

2019-000081
CONTRATO SEGURO DE SALUD PARA EMPLEADOS
Y
PENSIONADOS DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO



COMPARECEN

De la PRIMERA PARTE: La Administración de Seguros de Salud (ASES), representada en este acto por su Directora Ejecutiva, Angela M. Avila Marrero, mayor de edad, casada y vecina de Guaynabo, Puerto Rico, en adelante denominada "ASES", quien está facultada en ley para otorgar este Contrato.

De la SEGUNDA PARTE: Plan de Salud Menonita, Inc., 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 **Director de Operaciones y Cumplimiento**, Félix Ortiz Figueroa, mayor de edad, casado y vecino de Aibonito, Puerto Rico, cuya facultad para el otorgamiento del presente contrato acreditará siempre que le fuere requerido.

Las partes comparecen 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 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, y según sea enmendado o sustituido; así como de conformidad con cualquier otra reglamentación que durante la vigencia de este Contrato promulgue ASES para la contratación de los planes de beneficios de salud para los empleados públicos, 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 retirados y empleados públicos conforme a la Ley Núm. 95 y su Reglamento. En virtud del Plan de Reorganización Núm. 3, la Directora Ejecutiva contratará con los aseguradores u

A.M. 1-11

77

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-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 2019.

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 el 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 de los Sistemas de Retiro, o directamente del pensionado, según aplique. 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 y 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

K.M. J.M.

[Handwritten signature]

la Ley Núm. 95, su Reglamento, y Cartas Normativas aplicables, aquellos beneficios, derechos y privilegios que se estipulan en este Contrato y en el contrato de plan de beneficios médico-hospitalarios.

Este plan incluirá servicios de salas de emergencia, dentales, quirúrgicos, ambulatorios, hospitalización, medicamentos, y otros beneficios suplementarios, según fueron aprobados por ASES, incluyendo sus primas y cubiertas de beneficios, en adelante denominado el "Seguro de Salud" o "Plan Médico", 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 autorizadas por ASES, 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 o Plan Médico 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 ésta se hará constar todos los beneficios, derechos, privilegios, términos, condiciones, limitaciones y exclusiones. Una copia de la "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 condición o enfermedad física o mental pre-existente cubierta por el Seguro de Salud o Plan Médico.
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 y dependencias, miembros de sus familias, ni a sus dependientes por motivo de raza, color, sexo, identidad y/o expresión de género u orientación sexual real o percibida, origen o condición social, ideas políticas o religiosas, edad o condición de salud física o mental o por haber sido diagnosticado positivamente



K.M. J.M.

J.M.

al VIH o por padecer del SIDA o cualquier otra enfermedad o condición incluyendo las de tipo catastróficas, contagiosas, crónicas 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 elegible que haya solicitado acogerse al Seguro de Salud o Plan Médico, cuando por error u omisión imputable **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** o de la agencia, dependencia o municipio para la cual trabaja, no le haya sido ingresado como suscriptor o se le haya ingresado a otro seguro de salud, que tenga más limitaciones que el solicitado. El empleado o pensionado será responsable del pago de la porción de la prima que le corresponde luego de descontada la correspondiente aportación patronal, ya sea en forma de pago directo o mediante descuento de nómina si así lo hubiera autorizado. La agencia, dependencia o municipio 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, **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** cobrará al empleado o pensionado la aportación que le corresponda, mediante pago directo o descuento de nóminas, y a la agencia, dependencia (incluye corporaciones públicas), municipio o Sistema de Retiro la aportación patronal correspondiente. No se privará de protección a ninguna persona acogida al Seguro de Salud o Plan Médico por motivo de que la agencia, dependencia, municipio o Sistemas 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 dependencia 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 o funcionario que se acoja al Seguro de Salud o Plan Médico 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 o pensión de cada empleado o pensionado que voluntariamente se acoja a los beneficios que provee la Ley Núm. 95 y 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



K.M. J.M

JA

de la agencia, corporación pública, 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 EL **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 por ASES bajo este Contrato, pero el pago de la prima total del producto escogido por el pensionado será realizado por éste mediante pago directo, excepto en aquellos casos donde el pensionado reciba aportación patronal, en cuyo caso dicha aportación provendrá de la Administración de los Sistemas de Retiro.
12. **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** se compromete a cumplir con las instrucciones que emitan el Secretario de Hacienda 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 expedientes relacionados con la operación y financiamiento del Seguro de Salud o Plan Médico, los cuales deben ser salvaguardados por el **ASEGURADOR/ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** por un término no menor de diez (10) años contados desde la fecha de terminación de este Contrato.
14. ASES se reserva el derecho de cancelar este Contrato con previa notificación de por lo menos noventa (90) días previo a la fecha de efectividad de la cancelación 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 declarado insolvente por el Comisionado de Seguros de Puerto Rico o por cualquier otra causa que, a juicio de la Directora Ejecutiva de ASES afecte o puedan afectar la prestación de los servicios del Seguro de Salud o Plan Médico, la vida o salud de los asegurados, dicha cancelación podrá ser inmediata.
15. **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** notificará inmediatamente a la Directora Ejecutiva 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 Directora Ejecutiva 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



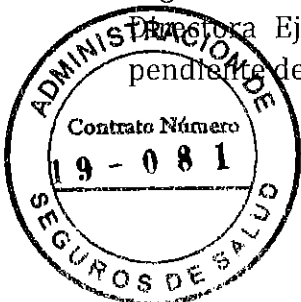
K.M. J.M

5
[Signature]

Artículo 200 del Código Político Administrativo, según enmendado, (3 L.P.R.A. sec. 901) aplicable a contratos del Gobierno, y sin previa notificación, anuencia y consentimiento de la Directora Ejecutiva 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 Directora Ejecutiva 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 Directora Ejecutiva de ASES pueda tomar la acción correspondiente en relación con la prestación de los servicios bajo el Seguro de Salud o Plan Médico.
18. **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** proveerá cualquier información que la Directora Ejecutiva de ASES o el comité asesor que ésta 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 escrita.
19. **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** establecerá un procedimiento de manejo de quejas y querellas para atender a los suscriptores y proveedores que deberá ser aprobado previamente por escrito por ASES. Este procedimiento debe ser presentado ante ASES al menos treinta (30) días previo a la fecha en la cual **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** comenzará a prestar servicios bajo las disposiciones de este Contrato, y deberá ser modificado según lo requiera ASES.

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 Directora Ejecutiva de ASES no autorice el desembolso de cualquier mensualidad pendiente de pago.



K.M. J.M.

6
JM

EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD presentará trimestralmente un informe de quejas y querellas, donde incluirá Quejas de Proveedores y Beneficiarios (formales e informales), Apelaciones, Notificaciones de Determinaciones Adversas en cuanto a beneficios y Vistas Administrativas, usando el formato y códigos establecidos por ASES. Este reporte incluirá además comentarios y preguntas de los beneficiarios, realizadas a través de la página web de **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**.

20. **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** deberá tener implementado y en funcionamiento un programa interno abarcador con controles, políticas y procedimientos administrativo y de manejo, diseñado para prevenir, detectar, investigar, corregir y resolver casos potenciales o confirmados de fraude, abuso o desperdicio, en la administración y provisión de servicios detallados en este Contrato.

EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD deberá presentar el plan descrito en un término de treinta (30) días previo a la fecha en que comenzará a rendir servicios bajo este Contrato.

21. Dentro de los treinta (30) días siguientes a la terminación de cada mes, **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** someterá a la Directora Ejecutiva 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 Directora Ejecutiva de ASES no autorice el desembolso de cualquier mensualidad pendiente de pago.

EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, deberá cumplir con las disposiciones de la Ley 104 de 19 de julio de 2002, según enmendada, incluyendo los siguientes términos los cuales aplican a partir de la fecha de recibo de la reclamación:

- a) Todo proveedor participante deberá someter sus reclamaciones de pago por servicios prestados dentro de los noventa (90) días siguientes de haber prestado los mismos.
- b) **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** está obligado a pagar en su totalidad la reclamación procesable para pago dentro del término de treinta (30) días calendario, a partir de la fecha en que recibe la reclamación. De tener alguna objeción a la reclamación, la porción de la



K.M. J.M

7
JM

reclamación que sea procesable para pago debe ser pagada dentro del término de treinta (30) días, mientras se procede con la objeción del restante de la reclamación.

- c) De objetar al pago total o parcial de la reclamación, **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** debe realizar la objeción dentro del término de treinta (30) días de recibida la reclamación, por escrito e indicando de forma detallada las razones por las cuales la reclamación no está siendo considerada procesable para pago de forma total o parcial. De la objeción ser errónea o no fundamentada, el término de treinta (30) días para realizar el pago no será interrumpido, y se deberá pagar intereses sobre la cuantía reclamada por el término en exceso de los treinta (30) días que demore el pago.
 - d) Los proveedores tendrán un término de veinte (20) días luego de recibir la notificación de objeción de una reclamación, ya sea a la cuantía total o parcial de la reclamación, para responder a la misma. De no responder a la objeción, se entenderá como admisión del proveedor a los señalamientos incluidos en la notificación.
 - e) Una vez el proveedor someta la información o documentación requerida para que la reclamación sea procesable, **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** debe proceder con el pago dentro de los próximos treinta (30) días del recibo de la documentación.
22. 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. El Departamento de Hacienda, municipio o dependencia, según sea el caso y corresponda, procederá a entregar los pagos al **EL 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.

EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD tendrá la facultad para cancelar 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



K.M.F.M

MA

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 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 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.

24. REQUISITOS DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

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. **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** 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, deberá adherirse al sistema de ASES y las normas y regulaciones de Puerto Rico para la estructuración de datos.

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 seguridad, integridad y privacidad de toda la información de salud protegida de sus asegurados incluyendo información y datos personales; y a adiestrar a todo su personal en las regulaciones y



A.M.F.M

MA

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.

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 auditoria por la Oficina del Contralor y de la publicación del informe correspondiente, lo primero que suceda.

D. CAPACIDAD OPERACIONAL

1. **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:
 - a) Mantener comunicación y conexiones con los Sistemas de Información de ASES en la manera y el formato requerido por ASES.
 - b) Transmitir y recibir informes y archivos electrónicamente.
 - c) La compatibilidad de protocolos y procedimientos con los sistemas de ASES para proporcionar acceso, interacción y conexión entre ellos.
2. ASES cuenta con un servidor seguro de transferencia de archivos ("File Transfer Protocol" o FTP por sus siglas en inglés) accesible a través del Internet para la entrega y el recibo de archivos e informes electrónicos entre ASES y todas las entidades contratadas.
3. Si **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** tiene sus operaciones centrales de sistemas de información fuera de



K.M.P.H

FA

Puerto Rico, debe responder a los requisitos de ASES de la misma forma como si estuviera situado en Puerto Rico.

4. 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.

E. Seguridad

1. **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, incluyendo en caso de desastre u emergencia. Esto será evidenciado por un certificado de seguro de propiedad para reemplazo por pérdida de equipo, los sistemas operativos, los programas y los datos.

EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD presentará para revisión y aprobación de ASES, un reporte anual de Continuidad de Negocios y Recuperación en Desastres ("Business Continuity and Disaster Recovery" o BC-DR por sus siglas en inglés). Además, deberá llevar a cabo pruebas anualmente de su sistema de BC-DR y reportar los hallazgos de la prueba, dentro de los treinta (30) días siguientes al día de la prueba.

2. **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:

- a) Resguardos regulares (diarios, semanales, mensuales y anuales)
- b) Acceso controlado a las facilidades físicas y a sus Sistemas de Información
- c) Acceso lógico controlado a sus Sistemas de Información
- d) Comprobación de la precisión de los datos y la información sometidos
- e) Mantenimiento regular de sus sistemas operativos, programas y equipo informático
- f) Un Programa de capacitación regular de su personal técnico
- g) Un Plan de Recuperación de Desastre debe ser implementado y probado anualmente (se debe presentar



K.M. 1.4

FJA

evidencia certificada del buen funcionamiento del plan y de las pruebas más recientes)

3. 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.
4. 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.
5. Manejo de Datos: **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** deberá:
 - a) Tener los sistemas electrónicos necesarios debidamente implementados y en operación.
 - b) Permitir la conexión y acceso en línea de ASES a todos los sistemas pertinentes del **ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**.
 - c) 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, incluyendo los siguientes datos, pero no se limite a:
 - De HACIENDA, DEPENDENCIA 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)



A.M.F.M

FA

6. 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 presentarse 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 las reclamaciones.

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.



A.M. 1.4

F. COOPERACIÓN CON PROYECTOS ESPECIALES DE ASES

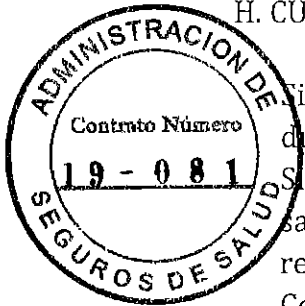
EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD proporcionará toda cooperación y la ayuda necesaria en el desarrollo y la implementación de cualquier proyecto especial de ASES o cualquier otra agencia relacionada del Gobierno de Puerto Rico (según sea coordinado por ASES), incluyendo sin limitarse a cambios o mejoras a los sistemas del **ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** y la apertura de periodos de inscripción especiales.

G. INTERCAMBIO DE DATOS

Los Sistemas de Información de **EL 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 desarrollarse y cambiar durante la vida de este Contrato. **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** debe comprometerse a cooperar con ASES y responder a cualquier cambio en los requisitos para intercambio de datos.

H. CUMPLIMIENTO



EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, durante el término de este Contrato, no cumple con los requisitos de los Sistemas de Información, se le aplicarán las penalidades, multas y sanciones indicadas en este Contrato. Tales penalidades pueden incluir retención de primas, penalidades monetarias y/o la cancelación del Contrato.

25. **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**, durante el término del Contrato, será responsable de establecer, en coordinación con la agencia, dependencia o municipio para la cual trabaja el asegurado o suscriptor, los arreglos pertinentes para la administración del Seguro de Salud o Plan Médico, 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.

X.M.F.M

MA

26. **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 aprobada por ASES. Tendrá certificación del correo "Certificate of Mailing", de la dirección a la que fue enviada, la cual deberá producir a ASES, de ser requerido.

26.1 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.

26.2 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 la misma. 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.



27. Salvo instrucciones específicas de ASES en contrario, quedan prohibidas las renovaciones automáticas o envío de tarjetas al asegurado o suscriptor sin que medie una solicitud de éste. El empleado tendrá que tener evidencia de la fecha de entrega de la solicitud.

28. **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**.

A.M. P.M.

PA

El Directorio de Proveedores que proveerá a los asegurados 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. **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** se compromete a establecer y comunicar a sus empleados las políticas y procedimientos relacionadas a los estándares de seguridad y privacidad de "Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996" (mejor conocida como Ley HIPAA), para el uso y manejo de forma segura de los sistemas electrónicos que sean utilizados para fines de intercambio de información con ASES, incluyendo, pero sin limitarse al uso de correo electrónico, medios magnéticos, entre otros, según aplique.

30. **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** es un contratista independiente y asociado de negocios (*Business Associate*) de **ASES** en lo que al desempeño de los servicios contratados se refiere. En dicho carácter reconoce y acuerda además lo siguiente:

a. **ASES** mantiene y custodia información protegida de salud de beneficiarios y de empleados, información privilegiada y propietaria de otros tipos tales como demográfica y personal de proveedores, la cual tiene el deber de salvaguardar y proteger conforme a las normas estatales y federales aplicables. **ASES** utiliza esta información para propósitos de pago, estudios estadísticos, y para propósitos de prestación de servicios y operaciones de salud del beneficiario según permitido por la Ley HIPAA.

Toda información creada, datos demográficos, documentos, mensajes (verbal o vía correo electrónico), informes o reuniones que incluyan o que se susciten como consecuencia o en conexión con este Contrato, es propiedad de **ASES** (en adelante "datos e información de **ASES**"). Por tanto, **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** tiene que hacer disponible a **ASES** todos los datos e información relacionados según explicado, al momento de ser solicitado.

- c. Queda expresamente prohibido a **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** compartir, distribuir, diseminar o publicar los datos e información de **ASES**.
- d. En caso de discrepancia en cuanto a qué constituye o no datos e información de **ASES**, la interpretación y decisión de **ASES** será final e inapelable.



K.M. P.H

JA

- e. **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** tendrá contacto o podrá tener contacto, mantendrá y utilizará la información protegida de salud de beneficiarios, información privilegiada y de otro tipo según descrito. Por lo tanto, deberá mantener en estricta confidencialidad y privacidad toda información a la cual se exponga y la usará para los únicos fines de ejecutar las funciones descritas en este Contrato, limitándose al mínimo necesario que permita el desempeño apropiado de las tareas descritas en este Contrato.

EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD no utilizará o divulgará información protegida de salud de beneficiarios provista por **ASES**, sin el previo consentimiento escrito de éstos, salvo para los fines aquí permitidos y requeridos por el Contrato, **ASES** o según permitido en la Ley HIPAA.

- f. **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** establecerá salvaguardas apropiadas para prevenir el uso y divulgación de información protegida para otros fines que no sean los provistos en este Contrato, siempre usando el mecanismo de la comunicación cifrada confidencial disponible a través del portal seguro de **ASES**.
- g. **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** se asegurará que cualquier agente, empleado o subcontratista con el cual contrate y le suministre información protegida que haya recibido y/o creado en nombre de **ASES**, ejerza el mismo grado de control y limitación sobre uso de información que le compete en lo que respecta a las obligaciones contractuales aquí asumidas. **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** tendrá documentos acreditativos de la educación recibida por el personal a estos efectos, en sus expedientes y disponibles para revisión de **ASES** de ser necesario.

EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD adoptará prácticas internas, procedimientos, políticas manuales y registros para proteger la integridad, privacidad y la confidencialidad de la información mantenida por ésta y/o sus asociados, conforme a los estándares de privacidad de la Ley HIPAA y la reglamentación del 45 CFR sección 164.314 y 164.316. A esos fines hará accesible dichos documentos a **ASES** para revisión, gestiones de cumplimiento o cualquier otro asunto relacionado.

- i. **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** certifica que todo el personal involucrado en las obligaciones y deberes este Contrato esta adiestrado en la Ley HIPAA, su regla de privacidad, códigos, transacciones e identificadores, y la regla de seguridad en la información que es accedida, creada, mantenida o transmitida por medios electrónicos. Además, que conocen y cumplen con los términos establecidos en las



K.M.P.H

FA

políticas y procedimientos, cumplen con las políticas de **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** para la protección de la privacidad, confidencialidad y seguridad de la información de salud del beneficiario; cumplir con la regulación federal en el manejo y custodia de la información de salud protegida (PHI por sus siglas en inglés), en los aspectos administrativos, físicos y técnicos según establecido en el 45 CFR secciones 164.308, 164.310, 164.312, 164.316.

- j. **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** presentará certificados de adiestramiento a los efectos de que ha cumplido con lo expresado en el párrafo anterior, al momento del otorgamiento de este Contrato y cuando añada recursos a su plantilla de empleados, para trabajar en las tareas de este Contrato.
- k. **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** registrará y documentará toda divulgación o sospecha de divulgación, de información protegida e información que haga según se le requiere a **ASES** para que responda a solicitudes de individuos sobre recuento de divulgaciones conforme se establece en el 45 CFR sección 164.528.
- l. Cualquier divulgación, real o sospechada de información protegida, será informada a **ASES** en el término de veinticuatro (24) horas a partir desde el momento en que **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** advenga en conocimiento de tal información. 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.
- m. La notificación deberá radicarse por correo certificado a la Oficina de Cumplimiento e Integridad de **ASES**, a la atención del (la) Director(a) de Cumplimiento y al Oficial de Privacidad o, con la aprobación de **ASES**, mediante servidor seguro de transferencia de archivos. El documento deberá incluir la siguiente información, de manera que **ASES** comprenda la naturaleza de la divulgación o sospecha:

- Una breve descripción de lo ocurrido;
- Descripción de roles de las personas involucradas (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 la ocurrencia;
- Número de individuos o expedientes impactados o un estimado; y



8-11-1-44

- Actos realizados conducentes a mitigar la ocurrencia.

- o. **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** proveerá a **ASES**, o su representante autorizado, información que haya recopilado conforme al Contrato para que **ASES** pueda responder a una solicitud individual sobre recuento de divulgación conforme establece el 45 CFR sección 164.528.
- p. **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** devolverá a **ASES**, datos e información de **ASES** que haya recibido a través de ésta o sus asociados y que mantenga en cualquier forma, a la terminación o cancelación del Contrato.
- q. La devolución de datos e información de **ASES** se llevará a cabo dentro de los cinco (5) días siguientes a la terminación o cancelación de este Contrato, dirigido por personal de Sistemas de Información de **ASES** y en presencia de **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**. Una vez concluido el proceso, **ASES** y **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** suscribirán una certificación a los efectos que la devolución y/o destrucción de datos fue completada según requerido en este Contrato y en el Acuerdo de Asociado de Negocios (*Business Associate Agreement*).
- r. **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** se obligará a proveer acceso a información protegida que mantenga en un récord designado, a solicitud de **ASES** o según ordenado por ésta para un individuo, según le sea requerido en cumplimiento con el 45 CFR 164.524.
- s. **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** tiene igual responsabilidad que **ASES** en la protección y salvaguarda de los datos de salud y personales con los cuales se trabaja en la operación diaria de **ASES**. Por lo tanto, mitigará, corregirá y reportará a **ASES** y a las agencias reguladoras estatales y federales de cualquier daño que resulte y sobre el cual tenga conocimiento, relacionado al uso o divulgación no autorizada de información protegida, en violación a este Contrato.
- t. Las Partes observarán también la legislación local sobre protección de datos personales, Ley 111 de 7 de septiembre de 2005, conocida como "Ley de Información al Ciudadano sobre la Seguridad de Bancos de Información" (en adelante Ley 111).
- u. Cualquier solicitud de información que contenga datos demográficos y de salud de los beneficiarios y que sea necesario para que **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** lleve a cabo las labores objeto de este contrato, serán realizadas por escrito por ésta, en comunicación dirigida a la Directoría de la oficina a la cual este prestando servicios. La Directoría a su vez hará el requerimiento de la información solicitada al Departamento de Sistemas de Información, copiando en esta notificación al Oficial de Privacidad. La Solicitud



K.M. 1-11

JA

de información deberá incluir los campos, períodos e identificadores interesados, así como el propósito o justificación de la solicitud.

Cualquier violación a las obligaciones asumidas será causa suficiente para dar por terminado el contrato. En la eventualidad que **SASES** tenga que recurrir a una acción legal para exigir el cumplimiento de estas obligaciones, **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** la indemnizará por los gastos y honorarios de abogados en que incurra **ASES**.

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 Ley HIPAA), según sean aplicables.

31. **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). Además, se compromete a no más tarde de cinco (5) días calendario a partir de la fecha de cambio actualizado en su portal electrónico. El incumplimiento recurrente con esta directriz estará sujeto a la imposición de sanciones según dispuesto en la Cláusula 47, PENALIDADES, de este Contrato.

31.1 Cuando el cambio del Directorio de Proveedores sea como resultado de la cancelación de un contrato con 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.

31.2 En la eventualidad que los cambios de proveedores sean tantos que, a juicio de la Directora Ejecutiva 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.



31.3 **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.

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

31.5 **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** debe entregar un reporte mensual llamado Listado de Proveedores en la Red. Este incluirá la cantidad de proveedores contratados. La información mínima que constará en este reporte: (i) nombre; (ii) especialidad; (iii) NPI; (iv) código de especialista; (v) número de licencia; (vi) localización de oficina primaria; (vii) horario de oficina; (viii) estatus de credencialización; (ix) afiliación de Grupo Médico Primario; (x) proporción en cuanto a beneficiarios (incluyendo PCP's, Proveedores de Salud Mental); (xi) estatus de credencialización y recredencialización).



31.6 **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**."

32. 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 data de utilización de éstos y concederá un término razonable para someter los mismos.

33. Los formatos y diseños de computadoras e informes ("screen and print-out formats and designs") se considerarán 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.

K.M. P.M.

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.

34. 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**.

35. 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 **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** 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.

36. **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 Directora Ejecutiva 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.

37. 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 36 de este Contrato, la Directora Ejecutiva de ASES, de conformidad con lo dispuesto en el apartado (j) del Artículo 9 de la Ley Número 230, supra, ordenará también la retención de la aportación



K.M. P.M.

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.

38. **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** podrá suspender temporariamente o dar por terminado este Contrato, previa notificación de sesenta (60) días, en cuanto a aquellas agencias, dependencias, 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.

39. Las partes acuerdan que están excluidos del Seguro de Salud o Plan Médico aquellos beneficios o servicios que expresamente se especifican como excluidos en el Seguro de Salud o Plan Médico, según éste fue aprobado por ASES. Todo servicio, tratamiento o condición de salud que no esté expresamente excluido se considerará cubierto.

40. Si el Seguro de Salud o Plan Médico 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:

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



K.M. P.M

MA

- 40.2 La cubierta no será mandatoria ni se impondrá como condición para extenderle los beneficios médico-quirúrgicos, dentales, medicinas y de hospitalización al suscriptor.
- 40.3 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 o Plan Médico.
41. Ninguna persona cubierta por el Seguro de Salud o Plan Médico podrá ceder los beneficios a que tiene derecho bajo las cláusulas y disposiciones del Seguro de Salud o Plan Médico 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.
42. De surgir cualquier querrela relacionada a los servicios que se proveen bajo el Seguro de Salud o Plan Médico, 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 resolverse la querrela en dicho comité o división, la misma deberá canalizarse de acuerdo con el Reglamento Núm. 8398. Para solucionar administrativamente cualquier otra controversia sobre los servicios objeto de este contrato, se utilizará el procedimiento que se establece en el Reglamento Núm. 8398.
43. En la eventualidad de que un asegurador, OSS u otra entidad contratada bajo la Ley 95 del 1963 sea declarado insolvente o la Directora Ejecutiva de ASEŠ cancele su contrato, las vidas suscritas podrán ser 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 o Plan Médico 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. Este inciso también será de aplicabilidad a cualquier periodo de inscripción especial requerida por ASEŠ.
44. Si cualquier proveedor de servicios contratado por la Red de Proveedores del **ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** cobra a una persona acogida al Seguro de Salud o Plan Médico cargos que no proceden de acuerdo con las disposiciones de este, **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**



K.M.P.H

JA

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.

45. **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** debe entregar los reportes que sean solicitados por ASES en la forma y frecuencia establecida por ASES.

46. **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:

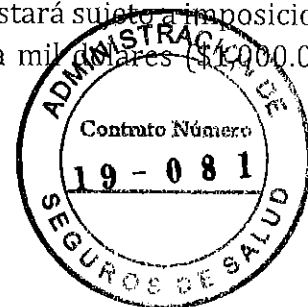
46.1 Se cerciorará de que, al aceptar cualquier solicitud complementaria de un empleado, o cualquier alternativa similar, ésta cumpla con las reglas del Gobierno de los Estados Unidos de América, incluyendo la que requiere que la cubierta complementaria la gestione y pague el empleado.

46.2 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.

46.3 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.

47. **PENALIDADES:** Cualquier incumplimiento con alguna de las obligaciones contractuales o desviación sobre los términos pactados en este Contrato, estará sujeto, pero no limitado, a las siguientes sanciones, multas o penalidades previo notificación a las partes según establecido en el Reglamento de Multas y Sanciones de ASES, Reglamento Núm. 8446

47.1 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 31, éste estará sujeto a imposiciones de sanciones o penalidades de parte de ASES de hasta mil dólares (\$1,000.00) por ocurrencia.



K.M. 1.44

PA

- 47.2 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, empleado o subcontratista del **ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS 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.
- 47.3 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, empleado o subcontratista del **ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** en contra de otro de los seguros de salud o planes médicos contratados por ASES, 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.
- 47.4 De incurrir en las prácticas descritas en las Cláusulas 47.2 y 47.3, 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.

De **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** incurrir en el mercadeo, en cualquier medio, de sus planes o productos del Seguro de Salud o Plan Médico con material promocional o publicitario que no haya sido aprobado previamente por escrito 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 escrita 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.

- 47.5 El incumplimiento por parte de **ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** con los términos y condiciones establecidos en la Cláusula 24 (REQUISITOS DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN) constituirá en incumplimiento con

K.M.F.M

JA

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 24, podrá estar sujeto a las siguientes sanciones o penalidades económicas más severas, a discreción de ASES:

- a) cancelación de la aprobación para participar para proveer un seguro de salud o un plan médico 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.

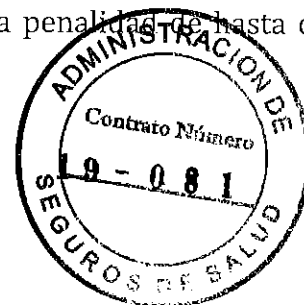
47.6 El incumplimiento por parte del **ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** con el sometimiento de información y/o informes solicitados por aquellas instrumentalidades involucradas en el procesamiento de nóminas y de aportaciones patronales, tales como los Sistemas de Retiro y el Departamento 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.

47.7 De **EL 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.

47.8 De **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** realizar renovaciones automáticas o envío de tarjetas al asegurado o suscriptor sin que medie autorización escrita de ASES o una solicitud del asegurado o suscriptor, incurrirá en incumplimiento con este Contrato y estará sujeto a una multa de hasta diez mil dólares (\$10,000.00) por cada violación.

47.9 De incurrir en incumplimiento de cualquiera de las cláusulas que forman parte de este Contrato, **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** quedará, por ese sólo hecho, sujeto al pago de una penalidad de hasta diez mil dólares (\$10,000.00) por violación.

K.M. 1-4



MA

47.10 En los casos en que los fondos estén bajo custodia y control del Secretario de Hacienda, 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 Directora Ejecutiva de ASES ordene la imposición y descuento de la penalidad descrita, se reservará el derecho a exigir tanto el cumplimiento estricto de las cláusulas incumplidas como los términos de este Contrato.

47.11 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.

48. 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 a la Directora Ejecutiva 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 la Directora Ejecutiva de ASES, y pagará todos los gastos de administración en que se incurran por razón de la cancelación de la cubierta.

49. En caso de terminación del Seguro de Salud por cualquier causa, incluyendo la decisión de **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** de no renovar el contrato de Seguro de Salud o Plan Médico 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 no menor de treinta (30) días.

50. ASES se reserva el derecho de abrir un nuevo proceso de certificación de potenciales aseguradoras / organizaciones de servicios de salud para el próximo año contrato que comienza el 1ro de abril de 2020, en la forma y manera que se notifique oportunamente y en cumplimiento con la Ley 95 de 1963, según enmendada. De igual forma, ASES puede optar por la renovación automática de este contrato. En la eventualidad de que por cualquier causa justificable el proceso de certificación no ocurra o no haya concluido a tiempo, o se realiza la revisión de primas aplicables en caso de la renovación automática, **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** se compromete a



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

extender este Contrato por un período no mayor de noventa (90) días a partir de la fecha de expiración del periodo inicial bajo los mismos términos y condiciones mientras se concluye el proceso de certificación o se revisa la prima aplicable. Las nuevas tarifas tendrán efectividad el 1ro del mes siguiente que termina la extensión.



ASES se reserva el derecho de cancelar este contrato en caso de que no se llegue a un acuerdo que ASES considere justo y beneficioso para la población suscrita al amparo de la Ley Núm. 95-1963 según enmendada. Los procesos de transición de beneficiarios serán establecidos mediante Carta Normativa.

El período de vigencia de este contrato, las nuevas tarifas y cubiertas, tendrán efectividad a partir del **1ro de abril de 2019 y hasta el 31 de marzo de 2020**. 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 noventa (90) días de antelación, sin derecho a compensación adicional alguna, salvo lo devengado bajo el mismo hasta esa fecha. La vigencia de este contrato se encuentra sujeta al resultado que cualquier impugnación válida pendiente al momento de la firma y que no haya sido notificada o no fuera del conocimiento de las partes en ese momento. En tal caso, **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** tampoco tendrá derecho a compensación adicional alguna, salvo lo devengado bajo el mismo hasta la fecha de cancelación.

52. Todo aviso, notificación o comunicación a la Directora Ejecutiva de ASES relativa a este Contrato deberá dirigirse a la Oficina de la Directora 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 Plan de Salud Menonita, Inc., deberá remitirse a la Oficina del Director de Operaciones y Cumplimiento, Félix Ortiz Figueroa, al Apartado 44, Aibonito, Puerto Rico 00705 con copia a la Oficina de Asuntos Legales, a la misma dirección.

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

54. **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** certifica que ha recibido copia, entiende y reconoce que por medio de este contrato se compromete a regirse por las disposiciones establecidas en la Ley Núm. 2 del 4 de enero del 2018 según enmendada, conocida como "Código de Ética para Contratistas, Proveedores de Servicios

K.M. 1.4

y Solicitantes de Incentivos Económicos de las Agencias Ejecutivas del Gobierno de Puerto Rico”.

55. 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.
56. **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** deberá cumplir con lo dispuesto en la Ley Núm. 95 y su Reglamento, o cualquier otra regla, reglamento aprobado en virtud de la Ley Núm. 95, o Carta Normativa que, durante la vigencia de este Contrato, promulgue ASES.
57. 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 la Directora Ejecutiva de ASES, que en adelante se denominan colectivamente como “Normativas”. Además, se incorporan y hacen formar parte del contrato, toda documentación sometida durante el proceso de solicitud de propuestas, en todo aquello que no sea incompatible con los términos específicamente establecidos en este Contrato. En caso de alguna inconsistencia entre la documentación sometida por **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** en el proceso de solicitud de propuestas, la propuesta de **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**, y este Contrato, prevalecerá lo dispuesto en este Contrato.
58. **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.



59. **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.

Adicional a lo anterior, **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** deberá entregar a ASES, trimestralmente, Estados Financieros No Auditados en las siguientes fechas:



- Trimestre finalizado el 30 de junio de 2019 será entregado el 16 de julio de 2019
- Trimestre finalizado el 30 de septiembre de 2019 será entregado el 15 de octubre de 2019
- Trimestre finalizado el 31 de diciembre de 2019 será entregado el 15 de enero de 2020

EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD presentará además estados financieros auditados siguiendo los principios generales aceptados en contabilidad y auditoría en los Estados Unidos (GAAP por sus siglas en inglés), a su costo, por la duración de este Contrato y a ser entregados no más tarde los noventa (90) días luego de la terminación de este Contrato.

60. 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.

61. Los contratos entre **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** y los proveedores deberán incluir una cláusula que permita a ASES realizar auditorías a los proveedores contratados para proveer servicios bajo este contrato, específicamente en cuanto a servicios prestados a la población de Ley 95 incluyendo, pero sin limitarse a expedientes médicos y récords financieros.

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**

A.M.F.M

AA

ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD se determine causa probable 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 que éste, sus oficiales, directivos y/o miembros de Junta de Directores no ha sido convicto, ni acuerdo de delito contra el erario y la integridad pública, según definidos en el código penal o malversación de fondos públicos, la fe y la función pública, o que envuelva propiedad o fondos públicos ya sean estatales o federales. En caso de que así fuera, el contrato quedará resuelto inmediatamente.
65. ASES apercibirá a **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** de la intención de imponer multas, sanciones o penalidades. **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** deberá subsanar el incumplimiento, de ser subsanable, 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 el incumplimiento de la obligación contractual, en cuyo caso ASES no tendrá que apercibir a **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** de la intención de imponer multas, sanciones o penalidades, ASES notificará e impondrá la multa sanción o penalidad correspondiente, la cual podrá ser notificada al Secretario de Hacienda para que retenga la cuantía de la misma del próximo pago de primas a **EL ASEGURADOR / ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** y que dicha cantidad sea enviada a ASES.
66. Este Contrato constituye el acuerdo 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 hiciera formar parte de este Contrato.

K.M. / M

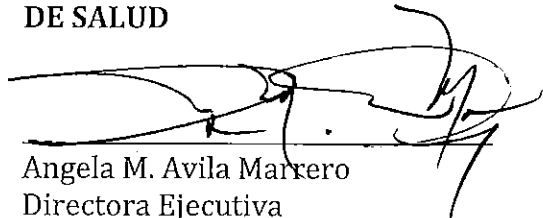


[Handwritten signature]

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

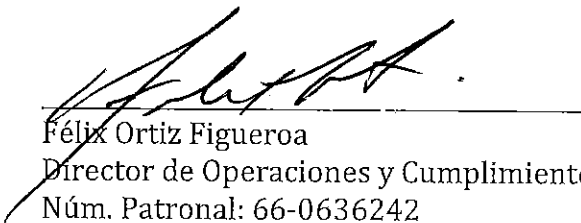
En San Juan, Puerto Rico, a 20 de febrero de 2019.

**ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS
DE SALUD**



Angela M. Avila Marrero
Directora Ejecutiva
Núm. Patronal: 66-0500678

PLAN DE SALUD MENONITA, INC.



Félix Ortiz Figueroa
Director de Operaciones y Cumplimiento
Núm. Patronal: 66-0636242

