

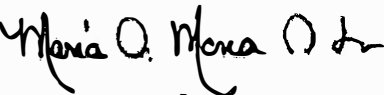


**Gobierno de Puerto Rico  
Administración de Seguros de Salud**

**Número: 9181**

**Fecha: 23 de junio de 2020**

**Aprobado: Lcda. María Marcano de León**  
**Subsecretaria de Estado**

**Firma:** 

**Departamento de Estado  
Gobierno de Puerto Rico**

**REGLAMENTO PARA LA CONTRATACIÓN DE LOS PLANES DE BENEFICIOS DE  
SALUD PARA LOS EMPLEADOS PÚBLICOS**



## ÍNDICE

ARTÍCULO 1 – TÍTULO BREVE.....	4
ARTÍCULO 2 – BASE LEGAL.....	4
ARTÍCULO 3 – DEFINICIONES.....	4
ARTÍCULO 4 – PROPUESTAS .....	9
ARTÍCULO 5 – REQUISITOS MÍNIMOS DE LOS PROPONENTES.....	12
ARTÍCULO 6 – REQUISITOS PARA LAS ORGANIZACIONES DE EMPLEADOS .....	13
ARTÍCULO 7 – EVALUACIÓN DE PROPUESTAS.....	14
ARTÍCULO 8 – REQUISITOS APLICABLES A LAS OBFE.....	15
ARTÍCULO 9 – REQUISITOS APLICABLES A LOS SINDICATOS .....	16
ARTÍCULO 10 – DEBERES Y OBLIGACIONES DE LAS ENTIDADES .....	18
ARTÍCULO 11 – SUSCRIPCIÓN, CAMBIOS Y CANCELACIÓN.....	20
ARTÍCULO 12 – ESPECIFICACIONES PERTINENTES A COHABITANTES .....	23
ARTÍCULO 13 – PROCEDIMIENTO A SEGUIR PARA TRAMITAR LAS SOLICITUDES DE INGRESO .....	25
ARTÍCULO 14 – TERMINACIÓN DE LA CUBIERTA.....	26
ARTÍCULO 15 – APORTACIÓN GUBERNAMENTAL Y DEDUCCIONES .....	27
ARTÍCULO 16 – PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVOS PARA PLANES MANCOMUNADOS .....	29
ARTÍCULO 17 – RENUNCIA, TRASLADO, DESTITUCIÓN O SUSPENSIÓN DE EMPLEADOS CUBIERTOS POR UN PLAN.....	30
ARTÍCULO 18 – MEDIDAS DISCIPLINARIAS.....	30
ARTÍCULO 19 – PROCEDIMIENTO DE QUERELLAS.....	31
ARTÍCULO 20 – EXTENSIÓN DE CUBIERTA Y DERECHO DE CONVERSIÓN.....	32
ARTÍCULO 21 – DISPOSICIONES GENERALES.....	32
ARTÍCULO 22 – RELACIÓN CON OTRAS LEYES .....	32
ARTÍCULO 23 – APLICABILIDAD .....	33
ARTÍCULO 24 – CLÁUSULA DE SEPARABILIDAD .....	34
ARTÍCULO 26 – CLÁUSULA DEROGATORIA.....	34
ARTÍCULO 27 – VIGENCIA.....	34

## **ARTÍCULO 1 – TÍTULO BREVE**

Este Reglamento se conocerá con el nombre de Reglamento sobre Planes de Beneficios de Salud para Empleados Públicos y Pensionados de los Sistemas de Retiro del Gobierno de Puerto Rico.

## **ARTÍCULO 2 – BASE LEGAL**

De conformidad con la Ley Núm. 95 de 29 de junio de 1963, según enmendada por el Plan de Reorganización Núm. 3 de 2010, conocida como la Ley de Beneficios de Salud para Empleados Públicos- (en adelante, Ley 95), la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (en adelante, ASES o la Administración) es la corporación pública facultada para gestionar y contratar los beneficios de salud para los empleados públicos del Gobierno de Puerto Rico (incluyendo a los pensionados) e implementar las disposiciones de la antes mencionada Ley.

El Artículo 2, sobre Declaración de Política Pública, del Plan de Reorganización de 2010 establece expresamente que se transfieren dichas facultades de negociación y contratación a la ASES para que “tanto el Gobierno de Puerto Rico como el empleado público se beneficien de la experiencia, capacidad y pericia en negociación que posee ASES [...].”

Este Reglamento se promulga en virtud de la autoridad conferida a la ASES por el apartado (g) de la Sección 4 y el apartado (a) de la Sección 9 de la Ley 95, el Plan de Reorganización Núm. 3 del Año 2010, la Ley Núm. 38-2017, según enmendada, conocida como la Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Gobierno de Puerto Rico (en adelante, LPAU), y el Boletín Administrativo OE 2013-010 del Gobernador del Gobierno de Puerto Rico.

## **ARTÍCULO 3 – DEFINICIONES**

- A. Para efectos de este Reglamento los términos que a continuación se expresan tendrán el siguiente significado. En los casos que aplique, estas definiciones incluirán también el plural y el femenino:
1. ADMINISTRACIÓN o ASES: La Administración de Seguros de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
  2. ASEGURADOR: Entidad autorizada por el Comisionado de Seguros para hacer negocio de seguros de salud en Puerto Rico o creada mediante cualquier ley especial para estos fines.
  3. BENEFICIARIO: El empleado que se acoge a un plan de beneficios de salud.

4. CERTIFICADO DE ELEGIBILIDAD: Declaración jurada conforme a lo dispuesto en el artículo 13 de este Reglamento, que acredite las circunstancias de la cohabitación y el cumplimiento de los cohabitantes que la componen, con los requisitos para acogerse a los beneficios de la Ley 95.
5. CENTERS FOR MEDICAID AND MEDICARE SERVICES o CMS: Ente federal, suscrito al Departamento de Salud Federal, encargado de los programas para subvencionar planes de salud bajo las Medicaid y Medicare.
6. CERTIFICADO DE MATRIMONIO: documento expedido por el Secretario de Salud o su representante en el impreso especial en el cual se certifica, de acuerdo a la información que obra en el Registro Demográfico del Departamento de Salud, la celebración de un matrimonio. En los casos de matrimonio contraído en los Estados Unidos o en país extranjero, el documento expedido por autoridad competente y debidamente certificado por el *County Clerk*, si se tratare de un matrimonio contraído en Estados Unidos, o por los funcionarios diplomáticos insulares de los Estados Unidos en el extranjero.
7. COHABITACIÓN: Acción de habitar juntamente con otra persona en las circunstancias que se describen en la definición de "PERSONA COHABITANTE" de este artículo.
8. COMISIONADO: El Comisionado de Seguros del Gobierno de Puerto Rico.
9. CÓNYUGE: Casados entre sí.
10. DEPARTAMENTO: Departamento de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
11. DEPENDENCIA: Todo departamento, agencia, las subdivisiones políticas del Gobierno de Puerto Rico, las corporaciones públicas, los Sistemas de Retiro del Gobierno de Puerto Rico y los municipios para cuyos funcionarios, empleados y pensionados la ASES contrate con Aseguradoras, Organizaciones de Servicios de Salud y Organizaciones de Empleados para ofrecer servicios médico-quirúrgicos y de hospitalización; la Universidad de Puerto Rico en el caso en que sus funcionarios y empleados decidan acogerse a los planes que contrate la ASES, siempre que ésta cumpla con las disposiciones de la Ley 95.
12. DEPENDIENTE: Podrán considerarse dependientes del empleado los siguientes:
  - (a) el cónyuge;
  - (b) un hijo biológico, hijo adoptivo o colocado para adopción, menor de veintiséis (26) años;

- (c) un hijo biológico, hijo adoptivo o colocado para adopción que, independientemente de la edad, no pueda sostenerse a sí 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 111-148, conocida como *Patient Protection and Affordable Care Act*, la Ley Pública 111-152, conocida como *Health Care and Education Reconciliation Act* y los reglamentos promulgados al amparo de éstas;
- (d) hijastros;
- (e) hijos de crianza que han vivido desde su infancia bajo el mismo techo con el asegurado principal, en una relación de padre/madre e hijo/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.
- (f) menor no emancipado cuya custodia haya sido adjudicada al asegurado principal;
- (g) persona de cualquier edad que haya sido judicialmente declarada incapaz y cuya tutela haya sido adjudicada al asegurado principal;
- (h) familiar del asegurado principal o su cónyuge o persona cohabitante mientras viva permanentemente bajo el mismo techo del asegurado principal y que dependa sustancialmente de éste para su sustento, quienes podrán ser clasificados en la categoría de dependientes opcionales o colaterales, según este término es comúnmente aceptado y definido en el mercado de los seguros de salud;
- (i) padre y madre del asegurado principal, o los de su cónyuge o cohabitante, aunque no vivan bajo el mismo techo, quienes podrán ser clasificados en la categoría de dependientes opcionales o colaterales, según este término es comúnmente aceptado y definido en el mercado de los seguros de salud.

13. **DEPENDENCIA:** sustancial dependencia económica real y directa en virtud de la cual una persona depende de forma regular de las aportaciones económicas de otra para su sostenimiento y no de mera ayuda económica. En casos de controversia sobre la existencia de dependencia sustancial, según definida en este Reglamento y para propósitos de evidenciar la misma, el asegurador, organización de empleados u organización de servicios de salud podrá solicitar al empleado asegurado uno o más de los siguientes documentos, entre otros a determinarse por la ASES:

- (a) Planillas de contribución sobre ingresos del alegado dependiente;
- (b) Planillas de contribución sobre ingresos del empleado;

- (c) Evidencia de aportaciones económicas del empleado al alegado dependiente;
- (d) Estatus de beneficios y solicitudes de ayudas económicas al Gobierno de Puerto Rico por parte del alegado dependiente.

14. **DIRECTOR:** se refiere al Director Ejecutivo de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.
15. **EMPLEADO:** Toda persona que trabaja o trabajó, mediante nombramiento o elección, en el servicio activo o pensionado de cualquier rama del Gobierno de Puerto Rico y de sus agencias, departamentos, corporaciones públicas y municipios, según permitido por leyes y regulaciones, aplicables. Incluye además a funcionarios y empleados de la Policía de Puerto Rico y de la Universidad de Puerto Rico, a los funcionarios y empleados de la Rama Judicial y, de la Rama Legislativa del Gobierno de Puerto Rico, a los funcionarios y empleados de la Oficina del Contralor, a los funcionarios y empleados del Centro de Recaudación de Ingresos Municipales y a los funcionarios y empleados de la Oficina del Procurador del Ciudadano, quienes podrán optar por acogerse a los planes que seleccione la ASES si así lo desean y si la entidad gubernamental y dichos funcionarios y empleados cumplen con las disposiciones de la Ley 95. El término empleado incluye, además, aquellos funcionarios que estuvieren fuera de Puerto Rico en servicio activo.
16. **EMPLEADO ELEGIBLE:** Un empleado que la ASES ha determinado que puede ingresar a un plan de beneficios de salud.
17. **ENTIDAD o ENTIDADES:** Término que recoge, de forma general, a las Aseguradoras, Organizaciones de Servicios de Salud, Organizaciones de Empleados, o cualquier entidad autorizada por ley para negociar y contratar con ASES para el ofrecimiento de servicios médico-hospitalarios.
18. **LEY 95:** Ley de Beneficios de Salud para Empleados Públicos, Ley Núm. 95 de 1963, según enmendada.
19. **MIEMBRO DE LA FAMILIA:** El cónyuge o cohabitante bajo unión de hecho de un empleado y cualquier Dependiente de estos, según definido.
20. **MODELO:** El Modelo SC 1335, Certificación para Acogerse a los Beneficios de la Ley Núm. 88 de 2011, u otro que lo sustituya oficialmente en un futuro.
21. **OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS:** Entidad que regula las aseguradoras de servicios de salud en Puerto Rico.
22. **ORGANIZACIONES BONA FIDE DE PENSIONADOS u OBFP:** Significa una agrupación de ex servidores públicos que se hayan acogido a los beneficios del Sistema de Retiro del Gobierno de Puerto Rico, pertenecientes a las

agencias de gobierno, corporaciones públicas, dependencias e instrumentalidades de Puerto Rico o de cualquiera de sus municipios.

23. ORGANIZACIONES DE EMPLEADOS u ODE: Una asociación u organización de empleados de alcance estatal en Puerto Rico, cuya matrícula esté abierta para todos los empleados del Gobierno de Puerto Rico, sus agencias, departamentos, municipios y corporaciones públicas que sean elegibles para ingresar en un plan de beneficio de salud. Esta definición también incluye las denominadas Organizaciones Bona Fide de Empleados (OBFE), según establecido en la Ley Núm. 134 de 1960 y certificadas en cumplimiento con el Reglamento Número 3594 de 6 de abril de 1988 promulgado por el Departamento del Trabajo y Recursos Humanos del Gobierno de Puerto Rico.
24. ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD u OSS: Significa cualquier persona que ofrezca o se obligue a proveer a uno o más planes de cuidado de salud, según definida en la Ley Núm. 113 de 2 de junio de 1976, según enmendada, conocida como "Ley de Organizaciones de Servicios de Salud", incorporada en el Código de Seguros de Puerto Rico, Art. 19.020 et. seq, (26 L.P.R.A. § 1902.
25. PERSONAS COHABITANTES: Dos personas solteras, adultas, con plena capacidad legal, que no están relacionadas por lazos familiares dentro del cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, sujetas a convivencia sostenida y afectiva de manera voluntaria, estable, pública y continua durante un plazo no menor de un (1) año, que cohabitan en una residencia común sin estar casadas entre sí y que tienen la intención de continuar haciéndolo indefinidamente.
26. PLAN: El plan de salud seleccionado por el funcionario o empleado asegurado al amparo de la Ley 95.
27. PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO o PSG: seguro de salud ofrecido por el estado a personas médico-indigentes conforme al modelo de servicios médico-hospitalarios aprobado por el Centro de Servicios Medicaid y Medicare (*Center for Medicaid and Medicare Services*; en adelante, "CMS", por sus siglas).
28. PLAN DE SALUD: significa un contrato de seguro, póliza, certificado, o contrato de suscripción con una organización de seguros de salud, organización de servicios de salud o cualquier otro asegurador, provisto en consideración o a cambio del pago de una prima, o sobre una base propagada, mediante el cual la organización de seguros de salud, organización de servicios de salud o cualquier otro asegurador se obliga a proveer o pagar por la prestación de determinados servicios médicos o beneficios de cuidado de salud.

29. PLAN MANCOMUNADO: La póliza que se expide en casos de funcionarios o empleados cuyos cónyuges y cohabitantes trabajan en el servicio público y se acogen a los beneficios de un contrato de pareja o de grupo familiar para sí y su familia para lo cual cada uno de ellos recibirá la aportación patronal del gobierno hasta el máximo de dicha aportación.
30. PROPONENTE: Toda persona, corporación, organización que somete una propuesta.
31. PROVEEDOR DE SERVICIOS: Significa cualquier médico, hospital o cualquier otra persona autorizada en Puerto Rico para proveer servicios de cuidado de salud.
32. SECRETARIO: El Secretario de Hacienda del Gobierno de Puerto Rico.
33. SINDICATOS: Significa una organización de cualquier clase o cualquier agencia o comisión de representación de empleados o cualquier grupo de empleados, según lo dispone la Ley Núm. 45 de 1998 conocida como Ley de Sindicación de Empleados Públicos, que exista con el fin, en todo o en parte, de tratar con un patrono con respecto a quejas y agravios, disputas, salarios, tipos de paga, horas de trabajo y/o condiciones de empleo.

#### **ARTÍCULO 4 – PROPUESTAS**

##### **A. Convocatorias:**

La ASES enviará a las Entidades, según definidas en el Artículo 3 de este Reglamento, aquellas convocatorias por escrito que le sean aplicables, invitándoles a someter propuestas para ofrecer planes de beneficios de salud para los empleados y pensionados de las dependencias del Gobierno de Puerto Rico. Las convocatorias se notificarán con por lo menos quince (15) días de anticipación a la fecha fijada para someter las correspondientes propuestas.

##### **B. Requisitos Generales:**

1. Todo proponente debe someterse voluntariamente, a los criterios de selección de la Administración y se sujetará a los requisitos procesales que la ASES establezca para la selección.
2. Las propuestas presentadas por una organización de empleados incluirán una copia certificada del contrato o contratos suscritos con el asegurador u organización de servicios de salud, según fuere el caso, a través de quien se prestarán los servicios. En la tarifa de una organización de empleados no se incluirá como parte de ésta la cuota mensual que le corresponda pagar al funcionario o empleado como miembro de la organización.



3. Toda propuesta vendrá acompañada de un estudio actuarial debidamente certificado, que justifique la tarifa aplicable para cada cubierta.
4. Cada propuesta explicará detalladamente los beneficios que ofrece, especificando la tarifa a cargarse por tales beneficios. No serán consideradas aquellas propuestas sometidas que hagan referencia a tarifas archivadas en la Oficina del Comisionado de Seguros, o cotizaciones a base de un porcentaje de tales tarifas.
5. Toda enmienda, tachadura o borrón en la propuesta, deberá ser inicialado por el proponente.
6. Toda propuesta debe ser sometida a nombre del proponente y deberá estar firmada por su representante autorizado e inicialada en cada una de sus páginas.
7. En los casos en que la propuesta se someta a través de una organización de empleados (ODE), una Organización Bona Fide de Empleados (OBFE), una Organización Bona Fide Pensionados (OBFP), sindicato o cualquier otro grupo u organización, se acompañará la Resolución de la Junta de Directores, autorizando la contratación de los planes. En los casos de OBFE, éstas incluirán, además, la certificación de OBFE expedida por el Secretario del Departamento del Trabajo y Recursos Humanos.
8. Toda Entidad que someta una propuesta, acompañará con ésta, dos (2) copias de los Estados Financieros certificados por un Contador Público Autorizado por los últimos dos (2) años de operación. Someterá, además, los nombres de los miembros de su Junta de Directores. Esta información deberá incluir el nombre del Presidente, Secretario y Tesorero, así como sus respectivas direcciones, teléfono de oficina y residencia. De igual forma deberá entregar su organigrama con una descripción del rol y responsabilidades de cada unidad o integrante. En el caso de ODE que contraten a terceros para brindar servicios, deben identificar a los terceros e incluir una descripción de las funciones de las cuales son responsables.
9. Las Aseguradoras, comerciales o privadas, y asociaciones o cooperativas de seguros, someterán con su propuesta una certificación del Comisionado de Seguros acreditativa de su solvencia económica; de que han estado activos por lo menos durante los tres (3) años anteriores a la fecha de la propuesta; y de que no se encuentran bajo una orden de menoscabo. Además, el proponente debe estar disponible para ofrecer documentación que permita aclarar cualquier duda durante el proceso de evaluación, para una mejor apreciación de la capacidad financiera de la entidad, de forma que se salvaguarde los fondos del estado.

10. Las Organizaciones de Servicios de Salud (OSS) acompañarán con su propuesta una certificación del Comisionado acreditativa de su solvencia económica, de que no se encuentran bajo una orden de menoscabo y de que han cumplido con lo dispuesto en el Artículo 19.140 del Código de Seguros de Puerto Rico, relativo al depósito de activos elegibles para la protección contra insolvencia.
11. Todas las propuestas incluirán copia de todos los anuncios alusivos a los beneficios que se proyectan ofrecer, así como otro material publicitario para revistas, periódicos y televisión que sean dirigidos a los empleados públicos.
12. Ninguna Entidad podrá comenzar la publicidad de los planes a través de la radio, prensa, televisión o distribución de material impreso entre los empleados y/o pensionados, hasta tanto la ASES así lo autorice por escrito, para que todos inicien la publicidad a la misma vez. Dicha autorización se emitirá junto con la notificación de la ASES aprobando la propuesta sometida.
13. Toda entidad que comience su publicidad sin autorización de la ASES estará sujeto a ser descalificado para ofrecer el plan de salud propuesto por éste. Cualquier publicidad a través de la radio, prensa, televisión o material impreso de los planes deberá incluir la frase "Anuncio autorizado por la Administración de Seguros de Salud del Gobierno de Puerto Rico".
14. La propuesta deberá especificar el nombre de la persona o entidad a quien se le harán los pagos mensuales por concepto de primas.
15. Toda entidad registrará en la propuesta el nombre, dirección, dirección de correo electrónico y teléfono de la persona u oficial autorizado a representar, firmar, endosar o certificar los documentos que le sean enviados, y el deber de informar a la ASES de cualquier cambio que surja sobre dichos datos.
16. La propuesta incluirá una descripción del procedimiento que se utilizará para la atención de las querellas, de las cuales se mantendrá un récord en la oficina de cada asegurador. El procedimiento deberá cumplir con las disposiciones del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.
17. Cada propuesta incluirá un informe estadístico, según se describe en la Sección D de este Artículo.
18. La ASES podrá requerir que se someta, como parte de la propuesta, un plan que contenga aquellas disposiciones específicas que a su mejor entender beneficie a los empleados.

C. Entrega de Propuestas:

1. Las propuestas se entregarán en la manera que la ASES oportunamente determine y notifique en la correspondiente convocatoria. Al recibir las propuestas, de la manera determinada, la ASES verificará que la misma fue presentada según las instrucciones impartidas. El Director de la ASES, o un funcionario designado por éste, confirmará cada propuesta como recibida, con expresión de la hora y fecha.
2. Toda propuesta que se someta ante la ASES con posterioridad a la fecha y hora indicada en la convocatoria será rechazada y devuelta al proponente, sin abrir la misma o el mensaje electrónico que la contenga.
3. Luego de recibidas las propuestas, el funcionario designado por el Director certificará cumplimiento de su presentación, según lo establecido en la convocatoria.

D. Informe Estadístico:

1. Toda propuesta, incluyendo las propuestas de las ODE, vendrá acompañada de un informe estadístico, por grupo contratante, que demuestre la experiencia del proponente con respecto a los planes contratados por la ASES para el año económico anterior, incluyendo el primer semestre del año económico del contrato vigente. El contenido del informe, como las especificaciones en cuanto a su forma, serán detalladas en los avisos de convocatoria y/o invitaciones.
2. Este informe solo aplicará a aseguradoras u OSS que hayan contratado en años anteriores con la ASES. Las entidades que presenten una propuesta por primera vez, o que no hayan sido previamente contratados por la ASES, presentarán un documento que así lo exprese.

**ARTÍCULO 5 – REQUISITOS MÍNIMOS DE LOS PROPONENTES**

- A. La ASES tomará en consideración la capacidad financiera de los proponentes para responder por los riesgos y las facilidades que ofrecen para proveer, pagar o reembolsar los costos y los servicios a contratarse, su historial en la liquidación de las reclamaciones y el cumplimiento de los contratos con el Gobierno de Puerto Rico, sus agencias, instrumentalidades, dependencias, municipios y corporaciones públicas. Igualmente, tomará en consideración cualquier otro requisito especificado en la Ley 95. Por ello, cada Aseguradora deberá:
1. Estar autorizada por el Comisionado de Seguros para contratar seguros de salud en Puerto Rico.

2. Tener solvencia económica de conformidad con lo dispuesto en el Código de Seguros de Puerto Rico. Esto, a su vez, estará sujeto a evaluación para determinar cumplimiento con los requisitos fiscales, según establecidos en la propuesta.
3. Haber estado activo en el negocio de seguros por lo menos durante los tres (3) años anteriores a la fecha de contratación con la ASES.
4. Mantener los récords estadísticos y financieros necesarios, relacionados con el plan, y suministrar aquellos informes que la ASES considere necesarios y pudiera solicitar.

## **ARTÍCULO 6 – REQUISITOS PARA LAS ORGANIZACIONES DE EMPLEADOS**

- A. Las ODE que deseen someter propuestas para planes de beneficios de salud de acuerdo con las disposiciones de la Ley 95, cumplirán con los siguientes requisitos:
1. Estar debidamente registradas como tal en el Departamento del Trabajo y Recursos Humanos.
  2. Su matrícula deberá ser de alcance estatal y deberá estar abierta para la inscripción de todos los empleados y pensionados del Gobierno de Puerto Rico y sus municipios.
  3. De utilizar una organización de servicios de salud o un asegurador, este debe estar debidamente autorizado por el Comisionado de Seguros para contratar seguros de salud en Puerto Rico, de conformidad con lo dispuesto en el Código de Seguros de Puerto Rico. La organización proponente incluirá una certificación a estos efectos, así como los estados financieros de los últimos dos (2) años, certificados por un Contador Público Autorizado. Además, la organización de empleados presentará documentación acreditativa, según se describe adelante, de que la aseguradora u organización de servicios de salud a contratar:
    - (a) Tiene solvencia económica de conformidad con lo dispuesto en el Código de Seguros de Puerto Rico. Esto a su vez estará sujeto a evaluación para determinar cumplimiento con los requisitos fiscales, según establecidos en la propuesta.
    - (b) Ha estado activa en el negocio de seguros por lo menos durante los tres (3) años anteriores a la fecha de contratación con la ASES.

- (c) Mantiene los récords estadísticos y financieros necesarios, relacionados con el plan y suministrará aquellos informes que la ASES considere necesarios y pudiera solicitar.
4. Permitir la continuación de la cubierta sin el requisito de afiliación, a cualquier empleado que se acoja a los beneficios de retiro.
- B. Al momento de otorgar el contrato con la ASES, la organización acompañará copias de cualquier contrato que mantenga con otras Aseguradoras u OSS, según fuere el caso, y será responsable de notificar los cambios que surjan durante la vigencia de dichos contratos por el término del año fiscal.
- C. Las ODE no podrán hacer cambios unilaterales para que los miembros reciban servicios a través de otro asegurador u organización de servicios de salud sin que se notifique previamente y se obtenga la autorización de la ASES. Dicha notificación estará acompañada de una certificación bajo juramento del asegurador u organización de servicios de salud en la que se certifique que no se le adeuda suma alguna por concepto de primas por servicios médico-quirúrgicos y de hospitalización prestados a los miembros de la organización de empleados.
- D. Las ODE no podrán contratar los servicios con OSS y/o Aseguradoras por un término que exceda la vigencia el contrato suscrito por la ASES y la organización de empleados.
- E. Las ODE o sus representantes autorizados seguirán el calendario de suscripción y procesos administrativos que ASES establezca.

## **ARTÍCULO 7 – EVALUACIÓN DE PROPUESTAS**

- A. La ASES evaluará todas las propuestas sobre planes de beneficios de salud que sometan las entidades que estén en el proceso de selección para proveer el beneficio de servicio de salud a la población, al amparo de la Ley 95.
- B. Las tarifas que se propongan deben reflejar, razonable y equitativamente, el costo de los beneficios que se proveen. Si bien las tarifas deben velar por el buen uso de fondos públicos, esto no debe afectar la calidad de los servicios que se ofrezcan a los beneficiarios. Para realizar el análisis de las tarifas, se utilizarán los siguientes criterios, entre otros:
1. Las estadísticas compiladas por el Secretario de Salud y el Comisionado. Dichas estadísticas reflejarán los costos de funcionamiento de los distintos planes por grupo contratados por la ASES, así como los ingresos obtenidos por cada uno de los asegurados bajo contrato.
  2. Se evaluará el volumen de querellas presentadas en contra de las Entidades, el manejo y respuesta a las mismas, así como la red de proveedores disponible.

3. También se tomará en cuenta el que las entidades no tengan deudas con el Gobierno de Puerto Rico, ni con las entidades del Estado que prestan o están relacionadas a la prestación de servicios de salud.
- C. Si la ASES considerase que la tarifa, o tarifas propuestas, son excesivas, y no reflejan razonable y equitativamente el costo de los beneficios que se proveen, podrá citar a cualquier asegurador para discutir su propuesta, descartar su propuesta, o recomendar que se deje sin efecto la convocatoria. Como resultado de lo anterior, podrá emitirse otra convocatoria para recibir nuevas propuestas. En el caso de las ODE que buscan ser certificadas al amparo del Artículo 5 (c) de la Ley 95, la propuesta debe estar acompañada de la correspondiente certificación actuarial.
  - D. Una vez abiertas las propuestas, la ASES solicitará de las agencias, instrumentalidades, dependencias, municipios y corporaciones públicas del Gobierno de Puerto Rico incluyendo, pero sin limitarse, a las entidades del Gobierno que prestan o están relacionadas a la prestación de servicios de salud, que sometan a ASES una certificación en la que se indique la existencia o no existencia de deudas por parte los proponentes con cada uno de dichos organismos gubernamentales. En aquellos casos en que las agencias, instrumentalidades, municipios, corporaciones públicas u otras dependencias del Gobierno de Puerto Rico le certifiquen a la ASES que los proponentes mantienen deudas de más de sesenta (60) días con dichos organismos gubernamentales, la ASES exigirá evidencia del pago de dicha deuda, o del establecimiento de un plan de pago con la agencia, instrumentalidades, municipio, corporación pública u otra dependencia del gobierno como requisito para la consideración de su propuesta.
  - E. La ASES emitirá una determinación sobre las Aseguradoras, las ODE y OSS seleccionadas para contratar con la ASES el plan de beneficios de salud para los empleados públicos. No obstante, la ASES no adjudicará una subasta para contratar el plan de beneficios de salud de los empleados públicos en la que solo un proponente haya sometido propuesta en cuyo caso deberá cerrar el proceso y convocar, nuevamente, a los potenciales proponentes o renovar los contratos existentes.

## **ARTÍCULO 8 – REQUISITOS APLICABLES A LAS OBFE**

- A. Las OBFE del Gobierno, sus agencias, corporaciones públicas, dependencias e instrumentalidades podrán convocar a sus miembros en asamblea, para que sean éstos, por el voto expreso de la mayoría que constituya el quórum convocado para esos efectos, quienes tomen la determinación de negociar los beneficios del plan de salud.
- B. Una vez que la matrícula de la organización determine que se habrá de negociar los beneficios del plan de salud, la OBFE nombrará un Comité Evaluador de Planes de Salud, que sea representativo de los distintos sectores e intereses de

los miembros de su matrícula. Este Comité será responsable de analizar y evaluar todos los planes de salud en el mercado para seleccionar aquellos que ofrecen las primas más bajas o razonables, las mejores cubiertas y beneficios de servicios de salud, y la mejor cubierta de medicamentos.

- C. La OBFE o grupo representativo convocará a los miembros de la matrícula a una Asamblea, en la cual presentará los planes seleccionados por el Comité, para que sea ésta, por el voto expreso de la mayoría que constituya el quórum convocado para esos efectos, la que seleccione el Plan de Salud que mejor se ajuste a sus necesidades.
- D. Una vez sea seleccionado el Plan de Salud, los beneficios serán de aplicación para todos los miembros de la OBFE que voluntariamente decidan acogerse al seguro de salud seleccionado. Las agencias, dependencias o instrumentalidades del Gobierno, colaborarán con la OBFE para permitir que los miembros tengan la oportunidad de recibir la orientación adecuada que les permita beneficiarse de las cubiertas de salud negociadas.
- E. Las OBFE, o sus representantes autorizados, seguirán el calendario de suscripción y procesos administrativos que ASES establezca.
- F. Una vez las OBFE hayan completado su proceso de negociación y contratación, deberán presentar a la ASES evidencia documental de que cumplieron con todos los requisitos reglamentarios de la agencia y con la Ley.

## **ARTÍCULO 9 – REQUISITOS APLICABLES A LOS SINDICATOS**

- A. Aquellos empleados que hayan optado por la sindicación, de conformidad a lo dispuesto en la Ley Núm. 45 de 1998, según enmendada, tendrán derecho a que el representante exclusivo negocie directamente a nombre de éstos, todo lo concerniente a beneficios de salud y contratación de un plan médico. El representante exclusivo nombrará un Comité Evaluador de Planes de Salud, que sea representativo de los distintos sectores e intereses de los miembros de la matrícula. Este Comité será responsable de analizar y evaluar todos los planes de salud en el mercado para seleccionar aquellos que ofrecen las primas más bajas o razonables, las mejores cubiertas y beneficios de servicios de salud y la mejor cubierta de medicamentos.
- B. El representante exclusivo convocará a los miembros de la matrícula a una Asamblea, en la cual presentará los planes seleccionados por el Comité, para que sea ésta por el voto expreso de la mayoría que constituya el quórum convocado para esos efectos, la que seleccione el Plan de Salud que mejor se ajuste a sus necesidades.

C. Una vez sea seleccionado el Plan de Salud, en Asamblea legalmente convocada, el mismo será compulsorio para todos los miembros de la matrícula del representante exclusivo, con las siguientes excepciones:

1. El empleado presente evidencia de desafiliación de la unión.
2. Si el empleado es beneficiario del Plan de Salud del Gobierno, mediante certificación del Programa Medicaid. Sin embargo, si éste pierde elegibilidad en algún momento del año contrato por exceso de ingresos, este tendrá treinta (30) días calendario a partir de la fecha de expiración de elegibilidad en Medicaid, para tramitar suscripción a la cubierta de servicios negociada y contratada por el representante exclusivo para los miembros de la unión. El empleado se comunicará con ASES para solicitar carta de cancelación de aportación patronal (presentando formulario MA-10 otorgado por Medicaid certificando pérdida de elegibilidad por exceso de ingresos). Con esta carta el asegurado podrá suscribirse a la entidad aseguradora seleccionada por la unión dentro del periodo de treinta (30) días calendario antes estipulado.
3. Cuando el empleado mantiene un plan de salud mancomunado con el cónyuge, según dispuesto en la Ley Núm. 88 de 2011.
4. El empleado no desea acogerse a la entidad aseguradora seleccionada.

D. Salvo las excepciones específicas enumeradas de este artículo, el asegurado no podrá hacer cambios de plan médico durante el año de vigencia del mismo.

E. Si durante la vigencia del contrato el asegurado es reclasificado y pasa a ser gerencial, este dejará de ser elegible al plan médico negociado al amparo de la Ley 158 de 26 de agosto de 2006 (en adelante Ley 158). En estos casos, el empleado tendrá treinta (30) días calendario a partir de la fecha en que tiene conocimiento del cambio para cogerse a cualquiera de las entidades aseguradoras contratadas por ASES al amparo de la Ley 95. El empleado presentará a la aseguradora la certificación de la agencia evidenciando que ya no es unionado y la evidencia de la cancelación de la cubierta de servicios de salud que tenía bajo la Ley 158.

F. Aquel empleado que comience al año contrato como gerencial y luego sea reclasificado como unionado tendrá treinta (30) días calendario a partir de la fecha en que tiene conocimiento del cambio para acogerse a la entidad aseguradora seleccionada por la unión a la que ahora pertenece. El empleado presentará a la unión certificación de la agencia que indique que ya no es gerencial y la evidencia de la cancelación de la cubierta que tenía al amparo de la Ley 95.

G. Las uniones, o sus representantes autorizados, seguirán el calendario de suscripción y procesos administrativos que ASES establezca.



- H. Una vez las uniones hayan completado su proceso de negociación y contratación, deberán presentar a la ASES evidencia documental que cumplieron con todos los requisitos reglamentarios de la agencia y con la Ley.

## **ARTÍCULO 10 – DEBERES Y OBLIGACIONES DE LAS ENTIDADES**

### A. Las Entidades contratadas deberán:

1. Cumplir con las disposiciones de la Ley 95 y de este Reglamento.
2. Aceptar el ingreso al plan de cualquier empleado o pensionado elegible sin excluir a ninguno por motivos de raza, sexo, estado de salud, estatus civil, orientación sexual, identidad de género, edad al tiempo de ingresar por primera vez o la naturaleza peligrosa de su trabajo.
3. Ofrecer a cada empleado, cuya suscripción al plan haya terminado por alguna razón que no sea cancelación voluntaria de su cubierta o por fraude, una prórroga provisional de su cubierta que no excederá de treinta (30) días durante la cual dicho empleado pueda hacer uso de su derecho de conversión.
4. Proveer una tarjeta de identificación al beneficiario (asegurado) y a los familiares y dependientes cubiertos por el plan conforme a las disposiciones contractuales pactadas con ASES.
5. Mantener y proveer datos estadísticos relacionados con el plan y cualquier otra data o información que la ASES solicite.
6. Mantener debidamente orientados a todos los empleados y pensionados que se acojan al plan de su selección.
7. Entregar a cada empleado o pensionado acogido al plan un "Manual del Beneficiario" en la que se harán constar los beneficios, términos y condiciones del plan. Además, se incluirán las condiciones relativas a la prestación de servicios y reembolsos por reclamaciones. Dicho "Manual del Beneficiario" será archivada conjuntamente con el contrato que se otorgue en la ASES y copia de los mismos se radicarán en la Oficina del Comisionado, de conformidad con lo dispuesto en el Código de Seguros de Puerto Rico, Ley Núm. 77 de 1957, según enmendada.
8. Notificar por escrito a la ASES, o a la persona en quien ésta delegue, una relación de los hospitales, consultorios médicos, laboratorios, centros radiológicos y cualesquiera otros servicios contratados que sirvan al programa, con sus respectivas direcciones y teléfonos y los cambios que surjan en la vigencia de dichos contratos.

9. En el caso de una organización de empleados, suministrar cualquier información que, a requerimiento del Comisionado, del Secretario de Salud o de la ASES le haya sido sometida por los proveedores para evaluar los costos de funcionamiento y tarifas de los planes.
10. En los casos en que el pago de la prima de algún empleado, incluyendo la aportación patronal, no se haya recibido por el asegurador, organización de servicios de salud, ODE, OBFE u OBFP, según fuere el caso, antes de solicitar del empleado o el pensionado el pago total de la prima, se comunicará con la agencia en la que el empleado presta servicios – o el sistema de retiro correspondiente, si se tratare de un pensionado – para verificar la razón por la que no se ha remitido dicha prima. Si el empleado ha continuado prestando servicios en la misma agencia o ha sido trasladado a otra agencia, o al sistema de retiro, según sea el caso, y no se ha efectuado la correspondiente deducción del salario o pensión, el asegurador procederá a facturar a la agencia o sistema de retiro concernido por la aportación patronal y la del empleado o pensionado. Disponiéndose, que si ha transcurrido un término razonable – el cual no excederá de treinta (30) días – a partir de la fecha en que se remite la factura sin recibirse la prima, entonces se le podrá requerir al empleado o pensionado el pago de dicha prima, teniendo éste el derecho de solicitar el reembolso correspondiente.
11. Suministrar a la ASES, dentro de los treinta (30) días siguientes a la terminación de cada mes, un "Informe Mensual de Planes Médicos" en el que se certificará bajo juramento que no se adeuda dinero alguno, que esté vencido, líquido o exigible, a los proveedores por concepto de los servicios médico-quirúrgicos y de hospitalización que estén relacionadas a los servicios prestados conforme a los contratos otorgados al amparo de este Reglamento o la Ley 95, sobre los cuales el Secretario haya desembolsado la prima correspondiente y que las estadísticas suministradas son correctas. Si hay una deuda sujeta a plan de pago con el que se esté cumpliendo, se certificará el cumplimiento y se proveerá evidencia. Dicho Informe Mensual de Planes Médicos será requisito indispensable para que el Secretario haga el desembolso de cualquier mensualidad pendiente de pago.
12. Notificar a la ASES con por lo menos treinta (30) días de anticipación, de cualquier situación o actuación que se proponga realizar que afecte o pueda afectar la debida prestación de los servicios médico-quirúrgicos y de hospitalización a los funcionarios, empleados y pensionados públicos.
13. Notificar a la ASES cualquier cambio, cancelación o rescisión de un contrato con los proveedores de servicios tales como dispensarios, médicos, hospitales, etc., lo más pronto posible y no más tarde de cinco (5) días laborables a partir de la fecha en que ocurra el cambio, cancelación o rescisión. Se notificará, además, a cada beneficiario del plan dentro de un término razonable. Disponiéndose, que, si se tratare de una cancelación originada por el

- proveedor, se notificará a la ASES y a la organización de empleados, en el caso en que medie este tipo de organización, antes de la fecha de efectividad de la rescisión. Disponiéndose, además, que antes de la fecha de efectividad de la cancelación se notificará a los beneficiarios el nuevo proveedor.
14. Garantizar que la cubierta del plan será igual para todos los dependientes o miembros del grupo familiar incluidos en la póliza.
  15. Reembolsar a todo beneficiario que utilice los servicios de un hospital que a la fecha en que la ASES contrató con el asegurador figuraba como proveedor de los servicios y que posteriormente sea cancelado como tal, una cantidad igual al Per-Diem que se le estuviera pagando al hospital a la fecha de cancelación o el Per-Diem promedio que se estableciere para hospitales no asociados, la que fuere mayor. Cuando esta situación ocurra con otros proveedores de servicios tales como médicos, laboratorios y dispensarios, se le reembolsará al beneficiario una cantidad igual a la que se le hubiera pagado a un proveedor contratado para la prestación de los servicios. Esta disposición está sujeta al periodo de transición establecido en el Artículo 7 de la Ley 194-2000, según enmendada conocida como *Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente*.

#### **ARTÍCULO 11 – SUSCRIPCIÓN, CAMBIOS Y CANCELACIÓN**

- A. Anualmente, la ASES notificará, mediante Carta Circular, los nombres de las Entidades calificadas para ofrecer contratos de servicios de salud bajo la Ley 95. La ASES notificará además las claves asignadas para identificar dichas entidades, la fecha límite para radicar las solicitudes de ingreso o solicitar cambios y bajas a planes de servicios de salud y la fecha de efectividad para ingresar a los planes.
- B. Cualquier empleado de nombramiento o elección en servicio activo, cuyo nombramiento sea de seis (6) meses o más y todo pensionado de cualesquiera de los sistemas de retiro auspiciados por el Gobierno de Puerto Rico, sin considerar la edad, podrá acogerse, en la fecha y bajo las condiciones de elegibilidad que se establecen en este Reglamento, con absoluta libertad de selección, a uno de los planes contratados por la ASES.
- C. Cualquier empleado de nuevo nombramiento o que sea elegible para ingresar a uno de los planes contratados por la ASES, deberá radicar solicitud de ingreso dentro del periodo de sesenta (60) días siguientes a la fecha de su ingreso al servicio público.
- D. Los empleados por contrato, el personal irregular o por jornal cuyo nombramiento sea menor de seis (6) meses no son elegibles para ingresar a un plan de servicios de salud bajo Ley 95. Sin embargo, los empleados transitorios cuyo nombramiento sea menor de seis (6) meses podrán ingresar a los planes de servicio de salud contratados por la ASES, pero sin derecho alguno a la aportación patronal. No obstante, en aquellos casos en que la retribución del personal irregular o por jornal

sea pagada con fondos federales y el gobierno federal, al asignar estos fondos, provea para el pago de beneficios marginales y de servicios médicos, dicho personal podrá recibir beneficios de la Ley 95.

- E. Cualquier empleado o pensionado podrá apelar ante la ASES, la denegatoria de una dependencia para ingresar a un plan, efectuar cambios en su cubierta, cambiar de plan, o cualquier otro tipo de cambio que el asegurado desee hacer de acuerdo con este Reglamento. Cualquier persona adversamente afectada por una decisión de la ASES en virtud de este Reglamento y de la disposición de ley a que se refiere, podrá apelar dicha decisión al Tribunal de Apelaciones conforme a la LPAU.
- F. Cuando a un empleado se le apruebe una licencia sin sueldo, la agencia y el empleado se comunicarán por escrito con el asegurador u organización de servicios de salud con el cual éste tiene su contrato de servicios de salud para indicarle la fecha en que comienza y termina la licencia. Todo empleado que cumpla un año de licencia sin sueldo y no se reinstale a su trabajo, pero desee continuar con el plan, pagará su plan por completo, hasta su renuncia, cesantía o reinstalación. El empleado notificará a su agencia y al asegurador u organización de servicios de salud inmediatamente su reinstalación para el trámite correspondiente con éste último. En caso que el empleado no se reinstale a su puesto, este será responsable de reembolsar las aportaciones patronales pagadas por su agencia durante el correspondiente periodo de doce (12) meses, a menos que por recomendación médica no pueda regresar a sus labores. La cubierta de todo empleado que cumpla un (1) año de estar en licencia sin sueldo, se cancelará a esa fecha.
- G. En caso de cesantía, la cubierta se cancelará dentro de los cinco (5) días siguientes a la misma. La fecha de efectividad de la cancelación o terminación estará sujeta a los términos dispuestos en la Ley Núm. 194 de 2000, según enmendada, mejor conocida como la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente. Si el empleado reingresa al servicio público luego de terminada la cubierta por una de dichas razones, deberá tramitar su reingreso al seguro dentro del término establecido en el inciso C de este Artículo.
- H. Cualquier asegurado podrá cambiar su cubierta individual a la de pareja o grupo familiar y viceversa, dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha del cambio en el estado civil o familiar.
- I. Cualquier empleado o dependiente del empleado que deje de ser elegible a otro plan médico, podrá solicitar ingreso al plan de salud que provee la Ley 95 dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación de la no elegibilidad para continuar asegurado bajo otro plan. El empleado presentará evidencia de la fecha de efectividad de la no elegibilidad.

- J. Todo oficial de la Policía del Gobierno de Puerto Rico que se acoja al plan de beneficios de salud que provee la Ley 95 tendrá derecho a un (1) cambio de asegurador o cubierta de salud durante el año contrato siempre y cuando hayan transcurrido al menos seis (6) meses desde la fecha de efectividad del plan. No se tramitará más de un (1) cambio durante el año contrato, salvo en las circunstancias establecidas en este Artículo.
- K. El empleado acogido a un plan de salud no podrá darse de baja e ingresar a otro plan de los contratados por la ASES, luego de la fecha de efectividad para ingresar al plan, salvo en las circunstancias establecidas en este Artículo.
- L. El empleado que se acoja a los beneficios de retiro de cualquiera de los Sistemas de Retiro e interese ingresar en uno de los planes de servicios de salud contratados por la ASES bajo la Ley 95 entregará una nueva solicitud ante la entidad aseguradora seleccionada dentro de los sesenta (60) días calendarios siguientes a la fecha en que recibe su primer pago del Sistema de Retiro. En estos casos, el ingreso tendrá efectividad el primer día del mes siguiente, si se somete antes del día 10. Si la solicitud de ingreso se efectúa después del día 10, el ingreso tendrá efectividad el día primero del mes subsiguiente al que se someta la solicitud.
- M. El empleado que se acoja a los beneficios de retiro de cualquiera de los Sistemas de Retiro e interese continuar sin interrupción de servicios deberá comunicarse directamente con la entidad aseguradora con la cual tiene su plan médico dentro de los treinta (30) días calendarios anteriores de la fecha de separación de la instrumentalidad gubernamental para notificarle la fecha en que se acogerá al retiro. Además, enviará copia de la renuncia ya aceptada por la instrumentalidad gubernamental. El pensionado no podrá hacer cambios de entidad aseguradora, ni de cubierta en ese momento. El pensionado pagará directamente a la entidad aseguradora el costo total de la prima, incluyendo la aportación patronal. Tan pronto como reciba su primer pago como pensionado podrá solicitar, con evidencia certificada del pago, al Sistema de Retiro que pertenece, el reembolso de las aportaciones patronales pagadas y notificar a la entidad aseguradora para que ésta comience a facturar al Sistema de Retiro.
- N. El personal que se acoja a los beneficios de retiro de cualquiera de los Sistemas de Retiro y decida no continuar con su plan médico deberá comunicarse directamente con la entidad aseguradora con la cual tiene su plan médico dentro de los treinta (30) días calendarios anteriores de la fecha de separación de la instrumentalidad gubernamental para notificarle la fecha en que se acogerá al retiro, además, enviará copia de la renuncia ya aceptada por la instrumentalidad gubernamental, junto con las tarjetas del plan médico. Del retirado no entregar las tarjetas, será responsable del pago de la prima y de los servicios utilizados.
- O. Cualquier cambio que el pensionado pueda realizar bajo las disposiciones de este Reglamento luego de la fecha de efectividad de ingresar al plan deberá tramitarse directamente con el Sistema de Retiro que le corresponda.

- P. Se considerarán miembros del contrato de grupo familiar para los fines de los beneficios de salud que provee la Ley 95 el cónyuge o cohabitante del empleado y los dependientes según definido en el Artículo 3 de este Reglamento.
- Q. Cualquier empleado cubierto por un plan auspiciado por una organización de empleados que termine su afiliación en dicha organización, puede ingresar a otro de los planes contratados por la ASES durante los sesenta (60) días siguientes a la fecha de terminada la cubierta bajo el plan auspiciado por la organización de empleados.
- R. Toda solicitud de ingreso o cambios que se reciba por el asegurador en o antes del décimo día de cualquier mes será efectiva el primer día del mes siguiente. Solicitudes de ingreso que se reciban después del décimo día de cualquier mes serán efectivas el primer día del mes subsiguiente.

## **ARTÍCULO 12 – ESPECIFICACIONES PERTINENTES A COHABITANTES**

- A. Bajo el Plan de Salud de la Ley 95, las personas cohabitantes tendrán los mismos beneficios y obligaciones que el cónyuge del empleado asegurado.
- B. Para el ingreso de un cohabitante de un empleado, sus hijos o familiares al plan de salud, la Entidad requerirá al empleado una declaración jurada con cada ingreso o renovación de contrato, la cual se conocerá como "Certificado de Elegibilidad". El "Certificado de Elegibilidad" establecerá lo siguiente:
1. que la cohabitación existe hace un (1) año o más;
  2. que las personas cohabitantes cumplen con la definición que establecida en el Artículo 3 de este Reglamento;
  3. que los declarantes entienden que cualquier información falsa brindada en dicha declaración conlleva la comisión del delito de perjurio y delito de fraude en contra del Gobierno de Puerto Rico;
  4. que los declarantes entienden que cualquier información falsa brindada en dicha declaración conlleva sanciones disciplinarias y el recobro de las cantidades desembolsadas en virtud de los servicios de salud recibidos, incluyendo honorarios de abogado, por parte del Departamento de Hacienda, el asegurador, organización de empleados u organización de servicios de salud. El certificado establecerá, además, que a discreción de la ASES se podrá cobrar un 10% de interés sobre las cantidades a recobrar por brindar información falsa.

- C. En casos de controversia sobre la existencia de la situación de cohabitación, según definida en este Reglamento y para propósitos de evidenciar la misma, la Entidad podrá solicitar al empleado asegurado uno o más de los siguientes documentos, entre otros a determinarse por la ASES:
1. escrituras de hipoteca o compraventa;
  2. contratos de alquiler otorgados conjuntamente por el empleado y su cohabitante;
  3. contrato sobre comunidad de bienes;
  4. cuentas bancarias conjuntas;
  5. póliza de seguro de vida con designación del cohabitante como beneficiario principal;
  6. planes de retiro con designación del cohabitante como beneficiario principal;
  7. facturas de prestación de servicios públicos del lugar de residencia de los cohabitantes.
- D. En el caso de la disolución de la cohabitación, según definida en el Artículo 3, independientemente de las razones para ello, el empleado asegurado presentará al asegurador, dentro del término de treinta (30) días a partir de la ocurrencia de la disolución, una declaración jurada haciendo constar dicha situación o, en caso de muerte del cohabitante, un certificado de defunción emitido por el Gobierno de Puerto Rico.
- E. En el caso de la disolución de la cohabitación, los cohabitantes podrán ejercer el derecho a conversión bajo el Plan de Salud de los Empleados del Gobierno de Puerto Rico.
- F. El empleado que cohabite con una persona y cumpla con las definiciones del Artículo 3 de este Reglamento a la fecha en que el mismo entre en vigor y quiera acogerse a una cubierta de pareja o grupo familiar tendrá sesenta (60) días a partir de la fecha de vigencia de este Reglamento para hacer el cambio.
- G. La falsa representación por parte de cualquier empleado asegurado, con el propósito de tratar de establecer la existencia de la cohabitación fraudulentamente, conllevará la restitución al Gobierno de Puerto Rico de todo dinero aportado por éste al plan de salud. El empleado podrá ser referido por la ASES, o el Departamento de Hacienda, al Departamento de Justicia para la investigación de los cargos penales que procedan y la radicación de los mismos. De igual forma, el empleado estará sujeto a la aplicación de las medidas disciplinarias dispuestas

para todo asegurado que incurra en la conducta descrita en el Artículo 24 de este Reglamento.

### **ARTÍCULO 13 – PROCEDIMIENTO A SEGUIR PARA TRAMITAR LAS SOLICITUDES DE INGRESO**

- A. Cada dependencia tramitará las solicitudes de ingreso de conformidad con lo aquí dispuesto y con las instrucciones que a esos efectos pueda emitir la ASES. Las solicitudes de ingreso de los pensionados se tramitarán por cada uno de los Sistemas de Retiro de conformidad con lo aquí dispuesto y con las instrucciones que a esos efectos pueda emitir la ASES.
- B. Cuando un empleado interese solicitar cubierta bajo uno de los planes calificados y/o contratados por la ASES, procederá a llenar una solicitud de ingreso en los formularios que se proveerán a la Unidad de Personal de cada dependencia o al Sistema de Retiro correspondiente para el asegurador, organización de empleados u organización de servicios de salud.
- C. Toda solicitud de ingreso se tramitará a partir de la fecha que promulgue la ASES y deberá radicarse en la Unidad de Personal de la dependencia donde trabaja el empleado o en el Sistema de Retiro que le corresponda al pensionado en o antes de la fecha límite establecida por la ASES. Después de esta fecha no se tramitará solicitud de ingreso alguna excepto en los casos que se especifican en este Artículo. Bajo ningún concepto el empleado o pensionado radicará solicitud de ingreso directamente con el asegurador u organización de servicios de salud. En los casos en que el plan seleccionado sea ofrecido a través de una organización de empleados, la solicitud de ingreso se enviará primeramente a la organización de empleados. La organización, luego de hacer las verificaciones de rigor, someterá las solicitudes a la Unidad de Personal de la dependencia correspondiente o al Sistema de Retiro, según sea el caso.
- D. La Unidad de Personal de la dependencia o el Sistema de Retiro, al recibir las solicitudes de ingreso verificará que estén debidamente cumplimentadas y que indiquen correctamente el número de empleado o de seguro social, según aparece en su cheque de sueldo. La Unidad de Personal o el Sistema de Retiro preparará una lista por asegurador, organización de empleados u organización de servicios de salud de los empleados que se acojan al plan de su selección y enviará las solicitudes a las entidades aseguradoras u organización correspondiente, para su aprobación.
- E. Una vez las Entidades aprueben las solicitudes, deberán remitir a las dependencias cuyas nóminas se preparan en el Negociado de Sistemas Electrónicos del Departamento de Hacienda, una factura, en original y cuatro (4) copias, para todos aquellos empleados que quedarán asegurados junto a los dependientes incluidos en la solicitud.



- F. La dependencia o el Sistema de Retiro cotejará la factura o facturas contra las listas de las solicitudes previamente remitidas, a tenor con lo establecido en este artículo, con el propósito de constatar que todos aquellos empleados o pensionados que solicitaron su ingreso a un plan fueron incluidos en las mismas. Al recibir la factura, la Unidad de Personal de cada dependencia o del Sistema de Retiro, según corresponda, verificará que la misma cumple con este Reglamento y que la tarifa, incluyendo la aportación patronal o la aportación de retiro, es correcta. Se indicará en cada factura cualquier omisión hecha sobre dicha información. De igual forma, se realizarán los ajustes correspondientes a las facturas, como consecuencia de cualquier cambio en el estatus del empleado tales como, traslados, licencias sin sueldos, suspensiones o renunciaciones.
- G. La ASES podrá requerir, previa notificación de carta circular, que toda solicitud de ingreso se tramite a través de un sistema electrónico u otra tecnología que pueda adoptarse en el futuro.
- H. La Unidad de Personal de la dependencia o el Sistema de Retiro no tramitará ninguna solicitud de ingreso a un plan de salud radicada con posterioridad a la fecha límite para solicitudes que promulgue la ASES. Disponiéndose, que lo anterior no es aplicable a las solicitudes de:
1. empleados de nuevo nombramiento, según se dispone en Artículo 11 de este Reglamento;
  2. empleados que se den de baja en un plan para ingresar a otro según se dispone en el Artículo 11;
  3. solicitudes radicadas por aquellos empleados que con posterioridad a la fecha indicada ingresen en alguna de las ODE con las cuales la ASES ha contratado y se acogen a los planes de salud que ofrecen las mismas;
  4. empleados que se acogen a los beneficios del retiro según se dispone en el Artículo 11.
- I. Toda solicitud de ingreso que se reciba el asegurador antes del décimo día de cualquier mes será efectiva el primer día del mes siguiente. Solicitudes de ingreso que se reciban después del décimo día de cualquier mes serán efectivas el primer día del mes subsiguiente.

#### **ARTÍCULO 14 – TERMINACIÓN DE LA CUBIERTA**

- A. La cubierta del plan de salud del empleado terminará:
1. A la fecha de expiración del contrato suscrito entre la ASES y las Entidades;

2. En los casos de separación del servicio, el último día de cobro;
3. Al cumplirse un (1) año desde la fecha en que se le concede la licencia sin sueldo o a la fecha de terminación de dicha licencia, el período que sea más corto, excepto que el empleado se reintegre a sus labores en el servicio público inmediatamente después de la terminación de dicho periodo. Disponiéndose que, si el empleado no se reintegra a sus labores en el servicio público inmediatamente luego de transcurrido dicho período habiendo disfrutado del pago de la aportación del Gobierno al plan de beneficios de salud en cuestión, éste vendrá obligado a reembolsar al Gobierno de Puerto Rico el gasto incurrido por concepto de las aportaciones patronales a su plan de salud, durante dicho período de licencia sin sueldo. La ASES podrá excluir de la obligación de reembolsar las aportaciones mencionadas a todo aquel empleado que se acoja a los beneficios del retiro o incapacidad por una condición de salud;
4. En los casos de pensionados, el último día de pago a que tenga derecho como pensionado. En los casos en que el pensionado se reinstale o reingrese al servicio público su cubierta continuará sin interrupción;
5. Cuando el empleado incurra en fraude en el uso de su tarjeta de servicios bajo el plan médico, incluyendo, entre otras cosas, el permitir que otras personas utilicen indebidamente o fraudulentamente la misma.

#### **ARTÍCULO 15 – APORTACIÓN GUBERNAMENTAL Y DEDUCCIONES**

- A. El Secretario desembolsará la cantidad que se fije por ley u orden ejecutiva como aportación patronal para cada empleado que se acogiere a los beneficios de la Ley 95.
- B. La aportación patronal del Gobierno con respecto a los empleados en servicio activo se fijará en el presupuesto de cada una de las agencias, dependencias y municipios del Gobierno de Puerto Rico. De igual forma, la aportación correspondiente a los pensionados se consignará en una partida especial en el presupuesto del sistema de retiro al que esté acogido.
- C. Se deducirá del sueldo o pensión de los empleados o pensionados que voluntariamente se acogieren a los beneficios que provee la Ley 95, la cantidad de dinero necesaria para satisfacer el costo de la prima correspondiente al plan seleccionado, luego de deducir la aportación patronal.
- D. La aportación patronal de los empleados que disfrutaban de licencia sin sueldo y de los que se acogen a retiro, durante el periodo que transcurre desde la fecha en que cesa hasta que se apruebe su pensión, se hará de conformidad con las instrucciones que emita la ASES.

E. Cuando un empleado cese o haya prestado servicios por un período menor de quince (15) días durante cualquier mes, excepto por razón de licencia autorizada, no se contará dicho servicio a los efectos de la aportación patronal. La totalidad de la prima será pagada por el empleado.

F. Aportaciones cuando ambos cónyuges son empleados gubernamentales:

1. Cuando un empleado público, cuyo cónyuge o cohabitante trabaje en el servicio público, interese que se le aplique la aportación gubernamental de ambos al plan familiar o de pareja de su selección, añadirá a la solicitud de ingreso, en un lugar visible en la parte superior de la misma, la frase "Plan Mancomunado", indicando el número de seguro social de su cónyuge o cohabitante.
2. El cónyuge o cohabitante del empleado que se acoja al plan, llenará el Modelo en original y dos copias. Dicho Modelo se someterá a la Unidad de Personal de la dependencia donde presta servicios para que ésta certifique el original y las copias en la parte correspondiente.
3. Junto con el Modelo, el cónyuge o cohabitante acompañará el original y una copia del Certificado de Matrimonio o Certificado de Elegibilidad, según aplique.
4. Una vez la Unidad de Personal del cónyuge o cohabitante del empleado que se acoja al Plan certifique el original y una copia del Modelo, el cónyuge o cohabitante retendrá la copia del mismo junto con el Certificado de Matrimonio o Certificado Elegibilidad y entregará el original y copia del Modelo al cónyuge que se va a acoger al plan familiar o de pareja como asegurado principal para que éste la entregue a la Unidad de Personal de la dependencia donde presta servicios junto con su solicitud de ingreso al plan de pareja o familiar de su selección.
5. Cuando ambos cónyuges o cohabitantes presten servicios para la misma dependencia, el empleado que solicite un plan mancomunado someterá junto con la solicitud de ingreso únicamente el Certificado de Matrimonio o Certificado de Elegibilidad, según aplique.

G. Aportaciones para planes mancomunados:

1. En los casos de cónyuges o cohabitantes que prestan servicios en distintas dependencias para las cuales la ASES haya contratado los planes de salud, el Departamento de Hacienda o cada dependencia, según sea el caso, remitirá al asegurador u organización de empleados o servicios el pago de la aportación patronal correspondiente basado en las facturas que reciban de éstos luego de verificarlas.

2. Cuando la aportación patronal de ambos cónyuges o cohabitantes no cubra la totalidad de la prima a pagar, la diferencia de la prima a pagar se le descontará al empleado que se acoja como asegurado principal. En caso de que la prima a pagar sea menor que el total de ambas aportaciones, la prima a pagar será cubierta hasta el máximo de las aportaciones de cada uno.

## **ARTÍCULO 16 – PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVOS PARA PLANES MANCOMUNADOS**

- A. La Unidad de Personal de la dependencia, al recibir el Modelo, verificará que se acompañe con éste el Certificado de Matrimonio o Certificado de Elegibilidad y que la información que se indica en el Modelo es la correcta.
- B. La Unidad de Personal de la dependencia donde preste servicios el cónyuge o cohabitante del empleado que se acoge al plan familiar retendrá una copia certificada del Modelo junto con el Certificado de Matrimonio o Certificado de Elegibilidad y entregará al empleado el original y copia del Modelo debidamente certificado. Con la copia certificada retenida, preparará una relación de las certificaciones expedidas, la cual utilizará para corroborar éstas con las facturas que remita el asegurador u organización de empleados.
- C. La Unidad de Personal de cada dependencia en la que haya empleados que radicaron una solicitud para un plan de pareja o familiar bajo un plan mancomunado, cuyos cónyuges o cohabitantes trabajan en distintas dependencias, preparará una relación indicando el nombre del cónyuge o cohabitante y la dependencia donde éste presta servicios, según surge del Modelo. Dicha relación se someterá a las Aseguradoras u ODE, junto con las solicitudes para acogerse al plan familiar o de pareja, identificada como planes mancomunados. La misma será utilizada por éstos para facturar por la aportación patronal a la dependencia del cónyuge o cohabitante del asegurado donde éste presta servicios.
- D. Cada dependencia tramitará las solicitudes de ingreso y cambios al plan de conformidad con este Reglamento y las instrucciones que a los efectos emita la ASES y retendrá los originales del Modelo y/o las copias de los certificados de matrimonio o elegibilidad, según sea el caso, para sus récords.
- E. Las dependencias, al recibir la factura de las Entidades, además de verificar que la misma cumple con este Reglamento y con cualquier directriz emitida por la ASES, verificará que la prima o cualquier aportación patronal que se está cobrando en los casos de planes mancomunados es correcta. La dependencia donde preste servicios el cónyuge o cohabitante del empleado que se acoge al plan familiar verificará que procede el que se efectúe el pago de la aportación utilizando la relación que se indica en el Artículo 15 de este Reglamento.

## **ARTÍCULO 17 – RENUNCIA, TRASLADO, DESTITUCIÓN O SUSPENSIÓN DE EMPLEADOS CUBIERTOS POR UN PLAN**

- A. Cuando un empleado cesa en sus funciones por motivo de renuncia o destitución confirmada por la Comisión Apelativa del Servicio Público (CASP) o por la entidad apelativa de acciones de personal correspondiente a la dependencia para la cual trabaja, según sea el caso, se le requerirá a éste que entregue, junto con la propiedad a su cargo, la tarjeta de identificación de su plan de salud emitida por la Entidad que le asegura. La dependencia vendrá obligada a remitir la misma al asegurador u organización, según corresponda, dentro de los próximos cinco (5) días.
- B. La Unidad de Personal de cada dependencia notificará al asegurador u organización que corresponda de cualquier cambio en el estatus del empleado por motivo de traslado, renuncia, destitución o suspensión no más tarde de los (5) cinco días siguientes a la fecha de dicho cambio.
- C. Los empleados que se trasladen a trabajar fuera de Puerto Rico, así como aquellos que sean destituidos o suspendidos de sus empleos y que apelen dicha acción ante la CASP, o ante la entidad apelativa de acciones de personal correspondiente a la dependencia para la cual trabaja, pueden continuar acogidos al plan pagando directamente al asegurador el total de la prima, que incluirá la cantidad correspondiente a la aportación patronal.
- D. En aquellos casos en los cuales la CASP, o la entidad apelativa de acciones de personal correspondiente a la dependencia para la cual trabaja, revoque la determinación de la dependencia de destituir o suspender un empleado, se procederá de conformidad con lo dispuesto en la Sección 9 de la Ley 95.
- E. En el caso de planes mancomunados, cuando uno de los cónyuges o cohabitantes renuncie o sea trasladado a una dependencia en la cual los servicios médicos no se contratan por la ASES en virtud de las disposiciones de la Ley 95, será responsable de notificarle a la Entidad a través de la dependencia en que éste trabaja. En estos casos se discontinuará el pago de la aportación patronal que corresponda al cónyuge o cohabitante que renuncie o que se traslade.

## **ARTÍCULO 18 – MEDIDAS DISCIPLINARIAS**

El empleado que, con el propósito de acogerse al beneficio de las aportaciones gubernamentales bajo un plan mancomunado o para ingresar a un plan, someta cualquier documento o información fraudulenta; o el funcionario o el empleado que a sabiendas permita que un empleado someta documentos o información fraudulenta para acogerse a un plan de beneficios de salud o que permita que personas no cubiertas por el plan, con el propósito de recibir los servicios cubiertos por el plan, utilice la tarjeta que se le provee al empleado como evidencia de cubierta, estará sujeto a que se le impongan las medidas disciplinarias, incluyendo la destitución de empleo que establece la Ley Núm. 8

de2017, según enmendada, conocida como “Ley de Administración y Transformación de los Recursos Humanos en el Gobierno de Puerto Rico” (en adelante, la “Ley 8”).

## **ARTÍCULO 19 – PROCEDIMIENTO DE QUERELLAS**

- A. De conformidad con la LPAU y con las reglas de adjudicación o reglamento aplicables, se establece el procedimiento administrativo que se seguirá para la resolución y adjudicación de cualquier controversia que surja sobre los servicios objeto de este Reglamento dependiendo del tipo de querella y la agencia responsable de adjudicar la misma y de tomar la determinación administrativa correspondiente.
- B. El procedimiento administrativo deberá ser agotado hasta la adjudicación final de la controversia.
- C. En ningún caso se cancelará el contrato del asegurado, hasta que se dilucide finalmente la controversia.
- D. Las querellas se radicarán de la siguiente manera:
  - 1. Ante el Comisionado cuando la querella se presente por problemas con la cubierta.
  - 2. Ante la ASES cuando la querella se relacione con la calidad de los servicios que ofrecen los proveedores, el ingreso al plan, cambios en el tipo de cubierta o con los pagos y descuentos a los empleados. ASES también atenderá querellas entre ODE y Aseguradoras, u OSS por incumplimiento de las condiciones contenidas en el contrato suscrito con la ASES.
- E. Independientemente que se trate de una OSS o una Aseguradora, deberán observar los procesos establecidos para el manejo de querellas dispuestos en el Capítulo 19 y 22 del Código de Seguros.
- F. Los foros administrativos para atender quejas o querellas deberán ser agotados antes de solicitar el auxilio en revisión del Comisionado o la ASES.
- G. Una vez concluida la querella presentada ante la Aseguradora u OSS, el beneficiario podrá presentar ante la ASES o el Comisionado una querella, solicitud de investigación o una solicitud de revisión externa independiente. Cualquiera que sea el recurso solicitado, esta deberá acompañarse con una copia de la decisión emitida en el foro inferior, la evidencia que se le entregó y deberá, además, cumplir con cualquier otro requisito que disponga para ello la ASES o el Comisionado.
- H. Una vez emitida y notificada la resolución u orden que adjudique la querella en la Oficina del Comisionado o en la ASES, según fuere el caso, la parte adversamente afectada por la misma, de no estar conforme, podrá solicitar reconsideración y/o

la revisión judicial de la misma ante el Tribunal de Apelaciones, a tenor con la LPAU y las reglas de adjudicación aplicables.

- I. Cuando una Aseguradora u OSS reciba una determinación adversa de una investigación ante el Comisionado, recurrirá al proceso administrativo contemplado en el Código de Seguros.
- J. Las determinaciones sobre "revisiones externas independientes" se regirán conforme a lo dispuesto en el Capítulo 28 del Código de Seguros.

## **ARTÍCULO 20 – EXTENSIÓN DE CUBIERTA Y DERECHO DE CONVERSIÓN**

Cualquier empleado, pensionado o miembro del grupo familiar cuya cubierta hubiere terminado por alguna razón que no fuere cancelación voluntaria o fraude, tendrá derecho a una prórroga por un período no menor de treinta (30) días siguientes a la fecha de la terminación de su cubierta. Durante dicha prórroga, la persona podrá hacer uso de la opción de convertir, sin prueba de buena salud, a un plan no grupal que provea beneficios de salud. La persona que haga uso de esta opción deberá pagar el monto total de todos los cargos periódicos del contrato no grupal.

## **ARTÍCULO 21 – DISPOSICIONES GENERALES**

- A. Se faculta a la ASES a establecer los procedimientos para la implantación del presente Reglamento, y a realizar o promover las enmiendas necesarias a cualquier Carta Circular, Norma o Reglas vigentes, a los fines de atemperar a éstas sus disposiciones.
- B. Ninguna Entidad podrá realizar cambios en las primas o planes de seguros de empleados públicos por razón del Reglamento aquí adoptado sin la autorización previa de la ASES.

## **ARTÍCULO 22 – RELACIÓN CON OTRAS LEYES**

- A. La Entidad que tenga deudas vencidas, líquidas y exigibles con el Gobierno de Puerto Rico por cualesquiera conceptos, le serán aplicables las disposiciones del apartado (j) del Artículo 9 de la Ley Núm. 230 de 23 de Julio de 1974, "Ley de Contabilidad del Gobierno de Puerto Rico" (en adelante, la "Ley 230"). El Secretario retendrá de la aportación patronal que le corresponda remitir las sumas necesarias para ser aplicadas a la deuda.
- B. Cuando los beneficiarios de una Entidad utilicen los servicios de las facilidades de beneficencia pública del Gobierno de Puerto Rico y adeuden a éstas dinero por concepto de una reclamación líquida y exigible establecidas por éste, le serán

aplicables las disposiciones de la Ley 230 y la Ley Núm. 56 del 21 de junio de 1969, según enmendada, conocida como “Ley de Asistencia Médico-Hospitalaria”.

### **ARTÍCULO 23 – APLICABILIDAD**

- A. Las disposiciones de este Reglamento aplicarán a los empleados que presten servicios en dependencias gubernamentales, corporaciones públicas, y en los municipios. Aplicará además a los empleados que presten servicios en la Rama Judicial, la Rama Legislativa, la Oficina del Contralor y en la Universidad de Puerto Rico, si éstos optaren por ello. Para ellos, la ASES contratará los planes de beneficios de salud de conformidad con la Ley 95.
- B. La Rama Judicial, la Rama Legislativa, la Oficina del Contralor y la Universidad de Puerto Rico podrán gestionar sus planes de beneficios de salud sin la intervención de la ASES. Disponiéndose, que en los casos en que los empleados de la Rama Judicial, la Rama Legislativa, la Oficina del Contralor y de la Universidad de Puerto Rico, según fuere el caso, optaren por acogerse a los planes contratados por la ASES, la aportación patronal para éstos será aquella que se fije en el presupuesto de la Rama Judicial, la Rama Legislativa, la Oficina del Contralor o de la Universidad de Puerto Rico.
- C. Los Municipios están facultados para contratar directamente con las aseguradoras los planes de salud de sus empleados, sujeto a lo que dispone la Ley Núm. 63 de 2010 (en adelante, la “Ley 63”), que enmendó la Ley de Municipios Autónomos. En caso de que los Municipios decidan hacer uso de esta facultad deberán notificar a la ASES copia de la Resolución u Ordenanza Municipal en la que conste la determinación de contratar directamente la cubierta de salud de sus empleados conforme a la Ley 63. La determinación del Municipio será efectiva para el siguiente año contrato a la fecha en que se notifique la misma a la ASES. Los Municipios que no deseen hacer uso de la facultad conferida por la Ley 63 continuarán ofreciendo el seguro de salud a sus empleados a través de la ASES.
- D. Los empleados que hayan optado por la sindicalización en virtud de la Ley Núm. 45-1998, según enmendada, podrán negociar directamente lo concerniente a beneficios de salud y contratación de un plan médico a través de su representante exclusivo y conforme a lo dispuesto por la Ley Núm. 158 de 2006 y este Reglamento.
- E. La aportación patronal en el caso de los empleados de las otras agencias, dependencias, corporaciones públicas y municipios será la incluida en el presupuesto general de gastos correspondiente o la fijada por ley u orden ejecutiva.
- F. Las OBFP que representen pensionados del Gobierno, sus agencias, corporaciones públicas, dependencias e instrumentalidades podrán negociar beneficios de salud según las disposiciones de la Ley Núm. 117 de 2016 y este



Reglamento. Las OBFP o sus representantes autorizados seguirán el calendario de suscripción y procesos administrativos que ASES establezca, incluyendo, pero sin limitarse a certificar que nombraron un Comité Evaluador de Planes de Salud, que convocaron a los miembros de la matrícula en una asamblea, que hubo quorum y que se votó por el plan médico de salud seleccionado.

#### **ARTÍCULO 24 – CLÁUSULA DE SEPARABILIDAD**

Si cualquier Artículo o parte de este Reglamento fuere declarado inconstitucional o nulo por un Tribunal de jurisdicción competente, la sentencia dictada a esos efectos no afectará, perjudicará, limitará o invalidará las demás disposiciones de este Reglamento.

#### **ARTÍCULO 25 – DISPOSICIÓN ADICIONAL**

Con el propósito de dar efectividad e instrumentar las disposiciones de la Ley 95, lo dispuesto en este Reglamento se complementará por cartas circulares, normas, reglas y procedimientos de carácter administrativo que de tiempo en tiempo emita la ASES, cuyo cumplimiento es obligatorio.

#### **ARTÍCULO 26 – CLÁUSULA DEROGATORIA**

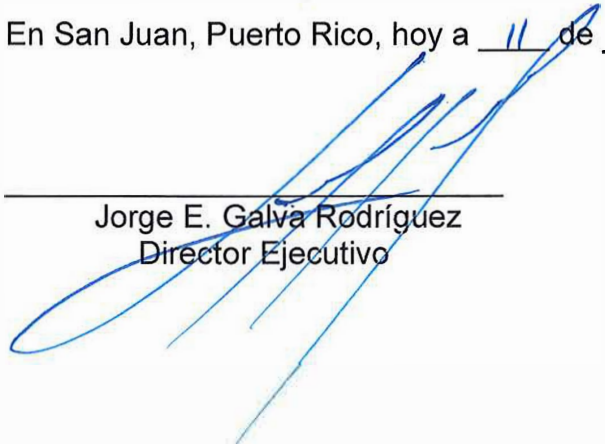
Se deroga el reglamento titulado "Reglamento Núm. 8398 para la Contratación de los Planes de Beneficios de Salud para los Empleados Públicos", aprobado el 31 de octubre de 2013, según enmendado.

#### **ARTÍCULO 27 – VIGENCIA**

Este Reglamento, promulgado en virtud de la Ley 95, según enmendada, comenzará a regir a los treinta (30) días siguientes a su presentación en la Oficina del Secretario de Estado del Gobierno de Puerto Rico de conformidad con las disposiciones de la LPAU.

Certifico que este Reglamento fue aprobado por la Junta de Directores de la ASES en reunión del 3 de febrero de 2020.

En San Juan, Puerto Rico, hoy a 11 de marzo de 2020.

  
\_\_\_\_\_  
Jorge E. Galva Rodríguez  
Director Ejecutivo