

2022-000041
CONTRATO DE SEGURO DE SALUD
PARA EMPLEADOS Y PENSIONADOS
DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO



COMPARECEN

De la PRIMERA PARTE: La Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (en adelante "ASES" o "La Administración"), corporación pública representada en este acto por su Director Ejecutivo, Jorge E. Galva, mayor de edad, casado y vecino de Vega Alta, Puerto Rico, quien está facultado en ley para otorgar este Contrato.

De la SEGUNDA PARTE: MMM Holding, LLC., entidad debidamente autorizada por el Comisionado de Seguros de Puerto Rico, de conformidad con lo dispuesto en la Ley Número 77, aprobada el 19 de junio de 1957, según enmendada, en adelante "EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD", representada en este acto por su **Presidente, Orlando González Rivera** mayor de edad, **casado** y vecino de **San Juan**, Puerto Rico, cuya facultad para el otorgamiento del presente contrato acreditará siempre que le fuere requerido.

Los comparecientes, a los fines de formalizar un contrato para autorizar la prestación de servicios de cuidado de salud mediante un plan de beneficios médico-quirúrgicos, dentales, medicina, hospitalización y beneficios suplementarios para los funcionarios, empleados y pensionados del Gobierno de Puerto Rico, sus instrumentalidades, municipios participantes no exentos por otras leyes especiales, y para los miembros de sus familias, cohabitantes y dependientes de éstos que sean elegibles de conformidad con lo dispuesto en la Ley Núm. 95, aprobada en 29 de junio de 1963, según enmendada; el Reglamento Núm. 8398, según enmendado, conocido como el Reglamento Para la Contratación de los Planes de Beneficios de Salud para los Empleados Públicos, aprobado el 31 de octubre de 2013; así como de conformidad con cualquier otra reglamentación que durante la vigencia del presente promulgue ASES para la contratación de los planes de beneficios de salud para los empleados públicos y pensionados del Gobierno de Puerto Rico, en adelante denominados en conjunto como la "Ley Núm. 95 y su Reglamento".

EXPONEN

PRIMERO: El Plan de Reorganización Núm. Tres (3) de 29 de julio de 2010, en adelante denominado "el Plan de Reorganización Núm. 3", autoriza, faculta y transfiere los poderes a ASES para administrar, negociar, contratar y gestionar los beneficios de salud para los pensionados y empleados públicos conforme a la Ley Núm. 95 y su Reglamento. En virtud del Plan de Reorganización Núm. 3, la Junta de Directores de ASES autoriza a la Director Ejecutivo a contratar con los aseguradores u organizaciones de servicios de salud que cualifiquen de acuerdo con la ley y los requisitos al efecto, para que conforme a las normas y fechas establecidas por ASES mercadeen, suscriban y provean a los funcionarios, empleados y pensionados del Gobierno de Puerto Rico, sus municipios e instrumentalidades que deseen acogerse sobre bases voluntarias, planes de beneficios médico-hospitalarios, que incluyan entre otros, servicios quirúrgicos, dentales, medicamentos y hospitalización, según las cubiertas de beneficios mínimos y uniformes establecidas por ASES.

SEGUNDO: En virtud del Plan de Reorganización Núm. 3 y de las disposiciones de la Ley Núm. 95 y su Reglamento, ASES aprobó el plan de beneficios médico-

alado correcto:

Fecha: _____

hospitalarios, con una Cubierta Uniforme que incluye servicios ambulatorios, quirúrgicos, hospitalización, servicios dentales y medicinas, y otros beneficios suplementarios propuestos por los aseguradores u organizaciones de servicios de salud para los funcionarios, empleados y pensionados del Gobierno de Puerto Rico, municipios participantes e instrumentalidades participantes para el año 2021.

TERCERO: De conformidad con el Plan de Reorganización Núm. 3 y de las disposiciones de la Ley Núm. 95 y su Reglamento, el Departamento de Hacienda conserva las funciones de pago de aportaciones patronales del Gobierno Central de Puerto Rico mediante su Sistema RHUM, incluyendo la participación en el pago de prima, si alguna, del empleado. En cuanto a las corporaciones públicas y otras instrumentalidades que no sean parte del Gobierno Central, así como aquellos municipios que se acojan voluntariamente a participar de la Ley Núm. 95, dichas compensaciones de pagos de primas incluyendo la aportación del empleado provendrán del municipio, corporación pública o instrumentalidad, según corresponda. En cuanto a pensionados, los pagos de aportaciones, tanto del patrono como del Sistema de Retiro, provendrán directamente de parte de la Administración Sistema de Retiros. En todo caso, ASES no será responsable de forma directa o indirecta sobre la compensación o pago de primas acordadas bajo este Contrato.

CUARTO: De acuerdo con lo dispuesto en el Plan de Reorganización Núm. 3 y en la Ley Núm. 95, según enmendada, los aquí comparecientes otorgan el presente Contrato bajo las siguientes:

CLÁUSULAS Y CONDICIONES

1. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD se compromete a proveer a los funcionarios, empleados y pensionados del Gobierno de Puerto Rico, así como a los miembros de sus familias, cohabitantes y dependientes elegibles, que libremente se acojan y suscriban a su plan de seguro de salud, bajo las disposiciones de la Ley Núm. 95 y su Reglamento, aquellos beneficios, derechos y privilegios que se estipulan en este Contrato y en el contrato de plan de beneficios médico-hospitalarios que incluirá servicios de salas de emergencia, dentales, quirúrgicos, ambulatorios, hospitalización, medicamentos, y otros beneficios suplementarios según fueron aprobados por Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) y de acuerdo a lo presentado a ASES en el "Bid Submission Report". El plan, incluyendo sus primas y cubiertas de beneficios, en adelante se denomina el "Seguro de Salud", y el cual se incorpora y se hace formar parte del presente Contrato.
2. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD se compromete a proveer aquellas Cubiertas de Beneficios aprobados por CMS y de acuerdo con lo presentado a ASES en el "Bid Submission Report", y que formen parte de este Contrato. En la eventualidad de que exista alguna discrepancia entre la Cubierta mercadeada y la ofrecida realmente prevalecerá aquella autorizada por ASES, según sea el caso, y que contenga beneficios mayores en beneficio del asegurado, según el análisis realizado por ASES.
3. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, además, se compromete a entregar a cada funcionario, empleado o pensionado acogido al Seguro de Salud una copia de la "Guía del Suscriptor" que el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD se obliga a someter a ASES para su aprobación, en la que se hará constar todos los beneficios, derechos, privilegios,



términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de éste. Una copia de esa "Guía del Suscriptor" según aprobada será considerada parte de este Contrato.

4. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD se compromete y se obliga a no establecer períodos de espera de clase alguna incluyendo por motivo de embarazo, maternidad o ninguna otra condición física o enfermedad física o mental preexistente cubierta por el Seguro de Salud.
5. La cubierta de maternidad será extensible a la asegurada principal, cónyuge o cohabitante del asegurado principal. Dicha cubierta se extenderá a los dependientes y miembros de sus familias, directos u opcionales, del asegurado principal, incluyendo hijos menores de veintiséis (26) años, hasta que el embarazo llegue a término.
6. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD se compromete y se obliga a no negar admisión, cubierta, o discriminar contra ningún funcionario, empleado o pensionado del Gobierno de Puerto Rico, municipios participantes e instrumentalidades, miembros de sus familias, ni a sus dependientes por motivo de raza, color, sexo, origen o condición social, ideas políticas o religiosas, edad o condición de salud física o mental o por haber sido diagnosticado positivamente al VIH o por padecer del SIDA o cualquier otra enfermedad incluyendo las de tipo catastróficas, contagiosas o terminales, excepto cuando dicha cubierta se provea de otro modo como resultado de ley o reglamento aplicable.
7. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD no negará cubierta a un empleado, pensionado o dependiente de éstos elegible que haya solicitado acogerse al Seguro de Salud cuando por error u omisión imputable al ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD o de la agencia, departamento o municipio para la cual trabaja, no haya sido ingresado como suscriptor o se le haya ingresado a otro Seguro de Salud que tenga más limitaciones que el que solicitó. El empleado o pensionado será responsable del pago de la porción de la prima que le corresponde a este, luego de descontada la correspondiente aportación patronal, ya sea en forma de pago directo o mediante descuento de nómina si así lo hubiera autorizado. El sistema de retiro correspondiente u organización de empleados, si aplica, será responsable de la aportación patronal dejada de pagar como resultado de tal error u omisión.
8. En la eventualidad que el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD cometiere algún error de facturación o el patrono realice un descuento indebido sobre la nómina del empleado o el beneficio del pensionado, el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD cobrará al empleado, funcionario o pensionado la aportación que le corresponda, mediante pago directo o descuento de nóminas o retiro, y a la agencia, departamento, municipio o sistema de retiro la aportación patronal correspondiente. No se privará de protección a ninguna persona acogida al Seguro de Salud por motivo de que la agencia, departamento, municipio o sistema de retiro no haya efectuado el pago que le corresponde.
9. En los casos en que los fondos estén bajo la custodia y control del Secretario de Hacienda y la agencia o instrumentalidad haya hecho los ajustes, éste desembolsaría mensualmente, para ser pagada al ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, la cantidad que se fije por ley u orden administrativa como aportación patronal para cada empleado, funcionario o pensionado que se acoja al Seguro de Salud objeto de este Contrato. En los casos en que los fondos de la agencia, dependencia o municipio no estén bajo la custodia



y control del Secretario de Hacienda, será responsabilidad de estas entidades hacer el desembolso de la referida aportación al ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

10. El Departamento de Hacienda retendrá del sueldo del empleado, o Sistema de Retiros retendrá de la pensión del pensionado que voluntariamente se acoja a los beneficios que provee la Ley Núm. 95 y su Reglamento, y seleccione el Seguro de Salud objeto de este Contrato, la suma de dinero necesaria, si alguna, para satisfacer la diferencia entre el costo mensual del Seguro de Salud seleccionado, y la aportación patronal. En los casos en que los fondos de la agencia, dependencia o municipio no estén bajo la custodia y control del Secretario de Hacienda, será responsabilidad de estas entidades hacer la referida retención de la aportación del empleado y pagarla directamente al ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.
11. En el caso de los pensionados al amparo del Plan de Reorganización Núm. 3, el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ofrecerá los productos aprobados para las Cubiertas de Beneficios autorizadas CMS y de acuerdo con lo presentado a ASES en el "Bid Submission Report" bajo este Contrato, pero el pago de la prima total del producto escogido por el pensionado será realizado por éste mediante pago directo.
12. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD se compromete a cumplir con las instrucciones que emitan el Secretario y los administradores de los distintos sistemas de retiro en relación con la facturación y el pago de primas o cuotas.
13. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD permitirá que ASES y/o la Oficina del Contralor examine los libros y récords relacionados con la operación y financiamiento del Seguro de Salud.
14. ASES se reserva el derecho de rescindir este Contrato con previa notificación de por lo menos noventa (90) días previo a la fecha de rescisión en caso de incumplimiento de alguno de sus términos de parte del ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. Si el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD fuera considerado o declarado insolvente por el Comisionado de Seguros de Puerto Rico o por cualquier otra causa que, a juicio de la Director Ejecutivo de ASES afecte o puedan afectar la prestación de los servicios del Seguro de Salud, la vida o salud de los asegurados, dicha rescisión podrá ser inmediata.
15. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD notificará inmediatamente a la Director Ejecutivo de ASES tan pronto tenga conocimiento de cualquier situación que afecte o pueda afectar la prestación de los servicios bajo el Seguro de Salud, para que la Director Ejecutivo de ASES tome la acción correspondiente.
16. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD no podrá ceder ni traspasar este Contrato a un tercero, de conformidad con la prohibición que establece el Artículo 200 del Código Político Administrativo, según enmendado, (3 L.P.R.A. sec. 901) aplicable a contratos del Gobierno, y sin la previa notificación, la anuencia y consentimiento de la Director Ejecutivo de ASES, de así permitirlo las leyes aplicables. Cualquier actuación del ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD a esos efectos será nula, salvo aquellas autorizadas previamente por ASES y aquellas delegaciones parciales que haga el



ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD de aspectos administrativos del Seguro de Salud, como sería el manejo de la cubierta de farmacia o la delegación parcial de algún producto, que pueda hacerse a una entidad afiliada al ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

17. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD reconoce su obligación de notificar con al menos noventa (90) días de antelación a la Director Ejecutivo de ASES, cualquier plan de otorgar convenios de fusión o de cambio en la razón social del ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, que esté en concordancia con el Código de Seguros de Puerto Rico, de modo que la Director Ejecutivo de ASES pueda tomar la acción correspondiente en relación con la prestación de los servicios bajo el Seguro de Salud.
18. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD proveerá cualquier información que el Director Ejecutivo de ASES o el Comité Asesor que éste designe consideren necesaria para llevar a cabo los propósitos de la Ley Núm. 95 y su Reglamento. Cualquier cambio o modificación que las partes acuerden con respecto a los términos y condiciones de este contrato deberá incorporarse al mismo mediante enmienda formal.
19. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD se compromete a establecer un procedimiento de manejo de quejas y querellas para atender a los suscriptores y proveedores que deberá ser aprobado por ASES. Este procedimiento debe ser presentado ante ASES en los primeros diez (10) días de iniciado el año contrato y según lo requiera ASES deberá ser modificado.
20. Dentro de los treinta (30) días siguientes a la terminación de cada mes, el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD someterá a la Director Ejecutivo de ASES, al Secretario de Hacienda y al Secretario de Salud el Informe Mensual del Seguro de Salud o Plan Médico requerido, en el que certificará bajo juramento que no se adeuda dinero alguno a los proveedores por concepto de los servicios objeto de este Contrato, que hayan sido facturados y cuyo término de pago haya vencido, y que las estadísticas suministradas en dicho informe son correctas. El incumplimiento de estas condiciones será causa suficiente para que la Director Ejecutivo de ASES no autorice el desembolso de cualquier mensualidad pendiente de pago.
21. Una vez recibido el Informe Mensual del Seguro de Salud o Plan Médico, ASES emitirá una carta de autorización de entrega de cheque correspondiente a dicho mes e incluirá las facturas correspondientes de primas al Departamento de Hacienda, municipios participantes, y/o corporaciones públicas para la correspondiente validación de pagos de primas mediante la nómina de sus empleados o pago de pensión. El Departamento de Hacienda, municipio, corporación pública o el sistema de retiro correspondiente, según sea el caso, procederá a entregar los pagos al ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD mediante cheque o transferencia electrónica. Este Contrato no conlleva pagos al ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD de parte de ASES. ASES no es responsable directa o indirectamente por reclamaciones relacionadas a los pagos de primas u otras obligaciones referentes a este Contrato.
22. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD tendrá la facultad para rescindir inmediatamente este contrato en la eventualidad que ASES incumpla con generar la carta de intención de pago por los servicios prestados a los asegurados bajo la cubierta del Seguro de Salud, previa notificación a ASES una



vez transcurrido el periodo de gracia de treinta (30) días, y permitiendo que el Departamento de Hacienda o el sistema de retiro correspondiente u organización de empleados, si aplica, realice el pago de lo adeudado. ASES descargará su obligación bajo este Contrato una vez envíe la correspondiente carta de intención de pago al Departamento de Hacienda, o en el sistema de retiro correspondiente u organización de empleados, y no será responsable ante el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD con respecto a la fecha en que el Departamento de Hacienda emita el correspondiente pago.

23. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD manejará, atenderá y resolverá las querellas presentadas ante su consideración. En la eventualidad de que existan querellas por falta de pago a proveedores, deberá cumplir con la notificación de querella ante la Oficina de Servicio al Cliente de ASES y la Oficina del Comisionado de Seguros. El incumplimiento de estas condiciones será causa suficiente para que la Director Ejecutivo de ASES no autorice el desembolso de cualquier mensualidad pendiente de pago.

23. REQUISITOS DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

23.1.A. SISTEMAS DE INFORMACIÓN OPERACIONAL

Es obligatorio tener los sistemas de información requeridos instalados y en funcionamiento a partir del primer día de la efectividad del contrato. La entidad contratada debe poder recibir datos de ASES y transmitir datos a ASES electrónicamente o por medios compatibles entre ambas, según lo determinado por ASES.

Los Sistemas del ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD tienen que poseer la capacidad suficiente para manejar la carga de trabajo proyectado durante el periodo de efectividad de este contrato, y serán escalables y flexibles, y se podrán adaptar según sea necesario, dentro de los plazos establecidos en respuesta a las normas solicitudes de cambio de parte de ASES. Dichos sistemas deberán contar con la capacidad que se describe más adelante.

El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD deberá cumplir con las políticas federales y de Puerto Rico, normas y regulaciones en el diseño, desarrollo o modificación de los sistemas que empleará para cumplir con los requisitos antes mencionados y el manejo de la información contenida en dichos sistemas. Además, el contratista deberá adherirse al sistema de ASES y las normas y regulaciones de Puerto Rico para la arquitectura de datos.

23.1.B. CUMPLIMIENTO CON LA LEY "HIPAA"

El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD se obliga a cumplir con la regulación federal y local para proteger la integridad y privacidad de toda la información de salud protegida de sus asegurados; y a adiestrar a todo su personal en las regulaciones y requisitos del Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) de 1996, según enmendada.

El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD contará con los controles para mantener la integridad de la información. Estos controles deben ser aplicados en los puntos de procesamiento apropiados.

23.1.C. REQUISITOS LEGALES DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD debe



cumplir con los requisitos de la Oficina del Contralor y la reglamentación federal aplicable con respecto a la retención de los diferentes archivos de datos o información relacionados con la cobertura propuesta durante un término de diez (10) años de su creación o después de concluir una auditoría por la Oficina del Contralor y de la publicación del informe correspondiente, lo primero que suceda.

23.1.D. CAPACIDAD OPERACIONAL

- a) El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD se obliga tener un sistema electrónico de información instalado y en pleno funcionamiento para la fecha de comienzo del contrato, con las siguientes capacidades:
- i. Mantener comunicación y conexiones con los Sistemas de Información de ASES en la manera y el formato requerido por ASES.
 - ii. Transmitir y recibir informes y archivos electrónicamente.
 - iii. La compatibilidad de protocolos y procedimientos con los sistemas de ASES para proporcionar acceso, interacción y conexión entre ellos.
- b) ASES cuenta con un servidor seguro de FTP accesible a través del Internet para la entrega y el recibo de archivos e informes electrónicos entre ASES y todas las entidades contratadas.
- c) Si el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD tiene sus operaciones centrales de sistemas de información fuera de Puerto Rico, debe poder responder a los requisitos de ASES con el mismo rendimiento como si estuviera situado en Puerto Rico.
- d) ASES reserva el derecho de modificar o extender los requisitos antes descritos, como sea necesario, para la operación adecuada de todos los Sistemas de Información que afectan al beneficiario.

23.1. E. Seguridad

- a) El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD debe tomar todos los pasos necesarios para mantener la continuidad de sus Sistemas de Información durante el término del contrato. Esto será evidenciado por un certificado de seguro con obligación para la pérdida de equipo, los sistemas operativos, los programas y los datos.
- b) El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD debe mantener la seguridad, la integridad de su información y los sistemas operativos, los datos y el equipo por medio de procedimientos y políticas claramente definidos en las siguientes áreas:
- i. Resguardos regulares (diarios, semanales, mensuales y anuales)
 - ii. Acceso controlado a las facilidades físicas y a sus Sistemas de Información
 - iii. Acceso lógico controlado a sus Sistemas de Información
 - iv. Comprobación de la precisión de los datos y la información



sometidos

- v. Mantenimiento regular de sus sistemas operativos, programas y equipo informático
- vi. Un programa de capacitación regular de su personal técnico
- vii. Un Plan de Recuperación de Desastre debe ser implementado y probado anualmente (se debe presentar evidencia certificada del buen funcionamiento del plan y de las pruebas más recientes)
- c) De ser requerido, el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD debe someter evidencia de sus procedimientos y controles de seguridad establecidos para garantizar que la privacidad y confidencialidad de la información de salud del beneficiario está protegida por su personal o agentes, así como por sus sistemas electrónicos.
- d) Identificación de Datos: El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD debe poder identificar todos los datos asociados con los beneficiarios de Ley 95 a diferencia de sus otras operaciones.
- e) Manejo de Datos: El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD deberá:
- Tener los sistemas electrónicos necesarios debidamente implementados y en operación.
 - Permitir la conexión y acceso en línea de ASES a todos los sistemas pertinentes del ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.
 - Intercambio de datos con ASES por transmisión electrónica en el momento oportuno y con la estructura y formatos definidos por ASES en su File Layout (Anejo 1), incluyendo los siguientes datos, pero no se limite a:
De HACIENDA o el MUNICIPIO al ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:
 - Rechazos y errores de suscripciones
 - Errores de reclamaciones y servicios
 - Errores de proveedores

Del ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD a ASES:

- Suscripciones de miembros (diario)
- Reclamaciones y servicios (mensual)
- Proveedores (mensual)

f) Datos de reclamaciones:

El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD debe tener la capacidad en sus sistemas para captar, validar y actualizar los datos que pertenecen a reclamaciones y encuentros para todos los servicios rendidos a los beneficiarios. Estos datos deben ser sometidos a ASES mensualmente en o antes del quinto (5) día del mes siguiente, o cuando sea requerido por ASES.



Los archivos serán validados para la calidad de datos y no deben exceder 1% (un por ciento) de registros en error para el archivo a ser aceptado.

Los archivos que sobrepasan el límite de error deben ser corregidos y volver a presentar en su totalidad. ASES notificará al ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD las transacciones que requieran y este tendrá cuarenta y ocho (48) horas desde la fecha de notificación para someter los archivos corregidos. El archivo de un mes subsiguiente no será aceptado para la entrega mientras un archivo rechazado esté pendiente a entregarse corregido.

El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD deberá establecer procesos para asegurar la validez e integridad de los datos que somete a ASES. A su discreción, ASES realizará auditorías para validar la integridad de los datos utilizando métodos estadísticos y procesos aceptados en la industria. Los datos que serán auditados incluyen, pero no se limitan a: ID de afiliado, fecha de servicio, ID del proveedor, categoría y subcategoría (si procede) del servicio, código de diagnóstico, código de ingreso, fecha de procesamiento de reclamaciones y fecha de pago de la reclamación.

Los registros individuales con errores que son devueltos a la entidad seleccionada, de archivos que son aceptados para procesar, deben ser corregidos y volver a presentar como parte de los archivos en el mes siguiente.

Estos requisitos (bajo datos de reclamaciones) aplica igualmente a todos los archivos para: las reclamaciones, los Servicios, los Proveedores, sujetos a las siguientes consideraciones:

[1] El incumplimiento con estos requisitos o procesos están sujetos a la imposición de penalidades.

23.1.F. COOPERACIÓN CON PROYECTOS ESPECIALES DE ASES

El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD proporcionará toda cooperación y la ayuda necesaria en el desarrollo y la implementación de cualquier proyecto especial de ASES o cualquier otra agencia relacionada del Gobierno de Puerto Rico (según sea coordinado por ASES), inclusive cambios o mejoras a los sistemas del ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

23.1.G INTERCAMBIO DE DATOS

Los Sistemas de Información del ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD tienen que contar con la capacidad de comunicarse con los Sistemas de Información de ASES para fines de intercambio de datos y tienen que ajustarse a las normas y especificaciones establecidas por ASES.


Los requisitos de intercambio de datos pueden desarrollar y cambiar durante la vida de cualquier contrato. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD debe comprometerse a cooperar con ASES y responder a cualquiera cambio en los requisitos para intercambio de datos.

23.1.H. CUMPLIMIENTO


Si el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, después de que haya sido contratado, no cumple con los requisitos de Sistemas de Información, las penalidades y las sanciones indicadas en el Contrato serán aplicadas. Tales penalidades pueden incluir retención de primas, penalidades monetarias explícitas y/o la cancelación del contrato.



24. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, una vez se le certifique y firme el Contrato, será responsable de establecer, en coordinación con la agencia o instrumentalidad pública o municipio para la cual trabaja el asegurado o suscriptor, los arreglos pertinentes para la administración del Plan, incluyendo la emisión de tarjetas que será no más tarde de los diez (10) días a partir de la fecha en que el Plan recibió la solicitud y de acuerdo a la fecha límite señalada y la cancelación de éstas en la fecha en que termina la cubierta del asegurado o suscriptor por baja, transferencia a otro plan, terminación del empleo o cualquier otra causa.
25. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD enviará la tarjeta del Plan y la "Guía del Asegurado o Suscriptor" dentro de los diez (10) días de recibir la solicitud con todas las disposiciones conforme a la cubierta aprobado por CMS y de acuerdo con lo presentado a ASES en el "Bid Submission Report". Tendrá certificación del correo "Certificate of Mailing", de la dirección a la que fue enviada, la cual deberá producir a ASES, de ser requerido.



25.1 Si el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD no puede emitir las tarjetas, tendrá que emitir una certificación de cubierta, la cual enviará al asegurado. El asegurado o suscriptor podrá solicitar el reembolso o no-facturación durante el mes o meses en que el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD tarde en emitir las tarjetas o certificación de servicios; para ello tendrá que presentar evidencia de las gestiones de solicitud a la entidad hechas por él, su agencia, instrumentalidad pública o municipio.



25.2 Sesenta (60) días previos a la terminación de este Contrato el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD notificará al asegurado principal, a la dirección existente en sus sistemas, una comunicación indicando las fechas del periodo de suscripción para el siguiente año contrato y la fecha de culminación del año contrato corriente. El contenido de dicha notificación deberá ser sometido a ASES para su aprobación treinta (30) días antes de la fecha de envío de esta. A los fines de evidenciar el envío de la comunicación antes referida, el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD deberá tener una certificación de envío y la misma deberá estar disponible para la revisión de ASES, de así requerirse.



26. Se prohíben las renovaciones automáticas o el envío de tarjetas al asegurado o suscriptor sin que medie una solicitud de estos, excepto en aquellos casos que sea permitido por regulación. No se aceptarán renovaciones por teléfono o correo electrónico excepto en aquellos casos en que la regulación federal así lo permita, únicamente para los planes Medicare Advantage. El empleado tendrá que evidenciar la fecha de entrega de la solicitud.
27. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD entregará trimestralmente un archivo electrónico a ASES siguiendo aquellos formatos requeridos y provistos por ASES. Dicho archivo será por tipo de proveedor institucional y no institucional por municipios, según el lugar donde el proveedor ofrece los servicios. El archivo electrónico será clasificado según las especialidades y subespecialidades en el caso de los médicos, incluyendo dentistas. En el caso de proveedores no institucionales según las distintas categorías: hospitales, laboratorios, centros de imágenes o rayos X, farmacias u otras facilidades contratadas por el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE

SERVICIOS DE SALUD.

28. El Directorio de Proveedores incluirá nombre de cada proveedor contratado a la fecha de inicio de este contrato con su dirección física del lugar donde ofrece los servicios el proveedor, números telefónicos y horarios laborables. No podrá incluirse aquellos proveedores pendientes a contratarse o que se encuentran en proceso de contratación hasta otorgado su contrato. Dicho Directorio de Proveedores debe estar disponible en idiomas español e inglés.
29. Este Contrato estará sujeto a que el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, según sea aplicable, firme un acuerdo de socios de negocios ("Business Associate Agreement") comprometiéndose a cumplir fielmente con requerimientos federales, incluyendo, pero sin limitarse a "Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996" mejor conocida como HIPAA), según sean aplicables. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD deberá además cumplir con la legislación local sobre protección de datos personales, Ley Núm. 111-2005, conocida como "Ley de Información al Ciudadano sobre la Seguridad de Bancos de Información" (en adelante Ley 111).
30. Cualquier divulgación, real o sospecha de esta, será informada a ASES en el término de veinticuatro (24) horas a partir desde el momento en que LA SEGUNDA PARTE advenga en conocimiento. Divulgación será definida para efectos de este contrato como exposición de más de dos (2) datos identificables, de manera no autorizada, en formato electrónico o papel a un tercero no autorizado a recibir la información. El número de seguro social en sí mismo es considerado una divulgación no autorizada, sin necesidad de estar acompañado de otro dato.
31. La notificación deberá incluir la siguiente información, de manera que ASES comprenda la naturaleza de la divulgación o sospecha:
- Una o dos oraciones describiendo el evento
 - Descripción de roles de las personas envueltas (por ejemplo, empleados, usuarios participantes, personas no autorizadas)
 - Tipo de datos o información, así como información personal de salud que se divulgó
 - Personas que probablemente fueron impactados por el evento
 - Número de individuos o expedientes impactados o un estimado
 - Actos realizados conducentes a mitigar el evento
32. ASES se compromete a establecer y comunicar a sus empleados las políticas y procedimientos relacionadas a los estándares de seguridad y privacidad de HIPAA, para el uso y manejo de forma segura de los sistemas electrónicos que sean utilizados para fines de intercambio de información con el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, incluyendo, pero sin limitarse al uso de correo electrónico, medios magnéticos, entre otros, según aplique.
33. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD se compromete a mantener actualizado el Directorio de Proveedores durante la vigencia de este Contrato. De surgir algún cambio en el Directorio de Proveedores, el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD se compromete a mantener dicho Directorio actualizado de forma electrónica en su portal electrónico (web page), realizando cualquier cambio y notificación en el portal electrónico no más tarde de cinco (5) días calendario a partir de la fecha de cambio actualizado. El incumplimiento con esta directriz estará sujeto a la imposición de



sanciones según dispuesto en la Cláusula 48, PENALIDADES, de este Contrato.



33.1 Cuando el cambio del Directorio de Proveedores sea como resultado de la cancelación de un contrato entre el ASEGURADOR y un proveedor de servicio, y la cancelación fue originada por el proveedor, el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD notificará el cambio antes de la fecha de la cancelación de conformidad con las leyes protectoras de los derechos de los pacientes. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD vendrá obligado a gestionar un sustituto y notificar a los suscriptores mediante edicto u otro medio y a ASES por escrito, los datos pertinentes sobre el nuevo proveedor antes de la fecha de efectividad de la cancelación.

33.2 En la eventualidad que los cambios de proveedores sean tantos que, a juicio de la Director Ejecutivo de ASES, las condiciones para proveer los beneficios según se establece el Contrato puedan colocar la vida o salud de los suscriptores en peligro, el contrato podrá ser terminado inmediatamente, sin necesidad de previo aviso.

33.3 El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD proveerá acceso en línea a un portal electrónico (web page) donde se notificarán los proveedores de servicios de emergencia que podrán utilizar sus suscriptores a través de cada Municipio de Puerto Rico y que no podrán ser menos de dos (2) proveedores por municipio.

33.4 La contratación de los proveedores es de la entera responsabilidad del ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

33.5 El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD es responsable de incluir en los contratos con sus proveedores participantes la siguiente cláusula: "En caso de que el contrato entre el proveedor y ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD sea cancelado por alguna de las partes, el Proveedor contratado sólo cobrará al suscriptor una tarifa igual a la que cobraba al ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

34. ASES se reserva el derecho de solicitar o requerir en cualquier momento al ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD cualquier informe relacionado a los proveedores o los suscriptores, incluyendo datos de utilización de éstos y concederá un término razonable para someter los mismos que no podrá ser menor de diez (10) días calendario.


35. Los formatos y diseños de computadoras e informes ("screen and print-out formats and designs") se consideran información propietaria del ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, y esta información no podrá divulgarse a terceras personas, salvo con la autorización del ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD o que sea requerido por ley u Orden de autoridad competente. Si el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD optara por contratar con una tercera persona o entidad para el manejo de todas o parte de las transacciones necesarias en este Contrato, entonces se asegurará que dicha tercera persona cumpla cabalmente con los mismos criterios para la protección de dicha información propietaria. Deberá incluir como parte de su contrato con el tercero una provisión de no divulgación de información propietaria y/o protegida por regulación y/o estatuto federal y/o local. De igual forma, de ocurrir algún tipo de violación de seguridad, divulgación o

incumplimiento por parte de dicho tercero, el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD será responsable ante ASES, y tomará las medidas necesarias para remediar o mitigar de inmediato la situación ocurrida.

36. En consecuencia, ASES no permitirá que dicha tercera persona o entidad divulgue o utilice la información, diseños de pantalla, nombre de informes, etc., para el beneficio de cualquier otra organización. A esos efectos, ASES requerirá a la tercera persona o entidad, que suscriba un contrato de no-divulgación en protección de la información propietaria del ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.
37. Cuando el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD adeude dinero al Departamento de Salud por concepto de servicios objeto de este Contrato le aplicarán las disposiciones de la Ley de Contabilidad del Gobierno de Puerto Rico, Ley Número 230 de 23 de julio de 1974, según enmendada, y de la Ley del Sistema Integrado de Asistencia Médico-Hospitalaria, Ley Número 56 de 21 de junio de 1969, según enmendada. En estos casos, se notificará al Departamento de Hacienda para que éste actúe de conformidad con el apartado (j) del Artículo 9 de la Ley Número 230, reteniéndose mensualmente de la aportación patronal a remitir, la suma establecida en el plan de pagos para aplicarse a la deuda de la Entidad Provedora del Plan con el Departamento de Salud, hasta tanto dicha deuda haya sido saldada. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD adoptará las medidas pertinentes para que la aplicación de esta cláusula no afecte los beneficios que están obligada a proveer bajo el Seguro de Salud.
38. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD certifica y garantiza que al momento de suscribir este contrato ha rendido su planilla contributiva durante los cinco (5) años previos a este contrato y no adeuda contribuciones al Gobierno de Puerto Rico de clase alguna o de adeudar se encuentra acogido a un plan de pago, cuyos términos y condiciones está cumpliendo. Expresamente se reconoce que ésta es una condición esencial del presente Contrato, y de no ser correcta en todo o en parte la anterior certificación, esto será causa suficiente para que la Director Ejecutivo de ASES pueda dejar sin efecto el mismo y el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD tendrá que reintegrar al Secretario de Hacienda toda suma de dinero recibida bajo este contrato".
39. Si el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD tuviere deuda vencida, líquida y exigible con el Gobierno de Puerto Rico por cualquier concepto, que no fueren deudas por los servicios que se señalan en la Cláusula 38 de este Contrato, el Director Ejecutivo de ASES, de conformidad con lo dispuesto en el apartado (j) del Artículo 9 de la Ley Número 230, supra, retendrá también de la aportación patronal que corresponda remitir al ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD las sumas necesarias para abonar a dicha deuda. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD adoptará las medidas pertinentes para que la aplicación de esta cláusula no afecte los beneficios que está obligada a proveer bajo el Seguro de Salud.
40. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD podrá suspender temporamente o dar por terminado este Contrato, previa notificación de sesenta (60) días, en el caso de aquellas agencias, departamentos, municipios o sistema de retiro que no cumplan con la gestión administrativa que les corresponde para facilitar la administración del Seguro de Salud, o que no notifiquen al ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD los nombres, ni retengan la tarjeta de identificación del Seguro de Salud, en el caso de




aquellos suscriptores que se dan de baja o terminan su suscripción por cualquier causa. La notificación sobre suscriptores que se dan de baja o terminan deberán hacerse en o antes de diez (10) días a partir de la solicitud de manera que el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD pueda dar por terminada la cubierta en la fecha en que se efectúa el cese o la terminación del suscriptor como miembro del grupo, pero en ningún caso dicha notificación se hará en forma retroactiva. Una vez haya efectuado la gestión administrativa correspondiente al cese o baja de cualquier suscriptor, la agencia, departamento, municipio o sistema de retiro no será responsable del pago de primas por la cubierta que se provea al suscriptor y/o dependientes después de dicha fecha. Si fuere el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD el que optará por dar por terminado este Contrato, la agencia, departamento, municipio o sistema de retiro será responsable del pago de las primas hasta la fecha de efectividad de la terminación, incluyendo el período de notificación de sesenta (60) días.



41. Las partes acuerdan que están excluidos del Seguro de Salud aquellos beneficios o servicios que expresamente se especifican como excluidos en el Seguro de Salud, según éste fue aprobado por CMS y de acuerdo a lo presentado a ASES en el "Bid Submission Report". Todo servicio, tratamiento o condición de salud que no esté expresamente excluido se considerará cubierto.


42. Si el Seguro de Salud incluye la cubierta de seguro de vida, seguro por muerte accidental y desmembramiento o beneficios por incapacidad que autoriza la Ley Número 54 del 2 de julio de 1985, aplicarán las siguientes normas:



42.1 No se requerirá evidencia de asegurabilidad como condición para la cubierta, ni para su renovación o conversión.

42.2 La cubierta no será mandatoria ni se impondrá como condición para extenderle los beneficios médico-quirúrgicos, dentales, medicinas y de hospitalización al suscriptor.

42.3 Los suscriptores que escojan este beneficio tendrán derecho a convertir a un seguro individual bajo los términos que se indican en la Cláusula de Conversión, del Seguro de Salud.



43. Ninguna persona cubierta por el Seguro de Salud podrá ceder los beneficios a que tiene derecho bajo las cláusulas y disposiciones del Seguro de Salud o este Contrato. Tal cesión será nula y el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD no vendrá obligada a proveer ningún tipo de cubierta bajo este escenario.

44. De surgir cualquier querrela relacionada a los servicios que se proveen bajo el Seguro de Salud, ésta se atenderá por el comité de querellas o la división de reclamaciones correspondiente del ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. El referido comité o división deberá resolver la querrela dentro de un término razonable, el cual no será mayor de, pero nunca más tarde de treinta (30) días después de presentada la querrela por escrito. De no resolver la querrela en dicho comité o división, la misma deberá canalizarse de acuerdo con el Reglamento. Para solucionar administrativamente cualquier otra controversia sobre los servicios objeto de este contrato, se utilizará el procedimiento que se establece en el Reglamento.

45. En la eventualidad de que un ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD sea declarado insolvente y se ordene su liquidación o la Director Ejecutivo de ASES rescinda su contrato, las vidas suscritas serán traspasadas a otras

compañías contratadas. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, se compromete a asumir el riesgo y proveer cubierta para aquellos empleados, pensionados, sus dependientes y los miembros de sus familias que queden al descubierto por la insolvencia así decretada, y que decidan, dentro de un término de treinta (30) días, a partir de la orden de liquidación, acogerse al Seguro de Salud que ofrece el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD para los demás empleados bajo los términos de este Contrato. No se establecerá período de espera ni normas de selección para aceptar a dichos empleados, sus dependientes y los miembros de sus familias.

46. Si cualquier proveedor de servicios contratados por la Red de Proveedores del ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD cobra a una persona acogida al Seguro de Salud cargos que no proceden de acuerdo con las disposiciones de este, el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD será responsable de reembolsar a dicha persona la suma cobrada en exceso. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD no podrá negarse a efectuar el reembolso de la suma cobrada en exceso por el hecho de que no pueda recobrar dicha suma del referido proveedor. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD no vendrá obligada a reembolsar cantidad alguna cuando el proveedor no tenga un contrato de proveedor con ésta.

47. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD se obliga a cumplir con las reglas del Gobierno de los Estados Unidos de América en la oferta de cubiertas complementarias del plan de cuidado de salud conocido como "Medicare" y específicamente:

47.1 Se cerciorará de que, al aceptar cualquier solicitud complementaria de un empleado, o cualquier alternativa similar, ésta cumpla con las reglas del Gobierno de los Estados Unidos de América, incluyendo la que requiere que la cubierta complementaria la gestione y pague el empleado.

47.2 No ofrecerá cubiertas complementarias u opciones similares a personas que no son elegibles para tales cubiertas y se compromete a limitar las mismas a empleados, pensionados, sus dependientes y los miembros de sus familias elegibles.

47.3 No facturará al Gobierno de Puerto Rico, sus agencias, dependencias o municipios por concepto de aportación patronal en los casos de empleados activos que han solicitado y le ha sido expedida una cubierta complementaria de "Medicare" o su equivalente, cuyo costo deberá pagar directamente el empleado.

48. PENALIDADES: Cualquier incumplimiento con alguna de las obligaciones contractuales o desviación sobre los términos pactados en este Contrato, que resulte o pueda resultar en perjuicio de los asegurados acogidos al Seguro de Salud, estará sujeto a las siguientes sanciones, multas o penalidades previo notificación a las partes y oportunidad para subsanar cualquier defecto como más adelante se detalla.

48.1 Si el directorio de proveedores incluido en la página electrónica ("web page") del ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD no se mantiene actualizado según dispuesto en la Cláusula 33, éste estará sujeto a imposiciones de sanciones o penalidades de parte de ASES de hasta mil dólares (\$1,000.00) por ocurrencia.

48.2 Cualquier anuncio, información u orientación errónea o mal fundada, o que induzca a error, ya sea intencional, por negligencia u omisión, de parte de un representante o empleado del ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD que resulte o pueda resultar en perjuicio de los empleados o pensionados acogidos a dicho Seguro de Salud, se entenderá como un incumplimiento con el Contrato. ASES podrá imponer una penalidad al ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD de hasta diez mil dólares (\$10,000.00) por cada violación.

48.3 Cualquier anuncio, información u orientación errónea o mal fundada, o que induzca a error, ya sea intencional, por negligencia u omisión, de parte de un representante o empleado del ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD en contra de otro de los Planes contratados por el Director Ejecutivo de ASES que resulte o pueda resultar en perjuicio de los empleados o pensionados acogidos a dicho Seguro de Salud, se entenderá como un incumplimiento con el Contrato. ASES podrá imponer una penalidad al ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD de hasta diez mil dólares (\$10,000.00) por cada violación.

48.4 De incurrir en las prácticas descritas en las Cláusulas 48.2 y 48.3, de manera recurrente (tres (3) ocurrencias o más durante el año contrato), podrá estar sujeto a las siguientes sanciones o penalidades económicas a discreción de ASES:

- a) cancelación de la aprobación para participar como uno de los Planes de Salud bajo la Ley Núm. 95, o terminación del Contrato,
- b) así como penalidades económicas que no excederán la suma de cien mil dólares (\$100,000.00) por ocurrencia adicional.

El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD será responsable de cualquier información distribuida antes o después de la aprobación.

48.5 Del ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD incurrir en el mercadeo, en cualquier medio, de sus planes o productos del Seguro de Salud con material promocional o publicitario que no haya sido aprobado previamente por ASES, o, que luego de aprobado dicho material por ASES el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD modifica el mismo sin contar con la aprobación de ASES, se entenderá como un incumplimiento con la contratación y estará sujeto a una penalidad de hasta cinco mil dólares (\$5,000.00) por cada violación.

48.6 El incumplimiento por parte de ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD con los términos y condiciones establecidos en la Cláusula 23 (REQUISITOS DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN) constituirá en incumplimiento con el Contrato y estará sujeto a una penalidad de hasta diez mil dólares (\$10,000.00) por violación. El incumplimiento recurrente (tres (3) ocurrencias o más durante el año contrato), con los



términos y condiciones de la Cláusula 23, podrá estar sujeto a las siguientes sanciones o penalidades económicas más severas, a discreción de ASES:



- a) cancelación de la aprobación para participar como uno de los Planes de Salud bajo la Ley Núm. 95, o terminación del Contrato,
- b) así como penalidades económicas que no excederán la suma de cien mil dólares (\$100,000.00) por ocurrencia adicional.

- 48.7 El incumplimiento por parte del ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD con el sometimiento de información y/o informes solicitados por aquellas instrumentalidades involucradas en el procesamiento de nóminas y de aportaciones patronales, tales como los Sistemas de retiro y el Departamento de Hacienda, en los términos concedidos y en los formatos provistos por éstas, estará sujeto a la imposición de penalidades por parte de ASES de hasta cinco mil dólares (\$5,000.00) por cada violación. ASES descansará en la certificación por parte de estas instrumentalidades con respecto al incumplimiento para determinar si procede la imposición de penalidades.
- 48.8 Del ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD no cumplir, de manera completa y en el término concedido para ello, con los requerimientos de información objeto de cualquier investigación o auditoría realizada por ASES, sus empleados, agentes, representantes autorizados o contratistas, en relación con los términos y condiciones de este Contrato, incurrirá en incumplimiento con este Contrato y estará sujeto a una multa de hasta cinco mil dólares (\$5,000.00) por cada violación.
- 48.9 Del ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD realizar renovaciones automáticas o envío de tarjetas al asegurado o suscriptor sin que medie una solicitud de éste, incurrirá en incumplimiento con este Contrato y estará sujeto a una multa de hasta diez mil dólares (\$10,000.00) por cada violación.
- 48.10 De incurrir en incumplimiento de cualquiera de las cláusulas que forman parte de este Contrato, con las consecuencias indicadas, el/la ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD quedará, por ese sólo hecho, sujeto al pago de una penalidad de cinco mil dólares (\$5,000.00) por violación.
- 48.11 En los casos en que los fondos estén bajo custodia y control del Secretario, éste se reserva el derecho a descontar de las aportaciones patronales el monto total de la penalidad impuesta. Dicho descuento podrá hacerse sin que ello dé derecho al ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD a suspender, interrumpir o afectar de forma alguna la prestación de los servicios pactados. Aun cuando la Director Ejecutivo de ASES imponga y descunte la penalidad descrita, se reservará el derecho a exigir tanto el cumplimiento estricto de las cláusulas incumplidas como los términos de este Contrato.
- 48.12 La imposición de estas penalidades contractuales no impedirá la imposición de sanciones o penalidades adicionales establecidas por

regulación federal y/o local por parte de ASES o de cualquier otra entidad gubernamental con jurisdicción sobre el asunto.

49. Una vez otorgado este Contrato, de interesarse que este Contrato sea enmendado, incluyendo para discontinuar la provisión de servicios o discontinuar ofreciendo la cubierta de beneficios, será obligatorio que el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD notifique al Director Ejecutivo de ASES y al Secretario de Hacienda, con no menos de noventa (90) días de anticipación a la fecha de la enmienda solicitada. En cuyo caso, el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD vendrá obligado a indemnizar a los asegurados por la diferencia en primas que estos tengan que pagar por verse obligados a escoger cubiertas similares con otro asegurador u organización de servicios de salud de las contratadas por el Director Ejecutivo de ASES, y pagará todos los gastos de administración en que se incurran por razón de la cancelación de la cubierta.

50. En caso de terminación del Seguro de Salud por cualquier causa, incluyendo la decisión del ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD de no renovar el contrato de Seguro de Salud al vencimiento de este contrato, el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD se compromete a prorrogar la cubierta acordada bajo este contrato por un período de treinta (30) días.

51. El período de vigencia de este contrato será desde **1 de enero de 2022 hasta 31 de diciembre de 2022**. La vigencia y validez del Contrato están supeditadas a la aprobación de las agencias que por ley o reglamento deban intervenirlo. El mismo podrá darse por terminado antes de la fecha de expiración por cualquiera de las partes previa notificación por escrito a la otra parte con sesenta (60) días de antelación, sin derecho a compensación adicional alguna, salvo lo devengado bajo el mismo hasta esa fecha.

52. Todo aviso, notificación o comunicación a la ASES relativa a este Contrato deberá dirigirse a la Oficina Ejecutiva, P.O Box 195661, San Juan, Puerto Rico 00919-5661, con copia a la Oficina de Asuntos Legales.

A su vez, toda notificación a **MMM Holding, LLC.**, deberá remitirse a la Oficina del **Presidente, Orlando González Rivera**, al **P.O. Box 71114, San Juan, Puerto Rico 00936** con copia a la Oficina de Asuntos Legales, a la misma dirección.


53. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD notificará a LA ADMINISTRACIÓN dentro de los cinco (5) días laborables siguientes a un cambio en lo siguiente:

- a) su dirección comercial, número de teléfono, número de facsímil o dirección de correo electrónico;
- b) su estado corporativo o su naturaleza;
- c) su ubicación comercial;
- d) su estructura corporativa;
- e) su información de propiedad, incluyendo, pero no limitándose, al nombre del nuevo propietario, dirección comercial, número de teléfono, número de facsímil, y dirección de correo electrónico;
- f) su estado de incorporación;
- g) su solvencia (como resultado de un evento no operacional);
- h) sus directivos corporativos o empleados ejecutivos directamente relacionados con el contrato; O
- i) su número de identificación federal de empleados o número de identificación fiscal federal.




54. Ninguna prestación o contraprestación objeto de este contrato podrá exigirse hasta tanto el mismo se haya presentado para registro en la Oficina del Contralor a tenor de lo dispuesto en la Ley de Registro de Contratos, Ley Núm. 18 de 30 de octubre 1975, según enmendada.


55. De conformidad con lo dispuesto en el "Código Anticorrupción para un Nuevo Puerto Rico", Ley Núm. 2-2018, el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD reconoce, acepta y se compromete a regirse por éste y por el Código de Ética para Contratistas dispuesto en dicha Ley y certifica que LA ADMINISTRACIÓN le ha entregado copia y explicado el alcance de dicho código, de así solicitarlo previo al otorgamiento del CONTRATO y se compromete al fiel cumplimiento con éste. LA SEGUNDA PARTE, por medio de su firma en este Contrato reconoce y certifica que no representa, ni representará intereses particulares en casos o asuntos que impliquen conflicto de intereses, o de política pública, entre la agencia ejecutiva y los intereses que represente.



56. Este contrato estará sujeto a que el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD cumpla con cualquier requerimiento de ley local o federal aplicable, incluyendo, pero sin limitarse a, las disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico, el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, el Código de Ética de Contratistas con el Gobierno, la Ley de Ética Gubernamental, según sea aplicable. Adicionalmente, el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD se compromete a presentar toda documentación requerida para la contratación con el Gobierno de Puerto Rico, según la legislación aplicable.



57. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD deberá cumplir con lo dispuesto en la Ley Núm. 95 y su Reglamento, o cualquier otra regla, norma o reglamento aprobado en virtud de la Ley Núm. 95, que, durante la vigencia de este Contrato, promulgue ASES.



58. Se incorporan y se hacen formar parte de este Contrato, cualquier Carta Normativa de ASES y las Cartas Circulares de ASES referentes al proceso de certificación, incluyendo sus respectivas enmiendas, si alguna, según emitidas por el Director Ejecutivo de ASES, que en adelante se denominan colectivamente como "Normativas".

59. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD se compromete a cumplir con todas las disposiciones de este Contrato, del Reglamento, según sea enmendado, y sus Normativas y reconoce que se obliga a cumplir rigurosamente con todas las disposiciones del Reglamento en lo referente a mantener debidamente orientados a todos los funcionarios, empleados y pensionados que se acojan al Seguro de Salud sobre los términos y condiciones de los servicios incluidos en éste. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD certifica, a la fecha de firma de este contrato, haber obtenido una Certificación de solvencia emitida por el Comisionado de Seguros.

60. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD a la fecha de otorgación de este contrato deberá haber presentado la Certificación de solvencia emitida por el Comisionado de Seguros de Puerto Rico a ASES. Este contrato está condicionado a que el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD mantenga la solvencia requerida por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico para este tipo de contrato de seguro de salud y es un deber continuo del ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD informar a ASES y

al Comisionado de Seguros de Puerto Rico cualquier situación de insolvencia o falta de liquidez que lo pueda llevar a un menoscabo contractual.

61. Cualquier desviación de los términos pactados en este Contrato que resulte o pueda resultar en perjuicio de los empleados, pensionados, sus dependientes y los miembros de sus familias acogidos al Seguro de Salud se entenderá como un incumplimiento y estará sujeto a las sanciones o penalidades correspondientes.
62. Este Contrato quedará automática e inmediatamente resuelto o se resolverá a la brevedad, sin necesidad de notificación previa, en la eventualidad de que contra el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD se determine causa probable para encausarle por la comisión de algún delito contra el erario, la fe o la función pública; en el ámbito federal o estatal. Esta cláusula es un requisito sine qua non para que se mantenga vigente este Contrato y es una condición suspensiva, en unión con el requisito y reconocimiento del deber de informar de manera continua de parte del ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD durante la vigencia del contrato.
63. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD reconoce su deber de informar de manera continua, durante todas las etapas previas a la contratación, así como vigencia y ejecución de este Contrato, cualquier hecho que se relacione con la conducción de cualquier investigación, incluyendo en su contra, por la comisión de un delito contra el erario, la fe o la función pública; contra el ejercicio gubernamental: que involucre fondos o propiedad pública, el ámbito federal o estatal. Esta obligación deberá ser de naturaleza continua durante todas las etapas de la contratación y ejecución de este Contrato y sus posteriores enmiendas, de surgir.
64. Igualmente el ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD certifica mediante declaración jurada ante notario público, que el otorgante de este Contrato, cualquier presidente, director, director ejecutivo, o miembro de una junta de oficiales o junta de directores, o personas que desempeñan funciones equivalentes no han sido convictos, ni se han declarado culpable de cualquiera de los delitos enumerados en la Sección 6.8 de la Ley 8 de 2017, según enmendada, conocida como "Ley de Administración y Transformación de los Recursos Humanos en el Gobierno de Puerto Rico", o por cualquiera de los delitos contenidos en la Ley 2 de 2018, conocida como "Código Anticorrupción para el Nuevo Puerto Rico". En caso de que así fuera, el contrato quedará cancelado inmediatamente.
65. ASES apercibirá al ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD de la intención de imponer una multa, sanción o penalidad. El ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD deberá subsanar el incumplimiento, de ser posible, dentro de los términos notificados por ASES. De este no subsanar dentro de los términos dispuestos por ASES o que no sea posible ser subsanado dicho incumplimiento de la obligación contractual, ASES notificará e impondrá la penalidad, la cual podrá ser notificada al Secretario de Hacienda para que retenga de la próxima corrida del pago de primas a los ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD y que dicha cantidad sea enviada a ASES.
66. Este Contrato constituye el contrato único entre las partes aquí contratantes. Ningún convenio que esté en conflicto con este contrato o que lo enmiende o varíe sus disposiciones será válido a menos que fuere por escrito y, con el consentimiento de ambas partes contratantes, se hiciere formar parte de este




contrato.

En testimonio de lo cual, las partes aquí comparecientes otorgan el presente Contrato por encontrar el mismo conforme a su voluntad.

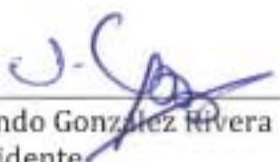
En San Juan, Puerto Rico, a 1 de octubre de 2021.

ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS
DE SALUD DE PUERTO RICO



Jorge E. Galva, JD, MHA
Director Ejecutivo
Núm. Patronal: 66-0500678

MMM HOLDING, LLC



Orlando Gonzalez Rivera
Presidente
Núm. Patronal: 66-0588600

