

<english>

“Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico” (ASES)

Ley Núm. 72 de 7 de Septiembre de 1993, según enmendada

{Ir a [Tabla de Contenido](#)}

(Contiene enmiendas incorporadas por las siguientes leyes:

[Ley Núm. 1 de 8 de Enero de 1994](#)
[Ley Núm. 139 de 14 de Diciembre de 1994](#)
[Ley Núm. 29 de 1 de Julio de 1997](#)
[Ley Núm. 83 de 13 de Junio de 1998](#)
[Ley Núm. 88 de 24 de Mayo de 2000](#)
[Ley Núm. 107 de 22 de Junio de 2000](#)
[Ley Núm. 372 de 2 de Septiembre de 2000](#)
[Ley Núm. 462 de 29 de Diciembre de 2000](#)
[Ley Núm. 463 de 29 de Diciembre de 2000](#)
[Ley Núm. 12 de 11 de Abril de 2001](#)
[Ley Núm. 100 de 10 de Agosto de 2001](#)
[Ley Núm. 105 de 19 de Julio de 2002](#)
[Ley Núm. 64 de 4 de Enero de 2003](#)
[Ley Núm. 133 de 1 de Junio de 2003](#)
[Ley Núm. 334 de 29 de Diciembre de 2003](#)
[Ley Núm. 482 de 23 de Septiembre de 2004](#)
[Ley Núm. 63 de 23 de Agosto de 2005](#)
[Ley Núm. 27 de 23 de Enero de 2006](#)
[Ley Núm. 236 de 3 de Noviembre de 2006](#)
[Ley Núm. 125 de 21 de Septiembre de 2007](#)
[Ley Núm. 78 de 2 de Junio de 2008](#)
[Ley Núm. 100 de 27 de Junio de 2008](#)
[Ley Núm. 267 de 13 de Agosto de 2008](#)
[Ley Núm. 120 de 7 de Octubre de 2009](#)
[Ley Núm. 127 de 19 de Octubre de 2009](#)
[Ley Núm. 128 de 20 de Octubre de 2009](#)
[Ley Núm. 20 de 26 de Febrero de 2010](#)
[Ley Núm. 123 de 8 de Agosto de 2010](#)
[Ley Núm. 173 de 23 de Noviembre de 2010](#)
[Ley Núm. 197 de 15 de Diciembre de 2010](#)
[Ley Núm. 198 de 15 de Diciembre de 2010](#)
[Ley Núm. 227 de 30 de Diciembre de 2010](#)
[Ley Núm. 205 de 18 de Octubre de 2011](#)
[Ley Núm. 112 de 13 de Junio de 2012](#)
[Ley Núm. 192 de 22 de Agosto de 2012](#)
[Ley Núm. 65 de 19 de Julio de 2013](#)
[Ley Núm. 134 de 20 de Noviembre de 2013](#)
[Ley Núm. 5 de 3 de Enero de 2014](#)

[Ley Núm. 76 de 1 de Julio de 2014](#)
[Ley Núm. 62 de 4 de Mayo de 2015](#)
[Ley Núm.172 de 8 de Octubre de 2015](#)
[Ley Núm. 177 de 13 de Agosto de 2016](#)
[Ley Núm. 253 de 6 de Diciembre de 2018](#)
[Ley Núm. 29 de 23 de Mayo de 2019](#)
[Ley Núm. 10 de 3 de Enero de 2020](#)
[Ley Núm. 19 de 12 de Enero de 2020](#)
[Ley Núm. 105 de 13 de Agosto de 2020](#)
[Ley Núm. 162 de 30 de Diciembre de 2020](#)
[Ley Núm. 69 de 27 de Diciembre de 2021](#)
[Ley Núm. 78 de 30 de Diciembre de 2021](#)
[Ley Núm. 89 de 14 de Octubre de 2022](#)
[Ley Núm. 40 de 22 de Febrero de 2023](#)
[Ley Núm. 73 de 17 de Julio de 2023](#)
[Ley Núm. 28 de 18 de Enero de 2024\)](#)

Para crear la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico; establecer su organización, propósitos, deberes funciones; establecer seguros de servicios de salud; y para asignar fondos.

Decrétase por la Asamblea Legislativa de Puerto Rico:

ARTICULO I. — TITULO

Sección I. — Título. (24 L.P.R.A. § 7001 nota)

Esta Ley se conocerá como “Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico”, (“ASES”), en adelante denominada “Administración”.

ARTÍCULO II. — DECLARACIÓN DE INTENCIÓN LEGISLATIVA. (24 L.P.R.A. § 7001)

Como parte de una reforma radical de los servicios de salud en Puerto Rico, se establece la presente ley para crear la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico. Se trata de una corporación pública con plena capacidad para desarrollar las funciones que la ley le encomienda.

La Administración tendrá la responsabilidad de implantar, administrar y negociar, mediante contratos con aseguradores, y/u organizaciones de Servicios de Salud, según definidas en la [Ley Núm. 113 de 2 de junio de 1976](#), según enmendada, conocida como “Ley de

Organizaciones de Servicios de Salud”, incorporada en el [Código de Seguros de Puerto Rico](#) (Art. 19.020 et seq.), un sistema de seguros de salud que eventualmente le brinde a todos los residentes de la Isla acceso a cuidados médico hospitalarios de calidad, independientemente de la condición económica y capacidad de pago de quien los requiera.

La política pública de salud en Puerto Rico ha girado, desde principios de este siglo, en torno a la visión de que el Gobierno tiene la responsabilidad de prestar directamente los servicios de salud. Al amparo de esa política, se han desarrollado dos sistemas de salud notablemente desiguales. En términos generales, podemos afirmar que en Puerto Rico la calidad de los cuidados de salud ha venido a depender preponderantemente de la capacidad económica de la persona para cubrir con recursos propios el costo de los mismos.

Dentro de ese esquema, al Departamento de Salud le ha correspondido la atención del sector médico-indigente de nuestra población. Las buenas intenciones de sus funcionarios no han sido suficientes para cancelar los efectos adversos que, sobre la calidad de servicios del Departamento, han tenido factores como los siguientes: la insuficiencia de los presupuestos; el costo creciente de la tecnología y los abastos médicos; el gigantismo y centralismo burocráticos; y la interferencia partidista con la gestión departamental.

Desde 1967, en Puerto Rico se han realizado ensayos de reforma en los servicios médico-hospitalarios del Departamento. Sin embargo, no se ha logrado estrechar una brecha que cada día se abre más entre la calidad de los servicios públicos y los privados. Esta experiencia constituye el trasfondo de la política pública que pauta esta ley. Esta política pública es la siguiente: La Administración gestionará, negociará y contratará con aseguradoras y proveedores de servicios de salud, para proveer a sus beneficiarios, particularmente los médico-indigentes, servicios médico-hospitalarios de calidad.

La Administración también deberá establecer mecanismos de control dirigidos a evitar un alza injustificada en los costos de los servicios de salud y en las primas de los seguros.

ARTÍCULO III. — DEFINICIONES

Sección 1. — Término y Frases (24 L.P.R.A. § 7002)

Para fines de esta ley, los siguientes términos y frases tendrán el significado que se expone a continuación:

- (a) **Administración:** Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.
- (b) **Alianzas de beneficiarios:** Grupos de beneficiarios representados por la Administración en la negociación de las cubiertas de beneficios del Plan de Salud que éstos necesiten. Componen estos grupos, beneficiarios del Departamento de Salud u otros grupos que en el futuro puedan beneficiarse de las actividades de la Administración.
- (c) **Aportación patronal:** Porción del costo de la prima que es pagada por el patrono del beneficiario.
- (d) **Aportación personal:** Porción del costo de la prima que es pagada por el beneficiario.
- (e) **Asegurador:** Entidad que asume el riesgo en forma contractual mediante el pago de una prima, debidamente autorizada por el Comisionado de Seguros para hacer negocios en Puerto Rico.

Rico; o entidad con la cual la Administración delega por razón de vínculo contractual la adjudicación de la procesabilidad del pago por servicios en aquellos contratos entre la Administración y proveedores participantes.

(f) Auditoría interna fiscal: Procedimiento establecido por la Administración para recopilar la información necesaria que corrobore que los servicios prestados a los beneficiarios fueron provistos a base de criterios de necesidad y facturados correctamente.

(g) Beneficiario de Medicare: Aquella persona elegible al Programa Federal de Medicare y que además cumple con los requisitos para ser beneficiario de la Administración.

(h) Coaseguro: Participación porcentual que tiene el beneficiario de cada pérdida o porción del costo de recibir un servicio.

(i) Comisionado: Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

(j) Cubierta de beneficios de salud: Todos los beneficios incluidos en un plan de salud para los beneficiarios.

(k) Departamento: Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

(l) Director Ejecutivo: Director Ejecutivo de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.

(m) Emergencia: Se refiere a una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente severidad, incluyendo dolor severo, donde una persona lea, razonablemente prudente, que tenga un conocimiento promedio de salud y medicina, pueda esperar que en la ausencia de acción médica inmediata colocaría la salud de la persona en serio peligro, o resultaría en una seria disfunción de cualquier miembro u órgano del cuerpo o con respecto a una mujer embarazada que esté sufriendo contracciones, que no haya suficiente tiempo para transferirla a otras instalaciones antes del parto, o que transferirla representaría una amenaza a la salud de la mujer o de la criatura por nacer.

(n) Entidad: Cualquier organización con personalidad jurídica propia, organizada o autorizada a hacer negocios de conformidad con las leyes de Puerto Rico.

(o) Facilidades de salud: Aquéllas definidas en la [Ley Núm. 101 de 26 de Julio de 1965, según enmendada](#) (24 L.P.R.A. § 331 et seq.)

(p) Grupo médico primario: Entidad con o sin fines de lucro, que agrupe o asocie médicos primarios.

(q) Grupo médico de apoyo: Entidad con o sin fines de lucro, que agrupe o asocie médicos de apoyo.

(r) Grupo de proveedores primarios: Entidad con o sin fines de lucro, que agrupe o asocie proveedores primarios.

(s) Junta de Directores: Junta de Directores de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.

(t) Ley: Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.

(u) Médico de apoyo: Profesional proveedor participante que provee servicios complementarios y de apoyo a los médicos primarios. Para obtener beneficios de éstos, el beneficiario deberá ser referido por el médico primario. Se considerarán médicos de apoyo, los siguientes: cardiólogos, endocrinólogos, neurólogos, psiquiatras, oftalmólogos, radiólogos nefrólogos, fisiatras, ortopedas, cirujano general y demás médicos no comprendidos en la definición de médico primario.

- (v) **Médico primario:** Profesional proveedor participante que evalúa y da tratamiento inicialmente a los beneficiarios. Es responsable de determinar los servicios que precisa el beneficiario, proveer continuidad referir a los beneficiarios a servicios especializados. Se consideran médicos primarios (*Primary Physicians*) los siguientes: médicos generalistas, médicos internistas, médicos de familia, pediatras, ginecólogos y obstetras.
- (w) **Organizaciones de servicios de salud:** Son grupos médico primarios, grupos médico de apoyo, y grupos de proveedores primarios que cumplan los requerimientos de contratación establecidos por la Administración para ofrecer servicios de salud a través del modelo de cuidado de coordinado. Se incluye bajo esta definición a las organizaciones de Servicios de Salud, según definidas en la [Ley Núm. 113 de 2 de junio de 1976](#), según enmendada, conocida como “Ley de Organizaciones de Servicios de Salud”, incorporada en el [Código de Seguros de Puerto Rico](#) (Art. 19.020 et. Seq.).
- (x) **Pago per capita (*capitation*):** Aquélla parte de la prima pagada al asegurador que se transfiere al proveedor participante en pago de los beneficios provistos bajo las cubiertas de beneficios de salud a los beneficiarios que representa la Administración o aquel pago fijo efectuado por la Administración al proveedor participante por cada beneficiario.
- (y) **Plan de cuidado de salud:** Cualquier convenio mediante el cual una persona se compromete a proveer a un suscriptor o grupo de suscriptores, determinados servicios de cuidado de salud, bien sea directamente o a través de un proveedor, o a pagar la totalidad o una parte del costo de tales servicios, en consideración al pago de una cantidad prefijada en dicho convenio, que se entiende devengada, independientemente de si el suscriptor utiliza o no los servicios de cuidado de salud provistos por el plan. No obstante lo anterior, dicho plan deberá proveer principalmente para la prestación de servicios de cuidado de salud, a distinción de la mera indemnización por el costo de tales servicios.
- (z) **Preautorización:** Permiso escrito del asegurador al beneficiario concediendo la autorización para obtener un beneficio. El beneficiario será responsable de obtener dicha preautorización del asegurador para obtener los beneficios que requiere la misma. El no obtener la preautorización cuando sea requerida impide la obtención del beneficio y la concesión de la preautorización obliga al autorizante al pago del servicio autorizado.
- (aa) **Prima Remuneración:** que se le otorga a un asegurador por asumir un riesgo mediante un contrato de seguro.
- (bb) **Prima base:** La prima más baja de entre todas las contratadas con los aseguradores.
- (cc) **Proveedor de servicios de salud:** Consistirá de médicos primarios, médicos de apoyo, servicios primarios, proveedores primarios y organizaciones de servicios de salud.
- (dd) **Proveedor participante:** Aquel proveedor de servicios de salud contratado por los aseguradores o por la Administración para ofrecer servicios de salud a la población representada por la Administración.
- (ee) **Proveedores primarios:** Consistirá de proveedores participantes que sean laboratorios clínicos, facilidades de radiología, farmacias y hospitales, sin incluir salas de emergencia.
- (ff) **Referido:** Autorización por escrito emitida por el médico primario seleccionado que le permita al beneficiario obtener un servicio en otro proveedor participante en un período determinado.
- (gg) **Secretario:** Secretario del Departamento de Salud.
- (hh) **Servicios primarios:** Las salas de emergencia de los proveedores participantes.

ARTÍCULO IV. — ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO

Sección 1. — Creación. (24 L.P.R.A. § 7003)

Se crea una corporación pública, como instrumentalidad del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, bajo el nombre de Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico. La Administración tendrá existencia perpetua con personalidad jurídica independiente y separada de cualquier otra entidad, agencia, departamento o instrumentalidad del Gobierno de Puerto Rico y estará regida por una Junta Directores.

Sección 2. — Propósitos, Funciones y Poderes: (24 L.P.R.A. § 7004)

La Administración será el organismo gubernamental encargado de la implantación de las disposiciones de esta ley. A esos fines, tendrá los siguientes poderes, funciones, que radicarán su Junta de Directores:

- (a) Implantar planes de servicios médico-hospitalarios basados en seguros de salud.
- (b) Negociar y contratar con aseguradores públicos y privados, y organizaciones de servicios de salud, cubiertas de seguros médico-hospitalarios, según se definen y establecen éstos en el Artículo VI de esta ley (24 L.P.R.A. § 7025 a 7036).
- (c) Negociar y contratar directamente con proveedores de servicios de salud aquellos servicios de salud que la Administración estime conveniente, considerando la capacidad y estructura de éstas.
- (d) Organizar alianzas y conglomerados de beneficiarios con el fin de representarlos en la negociación y contratación de sus planes de salud.
- (e) La Administración podrá representar a otras entidades públicas y alianzas o conglomerados privados que lo interesen y así lo soliciten.
- (f) Adoptar, modificar y utilizar un sello oficial.
- (g) Establecer una estructura administrativa y financiera que le permita manejar sus fondos y recaudos, administrar efectivo y realizar desembolsos.
- (h) Demandar y ser demandada.
- (i) Solicitar, aceptar y recibir aportaciones federales, estatales, municipales y de cualquier otra índole.
- (j) Establecer las normas para el nombramiento, contratación y remuneración de su personal.
- (k) Negociar y otorgar toda clase de contratos, documentos y otros instrumentos públicos con personas y entidades jurídicas.
- (l) Adquirir, para sus fines corporativos, bienes por compra, donación, concesión o legado; poseer y ejercer todos los derechos de propiedad sobre los mismos y disponer de ellos de acuerdo con los términos y condiciones que su junta de directores determine.
- (m) Realizar todos los actos necesarios y convenientes para llevar a cabo los propósitos de esta ley, excepto que la Administración no tendrá facultad para empeñar el crédito del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, ni de ninguna de sus subdivisiones políticas.
- (n) Establecer en los contratos que suscriba con las aseguradoras o con los proveedores participantes, y organizaciones de servicios de salud:

- (1) La garantía del pago y la atención médico-hospitalaria que reciban sus beneficiarios, aunque la misma se preste fuera del área de salud donde los beneficiarios residan, por razón de emergencia o necesidad imperiosa.
 - (2) Los mecanismos de evaluación y de cualquier otra naturaleza que garanticen todos los aspectos que afecten, directa o indirectamente, la accesibilidad, calidad, control de costos y de utilización de los servicios, así como la protección de los derechos de los beneficiarios y proveedores participantes.
 - (3) La actuación como pagador secundario del seguro médico contratado por la Administración, en caso de que la persona elegible a recibir servicios tenga otro seguro médico.
 - (4) La prohibición de que un proveedor de servicios reclame directamente al paciente el balance que la compañía aseguradora no desembolsó por los servicios prestados en salas de emergencia, que como paciente no está obligado a pagar. La aseguradora está obligada a pagar el 100% (cien por ciento) de lo estipulado en el contrato. Esto no incluye deducible.
- (o) Ordenar a aseguradores, organizaciones de servicios de salud y proveedores participantes que suministren la información que la Administración estime necesaria para darle seguimiento al firme cumplimiento de esta Ley, documentar los servicios prestados en programas categóricos subvencionados por el Gobierno Federal que hayan sido delegados, y documentar la relación de sus beneficiarios, reclamaciones de pagos, e informes estadísticos financieros pertinentes. En caso de incumplimiento, la Administración podrá acudir al Tribunal de Primera Instancia de Puerto Rico, Sala de San Juan, para solicitar que éste ordene la entrega de la información requerida.
- (p) Aprobar, enmendar y derogar reglamentos para regir los asuntos y actividades de la Administración y para prescribir las reglas y normas necesarias para el cumplimiento de sus funciones y deberes, conforme a lo establecido en la [Ley 170 de 12 de Agosto de 1988, según enmendada, conocida como "Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Estado Libre Asociado de Puerto Rico"](#) [Nota: Derogada y sustituida por la [Ley 38-2017](#)].
- (q) Ordenar todos aquellos estudios que sean necesarios para cumplir con el mandato de esta ley.
- (r) Mantener una División de Educación y Prevención Continua para la promoción, desarrollo, énfasis y fortalecimiento de actividades y adiestramientos a los proveedores participantes del Plan de Salud que implante y gestione la Administración, conforme a las normas y procedimientos que establezca la Administración y los fondos que les sean asignados a estos efectos, que incluya pero no se limite a:
- 1) mantener informados a dichos proveedores participantes del funcionamiento del sistema, sus procedimientos, de aquellos cambios que pueda sufrir y de cualquier otra información relacionada con la administración de los servicios de salud provistos a los beneficiarios de la Administración conforme a esta Ley.
- En el ejercicio de esta función, la Administración podrá recurrir a medios o estrategias de comunicación tales como publicar un boletín informativo, comunicados de prensa, o coordinar seminarios de educación y prevención a tales fines, entre otros, en conjunto con el Colegio de Médicos-Cirujanos de Puerto Rico y otros colegios y entidades establecidas por ley, representativas de los proveedores participantes.
- (s) Imponer multas administrativas hasta un máximo de veinte mil (20,000) dólares por cada violación a cualquier aseguradora, organización de servicios de salud, proveedor de servicios, administrador de beneficios de farmacia o cualquier organización intermediaria contratada por

aseguradoras, que viole cualquier disposición de esta Ley y de cualquier otra ley y sus reglamentos concomitantes, cuya implantación sea responsabilidad de la Administración, así como que incumpla con cualquier obligación asumida en virtud de los contratos otorgados con la Administración en cumplimiento de las responsabilidades otorgadas a ésta por dichas leyes. La Administración adoptará y promulgará la reglamentación que estime conveniente y necesaria para la adecuada ejecución y administración de esta disposición, así como para el pago y recaudo de las multas. Los ingresos por concepto de la infracción de las disposiciones de esta Ley o de sus reglamentos ingresarán en el fondo presupuestario de la Administración. Disponiéndose, que la imposición de las multas administrativas por parte de la Administración serán adicionales a otras penalidades económicas, incluyendo los daños líquidos pactados contractualmente o penalidades económicas, que pueda imponer la Administración.

Sección 2-A. — Autorización para Financiamiento. (24 L.P.R.A. § 7004a)

(a) Se autoriza a la Administración a tomar prestado, a incurrir en obligaciones y préstamos financieros de todo tipo, hasta la suma principal que no exceda de cuatrocientos millones de dólares (\$400,000,000.00) bajo aquellos términos y condiciones que sean aprobadas por la Junta de Directores de la Administración y el Banco Gubernamental de Fomento, en su capacidad como agente fiscal del Gobierno de Puerto Rico y sus instrumentalidades.

(b) El dinero proveniente de las obligaciones antes indicadas, solo podrá ser utilizado para el pago de deudas con las aseguradoras y proveedores de servicios de salud, así como otros suplidores de la Administración, según sea determinado mediante resolución aprobada por la Junta de Directores. La Junta de Directores dispondrá los mecanismos que estime conveniente o necesarios para asegurar que dichos fondos provenientes de estas facilidades de crédito se utilicen única y exclusivamente para los propósitos antes indicados.

(c) Se autoriza a la Administración a pignorar y constituir gravámenes sobre cualquiera de sus propiedades, muebles o inmuebles, tangibles o intangibles, para garantizar el pago de las obligaciones aquí autorizadas, según las mismas puedan ser modificadas de tiempo en tiempo, bajo aquellos términos y condiciones que se estimen necesarios y convenientes, incluyendo, pero sin limitarse, a hipotecas sobre propiedad inmueble, hipoteca o cesión colateral de cualquier contrato de arrendamiento gravámenes sobre cuentas de depósito, cuenta de valores o inversiones o de cualquier otro tipo, cualquier gravamen sobre propiedad mueble o inmueble por su destino, la pignoración de cualquier crédito, cuenta por cobrar, reclamación y/o causa de acción, la presentación de cualquier fianza, carta de crédito o garantía, y la pignoración de cualquier otro ingreso, activo, derecho, causa de acción o renta de la Administración.

(d) Se autoriza a la Administración a ejecutar todos aquellos instrumentos públicos o privados y cualesquiera otros documentos necesarios y/o relacionados a las obligaciones aquí autorizadas, incluyendo aquellos documentos e instrumentos públicos relacionados a cualquier refinanciamiento, moratoria, extensión, modificación o enmienda de las obligaciones aquí autorizadas.

(e) El Estado Libre Asociado de Puerto Rico honrará, mediante asignaciones presupuestarias hechas por la Asamblea Legislativa en los presupuestos funcionales de cada Año Fiscal, comenzando con el Año Fiscal 2012-2013, y terminando con el año fiscal 2041-2042, el pago de las obligaciones aquí autorizadas. A tales efectos, para los Años Fiscales 2012-2013 y 2013-2014,

se consignará en el presupuesto general del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, la cantidad correspondiente al pago de intereses; y a partir del Año Fiscal 2014-2015 y hasta el Año Fiscal 2041-2042 se incluirá la cantidad correspondiente al principal más intereses dispuestas para las obligaciones contraídas al amparo del inciso (a) de esta Sección.

Sección 2-B. — Autorización para Financiamiento Rotativo. (24 L.P.R.A. § 7004b)

(a) Se autoriza a la Administración a incurrir en obligaciones mediante una línea de crédito rotativa, préstamo a término o cualquier otra facilidad de crédito por la cantidad que determine la Junta de Directores de la Administración y apruebe el Banco Gubernamental de Fomento para Puerto Rico. Los mismos nunca podrán ser de una cantidad mayor a los fondos (grants) vigentes al momento de su autorización. La línea de crédito, préstamo a término fijo o cualquier otra facilidad de crédito, según sea el caso, aquí autorizada o autorizado, podrá tomarse a través del Banco o cualquier institución financiera privada. La misma solo podrá ser utilizada para el pago por servicios a las compañías aseguradoras o proveedores de servicios de salud, así como cualquier gasto de financiamiento. Para estos efectos, la Administración tendrá la obligación de identificar los fondos para repagar dentro de un tiempo razonable, la totalidad del principal, intereses y costos asociados con dicho financiamiento; y el repago de dicho financiamiento no podrá estar condicionado a refinanciar el principal adeudado al momento del vencimiento del préstamo.

(b) Será necesaria la aprobación del Banco, en su rol como agente fiscal, para poder establecer la línea de crédito aquí autorizada con una entidad financiera privada. Además, el Banco y la Oficina de Gerencia y Presupuesto dispondrán los mecanismos administrativos que estimen necesarios para asegurar que dichos fondos se utilicen única y exclusivamente para los propósitos dispuestos en esta Sección.

(c) Se autoriza a la Administración a otorgar todos los contratos que sean necesarios para garantizar el pago de las obligaciones aquí establecidas, incluyendo, pero sin limitarse a, pignorar y constituir gravámenes sobre cualquiera de sus propiedades, muebles o inmuebles, tangibles o intangibles, cuentas de depósito, cuentas de valores o inversiones de cualquier otro tipo, según las mismas puedan ser modificadas de tiempo en tiempo, bajo aquellos términos y condiciones que se estimen necesarios y convenientes.

(d) Se autoriza a la Administración a ejecutar todos aquellos instrumentos públicos o privados y cualesquiera otros documentos necesarios y/o relacionados a las obligaciones aquí autorizadas, incluyendo aquellos documentos e instrumentos públicos relacionados a cualquier refinanciamiento, moratoria, extensión, modificación o enmienda de las obligaciones aquí autorizadas.

(e) Se ordena, de ser necesario, a la Administración a utilizar fondos propios disponibles para reducir la obligación aquí autorizada durante el término de su vigencia según los términos y las condiciones aprobados por la Junta de Directores y el Banco.

(f) El Director Ejecutivo representará a la Administración en aquellos actos y en la ejecución y/o entrega de todos aquellos instrumentos y documentos, públicos o privados, antes mencionados en esta Sección.

(g) En el caso de existir algún balance adeudado al Banco de la línea de crédito autorizada en esta Sección, luego de aplicar los fondos que se reciben de las transferencias que recibe la Administración del Programa de Medicaid del Gobierno Federal o su equivalente, el Gobierno de

Puerto Rico honrará el mismo, mediante las asignaciones presupuestarias que sean necesarias. A tales efectos, se ordena al Director de la Oficina de Gerencia y Presupuesto consignar en los presupuestos funcionales del Gobierno de Puerto Rico, sometidos anualmente por el Gobernador de Puerto Rico a la Asamblea Legislativa, la cantidad correspondiente al pago de cualquier balance adeudado según informado por el Banco. Si en cualquier momento las transferencias de fondos federales del Programa Medicaid o su equivalente, las asignaciones presupuestarias u otros ingresos de la Administración no fueran suficientes para el pago de las obligaciones aquí autorizadas y los intereses acumulados cada año, el Secretario de Hacienda retirará de cualesquiera fondos disponibles en el Fondo General del Gobierno de Puerto Rico aquellas sumas que sean necesarias para cubrir la deficiencia en la suma requerida para el pago de tales obligaciones e intereses, y ordenará que las sumas así retiradas sean aplicadas a tal pago y propósito.

(h) Según utilizado en esta Sección, el término “Banco” significará el Banco Gubernamental de Fomento para Puerto Rico.

Sección 3. — Composición de la Junta de Directores: (24 L.P.R.A. § 7005)

La Junta de Directores de la Administración estará compuesta por once (11) miembros. Seis (6) de ellos serán miembros ex officio y cinco (5) serán nombrados por el Gobernador de Puerto Rico con el consejo y consentimiento del Senado.

Sección 4. — Miembros ex officio. (24 L.P.R.A. § 7006)

Los Secretarios de Salud y de Hacienda, el Administrador de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA), el Director de la Oficina de Gerencia y Presupuesto, el Presidente del Banco Gubernamental de Fomento para Puerto Rico y el Comisionado de Seguros, o sus delegados, serán los seis (6) miembros ex officio de la Junta de Directores.

Sección 5. — Calificaciones de los Miembros de la Junta de Directores por Nombramientos. (24 L.P.R.A. § 7007)

Los cinco (5) miembros de la Junta de Directores que no sean natos deberán ser personas de reconocida probidad moral. De éstos uno (1) será profesional competente en la industria de seguros; dos (2) serán proveedores competentes dentro de la Reforma de Salud, de los cuales uno será médico primario; uno (1) representará a los beneficiarios del seguro médico-hospitalario; y uno (1) será un representante del interés público. Este último no podrá tener intereses ni podrá pertenecer a grupos ya representados en la Junta ni podrá tener relaciones comerciales ni contractuales con instalaciones médico-hospitalarias, ni con la industria de seguros de salud, ni con proveedores de servicio de salud que no sean las de asegurador-asegurado, asegurador-reclamante, paciente-médico o paciente-hospital.

Sección 6. — Término de los Miembros de la Junta de Directores. (24 L.P.R.A. § 7008)

Los miembros de la Junta de Directores que no sean miembros natos serán nombrados por términos de seis (6) años cada uno y ocuparán sus posiciones hasta que sus sucesores sean nombrados. Los nombramientos originales serán uno (1) por dos (2) años; uno (1) por cuatro (4) años; y dos (2) por seis (6) años.

En caso de que un miembro de la Junta de Directores no pueda concluir su término por razón de renuncia, destitución, incapacidad o muerte, el sucesor ocupará su puesto por el resto del término.

Sección 7. — Oficiales de la Junta de Directores. (24 L.P.R.A. § 7009)

El Gobernador de Puerto Rico nombrará al Presidente de la Junta de Directores de entre sus miembros. La Junta de Directores seleccionará de entre sus miembros: un vicepresidente, quien sustituirá al presidente en ausencia de éste, así como a un secretario.

Sección 8. — Reuniones y Quórum. (24 L.P.R.A. § 7010)

(a) La Junta de Directores celebrará reuniones ordinarias por lo menos una vez al mes y podrá celebrar todas aquellas reuniones extraordinarias que sean convocadas por su presidente o que sean solicitadas por una mayoría de los miembros de la Junta.

(b) La mayoría de los miembros de la Junta de Directores constituirá quórum para las reuniones. Todo acuerdo o determinación de la Junta requerirá el voto afirmativo de por lo menos cinco (5) miembros. La función de cada miembro de la Junta, así como su asistencia a las reuniones, será indelegable.

Sección 9. — Compensación. (24 L.P.R.A. § 7011)

Los miembros natos de la Junta de Directores no recibirán remuneración alguna por el desempeño de sus funciones. Aquellos miembros de la Junta de Directores que no sean funcionarios o empleados públicos tendrán derecho al pago de una dieta diarias que no excederá de cien dólares (\$100.00) por cada reunión a la que asista.

Sección 10. — Remoción: (24 L.P.R.A. § 7012)

Los miembros de la Junta de Directores que no sean miembros natos podrán ser removidos por el Gobernador de Puerto Rico por incompetencia en el desempeño de sus deberes, o por cualquier otra causa justificada, previa formulación de cargos y la oportunidad de ser oídos ante la Junta.

Sección 11. — Aplicación de las Disposiciones de la Ley de Ética Gubernamental: (24 L.P.R.A. § 7013)

Los miembros de la Junta de Directores estarán sujetos a las disposiciones de la [Ley Núm. 12 de 24 de julio de 1985, conocida como "Ley de Ética Gubernamental de Puerto Rico"](#) [Derogada y sustituida por la [Ley 1-2012](#)] particularmente lo relacionado con la radicación de informes financieros que requiere dicha Ley a funcionarios públicos .

Sección 12. — Inmunidad (24 L.P.R.A. § 7014)

No incurrirán en responsabilidad económica por cualquier acción tomada en el desempeño de sus deberes y poderes bajo esta ley, ni la Junta de Directores ni sus directores, personal o individualmente, siempre y cuando no actúen en violación de sus deberes fiduciarios para con la Administración, o actúen intencionalmente para ocasionar un daño o a sabiendas de que puedan ocasionar algún daño.

ARTÍCULO V. — DIRECTOR EJECUTIVO

Sección 1. — Nombramiento del Director Ejecutivo. (24 L.P.R.A. § 7020)

La Junta de Directores nombrará a un Director Ejecutivo, quien será responsable del buen funcionamiento de la Administración.

Sección 2. — Calificaciones del Director Ejecutivo. (24 L.P.R.A. § 7021)

El Director Ejecutivo deberá ser una persona de comprobada probidad moral y reconocido peritaje en el área de la agencia de seguros de salud.

Sección 3. — Término del Nombramiento y Remuneración. (24 L.P.R.A. § 7022)

El Director Ejecutivo ocupará su cargo a voluntad de la Junta de Directores, y desempeñará sus funciones con arreglos a las normas y condiciones que esta Ley establezca. La Junta también fijará la remuneración y los demás beneficios del Director.

Sección 4. — Funciones y Deberes del Director Ejecutivo. (24 L.P.R.A. § 7023)

EL Director Ejecutivo tendrá todos los Poderes y facultades que le sean delegados por la Junta de Directores, incluyendo los que se enumeran a continuación, sin ánimo de limitarlos.

- (a) Realizar las funciones necesarias y convenientes a la implantación de esta Ley de los reglamentos que se adopten en virtud de la misma.
- (b) Nombrar un subdirector, con la aprobación de la Junta de Directores. En caso de ausencia o incapacidad del Director Ejecutivo, el subdirector le sustituirá y ejercerá todas sus funciones.

(c) Someter a la consideración de la Junta de Directores propuestas de reglamentos para regir los asuntos y actividades de la Administración y para establecer las reglas y normas necesarias para el cumplimiento de funciones y deberes de la Administración.

(d) Nombrar y contratar el personal de la Administración, fijar su remuneración, conforme a los reglamentos de personal aplicable, y al plan de retribución que establezca la Junta de Directores.

(e) Establecer y mantener oficinas en el lugar o lugares que estime convenientes y necesario para cumplir con los propósitos de esta Ley, previa aprobación de la Junta de Directores.

ARTÍCULO VI. — PLAN DE SEGUROS DE SALUD

Sección 1. — Selección de Planes de Seguros de Salud. (24 L.P.R.A. § 7025)

La Administración gestionará planes de salud para una o más áreas geográficas, luego de determinar que existen en dichas áreas geográficas las condiciones necesarias para asegurar acceso a servicios de salud de calidad dentro de un marco de costo-efectividad. A estos propósitos, se podrá considerar que la demarcación territorial de todo Puerto Rico constituye una sola área, así como la agrupación de uno o más municipios podrá constituir un área o región independiente y separada. Entre los criterios que utilizará la Administración para determinar la demarcación territorial por áreas o regiones estará la participación de un número mínimo de aseguradoras que la Administración haya previamente calificado para que se garanticen la competencia en el costo de la prima y la calidad de los servicios. Antes de determinar que todo Puerto Rico es una sola área, la Administración deberá llevar a cabo un estudio para determinar la viabilidad de establecer una sola área, así como las ventajas y desventajas de ello para la estabilidad y fortalecimiento del plan de salud, de suerte que se pueda fortalecer verdaderamente la libre selección y el acceso a servicios de calidad para los beneficiarios. La Administración al calificar a las aseguradoras deberá tomar en consideración la solvencia y recursos administrativos y operacionales de éstas. El Departamento, a través de la Oficina de Asistencia Médica (OAM), identificará y certificará las personas elegibles a los servicios conforme a su nivel de ingreso y a su elegibilidad para recibir beneficios de salud estatales y federales, en armonía con lo dispuesto en el Artículo VI, Sección 5, de esta Ley. Disponiéndose que para fines de la determinación de elegibilidad, cuando se vayan a adoptar nuevas normas de elegibilidad, las mismas deberán ser notificadas a los beneficiarios en un término no menor de seis (6) meses previo a que las mismas vayan a entrar en vigor, siempre y cuando no se trate de una regulación federal que requiera su cumplimiento inmediato.

Dentro de las normas de elegibilidad, a los fines de la valoración de bienes inmuebles por concepto de fincas rústicas como parte del proceso de determinar la elegibilidad de un beneficiario, se asignará el valor de mil (1,000) dólares la cuerda, siempre y cuando se trate de una finca que no esté produciendo o no genera ingresos por cualquier concepto. Se determinará que esta asignación de valor será exclusivamente a los fines dispuestos de esta Ley. En tal caso el beneficiario vendrá obligado a presentar la titularidad del beneficiario y una declaración jurada, en la cual se acreditará que la finca no está generando ingresos por ningún concepto. Si luego de que se extienda el beneficio se determinara que la persona sometió información falsa, ésta vendrá obligada a restituir el doble de todas las cantidades que se hubieren pagado como resultado del uso del Plan de Salud

del Gobierno de Puerto Rico, sin perjuicio de aquellas otras sanciones penales aplicables dispuestas por las leyes vigentes sobre presentación de información o documentos falsos o apropiación indebida de servicios públicos.

Los planes de salud dispuestos en este Capítulo estarán sujetos a evaluación por la Administración, con el fin de determinar el éxito de los mismos y la necesidad de modificarlos para alcanzar los objetivos de este Capítulo.

Sección 2. — Contratación. (24 L.P.R.A. § 7026)

La Administración contratará seguros de salud para el área o áreas establecidas con uno o más aseguradores y/u organizaciones de servicios de salud autorizados a hacer negocios de seguros de salud en Puerto Rico por el Comisionado de Seguros, o por leyes especiales aprobadas para estos propósitos. De igual forma el Director Ejecutivo será la persona designada a evaluar y contratar con los proveedores de servicios de salud según definidos en esta ley. Disponiéndose, que las organizaciones de servicios de salud que contraten con la Administración, por los servicios que presten a los beneficiarios que representa la Administración, no estarán sujetas a la jurisdicción ni reglamentación del Comisionado conforme al Artículo 19.031 del [Código de Seguros](#) (26 L.P.R.A. § 1903a). La Administración será responsable de fiscalizar y velar por la capacidad y efectividad de cumplimiento de estas organizaciones pudiendo contratar los servicios de terceros para tales fines.

Sección 3. — Beneficiarios del Plan de Salud. (24 L.P.R.A. § 7029)

Todos los residentes de Puerto Rico podrán ser beneficiarios del Plan de Salud que se establecen por la implantación de esta ley, siempre y cuando cumplan con los siguientes requisitos, según corresponda:

(a) Sean identificadas y certificadas por el Departamento, según lo provisto por la Sección 1 de este Artículo (24 L.P.R.A. § 7025). Disponiéndose, que las personas elegibles a recibir beneficios de salud federales obtendrán sus servicios, según lo dispuesto por la legislación o reglamentación federal aplicable, teniendo, además, derecho a los servicios de salud estatales disponibles y adecuados para su condición que no estén cubiertos bajo los beneficios de salud federales.

(b) Los integrantes de la Policía de Puerto Rico, sus cónyuges e hijos, conforme a lo dispuesto en la [Ley 53-1996, según enmendada](#). Este beneficio se mantendrá vigente cuando el integrante de la Policía de Puerto Rico falleciere por cualquier circunstancia, mientras el cónyuge superviviente permanezca en estado de viudez y los hijos sean menores de veintiún (21) años de edad o aquellos mayores hasta veinticinco (25) años de edad, que se encuentren cursando sus estudios postsecundarios. La Policía de Puerto Rico consignará en su presupuesto de gastos los fondos para mantener vigente el plan de salud para estos beneficiarios, mediante una aportación equivalente a la aportación patronal que recibía el miembro de la Policía al momento de fallecer para beneficios de salud.

En caso del fallecimiento del integrante de la Policía de Puerto Rico, esta se le deberá notificar al cónyuge superviviente y a los dependientes menores de edad, sobre su derecho a continuar disfrutando del beneficio de la Tarjeta de Salud, y estos vendrán en la obligación de aceptar o rechazar el mismo mediante un endoso por escrito.

(1) Los referidos beneficiarios tendrán un término de noventa (90) días para notificar su aceptación o rechazo del beneficio y dentro del referido término de noventa (90) días no se podrá efectuar ningún cambio en los beneficios del plan de salud, a menos que se reciba la contestación antes de expirado en el referido término.

(2) La Policía de Puerto Rico vendrá obligada a notificar al Departamento de Salud cualquier cambio en el beneficio del plan de salud de los dependientes de un policía que muera en el cumplimiento del deber. Se dispone que el Programa de Asistencia Médica vendrá obligado a notificar al o a los dependientes del policía que falleció, los derechos que le asisten bajo esta Ley.

Cuando un integrante de la Policía de Puerto Rico o de la Policía Municipal, se retire de sus labores tendrá la potestad de acogerse al beneficio del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, para él y sus dependientes. El policía tendrá que notificar por escrito dicha determinación al Negociado de la Policía de Puerto Rico, o al municipio correspondiente, para que se realicen las pertinentes gestiones administrativas junto al proceso de retiro. En cuanto a la aportación que realizará el integrante de la Policía de Puerto Rico o de la Policía Municipal, se dispone lo siguiente:

(1) si la pensión es de cero (0) dólares a mil quinientos (1,500) dólares, no tendrá que aportar cantidad alguna por el beneficio del plan de salud.

(2) si la pensión fuere de mil quinientos un (1,501) dólares a dos mil cuatrocientos noventa y nueve (2,499) dólares, aportará mensualmente la cantidad de cincuenta (50) dólares por concepto del beneficio de salud.

(3) si la pensión es de dos mil quinientos (2,500) dólares en adelante, se pagará la cantidad de ciento veinticinco (125) dólares mensualmente por concepto del beneficio de salud.

(c) Aquellos empleados públicos y sus dependientes que, por su condición económica, cualifiquen como beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, tendrán derecho a recibir este beneficio. La diferencia correspondiente para cubrir el costo total de la prima de seguros para la cubierta médico-hospitalario individual y familiar provendrá de los fondos asignados por la Oficina de Gerencia y Presupuesto.

Los empleados públicos, cuyo nivel de ingresos no les permite ser elegibles para el Plan, podrán optar por acogerse, con sus dependientes, al Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico o continuar acogidos al plan privado de su preferencia. En caso de acogerse al Plan de Salud del Gobierno, la diferencia entre la aportación del gobierno y el costo de la prima será sufragada por los empleados.

En el caso de empleados públicos casados entre sí, estos podrán acogerse al Plan de Salud combinando las aportaciones de ambos y actuando de forma mancomunada para su elegibilidad. En todos los casos el Secretario de Hacienda, el municipio o corporación pública transferirá a la Administración el monto correspondiente a la aportación patronal de los empleados públicos acogidos al Plan de Salud. Los empleados públicos que opten por utilizar la aportación patronal para adquirir otro plan médico en el mercado, y que a su vez hayan sido identificados y certificados por el Departamento, según lo provisto por la Sección 1 del Artículo VI de esta Ley, no participarán del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. Los empleados públicos tendrán la opción de extender la cubierta médico-hospitalaria a sus dependientes opcionales, y el empleado sufragará en su totalidad el costo de la cubierta.

Para propósitos de este inciso, el término empleados públicos incluye a los empleados de las corporaciones públicas y de los municipios. La Administración podrá establecer, mediante reglamento, un sistema para el pago de la prima.

(d) Los pensionados del Gobierno Central del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, según el Plan de Implantación establecido por la Administración. El Secretario de Hacienda transferirá a la Administración el monto correspondiente a la aportación patronal de los pensionados de las agencias del Gobierno Central. Los pensionados tendrán la opción de extender la cubierta médico-hospitalaria a sus dependientes directos y opcionales y el pensionado sufragará en su totalidad el costo de la cubierta. Los pensionados que opten por utilizar la aportación patronal para adquirir otro plan médico en el mercado, no participarán del plan establecido en esta ley.

(e) Las pequeñas y medianas empresas (mejor conocidas como PYMES), que interesen acogerse al plan establecido por este Capítulo, y que transfieran a la Administración o al Asegurador el monto correspondiente por concepto de la aportación patronal de los empleados que así lo autoricen, más el pago de la aportación del empleado hasta cubrir el costo de la prima del seguro para la cubierta de beneficios médico-hospitalarios, tanto para la cubierta individual como familiar; salvo en el caso en que la aportación patronal cubra la totalidad del costo de la cubierta. Para propósitos de este inciso, las pequeñas y medianas empresas son aquellas en las que trabajan desde uno (1) a cincuenta (50) empleados. En estos casos la Administración promulgará aquellos reglamentos que sean necesarios para la implantación y operación de este Plan de Salud, lo que incluirá las cubiertas y los beneficios a ofrecerse, los criterios de elegibilidad y el sistema para el pago de la prima.

(f) Los veteranos, sus cónyuges e hijos, certificados por el Programa Federal de Asistencia Médica, conforme a lo dispuesto en la [Ley Núm. 13 de 2 de Octubre de 1980, según enmendada](#) [Nota: Derogada y sustituida por la [Ley 203-2007, según enmendada](#) “*Carta de Derechos del Veterano Puertorriqueño del Siglo XXI*”].

(g) Los veteranos, sus cónyuges e hijos menores de veintiún (21) años que dependan de sus padres para su cuidado y manutención, que de interesarlo paguen a la Administración o al Asegurador el monto correspondiente por concepto del costo de la prima del seguro para la cubierta de beneficios médico-hospitalarios, tanto para la cubierta individual como la familiar.

(h) Los individuos en su carácter personal, independientemente de su posición laboral, los empleados cuyos patronos no les proveen un plan médico, así como las personas con un autoempleo, y sus dependientes. En estos casos la Administración promulgará aquellos reglamentos que sean necesarios para la implantación y operación de este Plan de Salud, lo que incluirá las cubiertas y los beneficios a ofrecerse, los criterios de elegibilidad y el sistema para el pago de la prima.

(i) Los miembros de las asociaciones, las cooperativas, las asociaciones o los colegios de personas licenciadas por el Gobierno de Puerto Rico para dedicarse a una profesión reconocida, las asociaciones o colegios de oficios, las asociaciones de empleados federales, estatales o municipales, y la Asociación Americana de Personas Retiradas, (AARP, por sus siglas en inglés), que interesen beneficiarse del mismo, y le transfieran a la Administración o al Asegurador el monto correspondiente por concepto de la prima del seguro para la cubierta de beneficios médico hospitalarios, tanto para la cubierta individual como familiar. En estos casos la Administración promulgará aquellos reglamentos que sean necesarios para la implantación y operación de este Plan de Salud, lo que incluirá las cubiertas y los beneficios a ofrecerse, los criterios de elegibilidad y el sistema para el pago de la prima.

(j) Mujeres embarazadas y médico indigente en Puerto Rico, sin considerar su estatus migratorio, de conformidad con la disponibilidad de fondos, exclusivamente estatales, que se asignen para dichos servicios de salud.

(k) Todos los agentes del Negociado de la Policía de Puerto Rico, o de la Policía Municipal, sus cónyuges e hijos dependientes menores de 25 años, que no estén casados y se encuentren cursando estudios post-secundarios.

Sección 4. — Disposiciones Contra Discriminación. (24 L.P.R.A. § 7030)

Ningún asegurador u organización de servicios de salud bajo esta Ley podrá emitir tarjetas de identificación diferentes a las que provee a otros asegurados bajo planes de cubierta similares, salvo que la Administración así lo autorice o requiera. En el caso de asegurados no videntes se emitirán las tarjetas de identificación en el sistema Braille.

Ningún proveedor participante o su agente podrá inquirir en forma alguna sobre la procedencia de la cubierta del plan de salud, para determinar si una persona es beneficiaria del plan que esta Ley crea.

Sección 5. — Deducibles; Coaseguro y Primas; Prácticas Prohibidas. (24 L.P.R.A. § 7031)

La Administración establecerá en los contratos con los aseguradores y/u organizaciones de servicios de salud, la prima acordada con éstos. Además, establecerá en los referidos contratos la cantidad que corresponda como pago de deducibles y coaseguro, conforme al nivel de ingresos y capacidad de pago del beneficiario. Los demás aseguradores y/u organizaciones de servicios de salud, podrán acordar con la Administración una prima mayor que la prima base, cuya diferencia la pagará el beneficiario. Ningún proveedor participante podrá cobrar al beneficiario una cantidad que exceda la acordada como deducible, coaseguro o primas en el contrato suscrito con los aseguradores o con la Administración.

Los aseguradores y/u organizaciones de servicios de salud, que contraten con la Administración para proveer planes de salud, en ningún momento podrán incrementar la prima o reducir beneficios en cualesquiera otras pólizas que provean, a los fines de subsidiar la prima, reducir el costo o compensar la experiencia de pérdida que tuviera en el plan de salud que se autoriza en esta Ley. La prima acordada deberá ser validada actuarialmente como razonable por los actuarios de la Administración debidamente cualificadas según, los estándares de la Academia Americana de Actuarios. Para propósitos de estructurar y fijar el costo o prima, los aseguradores y/u organizaciones de servicios de salud, considerarán al grupo de beneficiarios de estos planes de seguro de salud, como una unidad independiente de sus otros grupos de beneficiarios, y mantendrán un sistema de contabilidad separado para ellos. De igual forma, los proveedores de servicios de salud que contraten con la Administración, no podrán reducir los beneficios o afectar la calidad de los mismos para atender pacientes no cubiertos por el Plan de Salud que se autoriza en esta Ley.

El incumplimiento de las disposiciones de esta Sección será sancionado por el Comisionado de Seguros conforme a lo establecido en la [Ley Núm. 77 de 19 de Junio de 1957 según enmendada, denominada "Código de Seguros de Puerto Rico"](#) o por las disposiciones del contrato con la Administración, según aplique.

Sección 6. — Cubierta y Beneficios Mínimos. (24 L.P.R.A. § 7032)

Los planes de salud tendrán una cubierta amplia, con un mínimo de exclusiones. No habrá exclusiones por condiciones preexistentes, como tampoco períodos de espera, al momento de otorgarse la cubierta al beneficiario.

Cubierta A. La Administración establecerá una cubierta de beneficios a ser brindados por los aseguradores contratados o proveedores participantes. La cubierta comprenderá, entre otros beneficios, los siguientes: servicios ambulatorios, hospitalizaciones, salud dental, salud mental, vacunaciones y tratamientos para el virus del Papiloma Humano, estudios, pruebas y equipos, incluso para menores de veintiún (21) años de edad, postrados en cama con diversidades físicas o fisiológicas complejas y para beneficiarios que requieran el uso de un ventilador artificial para mantenerse con vida, los suplidos que conllevan el manejo de los equipos tecnológicos, terapia física y ocupacional necesaria para el desarrollo motor de estos pacientes, laboratorios, rayos X, así como medicamentos mediante prescripción médica, los cuales deberán ser despachados en una farmacia participante, libremente seleccionada por el asegurado, y autorizada bajo las leyes de Puerto Rico. La cubierta dispondrá para que cada beneficiario tenga a su alcance anualmente los exámenes de laboratorio e inmunización apropiados para su edad, sexo y condición física. Disponiéndose, que la lista de medicamentos para los pacientes de VIH/SIDA deberán revisarse anualmente a los fines de que en caso que la Administración lo estime pertinente, incluir aquellos nuevos medicamentos que sean necesarios para el tratamiento de la condición que serán dispensados y ofrecidos en conformidad con las mejores prácticas médicas, siempre y cuando no se afecte el *State Plan* suscrito por el Departamento de Salud y el *Health Resources and Services Administration*.

Para los efectos de los servicios establecidos en esta cubierta para menores de veintiún (21) años de edad, postrados en cama con diversidades físicas o fisiológicas complejas y para beneficiarios que requieran el uso de un ventilador artificial para mantenerse con vida, se dispone que tendrán el beneficio de un mínimo de un (1) turno diario de ocho (8) horas por paciente, de servicios de enfermería o de especialistas en terapia respiratoria o de técnicos(as) de emergencias médicas-paramédico(a) (TEM-P), debidamente licenciados(as). A estos efectos, se entenderá como beneficiario a aquellas personas que utilizan tecnología médica, así como niños con traqueotomía para respirar, y cuyo funcionamiento depende de un equipo médico, entiéndase respirador o de oxígeno suplementario, por lo que va a requerir cuidado diario especializado de cualesquiera profesionales antes mencionados para evitar la muerte o un grado mayor de incapacidad; y de aquellos que hayan comenzado tratamiento siendo menores y cumplan veintiún (21) años de edad y que recibieron o reciben servicios de asistencia clínica en el hogar continúen recibiendo dichos servicios después de haber cumplido veintiún (21) años de edad, según lo establecido en esta Sección. Además, los técnicos(as) de emergencias médicas-paramédicos(as) (TEM-P) debidamente licenciados deberán tener cursos, certificaciones y adiestramientos aprobados y convalidados o los requerimientos de destrezas y conocimientos establecidos mediante reglamentación por su respectiva Junta Examinadora relacionados hacia el cuidado y manejo de dichos pacientes y sus equipos médicos, según autorizado en esta Ley.

La Administración revisará esta cubierta periódicamente.

Cubierta B. La cubierta de los servicios hospitalarios estará disponible (24) horas al día, todos los días del año.

Cubierta C. En su cubierta ambulatoria los planes deberán incluir, sin que esto constituya una limitación, lo siguiente:

(1) Servicios de Salud Preventivos:

(a) Vacunación de niños y adolescentes hasta los dieciocho (18) años de edad.

(b) Vacunación contra la influenza y pulmonía de personas mayores de sesenta y cinco (65) años de edad, y/o niños y adultos con enfermedades de alto riesgo como enfermedades pulmonares, renales, diabetes y del corazón, entre otras.

(c) Visita al médico primario para examen médico general una vez al año.

(d) Exámenes de cernimiento para cáncer ginecológico, de mama y de próstata, según las prácticas aceptables. Además, incluirán criterios para exámenes de cernimiento para cáncer de mama a las mujeres que cumplan con los siguientes requisitos:

i. una mamografía de referencia “baseline mammogram” a las mujeres entre treinta y cinco (35) y treinta y nueve (39) años de edad;

ii. una mamografía anual a las mujeres de cuarenta (40) años o más;

iii. una mamografía anual, tratamiento de seguimiento o pruebas de diagnóstico suplementarias, a las mujeres de cuarenta (40) años o más que tienen senos de tejido clasificado como heterogéneamente denso o extremadamente denso, según determinado en su mamografía por un radiólogo, en base a la escala de densidad del seno del Reporte de Proyección de Imagen y Sistema de Datos del Seno (“Breast Imaging Reporting and Data System”, BI-RADS, por sus siglas en inglés), promulgada por el Colegio Americano de Radiología (“American College of Radiology”);

iv. una mamografía anual, tratamiento de seguimiento o pruebas de diagnóstico suplementarias, a las mujeres con alto riesgo de desarrollar cáncer seno debido a su historial familiar, a su propio historial como paciente de cáncer, a la presencia de marcadores de alto riesgo en su perfil genético o a algún otro factor determinado por su médico.

(e) Sigmoidoscopia en adultos mayores de cincuenta (50) años a riesgo de cáncer del colon, según las prácticas aceptables.

(f) el suministro de un monitor de glucosa cada tres (3) años con reemplazo de equipo dañado, el suministro de una (1) inyección de glucagón y reemplazo de la misma en caso de su uso o por haber expirado, y un mínimo de ciento cincuenta (150) tirillas y de ciento cincuenta (150) lancetas cada mes para pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo I por un especialista en endocrinología pediátrica o endocrinología.

(2) Evaluación y tratamiento de beneficiarios con enfermedades conocidas:

La evaluación y tratamiento inicial de los beneficiarios se llevará a cabo por el médico primario escogido por el paciente entre los proveedores del plan correspondiente.

(3) La Administración rendirá un informe semestral a la Asamblea Legislativa que incluya entre otros la lista de medicamentos, las controversias que hayan surgido con el “State Plan” suscrito por el Departamento de Salud y el “Health Resources and Services Administration” y la cantidad de pacientes que se vean afectados por estas controversias.

Los médicos primarios tendrán la responsabilidad del manejo ambulatorio del beneficiario bajo su cuidado, proveyéndole continuidad en el servicio. Asimismo, éstos serán los únicos autorizados a referir al beneficiario a los médicos de apoyo y proveedores primarios.

(4) Acceso al tratamiento de vacunación para el virus del Papiloma Humano, cual consiste de tres (3) dosis que se administrará conforme a lo establecido por el profesional de la salud. Esta cubierta no se limitará únicamente al tratamiento expuesto en este inciso, y se extenderá a cualquier otro tratamiento o vacuna que surja para el tratamiento y prevención del virus del Papiloma Humano.

(5) La Administración rendirá un informe semestral a la Asamblea Legislativa que incluya entre otros la lista de medicamentos, las controversias que hayan surgido con el State Plan suscrito por el Departamento de Salud y el Health Resources and Services Administration y la cantidad de pacientes que se vean afectados por estas controversias.

Los médicos primarios tendrán la responsabilidad del manejo ambulatorio del beneficiario bajo su cuidado, proveyéndole continuidad en el servicio. Asimismo, estos serán los únicos autorizados a referir al beneficiario a los médicos de apoyo y proveedores primarios. Disponiéndose, que aquellos beneficiarios que padezcan de alguna enfermedad crónica o de alto costo, según definidas por el Departamento de Salud y dispuestas en esta Sección, no necesitarán referidos del médico primario para tratar su enfermedad.

Se considerará como enfermedad crónica aquella que usualmente se desarrolla lentamente, tiende a tener una larga duración y la severidad de la misma progresa con el tiempo. Puede ser controlada, pero es raramente se cura. Por su parte, se entenderá como enfermedad de alto costo aquella con un impacto similar a la enfermedad crónica, pero con la diferencia de que ésta no progresa necesariamente si es tratada y controlada a tiempo.

Sección 7. — Proceso Centralizado de Verificación de Credenciales de Proveedores de Servicios de Salud. [Nota: La [Ley 73-2023](#) añadió una nueva Sec. 7 y renumeró las subsiguientes]

(a) El Secretario del Departamento de Salud, en coordinación con la Oficina del Comisionado de Seguros, desarrollará una plataforma digital que permita implementar un sistema electrónico centralizado de verificación de credenciales de las personas naturales o jurídicas que interesen contratar con algún asegurador o alguna organización de manejo de cuidado (MCO, por sus siglas en inglés) para convertirse en proveedor de servicios de salud del Plan de Salud del Gobierno. El sistema electrónico centralizado de verificación de credenciales facilitará la presentación electrónica del formulario de solicitud y recopilará en un solo lugar la información y los documentos sobre las credenciales de las personas naturales o jurídicas que interesen contratar con algún asegurador u organización de manejo de cuidado para convertirse en proveedor de servicios de salud del Plan de Salud del Gobierno, con el fin de agilizar y reducir la carga administrativa de los mismos en el proceso de verificación de las credenciales previo a contratar con algún asegurador.

(b) Con el fin de establecer uniformidad en la información y documentos requeridos para la credencialización y re-credencialización según se dispone en el inciso (a) de esta Sección, el Secretario del Departamento de Salud, en coordinación con la Oficina del Comisionado de Seguros, adoptará un Formulario de Solicitud Uniforme para Credencialización y Re-

credencialización, en formato electrónico, que será utilizado en los procesos de credencialización y re-credencialización de las organizaciones de manejo de cuidado y aseguradores que sean autorizados mediante contrato con la Administración para el manejo del Plan de Salud del Gobierno, conforme los parámetros promulgados por o el *Centers for Medicare and Medicaid Services*.

(c) El uso del Formulario de Solicitud Uniforme para Credencialización y Re-credencialización será mandatorio en los procesos de credencialización y re-credencialización de las personas naturales o jurídicas que interesen contratar con algún asegurador u organización de manejo de cuidado para convertirse en proveedor de servicios de salud bajo el Plan de Salud del Gobierno. Mediante esta acción se busca reducir la necesidad de proporcionar información redundante en los procesos de credencialización y re-credencialización.

(d) El Secretario del Departamento de Salud, quien presidirá el mismo, creará un comité central revisor de las credenciales integrado por al menos nueve (9) integrantes, quienes se encargarán de la otorgación de la certificación que avale las credenciales de las personas naturales o jurídicas que interesen contratar con algún asegurador u organización de manejo de cuidado para convertirse en proveedor de servicios de salud del Plan de Salud del Gobierno. Dicho comité central revisor contará con los siguientes integrantes.

1. Un (1) médico con especialidad autorizado a ejercer la práctica de la medicina dentro de su especialidad;
2. un (1) médico generalista autorizado a ejercer la práctica de la medicina general;
3. un (1) dentista autorizado a ejercer dicha práctica;
4. un (1) radiólogo autorizado a ejercer dicha práctica;
5. un (1) farmacéutico autorizado a ejercer dicha práctica;
6. un (1) integrante que represente a los laboratorios;
7. un (1) integrante que represente a las instalaciones hospitalarias;
8. un (1) integrante que represente a las farmacias; y
9. un (1) integrante que represente a las aseguradoras.

El comité central revisor designado por el Secretario deberá completar el proceso de validación de credenciales o re-credencialización del solicitante, dentro de treinta (30) días a partir de la fecha de haber recibido, debidamente completado en todas sus partes con la información y documentos requeridos en el Formulario de Solicitud Uniforme para Credencialización y Re-credencialización.

(e) Una vez completado el proceso de validación de credenciales o re-credencialización de las personas naturales o jurídicas que interesen contratar con algún asegurador u organización de manejo de cuidado para convertirse en proveedor de servicios de salud del Plan de Salud del Gobierno, será deber del comité central revisor enviar toda la información y documentos requeridos y recibidos en el Formulario de Solicitud Uniforme para Credencialización y Re-credencialización a las organizaciones de manejo de cuidado y aseguradores que sean autorizadas mediante contrato con la Administración para el manejo del Plan de Salud del Gobierno.

(f) Para fines de esta Sección, los términos que aparecen a continuación tendrán el siguiente significado:

- (1) "**Credencialización**" - el proceso de obtención y verificación de información sobre las credenciales de profesionales de la salud cuando dicho profesional solicite convertirse en

proveedor de servicios de salud bajo contrato de una organización de manejo de cuidado u asegurador del Plan de Salud del Gobierno;

(2) **"Proveedor"**- cualquier persona natural o jurídica con licencia o autorización para ejercer la práctica de su profesión o la prestación de servicios dentro del campo de la salud en Puerto Rico; y

(3) **“Verificación de credenciales”**- es el proceso de obtener y verificar la información acerca de una persona natural o jurídica que interese contratar con algún asegurador para convertirse en proveedor de servicios de salud para su evaluación cuando este solicite convertirse en proveedor participante de una aseguradora u organización de manejo de cuidado del Plan de Salud del Gobierno.

Sección 8. — Modelos de Prestación de Servicios. (24 L.P.R.A. § 7033)

La Administración establecerá mediante reglamento, los distintos modelos de prestación de servicios que podrán utilizarse para ofrecer los planes de salud que por esta ley se crean.

Los modelos de prestación de servicios que se utilicen tendrán en común lo siguiente:

(a) El cuidado primario estará fortalecido con grupos de médicos primarios y por proveedores primarios, según se definen en la legislación y reglamentos locales y federales aplicables, que estén autorizados a ejercer en Puerto Rico.

(b) El cuidado de la sala de emergencia será de alta prioridad, tanto en el sistema de transportación por ambulancia, como en los cuidados médicos de emergencia.

(c) La Administración sólo contratará con aseguradores que no tengan, directa o indirectamente, interés económico en, o relación con dueñas subsidiarias, o afiliadas de una facilidad de salud que preste servicios a los beneficiarios del seguro de salud que esta Ley crea, excepto con aquellas organizaciones de Servicios de Salud debidamente definidas y autorizadas por el Comisionado de Seguros.

(d) Los modelos que se implanten tendrán medidas estrictas de control de utilización.

(e) Todos los modelos estarán reforzados por un sistema de educación en salud y prevención, con énfasis especial en estilo de vida, SIDA, drogadicción, y salud de la madre y el niño. La promoción de la salud será responsabilidad del Departamento.

(f) Los aseguradores y/u organizaciones de servicios de salud incluirán en su modelo de prestación de servicios la utilización de todas las facilidades del Estado contratadas con el sector privado en la región.

(g) Los aseguradores incluirán en su modelo de prestación de servicios la utilización de todas las facilidades del Estado contratadas con el sector privado en la región.

Sección 9. — Sistema de Regionalización. (24 L.P.R.A. § 7034)

La prestación de servicios se hará siguiendo el sistema de regionalización establecido por la Administración en coordinación con el Departamento, estableciendo progresivamente una red de proveedores participantes en todo el Estado Libre Asociado y asegurando así el servicio más cercano al paciente.

(a) El asegurador proveerá en cada región todos los servicios secundarios y terciarios, según lo define el Departamento, pero sólo aquellos servicios secundarios y terciarios no provistos por el

Estado, en esa área o región. Los proveedores participantes coordinarán con la Administración el alcance de los servicios secundarios y terciarios que proveerán según se disponga en el contrato, pero sólo aquellos servicios secundarios y terciarios no provistos por el Estado, en esa área o región.

(b) En las áreas urbanas, distintos hospitales podrán funcionar como una entidad complementaria de servicios con el fin de evitar la [duplicación], controlar la utilización de las instalaciones y reducir el costo unitario de servicios.

(c) Las facilidades regionales del Departamento continuarán ofreciendo servicios a poblaciones con necesidades especiales, tales como servicios de detoxificación, centros de salud mental y otros.

(d) Cada municipio tendrá acceso a un sistema de emergencia, tanto de transporte, como de servicio.

(e) Los gobiernos municipales que hayan optado por operar o continuar operando las facilidades para prestar servicios de salud estarán sujetos a la contratación de aquellos planes de salud que haya realizado la Administración.

(f) En aquellos municipios donde operen o puedan operar en el futuro Centros de Salud Comunitarios, éstos podrán continuar prestando los servicios y contratar con los aseguradores correspondientes o la Administración, los servicios adicionales.

(g) La Administración procederá a implantar, en aquello que le corresponde, la Reforma de Salud en el Municipio de San Juan, no más tarde del 1ro de julio de 2000. A esos efectos, gestionará, negociará y contratará planes de seguros de salud con miras a extender a aquellos ciudadanos elegibles del Municipio de San Juan, la Tarjeta de Salud del Plan de Seguros de Salud del Gobierno de Puerto Rico, con todos aquellos beneficios y prerrogativas aplicables al plan. La administración municipal del Municipio de San Juan y su Legislatura Municipal facilitarán que la Administración cumpla con este mandato, ofreciendo aquella cooperación necesaria y a su alcance con miras a viabilizar la implantación de la Reforma de Salud en San Juan.

Sección 10. — Financiamiento de la Administración y del Plan de Salud; Otros Ingresos. (24 L.P.R.A. § 7035)

El plan de salud establecido mediante esta ley y los gastos de funcionamiento de la Administración se sufragarán de la siguiente manera:

(a) *Plan de salud.* Para el año fiscal 1993-94 se asigna a la Administración, de fondos no comprometidos en el Tesoro Estatal la cantidad de dieciocho millones (18,000,000) de dólares. Para años subsiguientes, se consignará en el presupuesto de gastos de la Administración una asignación especial autorenovable de acuerdo a las necesidades del plan de salud. Se asigna, además, a la Administración para el año fiscal 1993-94 y para años subsiguientes, las economías que genere el Departamento en la implantación de la [Ley Núm. 103 de 12 de julio de 1985](#), según enmendada [Nota: Los Arts. 1 a 19 fueron derogados por la [Ley 190-1996](#); derogada por el Art. 23 de la [Ley 3-2003](#)].

(b) *Gastos de funcionamiento.* Para el año fiscal 1993-94 se asigna a la Administración, de fondos no comprometidos en el Tesoro Estatal, la cantidad de un millón (1,000,000) de dólares. Para años subsiguientes, los gastos de funcionamiento se consignarán en la Resolución Conjunta del Presupuesto General de Gastos del Gobierno de Puerto Rico.

(c) Las asignaciones adicionales no comprometidas que reciba el Gobierno a partir del año fiscal 1993-94, del programa federal *Medicaid* y otros fondos federales aplicables.

(d) La asignación presupuestaria de los gobiernos municipales para servicios de salud directos en áreas cubiertas por los planes de salud estará basada en los porcentos contenidos en la Tabla siguiente del Presupuesto de Fondos Ordinarios de los municipios, excluyendo la Contribución Adicional Especial (CAE), y fondos federales utilizando como base el presupuesto de fondos ordinarios del año fiscal anterior, a partir del 1ro de julio de 1997.

0 — 10,000,000	= 5%
10,000,001 — 29,000,000	= 6%
29,000,001 — 39,000,000	= 7%
39,000,001 — 49,000,000	= 8%
49,000,001 — 59,000,000	= 9%
59,000,001 — 79,000,000	= 10%
79,000,001 — 89,000,000	= 12%
89,000,001 — 100,000,000	= 15%
100,000,001 — en adelante	= 17%

El Centro de Recaudación de Ingresos Municipales, en adelante el CRIM, prorratará entre las remesas mensuales una cantidad suficiente para satisfacer la aportación que le corresponda a cada municipio de acuerdo con el porcentaje establecido, y la remitirá en o antes del décimo día de cada mes a la Administración de Seguros de Salud.

En lo que se revisa el esquema de aportación municipal al costo de la Reforma de Salud para el Año Fiscal 2005-2006 y en años fiscales sucesivos, los municipios aportarán la cantidad equivalente al porcentaje establecido para el Año Fiscal 2004-2005 o el actual, cual fuese el menor, según dispuesto en su presupuesto. En el caso del Municipio de San Juan, este aportará la cantidad resultante de la aplicación de la Tabla al presupuesto para el año fiscal 2004-2005 o actual, cual fuese menor. Para aquellos municipios que brindan servicios preventivos, ya sean directos e indirectos de salud, el CRIM retendrá el pago a ASES hasta que esta institución acuerde con el municipio la devolución por concepto de la correspondiente aportación de aquellos municipios, según lo requiere el Artículo 14 de la [Ley 3-2003](#). ASES reembolsará total o parcialmente a los municipios todo gasto incurrido por servicios directos o indirectos de salud prestados por los municipios sin restricción alguna. No obstante, entre el 1ro de julio de 2018 al 30 de septiembre de 2019, que equivale a la suma de doscientos dos millones de dólares (\$202,000,000), los municipios estarán exentos del cumplimiento de esta disposición, por lo que no tendrán obligación alguna de realizar aportaciones al plan de salud creado mediante la presente Ley. De dicho total, el cincuenta por ciento (50%) o la cantidad de ciento un millones de dólares (\$101,000,000) los recibirán los municipios en efectivo y el restante cincuenta por ciento (50%) o la suma de ciento un millones de dólares (\$101,000,000) lo recibirán como crédito a la deuda que tengan los municipios con la Administración de los Sistemas de Retiro de los Empleados Públicos, según establecido en la [Ley 106-2017](#), conocida como “Pay as you Go”, al 30 de junio de 2018. En caso de que cualquier municipio no tenga deuda o la deuda sea menor a los recursos que le corresponden, dicho crédito se desembolsará según se dispone en el próximo párrafo.

A partir del 30 de septiembre de 2019, los municipios no tendrán obligación de hacer aportaciones a plan de seguro de salud creado mediante la presente Ley.

(e) Ingresos de la Administración provenientes de aportaciones de patronos y empleados individuales por concepto de pago de primas.

(f) Ingresos por concepto de fondos comprometidos por el Departamento para cubrir [el] arrendamiento de instalaciones médico-hospitalarias que se subarriendan.

Sección 11. — Procedimiento de Querellas. (24 L.P.R.A. § 7036)

La Administración requerirá de los aseguradores, proveedores, y las organizaciones de servicios de salud con los cuales contrate procedimientos para atender y resolver querellas de proveedores participantes y beneficiarios.

La Administración, en acuerdo y coordinación con la Oficina del Procurador del Paciente establecida al amparo de la [Ley 70-2013, según enmendada](#), desarrollará el sistema de quejas, querellas y apelaciones requerido dentro del Plan de Salud del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, en conformidad con el [42 CFR 438, Subpartes E y F](#), o ley o reglamentación federal posterior que sustituya las mismas; y la participación activa de la Oficina del Procurador en la resolución de querellas de pacientes del Programa Federal Medicaid dentro de dicho sistema que garanticen el debido procedimiento de ley. Las determinaciones finales tomadas sobre las querellas dentro del sistema de quejas, querellas y apelaciones establecido serán apelables ante la Administración, según se disponga por Reglamento o contrato suscrito. Las determinaciones finales de la Administración serán revisables por el Tribunal de Apelaciones.

Para financiar los procedimientos de resolución y adjudicación de querellas de los pacientes del Plan de Salud del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico dentro del sistema de adjudicación establecido al amparo de esta Ley, la Administración separará del presupuesto anual utilizado para financiar las operaciones del Plan de Salud Gubernamental un uno punto seis por ciento (1.6%) anual de la totalidad del ocho por ciento (8%) del porcentaje utilizado como pago para gastos de administración de las aseguradoras que administran el Plan de Salud del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Sección 12. — [Nota: Renumerado como Sec. 9 por la [Ley 463-2000](#), la cual derogó las Secciones 3 y 4 del Art. VI]

Sección 13. — [Nota: Renumerado como Sec. 10 por la [Ley 463-2000](#), la cual derogó las Secciones 3 y 4 del Art. VI]

Sección 14. — Orientación a los Beneficiarios. (24 L.P.R.A. § 7036a)

(1) Las aseguradoras serán responsables por la preparación, publicación y distribución de folletos informativos a su propio costo, en español, que contengan una descripción de la cubierta de salud y los beneficios incluidos en los mismos. Estos folletos serán distribuidos a cada beneficiario junto con las tarjetas de identificación. En el caso de beneficiarios no videntes los folletos informativos y la tarjeta de identificación serán emitidos en el sistema Braille.

(2) Las aseguradoras serán responsables por la preparación y diseminación, a su propio costo, de un programa de orientación para la comunidad que cubra los aspectos de la logística relacionada con la estructura, el uso, los beneficios y la accesibilidad de los servicios del plan médico para los beneficiarios de cada región de salud.

(3) Los folletos informativos servirán de certificado y garantía de los beneficios a que tienen derecho los beneficiarios y deberán incluir, como mínimo, lo siguiente:

- (a) Relación de los beneficios cubiertos.
 - (b) Limitaciones y exclusiones del programa de beneficios.
 - (c) Derechos de los beneficiarios.
 - (d) Instrucciones para que los beneficiarios puedan tener acceso a los beneficios.
 - (e) Lista de las organizaciones de cuidado de salud y otros proveedores-participantes disponibles para ofrecer los servicios de cuidado de salud cubiertos en el programa de beneficios.
 - (f) Descripción del procedimiento para ventilar querellas.
 - (g) Firma del beneficiario a la entrega y explicación del folleto.
 - (h) Derecho a la libre selección de proveedor.
- (4) El contenido de los folletos informativos, así como su plan de distribución, deberán ser aprobados por la Administración antes de su publicación y distribución.
- (5) Los proveedores participantes, proveedores primarios y servicios primarios del sistema de salud del Gobierno deberán exhibir un letrero informativo, legible y visible a las personas que hacen uso de sus facilidades, que anuncie que el Grupo Médico Primario cuenta con una Red Preferida que incluye médicos especialistas, laboratorios, rayos-x y hospitales, los cuales podrán ser visitados por los beneficiarios sin la necesidad de un referido ni copagos, así como cualquier otra información relacionada al sistema de salud que la Administración estime pertinente. El contenido del letrero deberá ser preparado y aprobado por la Administración.
- (6) Todo proveedor participante, proveedor primario y servicios primarios que no cumplan con las disposiciones de esta Sección o de los reglamentos promulgados a su amparo, estará sujeto a una multa administrativa a ser determinada por la Administración, que en ningún caso excederá de diez mil (10,000) dólares.

Sección 15. — Derechos de los Beneficiarios. (24 L.P.R.A. § 7036b)

Todo beneficiario tendrá, entre otros, derecho a:

- (1) Recibir los servicios médicos de calidad cuando los necesiten.
- (2) Fácil acceso a los servicios médicos.
- (3) Seleccionar su organización de cuidado de salud.
- (4) Seleccionar su médico primario o de cabecera.
- (5) Seleccionar, en conjunto con su médico primario, su médico especialista.
- (6) Cambiar su médico primario o su organización de cuidado de salud.
- (7) Que no se le nieguen los servicios bajo la cubierta.
- (8) Acceso fácil e inmediato a servicios de emergencia.
- (9) Recibir la educación e información necesarias para conocer todos los beneficios que ofrece el seguro de salud.
- (10) Que no se discrimine en su contra,
- (11) Iniciar un procedimiento formal de querrela dentro del sistema de quejas, querellas y apelaciones requerido dentro del Plan de Salud del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, en conformidad con el [42 CFR 438, Subpartes E y F](#), o ley o reglamentación federal posterior que sustituya las mismas, el cual es establecido mediante reglamentación por la Administración, si tiene una queja o preocupación sobre los servicios de cuidado de salud que le son ofrecidos bajo el Plan.

(12) Apelar cualquier determinación final de la aseguradora dentro del sistema de quejas, querellas y apelaciones requerido dentro del Plan de Salud del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, en conformidad con el [42 CFR 438, Subpartes E y F](#), o ley o reglamentación federal posterior que sustituya las mismas, el cual es establecido mediante reglamentación o contrato suscrito por la Administración.

(13) Seleccionar su farmacia y laboratorio.

Sección 16. — Obligaciones de los Beneficiarios. (24 L.P.R.A. § 7036c)

Los beneficiarios tendrán la obligación de:

(1) Mantener su información de elegibilidad al día y cuando sea requerida por la Administración.

(2) Mantener su salud en buen estado manteniendo un estilo de vida saludable.

(3) Una vez notificado de su elegibilidad al programa deberá acudir al lugar que le indique el asegurador para completar el proceso de suscripción y recibir su tarjeta de identificación como beneficiario.

(4) Notificar al asegurador de los problemas que pueda confrontar en recibir los beneficios cubiertos.

(5) Apelar cualquier determinación final del asegurador ante la Administración.

Sección 17. — Derechos de los Proveedores. (24 L.P.R.A. § 7036d)

Bajo este plan, los proveedores tienen derecho a:

(1) Que le sean pagadas las reclamaciones a tenor con los términos dispuestos en su contrato con el asegurador.

(2) Apelar cualquier determinación final del asegurador ante la Administración.

Sección 18. — Obligaciones de los Proveedores. (24 L.P.R.A. § 7036e)

Los proveedores se obligan a:

(1) Ofrecer servicios de óptima calidad, cuando son necesarios y sin dilación a los beneficiarios del programa.

(2) Brindar los servicios que sean necesarios para el cuidado de la salud de los beneficiarios.

(3) No discriminar contra los beneficiarios de sus demás pacientes, por ningún concepto.

(4) Notificar al asegurador de los problemas que puedan confrontar en ofrecer los servicios a los beneficiarios.

(5) Notificar al asegurador o a la Administración de cualquier situación que constituya abuso, mal uso o fraude de parte de los beneficiarios.

Sección 19. — Negación de Servicios de Hospitalización y Pagos Facturados. (24 L.P.R.A. § 7036f) [El Art. 4 de la [Ley 5-2014](#) añadió esta Sec. como 18. La [Ley 73-2023](#) la renumeró como 19]

Se establece que ninguna compañía de seguros de salud, asegurador, organización de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud autorizado en Puerto Rico, por sí o por medio de sus agentes, empleados o contratistas, que contrate con la Administración para el manejo o implantación del Plan de Salud Gubernamental al amparo de esta Ley, negará la debida

autorización para los procesos de hospitalización de un paciente, incluyendo el largo del periodo de dicha hospitalización y los pagos por servicios facturados tanto por el tratamiento, medicamentos y la debida prestación de servicios de salud al mismo, cuando medie una recomendación médica a estos fines, basada en la premisa de necesidad médica, en los casos en que estos servicios sean parte de la cubierta del plan médico del asegurado, el servicio sea prestado mientras la póliza se encuentre vigente y el servicio se encuentre dentro de las categorías de servicios cubiertos por dicha póliza. En el caso de los profesionales de la salud, se establece que no se negará ningún referido para evaluación de especialistas o sub-especialistas a paciente del Plan de Salud Gubernamental por parte de un médico primario cuando sea medicamente necesario. Para los efectos de esta Sección, el término de “necesidad médica” significa todo aquello que un médico licenciado prudente y razonable entienda que es medicamente necesario sobre todo aquel servicio o procedimiento de salud que se brinde a un paciente con el propósito de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, padecimiento, dolencia o sus síntomas en una forma que:

- (1) Sea conforme con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica, a la luz de los medios modernos de comunicación y enseñanza;
- (2) Sea clínicamente apropiado en cuanto a tipo, frecuencia, grado, lugar y duración de los servicios o procedimientos de salud;
- (3) La determinación de “necesidad médica” no sea hecha meramente para la conveniencia del paciente o del médico o para el beneficio económico de la aseguradora, organización de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud, del tratamiento médico en sí mismo o de otro proveedor de atención médica;
- (4) Sea dentro del ámbito de la práctica y/o especialidad médica de la o del profesional médico licenciado quién determinó la necesidad médica; y
- (5) Que dicha determinación de “necesidad médica” esté basada en evidencia clínica que sostenga la determinación y esté debidamente documentada por el facultativo que trató al paciente.

ARTÍCULO VII. — INFORMES

Sección 1. — Informes Anuales. (24 L.P.R.A. § 7040)

Dentro de los noventa (90) días siguientes al cierre de cada año fiscal, la Administración someterá al Gobernador y a la Asamblea Legislativa informes sobre sus actividades incluyendo lo siguiente:

- (a) Un resumen de la labor realizada durante el año fiscal en cumplimiento con los propósitos de esta ley, incluyendo copia de los contratos otorgados para los servicios de salud, así como un plan de trabajo, incluyendo proyectos y actividades específicas para el año subsiguiente.
- (b) Estados financieros auditados de acuerdo con los principios de contabilidad aceptados generalmente para los organismos gubernamentales.
- (c) Una relación de las inversiones de capital.

Sección 2. — Informes de las aseguradoras. (24 L.P.R.A. § 7040a) [La Sec. 2 de la [Ley 128-2009](#) añadió esta Sección]

Dentro de los sesenta (60) días al cierre de cada año fiscal, cada asegurador someterá a la Administración, un informe estadístico de sus actividades. Una vez recopilada y analizada por la Administración, ésta de requerírsele, deberá someterla al Gobernador y a la Asamblea Legislativa. Dicho informe estadístico deberá incluir, como mínimo, lo siguiente:

- (a) Datos estadísticos sobre el acceso de pacientes a servicio preventivo-ambulatorio;
- (b) Datos estadísticos sobre el acceso de pacientes a servicios primarios;
- (c) Datos estadísticos sobre el acceso de pacientes a servicios especializados;
- (d) Datos estadísticos sobre el acceso de pacientes a las salas de emergencias;
- (e) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a pacientes con cualquier tipo de cáncer;
- (f) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a pacientes con condiciones cardíacas;
- (g) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a pacientes con hipertensión;
- (h) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a pacientes asmáticos;
- (i) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a pacientes con adicción a drogas, nicotina y alcohol;
- (j) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a pacientes con enfermedades mentales;
- (k) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a pacientes con diabetes;
- (l) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios a pacientes con enfermedades sexualmente transmisibles;
- (m) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a mujeres en estado de embarazo, incluyendo relación de edades de las mujeres embarazadas y estado civil de la mismas;
- (n) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios brindados a infantes;
- (o) Datos estadísticos sobre cantidad de nacimientos;
- (p) Datos estadísticos sobre vacunación, tanto en infantes como en niños, adolescentes y adultos;
- (q) Datos estadísticos sobre tipos de enfermedades mayormente tratadas;
- (r) Datos estadísticos sobre medicación, los cuales deberán incluir todos los medicamentos recetados y una relación de costos de los mismos.
- (s) Datos estadísticos sobre cantidad y servicios ofrecidos a personas con sobrepeso u obesidad.

Cualquier persona o aseguradora que se negare a brindar la información antes descrita, o rehusare producir cualquier documento que se le solicitare, incurrirá en un delito menos grave que aparejará una pena de no más de mil (1,000) dólares ni menos de cien (100) dólares o cárcel por no más de doce (12) meses ni menos de un (1) mes, o ambas penas. El Director Ejecutivo de la Administración podrá recurrir al Tribunal de Primera Instancia de Puerto Rico, Sala de San Juan, a fin de compeler la divulgación de la información solicitada.

ARTÍCULO VIII. — DISPOSICIONES GENERALES

Sección 1. — Exenciones. (24 L.P.R.A. § 7041)

La Administración estará exenta de toda clase de contribuciones, derechos, impuestos, arbitrios o cargos, incluyendo los de licencias, impuestos o los que se impusieren por el Gobierno o cualquier subdivisión política de éste, incluyendo todas sus operaciones, sus propiedades muebles o inmuebles, su capital, ingresos y sobrantes. Dichas exenciones serán intransferibles.

Se exime a la Administración del pago de toda clase de derechos o impuestos requeridos por ley para la ejecución de procedimientos judiciales, la emisión de certificaciones en las oficinas y dependencias gubernamentales y subdivisiones políticas, así como en el otorgamiento de documentos públicos y de su inscripción en cualquier Registro Público de Puerto Rico.

Sección 2. — Exclusiones y Reglamentación. (24 L.P.R.A. § 7042)

La Administración estará excluida de las disposiciones de la [“Ley de Personal del Servicio Público de Puerto Rico”](#) [Nota: Derogada por la [Ley 184-2004](#); derogada y sustituida por la [Ley 8-2017](#)], de la Ley de Compras y Suministros del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, y de todos los reglamentos promulgados en virtud de dichas leyes.

No obstante, deberá aprobar un Reglamento General para la implantación de las disposiciones de esta Ley dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha de vigencia de la misma. También deberá aprobar dentro de igual término un Reglamento de Personal, basado en el principio de mérito, así como un Reglamento de Compras, Suministros y Contratación de Servicios.

Sección 3. — Oficina del Contralor. (24 L.P.R.A. § 7043)

El Contralor tendrá plena facultad para auditar las operaciones de la Administración, con el fin de constatar la legalidad de sus transacciones. Podrá, asimismo, requerir documentos o testimonio a personas o entidades particulares, cuando ello fuere indispensable, al efectuar una auditoría o intervención en la Administración, o en empresas que operen bajo contrato con la Administración, en aquellos asuntos relacionados con el contrato.

Sección 4. — Separabilidad. (24 L.P.R.A. § 7001 nota)

Si alguno de los Artículos, secciones, párrafos, oraciones, frases, o disposiciones de esta Ley fuera declarado inconstitucional por un tribunal con autoridad para ello, las restantes disposiciones permanecerán con toda su fuerza y vigor.

Sección 4. [bis]— Intercambio de Información. (24 L.P.R.A. § 7044)

Todo asegurador, organizaciones de servicios de salud o cualquier otra entidad que ofrezca servicios de salud en Puerto Rico que contrate con la Administración y otras entidades del

Gobierno de Puerto Rico vendrá obligada a proveer toda la información que ésta solicite y en caso de incumplimiento estará sujeto a las penalidades dispuestas en el Artículo 2.250 de la [Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como “Código de Seguros de Puerto Rico”](#).

Luego de que la Administración verifique la información suministrada, si de la misma surge que un beneficiario del Programa de Asistencia Médica es también beneficiario de otro plan de salud privado o que los servicios prestados debieron haber sido cubiertos por un tercero o plan de salud financiado por el Gobierno con excepción del Programa de Asistencia Médica, la Administración o su Subcontratista debidamente autorizado, deberá iniciar una acción de recobro contra el plan primario del beneficiario por tales servicios; y la información deberá ser enviada a la Oficina de Asistencia Médica. El beneficiario no será responsable por dicho pago. Nada en lo dispuesto en esta Ley se entenderá como una renuncia al derecho de la confidencialidad del expediente bajo las disposiciones de la Ley Federal, “*Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)*”. Disponiéndose que podrá iniciarse una acción en recobro, siempre y cuando la misma se presente en un periodo de tiempo de dos (2) años contados a partir de la prestación de servicios al beneficiario.

Sección 5. — Medidas Transitorias. (24 L.P.R.A. § 7001 nota)

El Departamento continuará todos los procesos relacionados con el establecimiento del plan piloto de seguros de salud hasta que la Junta de Directores de la Administración esté constituida y en posición de asumir la implantación de esta Ley, en cuyo momento el Secretario transferirá a la Administración todos los libros, expedientes, contratos, fondos y cualesquiera documentos relacionados con la implantación de los planes de seguros de salud.

Sección 6. — Vigencia. — Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.

ARTICULO IX. — CONTRATACION CON PROVEEDORES DE SALUD

Sección 1. — Contratos (24 L.P.R.A. § 7051)

En los contratos que efectúe la Administración al contratar directamente con proveedores de servicios de salud, la Administración podrá contratar con aseguradoras para que éstas adjudiquen la procesabilidad del pago por servicios en aquellos contratos entre la Administración y los proveedores participantes.

Sección 2. — Proceso de Contratación (24 L.P.R.A. § 7051a)

Todos los procedimientos de contratación directa con los proveedores de servicios de salud deberán ser realizados conforme a las disposiciones de esta sección. Todo grupo médico o proveedores que deseen contratar directamente, conforme a lo dispuesto en la [Ley Núm. 105 de 19 de julio de 2002](#), someterá por escrito una solicitud que deberá contener lo siguiente:

(a) *Carta de Trámite*: carta oficial que deberá incluir su nombre y dirección de la organización proponente, fecha en que se somete la propuesta y la firma y título del oficial de la corporación autorizando la propuesta.

(b) *Portada*: la composición artística de la portada será determinada por la organización proponente y deberá incluir el nombre de la misma.

(c) *Página Titular*: dicha página deberá incluir el membrete de la organización. El título de la propuesta será el siguiente:

PROPUESTA PARA EL PROYECTO DEMOSTRATIVO DE
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD
MEDIANTE UN ACUERDO DE CONTRATACION
DIRECTA PROVEEDORES.

(d) *Resumen Ejecutivo*: descripción del modelo de cuidado coordinado bajo una estructura organizativa similar a la de "Health Care Organizations" (HCO), que incluya la integración de todos los componentes de un sistema integrado de salud, los servicios propuestos y los beneficios que representa para los beneficiarios y proveedores participantes.

Actividades específicas a llevarse a cabo para cumplir con los objetivos propuestos. Areas que se detallan en el cuerpo principal de la propuesta de forma tal que facilite a los Comités de Evaluación el análisis de aquellas áreas que sean de más impacto.

(e) *Tabla de Contenido*: desglose de los temas principales y las páginas donde se encuentran.

(f) *Contenido de la Propuesta*: información clara y concisa en cada uno de los renglones que se especifican en cada capítulo.

Capítulo 1:	Organización
Capítulo 2:	Información Financiera
Capítulo 3:	Modelo de Prestación de Servicios
Capítulo 4:	Sistemas de Información
Capítulo 5:	Mejoramiento de Calidad
Capítulo 6:	Servicio al Cliente
Glosario de Términos	
Anejos	

(g) *Encuadernación*: la propuesta se entregará en original y 3 copias, en carpetas de 3 argollas de 2 pulgadas de ancho. El contenido deberá ser escrito en tamaño 13 CG Times New Roman a doble espacio.

Toda propuesta debidamente entregada a la Administración deberá ser estudiada y analizada para propósitos de la contratación en un término improrrogable de treinta y cinco (35) días laborables.

(h) Deberán presentar una certificación negativa de deuda exigible o de la existencia de un plan de pago de deuda, el cual se encuentre en cumplimiento y sin atrasos, con la Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico (ASEM) con fecha de expedición de dicha certificación de no más de sesenta (60) días antes de la anticipada vigencia del contrato a otorgarse por la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES). La aplicabilidad de este inciso, estará condicionado a que la Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico (ASEM) certifique la deuda correspondiente. Así también, el proveedor de servicios de salud o asegurador contratante

no podrá ser elegible para contratación si tiene alguna deuda vencida por un término mayor de sesenta (60) días, según haya sido certificado por la Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico (ASEM), y deberá cumplir además con los requisitos establecidos en la [Ley Núm. 237-2004](#). Para efecto de este inciso, se entenderá deuda aquella obligación contractual que conlleve el pago de una cantidad cierta y determinada de dinero, y la misma se encuentre vencida y exigible al asegurador o proveedor de servicios de salud.

No obstante lo anterior, no se considerará vencida una deuda, cualquier obligación que se encuentre en un proceso activo de reconciliación de facturas y pagos entre el asegurador u organización de servicios de salud y la Administración de Servicios Médicos (ASEM).

Sección 3. — Criterios de Evaluación (24 L.P.R.A. § 7051b)

El proceso de evaluación llevado a cabo por la Administración se determinará tomando en consideración el área regional para la cual se solicita la contratación directa, cantidad de vidas que se solicita para la prestación de los servicios, facilidades físicas, capacidad económica, capital para el financiamiento de los servicios y habilidad para proveer servicios de manejo de riesgos. Los siguientes elementos serán considerados en el proceso evaluativo:

- (a) Capacidad, eficiencia y adecuación del sistema de información utilizado para registrar encuentros y procesar reclamaciones electrónicamente.
- (b) Disponibilidad y eficiencia de los programas de contención de costos, incluyendo la revisión de utilización y programas de garantía de calidad.
- (c) Capacidad, administrativa y financiera de la organización proponente, incluyendo la red de proveedores de cuidado coordinado.
- (d) Disponibilidad de programas de medicina preventiva.
- (e) Disponibilidad de médicos primarios y especialistas.
- (f) Disponibilidad de salas de emergencia.
- (g) Disponibilidad de programas de quejas y querrelas por parte de los beneficiarios y plan de cumplimiento conforme a los estatutos locales y federales aplicables.

Sección 4. — Modelo; Demostrativo; Autorización (24 L.P.R.A. § 7052)

Complementado por, y sin menoscabo de las disposiciones de esta Ley, se autoriza a la Administración a realizar planes pilotos de contratación directa con proveedores de salud, dentro del año contado a partir de la vigencia de la Ley que crea este Artículo IX, a los fines de permitir a la Administración la negociación y contratación de planes de salud con los proveedores de servicios de salud según definidos por esta Ley. La Administración cada seis (6) meses, a partir de la aprobación de esta ley, informará a la Asamblea Legislativa sobre la evaluación, viabilidad y posibilidad de extensión a otras áreas o regiones de la Isla.

Sección 5. — Pago (24 L.P.R.A. § 7053)

A tenor con lo establecido en la Sección 2 anterior (24 L.P.R.A. § 7052), la Administración considerará el transferir al proveedor de servicios de salud el por ciento del dólar prima destacado al subfondo médico; sin menoscabo del mismo por facturas y/o cargos relativos a los otros

renglones del fondo médico como lo son los servicios ancilares de consultas de salas de emergencias y hospitales, laboratorios, rayos X, farmacias, médicos de apoyo y demás proveedores de servicios de salud.

Además, la Administración considerará hacerse cargo del Fondo Catastrófico, el Fondo Institucional y los servicios ancilares anteriormente mencionados. En cuanto a las medidas de seguridad tomadas por la Administración, las mismas se limitarán exclusivamente a reservas que sean proporcionales al riesgo actuarial asumido en la contratación.

De igual modo, la Administración considerará negociar tarifas con los diferentes médicos de apoyo a base de métodos de pago por servicios rendidos o pago per cápita, teniendo a su haber los fondos de administración y reservas para amortiguar las fluctuaciones de pagos.

Sección 6. — Medicamentos (24 L.P.R.A. § 7054)

Se autoriza a la Administración a realizar las subastas necesarias, conforme a su propia reglamentación, para la compra de medicamentos y productos médicos. Los medicamentos y productos médicos serán aquellos publicados en los propios formularios establecidos por la Administración. Dichas subastas se llevarán a cabo una vez el proyecto de contratación directa cuente con el cincuenta por ciento (50%) del total de vidas comprendidas en la reforma de salud.

TABLA DE CONTENIDO

ARTICULO I. — TITULO

Sección 1. — Título..... 2

ARTÍCULO II. — DECLARACIÓN DE INTENCIÓN LEGISLATIVA

..... 2

ARTÍCULO III. — DEFINICIONES

Sección 1. Término y Frases 3

ARTÍCULO IV. — ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO

Sección 1. Creación..... 6
Sección 2. Propósitos, Funciones y Poderes: 6
Sección 2-A. Autorización para Financiamiento..... 8
Sección 2-B. Autorización para Financiamiento Rotativo..... 9
Sección 3. Composición de la Junta de Directores: 10
Sección 4. Miembros ex officio..... 10
Sección 5. Calificaciones de los Miembros de la Junta de Directores..... 10
Sección 6. Término de los Miembros de la Junta de Directores..... 11
Sección 7. Oficiales de la Junta de Directores..... 11
Sección 8. Reuniones y Quórum..... 11
Sección 9. Compensación..... 11
Sección 10. Remoción: 11
Sección 11. Aplicación de las Disposiciones de la Ley de Ética 12
Sección 12. Inmunidad..... 12

ARTÍCULO V. — DIRECTOR EJECUTIVO

Sección 1. Nombramiento del Director Ejecutivo..... 12
Sección 2. Calificaciones del Director Ejecutivo..... 12
Sección 3. Término del Nombramiento y Remuneración..... 12
Sección 4. Funciones y Deberes del Director Ejecutivo..... 12

ARTÍCULO VI. — PLAN DE SEGUROS DE SALUD

Sección 1. Selección de Planes de Seguros de Salud..... 13
Sección 2. Contratación..... 14
Sección 3. Beneficiarios del Plan de Salud..... 14

Sección 4.	Disposiciones Contra Discriminación.....	17
Sección 5.	Deducibles; Coaseguro y Primas; Prácticas Prohibidas.....	17
Sección 6.	Cubierta y Beneficios Mínimos.....	18
Sección 7.	Proceso Centralizado de Verificación de Credenciales de Proveedores de Servicios de Salud.	20
Sección 8.	Modelos de Prestación de Servicios.....	22
Sección 9.	Sistema de Regionalización.....	22
Sección 10.	Financiamiento de la Administración y del Plan de Salud.....	23
Sección 11.	Procedimiento de Querellas.....	25
Sección 12.	
Sección 13.	
Sección 14.	Orientación a los Beneficiarios.....	25
Sección 15.	Derechos de los Beneficiarios.....	26
Sección 16.	Obligaciones de los Beneficiarios.....	27
Sección 17.	Derechos de los Proveedores.....	27
Sección 18.	Obligaciones de los Proveedores.....	27
Sección 19.	Negación de Servicios de Hospitalización y Pagos Facturados	27

ARTÍCULO VII. — INFORMES

Sección 1.	Informes Anuales.....	28
Sección 2.	Informes de las Aseguradoras.....	29

ARTÍCULO VIII. — DISPOSICIONES GENERALES

Sección 1.	Exenciones.....	30
Sección 2.	Exclusiones y Reglamentación.....	30
Sección 3.	Oficina del Contralor.....	30
Sección 4.	Separabilidad.....	30
Sección 4. [bis]	Intercambio de Información.....	30
Sección 5.	Medidas Transitorias.....	31
Sección 6.	Vigencia.....	31

ARTICULO IX. — CONTRATACION CON PROVEEDORES DE SALUD

Sección 1.	Contratos.....	31
Sección 2.	Proceso de Contratación.....	31
Sección 3.	Criterios de Evaluación.....	33
Sección 4.	Modelo; Demostrativo; Autorización.....	33
Sección 5.	Pago.....	33
Sección 6.	Medicamentos.....	34

Nota. Este documento fue compilado por personal de la [Oficina de Gerencia y Presupuesto](#) del Gobierno de Puerto Rico, como un medio de alertar a los usuarios de nuestra Biblioteca de las últimas enmiendas aprobadas para esta Ley. Aunque hemos puesto todo nuestro esfuerzo en la preparación del mismo, este no es una compilación oficial y podría no estar completamente libre de errores inadvertidos; los cuales al ser tomados en conocimiento son corregidos de inmediato ([email: biblioteca OGP](mailto:biblioteca OGP)). En el mismo se han incorporado todas las enmiendas hechas a la Ley a fin de facilitar su consulta. Para exactitud y precisión, refiérase a los textos originales de dicha ley y a la colección de Leyes de Puerto Rico Anotadas L.P.R.A.. Las anotaciones en letra cursiva y entre corchetes añadidas al texto, no forman parte de la Ley; las mismas solo se incluyen para el caso en que alguna ley fue derogada y ha sido sustituida por otra que está vigente. Los enlaces al Internet solo se dirigen a fuentes gubernamentales. Los enlaces a las leyes enmendatorias pertenecen a la página web de la [Oficina de Servicios Legislativos](#) de la Asamblea Legislativa de Puerto Rico. Los enlaces a las leyes federales pertenecen a la página web de la [US Government Publishing Office GPO](#) de los Estados Unidos de Norteamérica. Los enlaces a los Reglamentos y Ordenes Ejecutivas del Gobernador, pertenecen a la página web del [Departamento de Estado](#) del Gobierno de Puerto Rico. Compilado por la Biblioteca de la Oficina de Gerencia y Presupuesto.

Véase además la [Versión Original de esta Ley](#), tal como fue aprobada por la Legislatura de Puerto Rico.

⇒ ⇒ ⇒ Verifique en la Biblioteca Virtual de OGP la **Última Copia Revisada** (Rev.) para esta compilación.

Ir a: www.ogp.pr.gov ⇒ Biblioteca Virtual ⇒ Leyes de Referencia—SEGUROS DE SALUD.