ley, o programa sucesor de dichos planes y que no tenga ninguna otra cubierta de plan médico.
  - (e) Cuya cubierta más reciente dentro de los periodos acumulados de cubierta acreditable no se dio por terminada por motivo de la falta de pago de las primas o de fraude.
- AA. “Plan de asociaciones bona fides” significa un plan médico ofrecido por medio de una asociación bona fide que cubre a los miembros de la asociación bona fide y sus dependientes en Puerto Rico y que cumple con todos los siguientes criterios:
- (1) El plan cumple con las disposiciones del Artículo 10.050 de este Capítulo con respecto a las tarifas aplicables a los aseguradores de planes médicos individuales. Si la cubierta no depende de una relación patronal y se vende a los individuos, no se considerará un plan médico grupal ni un plan médico de patronos PYMES. Si el plan médico ofrecido por la asociación bona fide cubre por lo menos dos mil (2,000) miembros de la asociación, la experiencia de ese grupo puede ser la base para fijar las tarifas. Si el plan de la asociación bona fide cubre a menos de dos mil (2,000) miembros de la asociación bona fide, el asegurador establecerá la tarifa de esa asociación bona fide conforme a la experiencia de otras asociaciones bona fides cubiertas por el asegurador siguiendo el método para desarrollar tarifas que dispersa el riesgo financiero a lo largo del universo de las pólizas individuales que suscriba.
  - (2) La cubierta de los miembros de la asociación bona fide y de sus dependientes es renovable, según los criterios del Artículo 10.060.
  - (3) Se provee cubierta del plan de la asociación bona fide a los miembros y sus dependientes que sean elegibles conforme a las disposiciones de los apartados A y B del Artículo 10.070 o el Artículo 10.080 de este Capítulo, salvo que no se requerirá que la asociación bona fides ofrezca un plan médico individual básico en cualquiera de sus niveles de cubiertas metálicas.

- (4) Se ofrece por un asegurador que provee cubierta de plan médico a individuos y
  - (5) Cumple con las disposiciones sobre condiciones preexistentes aplicables a los planes médicos individuales.
- BB. “Plan de red preferida” significa “Plan de red preferida” según definido en el Capítulo 8 de esta Ley.
- CC. “Plan de iglesias” tiene el significado que se otorga a dicha frase en la Sección 3(33) de la Ley de Seguridad de Ingresos en el Retiro (ERISA, por sus siglas en inglés) de 1974, según enmendada.
- DD. “Plan gubernamental federal” tiene el significado que se dispone en la Sección 3(32) de la Ley de Seguridad de Ingresos en el Retiro (ERISA, por sus siglas en inglés) de 1974, según enmendada, y todo plan gubernamental federal.
- EE. “Plan médico” significa un “plan médico” según definido en el Capítulo 8 de este Ley.
- FF. “Plan médico individual básico” significa un plan médico que cumpla con los requisitos del Conjunto de Beneficios de Salud Esenciales desarrollado de conformidad con el Artículo 2.050 de este Código y según definidos por la reglamentación adoptada bajo las disposiciones de la ley federal “Patient Protection and Affordable Care Act”.
- GG. (1) “Plan médico grupal” significa un plan médico de bienestar para empleados según se define en la Sección 3(1) de la Ley de Seguridad de Ingresos en el Retiro (ERISA, por sus siglas en inglés) de 1974, según enmendada, en tanto y en cuanto el plan provee cuidado médico e incluye artículos y servicios que se paguen por concepto de cuidado médico a los empleados o sus dependientes según se define en los términos del plan directamente o por medio de un seguro, indemnización u otros medios.
- (2) Para fines de este Capítulo:
- (a) Todo plan, fondo o programa que no sea un plan de bienestar de empleados, si no fuera por la Sección 2721(e) de la Ley de Servicios de Salud Pública (PHSA por sus siglas en inglés), como se añade en la Pub. L. 104-191, “Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996”,

(conocida como HIPAA, por sus siglas en inglés), y que fue establecido o es mantenido por una asociación, en tanto y en cuanto el plan provee cuidado médico, incluyendo artículos y servicios pagados como cuidado médico, a socios actuales o ex socios de la sociedad o a sus dependientes, según se define en los términos del plan, fondo o programa, directamente o por medio de un seguro, indemnización o por otro medio se tratará como un plan de bienestar para empleados;

- (b) Para los planes médicos grupales, el término “patrono” también incluirá la sociedad con relación a todos los socios; y
- (c) El término “participante” también incluirá a las personas que sean elegibles a recibir beneficios conforme al plan, o a sus beneficiarios, o a las personas y sus beneficiarios que en el futuro pudieran ser elegibles a recibir beneficios conforme al plan si:
  - (i) Para los efectos del plan médico grupal de la sociedad, la persona es un socio de dicha sociedad; o
  - (ii) Para los efectos de un plan médico grupal mantenido por una persona que trabaja por cuenta propia, en la que participan uno o más empleados, la persona es la que trabaja por cuenta propia.

HH. “Plan médico individual” significa:

- (1) Plan adquirido por un individuo para sí mismo y/o para su familia, incluyendo los planes médicos para los estudiantes. Un plan médico que no sea una póliza convertida, no sea parte de un plan médico patronal, ni un plan o certificado de cubierta de un plan médico de una asociación bona fide para los individuos y sus dependientes; y
- (2) Un certificado emitido a un asegurado como evidencia de cubierta por una póliza o contrato emitido a un fideicomiso o asociación o grupo similar de personas, independientemente de las circunstancias y sitio en que se entrega la póliza o contrato, siempre y cuando el asegurado pague la prima y no esté cubierto por la póliza o contrato conforme a las disposiciones de continuación de

cubiertas y beneficios aplicables según las leyes federales o estatales.

- II. “Póliza convertida” significa un plan médico básico en sus diversas cubiertas metálicas emitido conforme a las disposiciones de este capítulo y las disposiciones federales aplicables.
- JJ. “Prima” significa la cantidad específica de dinero pagada a un asegurador como condición para recibir los beneficios de un plan médico, lo cual incluye las cuotas u otras aportaciones asociadas con el plan médico.
- KK. “Productor” significa “productor” según definido en el Capítulo 8 de esta Ley.
- LL. “Suscriptor” significa “suscriptor” según definido en el Capítulo 2 de esta Ley.
- MM. “Asegurado” o “Persona cubierta” para propósito de este capítulo significa una persona que:
  - (1) Está cubierta por un plan médico individual; y
  - (2) Ha pagado una prima para sí misma o sus dependientes, de tener alguno, quienes también están cubiertos por el plan médico individual, y que es responsable por el pago continuado de las primas según los términos del plan médico individual.
  - (3) Para propósitos de este Capítulo el término asegurado incluye a los suscriptores, a menos que del texto específicamente se excluya o se especifique lo contrario.

#### **Artículo 10.040. Aplicabilidad y alcance**

- A. Las disposiciones de este Capítulo relacionadas con los planes médicos individuales y los aseguradores que ofrecen dichos planes serán aplicables a lo siguiente:
  - (1) Los planes médicos individuales ofrecidos a personas que cubran a los asegurados y sus dependientes, residentes de Puerto Rico o dependientes que estudian y residen fuera de Puerto Rico al momento de la emisión, independientemente de la cantidad de planes médicos que posea el asegurado. En el caso de la emisión garantizada requerida en este Capítulo, la misma aplicará a estos

mismos planes médicos individuales, excepto los asegurados no tengan plan médico ni sean elegibles para un plan médico grupal auspiciado por un patrono;

- (2) Los certificados emitidos a los asegurados que evidencien la cubierta de una póliza o contrato que se haya emitido a un fideicomiso o asociación u otro grupo similar de personas que no dependan de una relación patronal, independientemente de las circunstancias de la entrega de la póliza o contrato, si el asegurado paga la prima y no está cubierto por la póliza o contrato, conforme a las disposiciones sobre continuación de beneficios aplicables según las leyes federales o estatales;
  - (3) Planes de asociaciones bona fide según establecida en este Capítulo; y
  - (4) Pólizas convertidas según establecidas en este Capítulo.
- B. Para los fines de este Capítulo y salvo como se dispone en el apartado C, los aseguradores que sean compañías afiliadas o que sean elegibles para radicar una planilla de contribuciones sobre ingresos de forma consolidada se tratarán como un solo asegurador, y las restricciones o limitaciones que se imponen en este Capítulo serán aplicables como si todos los planes médicos individuales entregados o emitidos para entrega a residentes de Puerto Rico por los aseguradores afiliados hubiesen sido emitidos por un solo asegurador.
- C. El asegurador afiliado que sea una organización de servicios de salud con un certificado de autorización otorgado conforme a las disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico o de esta Ley se considerará como un asegurador separado para los fines de este Capítulo.
- D. El Comisionado tendrá la autoridad conforme al Artículo 2.080 de esta Ley de imponer sanciones. Así también, el Comisionado tendrá facultad para procesar administrativa y judicialmente las violaciones de este Capítulo a tenor con las disposiciones del Capítulo 2 del Código de Seguros de Puerto Rico.

#### **Artículo 10.050. Restricciones a las tarifas y formularios**

- A. Las tarifas relacionadas a las primas de los planes médicos individuales estarán sujetas a las disposiciones del Affordable Care Act y la reglamentación interpretativa, adoptada al amparo de ésta. Además, los

aseguradores de planes médicos individuales establecerán las tarifas según las características definidas en este Capítulo y las que a esos efectos establezca el Comisionado de Seguros mediante carta normativa.

- B. El Comisionado dispondrá mediante carta normativa, las normas aplicables a los cambios en las tarifas producto de los ajustes por concepto de características para propósitos tarifarios y el diseño de los beneficios.
- C. Para los fines de este Artículo, no se considerará que un plan médico de red preferida tiene un diseño de beneficios similar al plan médico que no tenga dicha disposición si la restricción de beneficios a los proveedores de la red produce unas diferencias significativas en los costos de reclamaciones.
- D. La tarifa establecida conforme al apartado A (1) de este Artículo para un plan médico individual no se podrá modificar más de una vez al año. La prima cobrada a un asegurado solo se podrá cambiar más de una vez en un periodo de doce (12) meses para reflejar:
  - (1) Cambios en la composición familiar del asegurado; o
  - (2) Cambios en el plan médico solicitado por el asegurado.
- E. El Comisionado podrá promulgar cartas normativas y reglas para implementar las disposiciones de este Artículo y para asegurar que las prácticas de tarifaje seguidas por los aseguradores que emiten pólizas individuales sean cónsonas con los fines de este Capítulo.
- F. Como parte de la solicitud, materiales y documentos de venta, el asegurador hará una divulgación razonable sobre los planes médicos individuales, la cual incluirá lo siguiente:
  - (1) La manera en que se usan las características para establecer y ajustar las tarifas de primas para una persona y sus dependientes;
  - (2) El derecho que tiene el asegurador de cambiar las tarifas y los factores que afectan los cambios en las tarifas, además de la experiencia de reclamaciones;
  - (3) Las disposiciones relacionadas con la renovación de las pólizas y los contratos;
  - (4) Las disposiciones relacionadas con condiciones preexistentes; y

- (5) Todos los planes médicos individuales que ofrece el asegurador, los precios de los planes si están disponibles para la persona elegible y la disponibilidad de los planes para la persona.
- G. Los aseguradores mantendrán en su sede principal e incluyendo de forma digital en su página electrónica en la Internet para ser accedida por cualquier persona, una descripción completa y detallada de las prácticas de suscripción y tarifaje, la cual incluirá información y documentación que acredite que sus métodos y prácticas de tarifas se basan en supuestos actuariales comúnmente aceptados y que son cónsonos con los principios actuariales reconocidos.
- H. Los aseguradores radicarán ante el Comisionado en o antes del 31 de marzo de cada año, una certificación actuarial en la que se indique que el asegurador cumple con las disposiciones de este Capítulo y que los métodos de tarifaje que utiliza el asegurador son actuarialmente razonables. La certificación se hará en el formato y contendrá la información que disponga el Comisionado mediante Carta Normativa. El asegurador retendrá una copia de la certificación en su lugar principal de negocio.
- I. El asegurador tendrá disponible para inspección y proveerá al Comisionado a petición de éste, la información y documentación que se requiere en el apartado anterior. Excepto en casos en que se incurra en violación a alguna disposición de este Capítulo, la información y los documentos aquí requeridos, se considerarán como información privilegiada y secretos de negocio por lo que no estará sujeta a divulgación por el Comisionado a personas ajenas a la Oficina del Comisionado de Seguros, a menos que el asegurador consienta dicha divulgación o un tribunal con jurisdicción lo ordene. No obstante las disposiciones de este Artículo, las tarifas cobradas por el asegurador no se consideran información privilegiada.
- J. El asegurador de planes médicos individuales presentará ante el Comisionado, los planes médicos individuales básicos en sus diversos niveles de cubiertas metálicas, siguiendo el procedimiento establecido en el Capítulo 11 del Código de Seguros de Puerto Rico y siguiendo el formato que disponga el Comisionado mediante carta normativa. El asegurador podrá usar el plan médico individual presentado conforme a este apartado una vez transcurrido el periodo de noventa (90) días desde la presentación a menos que el Comisionado desaprobe su uso.

- K. Los aseguradores no modificarán los planes médicos individuales aprobados con respecto a un asegurado o sus dependientes mediante anejos, endosos, o recargos basados en su situación de salud o experiencia de reclamaciones ni restringirán ni excluirán de la cubierta o beneficios, las enfermedades específicas o servicios médicos o condiciones que de otra manera estarían cubiertos por el plan médico.
- L. Previa notificación y vista, el Comisionado en cualquier momento podrá desaprobado que se continúe usando un plan médico individual aprobado si dicho plan no cumple con las disposiciones de este Capítulo o la legislación federal aplicable.
- M. A partir del 1 de enero de 2014, ningún plan médico individual denegará, excluirá ni limitará los beneficios de una persona cubierta por motivo de una condición preexistente, independientemente de la edad del asegurado.

#### **Artículo 10.060. Renovación de cubierta**

- A. Todo asegurador de planes médicos individuales renovará el plan médico individual al asegurado o dependiente, a opción del asegurado, y en conformidad con la legislación y reglamentación federal aplicable; excepto en los siguientes casos:
  - (1) El asegurado no ha pagado las primas o contribuciones conforme a los términos del plan médico o el asegurador no ha recibido el pago de las primas a su debido tiempo.
  - (2) El asegurado o el representante del asegurado ha cometido un acto o incurrido en una práctica que constituye fraude o ha realizado intencionalmente representaciones falsas sobre hechos materiales.
  - (3) El asegurador determina discontinuar el ofrecimiento de todos los planes médicos individuales que tramita o emite en Puerto Rico, y además, el asegurador:
    - (a) Notifica su determinación de no renovar el plan médico al Comisionado, por escrito y por lo menos con noventa y cinco (95) días de anticipación a la fecha de la no renovación; y
    - (b) Notifica a todos los asegurados, su determinación de no renovar el plan médico, con por lo menos noventa (90) días de anticipación a la fecha de la no renovación.

- (4) Si el Comisionado determina que la continuación del plan médico no respondería a los mejores intereses de los asegurados o afectaría la capacidad del asegurador de cumplir con sus obligaciones contractuales.
- (5) Si el Comisionado determina que el formulario del plan médico es obsoleto y puede ser reemplazado con una cubierta comparable, el asegurador decide discontinuar el producto obsoleto en Puerto Rico, y además, el asegurador:
  - (a) Notifica su determinación de no renovar el plan médico obsoleto al Comisionado, por escrito y por lo menos con ciento ochenta y cinco (185) días de anticipación a la fecha de la no renovación;
  - (b) Notifica a todos los asegurados, su determinación de no renovar el plan médico obsoleto, con por lo menos ciento ochenta (180) días de anticipación a la fecha de no renovación;
  - (c) Le ofrece a cada asegurado del producto obsoleto la opción de comprar todos los demás planes médicos individuales que actualmente ofrece el asegurador en Puerto Rico; y
  - (d) Al ejercer la opción de discontinuar el producto obsoleto y ofrecer la opción de cubierta conforme al inciso (c), el asegurador actúa de manera uniforme, sin considerar la experiencia de reclamaciones del asegurado o los factores relacionados con su condición de salud o las de sus beneficiarios que pudieran ser elegibles para la cubierta.
- (6) En el caso de los planes médicos que se ofrecen en el mercado de planes individuales solamente por medio de una o más asociaciones bona fide, la persona deja de pertenecer a la asociación en la cual se provee la cubierta, siempre y cuando la cubierta se termina conforme a este inciso de manera uniforme, sin considerar los factores relacionados con la condición de salud del asegurado; o
- (7) En el caso de los planes médicos que se ofrecen al mercado individual por medio de un plan de red preferida, el asegurado ya no reside, vive o trabaja en el área geográfica de servicio establecida, siempre y cuando la cubierta se termina conforme a

este inciso, sin considerar los factores relacionados con la condición de salud del asegurado.

- B. (1) Los aseguradores de planes médicos individuales que opten por discontinuar el ofrecimiento de planes médicos según el Inciso A (3), estarán impedidos de suscribir nuevos negocios de planes médicos individuales en Puerto Rico por un periodo de cinco (5) años, contado a partir de la fecha en que el asegurador cesó de ofrecer cubierta nueva en Puerto Rico.
- (2) En el caso de un asegurador de planes médicos individuales que dejara de ofrecer cubierta nueva según el inciso B (1), éste pudiera, sujeto a la autorización o requerimiento del Comisionado, renovar o no las pólizas existentes en el mercado de planes médicos individuales en Puerto Rico.
- C. En el caso de un asegurador de planes médicos individuales que tramite seguros en una sola área geográfica de servicio establecida en Puerto Rico, las disposiciones de este Artículo serán aplicables únicamente a las operaciones del asegurador en dicha área de servicio.

**Artículo 10.070. Disponibilidad de cubierta bajo la cláusula de conversión del plan médico grupal a una póliza de conversión**

- A. (1) Como condición para tramitar seguros en Puerto Rico, los aseguradores de planes médicos individuales ofrecerán los planes médicos individuales básicos en los diferentes niveles de cubiertas metálicas que tengan aprobados a las personas recién aseguradas que soliciten un plan médico individual y acepten pagar las primas y cumplir con los otros requisitos razonables de dichos planes médicos individuales.
- (2) Si la persona recién asegurada tenía unas cubiertas previa calificadora con beneficios que no son comparables o no superan los ofrecidos en la cubierta del plan médico individual básico plata, el asegurador podrá ofrecer el plan médico individual básico bronce a dicha persona recién asegurada, que convierte su plan entre periodos de suscripción, hasta el próximo periodo de suscripción. Durante el periodo de suscripción, el asegurado podrá optar por el plan médico individual básico que prefiera.

- 3) No se requiere que el asegurador emita un plan médico individual básico en sus diversas cubiertas metálicas a una persona recién asegurada que:
- (a) No solicite el plan médico individual básico dentro de los treinta (30) días del evento calificador o a más tardar a treinta (30) días de haber perdido la elegibilidad para su cubierta existente calificadora;
  - (b) Esté cubierta, o es elegible para cubierta por un plan médico que provee cubierta de cuidado de la salud que ofrece el patrono de la persona recién cubierta. Para los fines de este inciso, no se considera que una póliza convertida es un plan de beneficios provisto por el patrono;
  - (c) Esté cubierta, o es elegible para cubierta, por un plan médico que provee cubierta de cuidado de la salud en el que el cónyuge, padre, madre o tutor esté inscrito o es elegible a ser inscrito, excepto si dicho plan médico es el Plan de Salud Gubernamental conocido como "Mi Salud" o cualquier otro plan médico gubernamental que sea administrado por la Administración de Seguros de Salud;
  - (d) Por el período en que esté cubierto conforme al plan médico individual anterior y que termina con posterioridad a la fecha de efectividad de la cubierta nueva;
  - (e) Esté cubierta, o es elegible para cubierta, conforme a otro arreglo de beneficios médicos, sea público o privado, lo cual incluye las pólizas suplementarias de Medicare o el programa de Medicare establecido conforme al Título XVIII de la Ley de Seguro Social, 49 Stat. 620(1935), 42 U.S.C. 301, según enmendada, o alguna otra ley federal o estatal, excepto en el caso de una persona elegible para Medicare; por motivos que no sea la edad; o
  - (f) Esté cubierta, o es elegible para un plan médico grupal extendido a tenor con la Sección 4980b del Código de Rentas Internas Federal, 26 USC § 4980b, las secciones 601 a la 608 de la Ley de Seguridad de Ingresos en el Retiro (ERISA por sus siglas en inglés) de 1974, según enmendada, las Secciones 2201 a la 2208 de la ley de Servicio de Salud

Pública (PHSA), según enmendada, o algún otro plan médico grupal extendido que se requiera por ley.

- B. Si un asegurador notifica al asegurado residente de Puerto Rico, un aumento en las primas del plan médico individual, cualquier otro asegurador de planes médicos privados podrá emitir a opción del asegurado, un plan médico individual básico en sus diferentes cubiertas metálicas, si el asegurado ejerce la opción dentro de los noventa (90) días del recibo de la notificación y el asegurado notifica la terminación de la cubierta previa existente.
- C. No se requiere que los aseguradores ofrezcan cubierta ni acepten solicitudes a tenor con el apartado A de este Artículo, de una persona elegible que no resida en el área geográfica de servicio establecida del asegurador.
- D. Será deber del Comisionado establecer mediante carta normativa los procedimientos para la conversión de pólizas y la aplicabilidad y el alcance de este Artículo a los aseguradores que no se dediquen al mercado de pólizas en el mercado individual.

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

- A. No obstante las disposiciones del Artículo 10.070 y sujeto al apartado B de este artículo y a la reglamentación federal aplicable, si una persona que es elegible según la ley federal aplicable, y solicita cubierta de un plan médico individual dentro de los sesenta y tres (63) días de la terminación de la cubierta acreditable anterior, el asegurador de planes médicos individuales no podrá:
  - (1) Negarse a ofrecer un plan médico individual básico, o negarse a inscribir a la persona, ni
  - (2) Con respecto a la cubierta, imponer ninguna exclusión por motivo de una condición preexistente, según se define ese término en este Capítulo, independientemente de la edad del asegurado.
- B. (1) El asegurador de planes médicos individuales podrá en su lugar, optar por ofrecer por lo menos dos (2) formularios distintos de planes médicos individuales básicos, los cuales:

- (a) Están diseñados y cumplen con los requisitos del apartado C y están conforme a las disposiciones del Artículo 10.090 de esta Ley y las leyes federales aplicables según requerido por el Artículo 2.050 de esta Ley; y
    - (b) Están disponibles y se mercadean activamente por el asegurador.
  - (2) Para los fines de este apartado, los formularios de los planes médicos que tengan distintos arreglos de costos compartidos o distintos anejos se considerarán formularios de planes médicos distintos.
- C.
- (1) El asegurador de planes médicos individuales cumple con los requisitos del Apartado B (1) (a) si ofrece un formulario de alto nivel y otro de bajo nivel, los cuales:
    - (a) Incluyen beneficios sustancialmente similares a los de otros planes médicos individuales ofrecidos por el asegurador en Puerto Rico; y
    - (b) Están cubiertos por un mecanismo como el que se describe en el inciso C (4), relacionado con el ajuste de riesgo, la distribución de riesgo o el subsidio financiero.
  - (2) Para los fines del inciso (1) (b), se considerará como formulario de planes médicos:
    - (a) Un formulario de planes médicos de bajo nivel si el valor actuarial de sus beneficios conforme a la cubierta es por lo menos sesenta (60) por ciento, pero no mayor del setenta (70) por ciento del promedio ponderado; y
    - (b) Un formulario de planes médicos de alto nivel si:
      - (i) El valor actuarial de los beneficios conforme a la cubierta es por lo menos quince (15) por ciento mayor que el valor actuarial de la cubierta descrita en el inciso (a) ofrecida por el asegurador en Puerto Rico; y
      - (ii) El valor actuarial de los beneficios conforme a la cubierta es al menos el ochenta (80) por ciento, pero

no mayor del noventa (90) por ciento del promedio ponderado.

- (3) (a) Para los fines del inciso (2), el promedio ponderado es el valor actuarial promedio de los beneficios provistos, según lo determine el asegurador:
  - (i) A base de todos los planes médicos emitidos por el asegurador en el mercado de planes médicos individuales durante el año anterior, ponderado según la inscripción para las distintas cubiertas; o
  - (ii) A base de todos los aseguradores en Puerto Rico en el mercado de planes médicos individuales durante el año anterior, ponderado según la inscripción para las distintas cubiertas.
- (b) El promedio ponderado calculado conforme al inciso (a) no incluirá los planes médicos emitidos conforme a este Artículo.
- (4) El mecanismo cumple con los requisitos del inciso (1) (ii) si:
  - (a) Provee un mecanismo de ajuste de riesgo, distribución de riesgo u otro tipo de subsidio financiero para las personas definidas como elegibles según las leyes federales, lo cual incluye asistencia a los aseguradores participantes; o
  - (b) Se provee una opción de cubierta a las personas definidas como elegibles según las leyes federales para todos los planes médicos individuales que ofrece el asegurador.
- (5) (a) La elección hecha conforme a este apartado:
  - (i) Es aplicable de manera uniforme a todas las personas definidas como elegibles según las leyes federales en Puerto Rico con respecto a dicho asegurador de planes médicos individuales; y
  - (ii) Es aplicable a los planes médicos ofrecidos por lo menos durante dos (2) años a partir de la fecha de dicha elección.

- (b) Conforme al Inciso(a) (ii), luego del vencimiento del periodo inicial de la elección y al vencimiento de cada periodo de elección subsiguiente, el asegurador volverá a elegir según se dispone en este apartado.
- (6) Para los fines del inciso (2), el valor actuarial de los beneficios provistos en los planes médicos individuales se calculará a base de la población estandarizada y un conjunto de factores de utilización y costo estandarizados.
- D. (1) Los aseguradores de pólizas individuales que ofrecen cubierta mediante un plan de red preferida podrán:
- (a) Limitar las personas que podrán suscribirse en dicho plan médico a las personas que viven, residen o trabajan dentro del área geográfica de servicio establecida para el plan de red preferida; y
  - (b) Con respecto al área de servicio de la red preferida, denegar la cubierta a las personas que viven, residen o trabajan dentro del área geográfica de servicio establecida, si el asegurador demuestra, a la satisfacción del Comisionado, que:
    - (i) No tendrá la capacidad de prestar los servicios adecuadamente a más asegurados individuales debido a sus obligaciones actuales con los titulares actuales de planes médicos grupales o individuales y los asegurados individuales; y
    - (ii) Está aplicando este inciso de manera uniforme a todas las personas, independientemente de los factores relacionados con el estado de la salud o si las personas son personas definidas como elegibles según las leyes federales aplicables.
- (2) El asegurador de planes médicos individuales que no pueda ofrecer cubierta conforme al inciso (1)(b) no podrá ofrecer cubierta en el mercado de pólizas individuales en el área geográfica de servicio establecida hasta:
- (a) El transcurso de ciento ochenta (180) días después de la fecha de cada denegación de cubierta; o

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

#### **Artículo 10.090. Normas para los planes médicos**

El Comisionado podrá disponer mediante carta normativa la forma y el nivel de cubierta del plan médico básico en sus diversos niveles de cubiertas metálicas para el mercado de pólizas individuales, de modo que cumplan con las disposiciones federales

y provean por lo menos, el Conjunto de Beneficios de Salud Esenciales a tenor con el Artículo 2.050 de este Código, con los ajustes adecuados para el mercado de pólizas individuales.

#### **Artículo 10.100. Certificación de cubierta acreditable**

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

#### **Artículo 10.110. Normas para asegurar el mercadeo equitativo**

- A. (1) Si un asegurador deniega cubierta de un plan médico individual a una persona elegible, por motivo de la situación de salud o

experiencia de reclamaciones de dicha persona o de sus dependientes, el asegurador proveerá a la persona la oportunidad de comprar un plan médico individual básico en los diferentes niveles de cubierta metálicos que tenga aprobado.

- (2) Salvo como se permita conforme al Artículo 10.070 y 10.080 de este Capítulo, y no obstante lo dispuesto en el inciso (1), los aseguradores de planes médicos individuales no podrán denegarle cubierta a un solicitante que sea una persona elegible o elegible según las leyes federales aplicables.
- B. Salvo como se dispone en el Apartado C de este Artículo, ningún asegurador, productor u otro intermediario podrá participar en las siguientes actividades, sea directa o indirectamente:
- (1) Alentar o indicar a las personas que no deben solicitar cubierta al asegurador debido a la situación de salud, experiencia de reclamaciones, industria, ocupación o ubicación geográfica de la persona,
  - (2) Alentar o indicar a las personas para que soliciten cubierta a otro asegurador debido a la situación de salud, experiencia de reclamaciones, industria, ocupación o ubicación geográfica de la persona.
- C. Las disposiciones del apartado B (1) no serán aplicables a la información provista por un asegurador o productor a una persona con respecto al área geográfica de servicio establecida por el asegurador o alguna disposición de restricción a una red preferida que tenga el asegurador.
- D. Salvo como se dispone en el apartado E de este Artículo, ningún asegurador, sea directa o indirectamente, tendrá un contrato, acuerdo o arreglo con un productor en el que se estipula que la remuneración pagada al productor por la venta de un plan médico o variará según la situación de salud o las características permitidas para propósitos tarifarios de la persona o sus dependientes.
- E. El apartado D no será aplicable con respecto a los arreglos de remuneración en el que los productores reciban remuneración a base de un porcentaje de las primas, disponiéndose que el porcentaje no variará según la situación de salud u otra característica permitida para propósitos tarifarios de la persona o sus dependientes.

- F. Los aseguradores notificarán la denegación de una solicitud de cubierta por escrito e indicará las razones de la denegación.
- G. Toda violación de este Artículo por un asegurador o productor se considerará una práctica desleal conforme al Capítulo 27 del Código de Seguros de Puerto Rico.
- H. Si el asegurador establece un contrato, acuerdo u otro arreglo con un Tercero Administrador para proveer servicios administrativos, de mercadeo o de otra índole relacionados con el ofrecimiento de planes médicos individuales en Puerto Rico, el Tercero Administrador estará sujeto a este Artículo como si fuera un asegurador.
- I. Además de lo dispuesto en este Artículo, el asegurador cumplirá en todo momento con la reglamentación federal aplicable.

#### **Artículo 10.120. Asociación de Aseguradores de Planes Médicos**

- A.
  - (1) Se establece una corporación sin fines de lucro que se conocerá como la Asociación de Aseguradores de Planes Médicos. Todos los aseguradores que suscriban planes médicos individuales y planes médicos para patronos de PYMES básicos en cualquiera de sus diferentes cubiertas metálicas en Puerto Rico serán miembros de esta Asociación.
  - (2) La Asociación se organizará como una corporación según las leyes estatales, tendrá un plan operacional y ejercerá sus funciones por medio de una Junta de Directores establecida conforme a este Artículo.
- B. La Junta de Directores inicial de la Asociación tendrá siete (7) miembros nombrados por el Comisionado como se indica a continuación:
  - (1) Cuatro (4) de los miembros serán representantes de los cuatro (4) aseguradores domésticos más grandes, basado en las primas de los planes médicos correspondientes en Puerto Rico en el año natural que termina el 31 de diciembre de 2013.
  - (2) Tres (3) miembros serán representantes de los próximos tres (3) aseguradores más grandes de Puerto Rico, excluyendo las primas por la cubierta suplementaria de Medicare. Si el asegurador que se representará conforme a este inciso no designa a un representante,

entonces cualificaría el próximo asegurador que le sigue en tamaño y que cumple con los criterios para pertenecer a la Junta.

- (3) El Comisionado pertenecerá a la Junta como miembro ex-officio.
- C. Después del término inicial, los miembros, excepto el Comisionado, serán nominados y elegidos por los miembros de la Asociación.
- D. Se podrá reembolsar por los gastos incurridos relacionados con sus funciones a los miembros de la Junta, usando los fondos de la Asociación, pero los miembros de la Junta no recibirán ninguna otra remuneración de la Asociación por concepto de sus servicios.
- E. (1) La Asociación presentará al Comisionado, para su aprobación, un plan operacional para la Asociación y las enmiendas a los artículos de incorporación que sean necesarias y adecuadas para asegurar la administración justa, razonable y equitativa de la Asociación.
- (2) El plan dispondrá que las pérdidas relacionadas con los planes médicos individuales básicos y los planes médicos de patronos de PYMES básicos, en cualquiera de sus diferentes cubiertas metálicas, si alguna, se compartirán de manera equitativa y proporcional entre los miembros de la Asociación que suscriban alguno de estos planes, según corresponda.
- (3) (a) Si la Asociación no presenta un plan operacional adecuado a los ciento ochenta (180) días del nombramiento de la Junta de Directores, el Comisionado promulgará el plan de operaciones necesario para implementar este inciso.
- (b) El plan de operaciones estará vigente hasta que lo modifique el Comisionado o se replacen por un plan presentado por la Asociación y aprobado por el Comisionado.
- (4) Además, el plan de operación incluirá los requisitos para lo siguiente:
- (a) El manejo y contabilidad de los activos y fondos de la Asociación;
- (b) La cantidad y el método de reembolso de los gastos de los miembros de la Junta;

- (c) La fecha y horas regulares y el lugar para las reuniones de la Junta de Directores;
  - (d) Los registros que se llevarán con respecto a toda transacción financiera y los informes financieros anuales que se radicarán ante el Comisionado;
  - (e) Procedimientos para nombrar la Junta de Directores; y
  - (f) Las disposiciones adicionales que fueran necesarias y adecuadas para ejecutar los poderes y deberes de la Asociación.
- F. El plan de operación podrá disponer que los poderes y deberes de la Asociación se podrán delegar a una persona que ejercerá funciones similares a las de la Asociación. Dicha delegación de deberes y poderes conforme a este apartado entrará en vigor únicamente cuando se apruebe por la Junta de Directores.
- G. (1) La Asociación tendrá los poderes generales y la autoridad establecidos en este Artículo, que deberán ser ejercidos y conforme al plan de operación aprobado por el Comisionado conforme al apartado E de este Artículo.
- (2) Además de los poderes y autoridad generales estipulados en este Artículo y en el plan de operación, la Asociación podrá:
- (a) Otorgar los contratos que fueran necesarios o adecuados para la implementación de este Capítulo;
  - (b) Radicar demandas o ser demandada, lo cual incluye toda acción judicial necesaria o procedente para recuperar las pérdidas atribuibles que corresponde a los miembros de la Asociación u otra persona, sea a favor o en contra de dicho miembro o persona;
  - (c) Designar los comités legales, actuariales y de otra índole entre los miembros para proveer ayuda técnica con la operación de la Asociación, lo cual incluye la contratación de consultores independientes, según fuera necesario; y
  - (d) Realizar las demás funciones dentro de la autoridad de la Asociación.

- H. Al cierre de cada año natural, la Asociación, en conjunto con el Comisionado, requerirá que cada asegurador informe la cantidad de primas devengadas y las correspondientes pérdidas pagadas por todos los planes médicos individuales básicos y los planes médicos de patronos de PYMES básicos en cualquiera de sus diferentes cubiertas metálicas emitidos por el asegurador. Un oficial del asegurador certificará las cantidades contenidas en dicho informe.
- I. La Junta establecerá los procedimientos de cobro, realizará valorizaciones, cobrará y pagará distribuciones, de manera que cada asegurador que emite planes médicos individuales básicos o planes médicos de patronos de PYMES básicos en cualquiera de sus diferentes cubiertas metálicas asuma la misma proporción de reclamaciones pagadas con respecto a las primas devengadas de sus planes médicos individuales y de patronos de PYMES que la proporción que asumen todos los aseguradores en Puerto Rico para estos tipos de planes médicos.
- J. Si la proporción de pérdidas pagadas a primas devengadas en conjunto en todo Puerto Rico supera el noventa (90) por ciento, la diferencia en dólares entre el noventa (90) por ciento de primas devengadas y las reclamaciones pagadas será una pérdida atribuible.
- K. La pérdida atribuible más los gastos operacionales necesarios de la Asociación, sumada a los gastos adicionales según se disponga por Reglamento, serán repartidos como una derrama por la Asociación entre todos sus miembros en proporción a su participación del total de las primas de planes médicos individuales básicos y/o su participación del total de primas de planes médicos de patronos de PYMES básicos, devengadas durante el año natural inmediatamente anterior o algún otro método equitativo según se disponga en el plan de operación. Al distribuir las pérdidas, la Asociación podrá disminuir o diferir alguna parte de la derrama impuesta a algún miembro de la Asociación, si según el criterio de la Junta, el pago de la derrama afectaría la habilidad de dicho miembro de cumplir con sus obligaciones contractuales. La Asociación podrá también disponer que se imponga una derrama inicial o interina a los miembros de la Asociación para cubrir los gastos operacionales de la Asociación hasta terminar el siguiente año natural.
- L. La Junta se asegurará de que los procedimientos de cobro y asignación de las derramas sean lo más eficiente posible para los aseguradores. La Junta podrá establecer procedimientos en los que se combinen las derramas que se deben cobrar y las distribuciones que se deben pagar al asegurador de manera que se compensen las transacciones.

- M. Los aseguradores podrán solicitar que la Junta de la Asociación los compense por la suscripción desproporcionada de los planes médicos individuales básicos o de patronos de PYMES básicos en relación con el volumen total de prima devengada relacionada a los planes médicos individuales en Puerto Rico. Si la Junta determina que el asegurador ha emitido una cantidad desproporcionada significativa de pólizas, se podrá compensar al asegurador mediante un pago adicional que no excederá el dos (2) por ciento adicional de las primas devengadas de los planes médicos básicos o de patronos de PYMES básicos, según corresponda, de ese asegurador o mediante una solicitud de remedio presentada al Comisionado.
- N. Si el Comisionado determina que aceptar la cubierta de las personas con un plan médico individual básico o de un plan médico de patronos de PYMES básico conforme a este Capítulo comprometería la situación económica del Asegurador, el Comisionado no requerirá que el asegurador ofrezca dicha cubierta ni acepte solicitudes por el periodo de tiempo que se entienda que existe la posibilidad del menoscabo económico. El Comisionado podrá establecer mediante carta normativa los parámetros de lo que constituiría una "parte desproporcionada".

**Artículo 10.130. Participación de planes médicos auspiciados y sufragados por el patrono**

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

**Artículo 10.140. Reglas especiales para planes médicos convertidos**

- A. Luego de aprobarse los planes médicos básicos en sus diferentes niveles de cubiertas metálicas conforme al Artículo 10.090 de este Capítulo, los aseguradores a los que se requiere que ofrezcan un plan médico convertido a la persona conforme a las disposiciones de este Código podrán ofrecer como opción de plan médico convertido, los planes médicos individuales básicos.
- B. Si el asegurador ofrece dos o más opciones de planes médicos individuales básicos como cubierta de conversión conforme al Apartado

A, el asegurador será elegible a recibir distribuciones conforme a la Asociación de Planes Médicos por sus planes médicos individuales básicos convertidas conforme al Artículo 10.120 de este Capítulo.

- C. Si el asegurador ofrece dos o más opciones de planes médicos individuales básicos como cubierta de conversión conforme al Apartado A, las personas a las que se emitió un plan médico convertido antes de la vigencia del requisito del Apartado A tendrán el derecho en cada fecha de renovación anual del plan médico convertido a elegir un plan médico individual básico como sustituto al plan médico convertido.
- D. El Comisionado dispondrá por carta normativa, las normas para fijar las tarifas de los planes médicos convertidos conforme a este Capítulo y de los planes médicos convertidos y que provean cubierta médica similar o superior a los planes médicos.
- E. El Comisionado emitirá y promulgará las cartas normativas y los reglamentos que sean necesarios para la implementación de este Artículo.

#### **Artículo 10.150. Suscripción Garantizada de Planes Médicos Individuales**

- A. Todo asegurador permitirá, con sujeción a la legislación y reglamentación federal aplicable, que los individuos puedan suscribirse por lo menos a los planes médicos individuales básicos que tenga disponible para el mercado individual desde el 1 de octubre de 2013 hasta el 31 de marzo de 2014 sin evaluación de riesgo. En años subsiguientes, el período de suscripción será desde el 1 de octubre hasta el 31 de diciembre de cada año. En el caso de renovaciones de planes médicos, si el asegurado no renueva el plan médico individual básico durante el periodo de suscripción establecido en este inciso, podrá renovar el mismo siempre y cuando lo haga dentro del término de treinta (30) días contados a partir de la terminación del término de suscripción establecido en este inciso.
- B. Para las solicitudes de seguro que sean recibidas por el asegurador antes del 15 de diciembre, la fecha de efectividad de la cubierta será el 1 de enero del siguiente año. Luego del 31 de diciembre, si la solicitud es recibida por el asegurador entre los días 1 y 15 del mes, la cubierta tendrá efectividad el día primero del próximo mes. Si la solicitud es recibida por el asegurador entre los días 16 al 31 del mes, la cubierta será efectiva el primer día del segundo mes en que se recibió la solicitud. Para efectos de este inciso, las solicitudes de seguros mencionadas son aquellas que se tramitan dentro de los periodos de suscripción establecidos en el inciso A de este Artículo.

- C. No obstante lo anterior, un asegurador ofrecerá en cualquier momento del año los planes médicos individuales básicos que tenga disponibles en el mercado individual solamente a aquellos asegurados que:
- (1) Ejercen su derecho de conversión al mercado individual con el mismo asegurador que lo cubre en el plan médico anterior;
  - (2) Proviengan de otro asegurador y cumplan con los siguientes criterios:
    - (a) Ha estado sin cubierta por sesenta y tres (63) días o menos;
    - (b) Su último plan médico fue grupal;
    - (c) Ha estado cubierto por un plan médico en los últimos dieciocho (18) meses. En ese lapso el individuo puede haber estado cubierto por planes del mercado individual o grupal;
    - (d) la póliza anterior no ha sido cancelada por falta de pago o fraude de parte del asegurado;
    - (e) Si el individuo era elegible a la cubierta de la Ley Federal "Consolidated Omnibus Budget Act de 1986" (COBRA por sus siglas en inglés), seleccionó la misma, y la agotó;
    - (f) o si perdió elegibilidad al plan de Mi Salud; o
  - (3) Cumplan con aquellos otros criterios que el Comisionado disponga mediante carta normativa.
- D. Además de lo establecido en el apartado C de este Artículo, también será elegible en este plan cualquier individuo que se haya quedado sin cubierta grupal o de mercado individual debido a la quiebra, disolución o revocación de licencia del asegurador con el cual tenía su seguro, siempre y cuando presente su solicitud al nuevo asegurador dentro de sesenta y tres (63) días luego de declarada la quiebra, disolución o revocación de la licencia del asegurador.
- E. El Comisionado establecerá mediante carta normativa los procedimientos para los períodos de suscripción en aquellos casos en que el solicitante del plan médico individual opte por no suscribirse dentro del periodo de suscripción dispuesto en el Inciso A de este Artículo, así como los métodos de orientación a la ciudadanía sobre dichos términos y los efectos de no suscribirse dentro de los mismos.

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

#### Artículo 2.-Cláusula de Separabilidad.

Si cualquier cláusula, párrafo, subpárrafo, artículo, disposición, sección o parte de esta Ley fuera anulada o declarada inconstitucional con 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.

#### Artículo 3.-Vigencia

Esta Ley entrará en vigor sesenta (60) días después de su aprobación. No obstante, será deber del Comisionado antes de la vigencia de esta Ley, el establecer la reglamentación y las cartas normativas necesarias para el cumplimiento de esta Ley y dar la publicidad y orientación necesaria a las agencias, entidades y a la ciudadanía en general sobre el alcance y aplicabilidad de la misma.