

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD
San Juan, Puerto Rico

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

ÍNDICE

ARTÍCULO 1 - TÍTULO BREVE.....	3
ARTÍCULO 2 - BASE LEGAL.....	3
ARTÍCULO 3 - DEFINICIONES.....	3
ARTÍCULO 4 - CONVOCATORIA PARA SOMETER PROPUESTAS PARA LOS PLANES DE BENEFICIOS DE SALUD	7
ARTÍCULO 5 - PROPUESTAS	8
ARTÍCULO 6 - ENTREGA DE LAS PROPUESTAS	10
ARTÍCULO 7 – INFORME ESTADÍSTICO QUE SE ACOMPAÑARÁ CON LA PROPUESTA ..	11
ARTÍCULO 8 - REQUISITOS MÍNIMOS DE LOS ASEGURADORES	12
ARTÍCULO 9 - REQUISITOS APLICABLES A LAS ORGANIZACIONES DE EMPLEADOS ...	13
ARTÍCULO 10 - EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS Y DETERMINACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN	14

ARTÍCULO 11 - DEBERES Y OBLIGACIONES DE LOS ASEGURADORES, ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD Y ORGANIZACIONES DE EMPLEADOS ...	15
ARTÍCULO 12 - INGRESO A LOS PLANES; CAMBIOS O CANCELACIÓN DEL PLAN	17
ARTÍCULO 13 - PRINCIPIOS GENERALES PARA LAS PERSONAS COHABITANTES	21
ARTÍCULO 14 - PROCEDIMIENTO A SEGUIR PARA TRAMITAR LAS SOLICITUDES DE INGRESO.....	23
ARTÍCULO 15 - TERMINACIÓN DE LA CUBIERTA	25
ARTÍCULO 16 - APORTACIÓN GUBERNAMENTAL Y DEDUCCIÓN DE SUELDO	26
ARTÍCULO 17 - PROCEDIMIENTO A SEGUIR POR EL(LA) EMPLEADO(A) PARA SOLICITAR LAS APORTACIONES GUBERNAMENTALES CUANDO SU CÓNYUGE O COHABITANTE ES EMPLEADO(A) PÚBLICO(A)	26
ARTÍCULO 18 - PROCEDIMIENTO A SEGUIR POR LA UNIDAD DE PERSONAL DE LAS DEPENDENCIAS EN LOS CASOS DE PLANES MANCOMUNADOS.....	27
ARTÍCULO 19 - PAGO DE LAS APORTACIONES GUBERNAMENTALES PARA PLANES MANCOMUNADOS.....	28
ARTÍCULO 20 - RENUNCIA O TRASLADO DE EMPLEADOS CUBIERTOS POR UN PLAN MANCOMUNADO.....	28
ARTÍCULO 21 - RENUNCIA, TRASLADO, DESTITUCIÓN O SUSPENSIÓN DE EMPLEADOS CUBIERTOS POR UN PLAN.....	29
ARTÍCULO 22 - MEDIDAS DISCIPLINARIAS	29
ARTÍCULO 23 - PROCEDIMIENTO DE QUERELLAS.....	30
ARTÍCULO 24 - EXTENSIÓN TEMPORERA DE LA CUBIERTA Y DERECHO DE CONVERSIÓN	31
ARTÍCULO 25 - DISPOSICIONES GENERALES	31
ARTÍCULO 26 – RELACIÓN CON OTRAS LEYES.....	31
ARTÍCULO 27 - APLICABILIDAD.....	32
ARTÍCULO 28 - CLÁUSULA DE SEPARABILIDAD	33
ARTÍCULO 29 - DISPOSICIÓN ADICIONAL.....	33
ARTÍCULO 30 - CLÁUSULA DEROGATORIA	33
ARTÍCULO 31 – VIGENCIA.....	33
ARTÍCULO 32 – APROBACIÓN	34

ARTÍCULO 1 - TÍTULO BREVE

Este Reglamento se conocerá con el nombre de Reglamento sobre Planes de Beneficios de Salud para Empleados Públicos.

ARTÍCULO 2 - BASE LEGAL

Este Reglamento se promulga en virtud de la autoridad conferida a la Administración de Seguros de Salud por el apartado (g) de la Sección 4 y el apartado (a) de la Sección 9 de la Ley Núm. 95, aprobada el 29 de junio de 1963, según enmendada, (Ley de Beneficios de Salud para Empleados Públicos), el Plan de Reorganización Núm. 3 del Año 2010, la Ley Núm. 170 de 12 de agosto de 1988, según enmendada, (Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme para el Estado Libre Asociado de Puerto Rico), y el Boletín Administrativo OE 2013-010 del Gobernador del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

ARTÍCULO 3 - DEFINICIONES

Para efectos de este Reglamento los términos que a continuación se expresan tendrán el siguiente significado. En los casos que aplique, estas definiciones incluirán también el plural:

- a. "Administración". – La Administración de Seguros de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- b. "Asegurado" o "Suscriptor"- El(la) empleado(a) que se acoge a un plan de beneficios de salud.
- c. "Asegurador" - Un asegurador comercial o privado, una asociación de tipo Cruz Azul o Escudo Azul, una cooperativa de seguros, o una organización de servicios de salud (HMO) autorizado por el(la) Comisionado(a) de Seguros de Puerto Rico para contratar seguros de salud en Puerto Rico, o una organización de empleados(as) con los cuales la Administración formalice contratos para ofrecer planes de beneficios de salud para los(las) empleados(as) públicos(as).
- d. "Cohabitación" – Acción de habitar juntamente con otra persona en las circunstancias que se describen en el inciso (s) de este Artículo.
- e. "Comisionado" – El(la) Comisionado(a) de Seguros del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- f. "Certificado de Elegibilidad" – Declaración jurada conforme a lo dispuesto en el Artículo 13 de este Reglamento, que acredite las circunstancias de la cohabitación y

el cumplimiento de los cohabitantes que la componen con los requisitos para acogerse a los beneficios de la Ley Núm. 95.

g. "Certificado de matrimonio" - documento expedido por el Secretario de Salud o su representante en el impreso especial en el cual se certifica, de acuerdo a la información que obra en el Registro Demográfico del Departamento de Salud, la celebración de un matrimonio. En los casos de matrimonio contraído en los Estados Unidos o en país extranjero, el documento expedido por autoridad competente y debidamente certificado por el "county clerk", si se tratare de un matrimonio contraído en Estados Unidos, o por los funcionarios diplomáticos insulares de los Estados Unidos en el extranjero.

h. "Cónyuge"- Marido y mujer respecto del otro, casados entre sí.

i. "Dependencia" - Todo departamento, agencia, las subdivisiones políticas del gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, los Sistemas de Retiro del Gobierno de Puerto Rico y los municipios para cuyos funcionarios(as), empleados(as) y pensionados(as) la Administración contrate con aseguradores, organizaciones de servicios de salud (HMO) y organizaciones de empleados para ofrecer servicios médico-quirúrgicos y de hospitalización; las corporaciones públicas y la Universidad de Puerto Rico en los casos en que sus funcionarios(as) y empleados(as) decidan acogerse a los planes que contrate la Administración, siempre que éstas cumplan con las disposiciones de la Ley Núm. 95.

j. "Dependiente" – Podrán considerarse dependientes del(de la) empleado(a) los(las) siguientes:

- i. el(la) cónyuge;
- ii. un(a) hijo(a) biológico(a), hijo(a) adoptivo(a) o colocado(a) para adopción menor de veintiséis (26) años;
- iii. un(a) hijo(a) biológico(a), hijo(a) adoptivo(a) o colocado(a) para adopción que, independientemente de la edad, no pueda sostenerse a sí mismo(a) por razón de incapacidad mental o física existente antes de cumplir los veintiséis (26) años, a tenor con lo dispuesto en la Ley Pública 111-148, conocida como "Patient Protection and Affordable Care Act", la Ley Pública 111-152, conocida como "Health Care and Education Reconciliation Act" y los reglamentos promulgados al amparo de éstas;
- iv. hijastros(as);
- v. hijos(as) de crianza que han vivido desde su infancia bajo el mismo techo con el asegurado principal, en una relación de padre/madre e hijo/hija, y que es y continuará siendo totalmente dependiente de la

familia del(de la) asegurado(a) principal para recibir alimento, según se establece en el Artículo 16.330 del Código de Seguros de Puerto Rico;

- vi. menor no emancipado(a) cuya custodia haya sido adjudicada al asegurado principal;
- vii. persona de cualquier edad que haya sido judicialmente declarada incapaz y cuya tutela haya sido adjudicada al(la) asegurado(a) principal;
- viii. familiar del(de la) asegurado(a) principal o su cónyuge o persona cohabitante mientras viva permanentemente bajo el mismo techo del asegurado(a) principal y que dependa sustancialmente de ést(a) para su sustento, quienes podrán ser clasificados en la categoría de dependientes opcionales o colaterales, según este término es comúnmente aceptado y definido en el mercado de los seguros de salud;
- ix. padre y madre del(la) asegurado(a) principal, o los de su cónyuge o cohabitante, aunque no vivan bajo el mismo techo, quienes podrán ser clasificados en la categoría de dependientes opcionales o colaterales, según este término es comúnmente aceptado y definido en el mercado de los seguros de salud.

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

- i. Planillas de contribución sobre ingresos del alegado dependiente;
- ii. Planillas de contribución sobre ingresos del(de la) empleado(a);
- iii. Evidencia de aportaciones económicas del(de la) empleado(a) al alegado dependiente;
- iv. Estatus de beneficios y solicitudes de ayudas económicas al Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico por parte del alegado dependiente.

l. "Director" – El(la) Director(a) Ejecutivo(a) de la Administración de Seguros de Salud.

m. "Empleado". - Todo funcionario(a) o empleado(a), de nombramiento o elección, en servicio activo o pensionado(a) de cualquier rama de Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y de sus agencias, departamentos y municipios pero excluyendo a funcionarios(as) y empleados(as) de las corporaciones públicas, de la Rama Judicial, de la Rama Legislativa, de la Oficina del Contralor y de la Universidad de Puerto Rico, quienes podrán acogerse a los planes que contrate la Administración si así lo desean y si la entidad gubernamental y dichos(as) funcionarios(as) y empleados(as) cumplen con las disposiciones de la Ley Núm. 95, aprobada el 2 de junio de 1963, según enmendada, (Ley de Beneficios de Salud para Empleados Públicos). El término "empleado" incluye, además, funcionarios(as) y empleados(as) que estuvieren temporalmente fuera de Puerto Rico en servicio activo.

n. "Empleado Elegible" – Un(a) empleado(a) declarado(a) elegible por la Administración para ingresar a un plan de beneficios de salud.

o. "Ley Núm. 95" - Ley de Beneficios de Salud para Empleados Públicos, Ley Núm. 95, aprobada el 29 de junio de 1963, según enmendada.

p. "Miembro de la familia" – El cónyuge o cohabitante bajo unión de hecho de un empleado o empleada y cualquier hijo(a) de estos: (1) menor de veintiséis (26) años: (A) hijo(a) adoptivo(a), (B) hijo(a) de crianza y (C) hijastro(a) o hijo(a) natural reconocido(a) que viva con el(la) empleado(a) en la relación corriente de padre/madre e hijos, y/o (independientemente de la edad), que no pueda sostenerse a sí mismo por razón de incapacidad mental o física existentes desde antes de cumplir veintiséis (26) años y familiares del empleado, su cónyuge o su cohabitante que vivan permanentemente bajo el mismo techo del(de la) empleado(a) y que dependan sustancialmente de éste(a) para su sustento. Se considerarán también miembros de la familia los(as) hijos menores de veintiséis años que estudien a tiempo completo, en una institución educativa reconocida, que viven permanentemente bajo el mismo techo del(de la) empleado(a) y que dependan sustancialmente de este(a) para su sustento.

q. "Modelo" - El Modelo SC 1335, Certificación para Acogerse a los Beneficios de la Ley Núm. 23 de 1ro. de junio de 1982.

r. "Organización de empleados" - Una asociación u organización de empleados de alcance estatal en Puerto Rico, cuya matrícula esté abierta para todos los empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, sus agencias,

departamentos, municipios y corporaciones públicas que sean elegibles para ingresar en un plan de beneficios de salud.

s. "Personas Cohabitantes"- Dos personas solteras, adultas, con plena capacidad legal, que no están relacionadas por lazos familiares dentro del cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad¹, sujetas a convivencia sostenida y afectiva de manera voluntaria, estable, pública y continua durante un plazo no menor de un (1) año, que cohabitan en una residencia común sin estar casadas entre sí y que tienen la intención de continuar con la situación cohabitacional indefinidamente.

t. "Plan" -El plan de salud seleccionado por el(la) funcionario(a) o empleado(a) asegurado(a).

u. "Plan de salud" - significa un contrato de seguro, póliza, certificado, o contrato de suscripción con una organización de seguros de salud, organización de servicios de salud o cualquier otro asegurador, provisto en consideración o a cambio del pago de una prima, o sobre una base prepagada, mediante el cual la organización de seguros de salud, organización de servicios de salud o cualquier otro asegurador se obliga a proveer o pagar por la prestación de determinados servicios médicos o beneficios de cuidado de salud.

v. "Plan Mancomunado" - La póliza que se expide en casos de funcionarios(as) o empleados(as) cuyos cónyuges y cohabitantes trabajan en el servicio público y se acogen a los beneficios de un contrato de pareja o de grupo familiar para sí y su familia para lo cual cada uno de ellos recibirá la aportación patronal del gobierno hasta el máximo de dicha aportación.

w. "Proveedor de servicios"- Todo hospital, laboratorio, centro radiológico, médico etc. bajo contrato para ofrecer servicios médico quirúrgicos y de hospitalización.

x. "Secretario". – El(la) Secretario(a) de Hacienda del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

ARTÍCULO 4 - CONVOCATORIA PARA SOMETER PROPUESTAS PARA LOS PLANES DE BENEFICIOS DE SALUD

La Administración enviará a todos los aseguradores, según definidos en el Artículo 3 de este Reglamento, una convocatoria por escrito, invitándoles a someter propuestas para ofrecer planes de beneficios de salud para los(las) empleados(as) y pensionados(as) de

¹ Estos se refieren a lazos familiares entre padres, suegros(as), hijos(as), yernos, nueras, abuelos(as), cuñados(as), nietos(as), bisabuelos(as), tíos(as), sobrinos(as), biznietos(as) y primos(as) hermanos (as).

las dependencias del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. La convocatoria se notificará con por lo menos treinta (30) días de anticipación a la fecha fijada para someter las propuestas.

La convocatoria se publicará además en un periódico de circulación general en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, con no menos de diez (10) días de antelación a la fecha fijada para someter las propuestas.

ARTÍCULO 5 - PROPUESTAS

- a. A menos que la Administración lo indique de otra forma en las instrucciones, reglas, normas y procedimientos que ésta pueda emitir de tiempo en tiempo, cada propuesta será presentada en un disco compacto (CD), acompañada de cinco (5) copias del borrador del folleto y/o resumen explicativo de los servicios o beneficios y condiciones principales de la misma (limitaciones y exclusiones incluyendo modelos, endosos, certificados originales y copia del contrato y cualquier otro documento relacionado). Cada CD se identificará con el nombre del proponente y número. Su contenido deberá estar en formato "pdf" (Portable Document Format) únicamente, por lo que no se aceptarán discos compactos cuyo contenido esté en otro formato. El borrador del folleto y/o resumen incluirá lo siguiente:
 1. Relación por pueblo de las facilidades médico hospitalarias, laboratorios y otras, contratadas y disponibles para los(las) futuros(as) asegurados(as).
 2. Un resumen explicativo en el que se deberá exponer los servicios y beneficios a que los(las) empleados(as), pensionados(as) y los dependientes y miembros de su familia tendrán derecho bajo el plan de beneficios de salud propuesto.
 3. Los procedimientos a seguir para recibir los servicios y beneficios.
 4. Información clara y precisa sobre los límites máximos, exclusiones y limitaciones del plan propuesto.
- b. En los casos en que la propuesta la somete una organización de empleados, se acompañará con la propuesta una copia certificada del contrato o contratos suscritos con el asegurador u organización de servicios de salud o del proveedor, según fuere el caso, a través de quien se prestarán los servicios. En la tarifa de una organización de empleados no se incluirá como parte de ésta la cuota mensual que le corresponda pagar al funcionario o empleado como miembro de la organización.

- c. Toda propuesta vendrá acompañada de un estudio actuarial debidamente certificado que justifique la tarifa aplicable para cada cubierta.
- d. Cada propuesta explicará detalladamente los beneficios que ofrece, especificando la tarifa a cargarse por tales beneficios. No serán consideradas propuestas que se sometan haciendo referencia a tarifas archivadas en la Oficina del Comisionado de Seguros, o cotizaciones a base de un porcentaje de tales tarifas.
- e. Toda enmienda, tachadura o borrón deberá ser inicialada por el proponente.
- f. Toda propuesta debe ser sometida a nombre del proponente y deberá estar firmada por su representante autorizado e inicialada en cada una de sus páginas.
- g. En los casos en que la propuesta se someta a través de una organización de empleados, se acompañará la Resolución de la Junta de Directores, autorizando la contratación de los planes y la certificación de Organización Bonafide expedida por el Secretario del Departamento del Trabajo y Recursos Humanos.
- h. Todo asegurador que someta sus propuestas, (incluyendo las organizaciones de servicios de salud (HMO) y las organizaciones de empleados) acompañarán con éstas, dos (2) copias de los Estados Financieros certificados por un(a) Contador(a) Público(a) Autorizado(a) por los últimos dos (2) años de operación. Someterán, además, los nombres de los miembros de sus respectivas Juntas de Directores(as). Esta información deberá incluir el nombre del(de la) Presidente(a), Secretario(a) y Tesorero(a), así como sus respectivas direcciones, teléfono de oficina y residencia.
- i. Los aseguradores someterán con sus propuestas una certificación del Comisionado acreditativa de su solvencia económica, de que han estado activas por lo menos durante los tres (3) años anteriores a la fecha de contratación con la Administración y de que no se encuentra bajo una orden de menoscabo.
- j. La organización de servicios de salud (HMO) acompañará con su propuesta una certificación del Comisionado acreditativa de su solvencia económica, de que no se encuentra bajo una orden de menoscabo y de que ha cumplido con lo dispuesto en el Artículo 19.140 del Código de Seguros de Puerto Rico, relativo al depósito de activos elegibles para la protección contra insolvencia.
- k. Toda propuesta incluirá copia de todos los anuncios alusivos a los beneficios que se proyectan ofrecer, así como otro material publicitario para revistas, periódicos y televisión que sean dirigidos a los empleados públicos.

- l. Ningún asegurador podrá comenzar la publicidad de los planes a través de la radio, prensa, televisión o distribución de material impreso entre los(las) empleados(as) y pensionados(as) hasta tanto la Administración de su autorización por escrito para que todos inicien la publicidad a la misma vez. Dicha autorización se emitirá conjuntamente con la notificación de la Administración aprobando la propuesta sometida.
- m. Todo asegurador que comience su publicidad sin autorización de la Administración estará sujeto a ser descalificado para ofrecer el plan de salud propuesto por éste. Cualquier publicidad a través de la radio, prensa, televisión o material impreso de los planes deberá incluir la frase "Anuncio autorizado por la Administración de Seguros de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico".
- n. La propuesta deberá especificar el nombre de la persona o entidad a quien se le harán los pagos mensuales por concepto de primas.
- o. Toda entidad registrará en la propuesta el nombre, dirección y teléfono de la persona u oficial autorizado a representar, firmar, endosar o certificar los documentos que le sean enviados, y el deber de informar a la Administración de cualquier cambio que surja sobre dichos datos.
- p. La propuesta incluirá una descripción del procedimiento que se utilizará para la atención de las querellas, de las cuales se mantendrá un récord en la oficina de cada asegurador. El procedimiento deberá cumplir con las disposiciones del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.
- q. Cada propuesta deberá incluir un informe estadístico, según se describe en el Artículo 7 de este Reglamento.
- r. La Administración podrá requerir que se someta como parte de la propuesta un plan que contenga aquellas disposiciones específicas que a su mejor entender beneficie a los empleados.

ARTÍCULO 6 - ENTREGA DE LAS PROPUESTAS

- a. Las propuestas se entregarán personalmente a la Administración, en el lugar, fecha y hora indicada en la convocatoria, en sobres cerrados y sellados. Al recibir las propuestas, la Administración verificará que cada una esté dentro de un sobre debidamente cerrado y sellado según se dispone en este apartado.

- b. Cada propuesta será sellada con expresión de la hora y fecha de recibida, así como con las iniciales del Director de la Administración o de un(a) funcionario(a) designado(a) por éste.
- c. Será rechazada y devuelta al proponente, sin abrir la misma, toda propuesta que se someta ante la Administración con posterioridad a la fecha y hora indicada en la convocatoria.
- d. Luego de sellada e inicialada, cada propuesta será leída en voz alta por la persona designada por el Director de la Administración, en la fecha, hora y lugar fijado en la convocatoria.

ARTÍCULO 7 –INFORME ESTADÍSTICO QUE SE ACOMPAÑARÁ CON LA PROPUESTA

Toda propuesta, incluyendo las propuestas de organizaciones de empleados, vendrá acompañada de un informe estadístico, por grupo contratante, que demuestre la experiencia del proponente con respecto a los planes contratados por la Administración, para el año económico anterior, incluyendo el primer semestre del año económico del contrato vigente. Dicho informe incluirá:

- 1. Grupo Contratante
- 2. Ingreso por asegurado
- 3. Número de Empleados Cubiertos
- 4. Número de Familiares Cubiertos
- 5. Total Recibido en Primas
- 6. Total de Beneficios Pagados
- 7. Número de Hospitalizaciones
- 8. Costo total de servicios médicos a pacientes hospitalizados
- 9. Costo total de hospitalizaciones
- 10. Costo Promedio de hospitalizaciones
- 11. Días-Pacientes

12. Estadía Promedio
13. Visitas a Médicos en Oficinas y Dispensarios
 - i. Número Total de Visitas
 - ii. Costo Total de Visitas
14. Exámenes de Laboratorios
 - i. Número Total de Exámenes
 - ii. Costo Total de Exámenes
15. Exámenes de Rayos X
 - i. Número Total de Exámenes
 - ii. Costo Total de Exámenes
16. Costo total de las cubiertas opcionales por cubierta y número de empleados por cubierta opcional.
17. Cualquier otra información que la Administración estime pertinente requerir.

ARTÍCULO 8 - REQUISITOS MÍNIMOS DE LOS ASEGURADORES

La Administración tomará en consideración la capacidad financiera de los proponentes para responder por los riesgos y las facilidades que ofrecen para proveer, pagar o reembolsar los costos y los servicios a contratarse, su historial en la liquidación de las reclamaciones y el cumplimiento de los contratos con el Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, sus agencias, instrumentalidades, dependencias, municipios y corporaciones públicas. Igualmente, tomará en consideración cualquier otro requisito especificado en la Ley Núm. 95. Por ello, cada asegurador deberá:

1. Estar autorizado por el Comisionado para contratar seguros de salud en Puerto Rico.
2. Tener solvencia económica de conformidad con lo dispuesto en el Código de Seguros de Puerto Rico.
3. Haber estado activo en el negocio de seguros por lo menos durante los tres (3) años anteriores a la fecha de contratación con la Administración.
4. Mantener los récords estadísticos y financieros necesarios relacionados con el plan y suministrar aquellos informes que la Administración considere necesarios.

ARTÍCULO 9 - REQUISITOS APLICABLES A LAS ORGANIZACIONES DE EMPLEADOS

- a. Las organizaciones de empleados que deseen someter propuestas para planes de beneficios de salud de acuerdo con las disposiciones de la Ley Núm. 95, deberán cumplir con los siguientes requisitos:
 1. Estar debidamente registradas en el Departamento del Trabajo y Recursos Humanos.
 2. Su matrícula deberá ser de alcance estatal y deberá estar disponible para todos(as) los(las) empleados(as) y pensionados(as) del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y sus Municipios.
 3. Utilizar una organización de servicios de salud o un asegurador debidamente autorizado por el Comisionado de conformidad con lo dispuesto en el Código de Seguros de Puerto Rico. Deberá incluir la certificación a estos efectos, así como los estados financieros de los últimos dos (2) años, certificados por un(a) Contador(a) Público(a) Autorizado(a).
 4. Permitir la continuación de la cubierta sin el requisito de afiliación a cualquier empleado que se acoja a los beneficios de retiro.
- b. Al momento de otorgar el contrato con la Administración la organización acompañará copia de los contratos con los aseguradores u organizaciones de servicios de salud (HMO), según fuere el caso, y será responsable de notificar los cambios que surjan durante la vigencia de dichos contratos por el término del año fiscal.
- c. Las organizaciones no podrán hacer cambios unilaterales para que los miembros reciban servicios a través de otro asegurador u organización de servicios de salud (HMO) sin que se notifique previamente y se obtenga la autorización de la Administración. Dicha notificación estará acompañada de una certificación bajo juramento del asegurador o proveedor en la que se certifique que no se le adeuda suma alguna por concepto de primas por servicios médico-quirúrgicos y de hospitalización prestados a los miembros de la organización de empleados.

Las organizaciones de empleados no podrán contratar los servicios con organizaciones de servicios de salud (HMO) y/o aseguradores por un término que exceda la vigencia el contrato suscrito por la Administración y la organización de empleados.

ARTÍCULO 10 - EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS Y DETERMINACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN

- a. La Administración evaluará todas las propuestas sobre planes de beneficios de salud que sometan los aseguradores. En su evaluación tomará en consideración, entre otros factores a determinarse por la Administración, que la tarifa que se cobre refleje razonable y equitativamente el costo de los beneficios que se proveen. Para realizar dicho análisis considerará, entre otros, las estadísticas compiladas por el(la) Secretario(a) de Salud y el Comisionado. Dichas estadísticas reflejarán los costos de funcionamiento de los distintos planes por grupo contratados por la Administración, así como los ingresos obtenidos por cada uno de los asegurados bajo contrato. Se evaluará el volumen de querellas presentadas en contra de los aseguradores, el manejo y respuesta a las mismas, así como la red de proveedores disponible. También se tomará en cuenta el que los aseguradores no tengan deudas con el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, ni con las entidades del Estado que prestan o están relacionadas a la prestación de servicios de salud.
- b. Si la Administración considerase que la tarifa, o tarifas propuestas, es o son excesivas, y que no reflejan razonable y equitativamente el costo de los beneficios que se proveen, podrá citar a cualquier asegurador para discutir su propuesta, descartar su propuesta, o recomendar que se deje sin efecto la convocatoria. Como resultado de lo anterior, podrá emitirse otra convocatoria para recibir nuevas propuestas.
- c. Una vez abiertas las propuestas la Administración solicitará de las agencias, instrumentalidades, dependencias, municipios y corporaciones públicas del Estado Libre Asociado de Puerto Rico incluyendo, pero sin limitarse a las entidades del Estado que prestan o están relacionadas a la prestación de servicios de salud, que sometan a la Administración una certificación en la que se indique la existencia o no existencia de deudas por parte los proponentes con cada uno de dichos organismos gubernamentales. En aquellos casos en que las agencias, instrumentalidades, municipios, corporaciones públicas u otras dependencias del Estado Libre Asociado de Puerto Rico le certifiquen a la Administración que los proponentes mantienen deudas de más de sesenta (60) días con dichos organismos gubernamentales, la Administración podrá exigir evidencia del pago de dicha deuda o del establecimiento de un plan de pago con la agencia, instrumentalidad, municipio, corporación pública u otra dependencia del gobierno como requisito para la consideración de su propuesta.

- d. La Administración emitirá una determinación sobre los aseguradores, las organizaciones de empleados y organizaciones de servicios de salud seleccionadas para contratar con la Administración el plan de beneficios de salud para los(las) empleados(as) públicos(as). No obstante, la Administración deberá contar siempre con dos (2) o más propuestas de aseguradores, organizaciones de empleados y organizaciones de servicios de salud calificadas para contratar el plan de beneficios de salud para los(las) empleados(as) públicos de acuerdo a los criterios de ley y reglamentos aplicables.

ARTÍCULO 11 - DEBERES Y OBLIGACIONES DE LOS ASEGURADORES, ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD Y ORGANIZACIONES DE EMPLEADOS

Todo asegurador, incluyendo las organizaciones de servicios de salud (HMO) y las organizaciones de empleados, vendrán obligados a:

1. Cumplir con las disposiciones de la Ley Núm. 95 y de este Reglamento.
2. Aceptar el ingreso al plan de cualquier(a) empleado(a) o pensionado(a) elegible sin excluir a ninguno por motivos de raza, sexo, estado de salud, estatus civil, edad al tiempo de ingresar por primera vez o la naturaleza peligrosa de su trabajo.
3. Ofrecer a cada empleado cuya suscripción al plan haya terminado por alguna razón que no sea cancelación voluntaria de su cubierta o por fraude, una prórroga provisional de su cubierta que no excederá de treinta (30) días durante la cual dicho empleado pueda hacer uso de su derecho de conversión.
4. Proveer una tarjeta de identificación al suscriptor (asegurado) y a los familiares y dependientes cubiertos por el plan. Dicha tarjeta, es evidencia de que el poseedor de la misma está incluido en la relación de empleados(as) elegibles a que se hace referencia en el apartado (n) del Artículo 3, y del derecho de éste(a) a recibir los servicios de salud cubiertos por el plan. Se expedirá una certificación en sustitución de dicha tarjeta cuando al entrar en vigor el plan el(la) empleado(a) no haya recibido su tarjeta(s).
5. Mantener y proveer datos estadísticos relacionados con el plan y cualquier otra data o información que la Administración solicite.
6. Mantener debidamente orientados a todos(as) los(las) empleados(as) y pensionados(as) que se acojan al plan de su selección.

7. Entregar a cada empleado(a) o pensionado(a) acogido(a) al plan una "Guía del Suscriptor" en la que se harán constar los beneficios, términos y condiciones del plan. Además, se incluirán las condiciones relativas a la prestación de servicios y reembolsos por reclamaciones. Dicha "Guía del Suscriptor" será archivada conjuntamente con el contrato que se otorgue en la Administración y copia de los mismos se radicarán en la Oficina del Comisionado de Seguros, de conformidad con lo dispuesto en el Código de Seguros de Puerto Rico, Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada.
8. Notificar por escrito a la Administración, o a la persona en quien ésta delegue, una relación de los hospitales, consultorios médicos, laboratorios, centros radiológicos contratados y cualesquiera otros servicios que sirvan al programa con sus respectivas direcciones y teléfonos y los cambios que surjan en la vigencia de dichos contratos.
9. En el caso de una organización de empleados, suministrar cualquier información que a requerimiento del Comisionado, del(de la) Secretario(a) de Salud o de la Administración le haya sido sometida por los proveedores para evaluar los costos de funcionamiento y tarifas de los planes.
10. En los casos en que el pago de la prima de algún(a) empleado(a), incluyendo la aportación patronal, no se haya recibido por el asegurador, organización de servicios de salud u organización de empleados, según fuere el caso, antes de uno de éstos solicitar del(de la) empleado(a) el pago total de la prima, se comunicará con la agencia en la que el empleado(a) presta servicios o el sistema de retiro correspondiente, si se tratare de un pensionado, para verificar la razón por la que no se ha remitido dicha prima.
11. Si el(la) empleado(a) ha continuado prestando servicios en la misma agencia o ha sido trasladado(a) a otra agencia, o al sistema de retiro, según sea el caso, y no se ha efectuado la correspondiente deducción del salario o pensión, el asegurador procederá a facturar a la agencia o sistema de retiro concernido por la aportación patronal y la del(de la) empleado(a) o pensionado(a). Disponiéndose, que si ha transcurrido un término razonable a partir de la fecha en que se remite la factura, el cual no excederá de treinta (30) días, sin recibirse la prima, entonces se le podrá requerir al(a la) empleado(a) o pensionado(a) el pago de dicha prima, teniendo éste(a) el derecho de solicitar el reembolso correspondiente.
12. Suministrar, dentro de los treinta (30) días siguientes a la terminación de cada mes, a la Administración un "Informe Mensual de Planes Médicos" en el que se

certificará bajo juramento que no se adeuda dinero alguno a los proveedores por concepto de los servicios médico-quirúrgicos y de hospitalización, sobre los cuales el Secretario haya desembolsado la prima correspondiente y que las estadísticas suministradas son correctas. Dicho informe será requisito indispensable para que el Secretario haga el desembolso de cualquier mensualidad pendiente de pago.

13. Notificar a la Administración con por lo menos treinta (30) días de anticipación, de cualquier situación o actuación que se proponga realizar que afecte o pueda afectar la debida prestación de los servicios médico-quirúrgicos y de hospitalización a los(las) funcionarios(as), empleados(as) y pensionados(as) públicos(as).
14. Notificar a la Administración cualquier cambio, cancelación o rescisión de un contrato con los proveedores de servicios tales como dispensarios, médicos, hospitales, etc., lo más pronto posible y no más tarde de quince (15) días a partir de la fecha en que ocurra el cambio, cancelación o rescisión. Se notificará, además, a cada suscriptor del plan dentro de un término razonable. Disponiéndose, que si se tratare de una rescisión originada por el proveedor, se notificará a la Administración y a la organización de empleados, en el caso en que medie este tipo de organización, antes de la fecha de efectividad de la rescisión. Disponiéndose, además, que antes de la fecha de efectividad de la rescisión se deberá notificar a los suscriptores el nuevo proveedor.
15. Garantizar que la cubierta del plan será igual para todos los dependientes o miembros del grupo familiar incluidos en la póliza.
16. Reembolsar a todo suscriptor (asegurado) que utilice los servicios de un hospital que a la fecha en que la Administración contrató con el asegurador figuraba como proveedor de los servicios y que posteriormente sea cancelado como tal, una cantidad igual al Per-Diem que se le estuviera pagando al hospital a la fecha de cancelación o el Per-Diem promedio que se estableciere para hospitales no asociados, la que fuere mayor. Cuando esta situación ocurra con otros proveedores de servicios tales como médicos, laboratorios y dispensarios, se le reembolsará al suscriptor una cantidad igual a la que se le hubiera pagado a un proveedor contratado para la prestación de los servicios.

ARTÍCULO 12 - INGRESO A LOS PLANES; CAMBIOS O CANCELACIÓN DEL PLAN

- a. Anualmente la Administración notificará, mediante Carta Circular, los nombres de las entidades aseguradoras y organizaciones de empleados calificadas para

ofrecer contratos de servicios de salud bajo la Ley Núm. 95. La Administración notificará además las claves asignadas para identificar dichas entidades, la fecha límite para radicar las solicitudes de ingreso o solicitar cambios y bajas a planes de servicios de salud y la fecha de efectividad para ingresar a los planes.

- b. Cualquier empleado(a) de nombramiento o elección en servicio activo, cuyo nombramiento sea de seis (6) meses o más y todo(a) pensionado(a) de cualesquiera de los sistemas de retiro, sin considerar la edad, auspiciados por el Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico podrá acogerse, en la fecha y bajo las condiciones de elegibilidad que se establecen en este Reglamento, con absoluta libertad de selección, a uno de los planes contratados por la Administración.
- c. Cualquier empleado(a) de nuevo nombramiento o que sea elegible para ingresar a uno de los planes contratados por la Administración, deberá radicar solicitud de ingreso dentro del periodo de sesenta (60) días siguientes a la fecha de su ingreso al servicio público.
- d. Los(las) empleados(las) por contrato, el personal irregular o por jornal cuyo nombramiento sea menor de seis (6) meses no son elegibles para ingresar a un plan de servicios de salud bajo Ley Núm. 95. Sin embargo, los(las) empleados(as) transitorios(as) cuyo nombramiento sea menor de seis (6) meses podrán ingresar a los planes de servicio de salud contratados por la Administración, pero sin derecho alguno a la aportación patronal. No obstante lo anterior, en aquellos casos en que la retribución del personal irregular o por jornal sea pagada con fondos federales y el gobierno federal, al asignar estos fondos, provea para el pago de beneficios marginales y de servicios médicos, dicho personal podrá recibir beneficios de la Ley Núm. 95.
- e. Cualquier empleado(a) o pensionado(a) podrá apelar ante la Administración, de la decisión de una dependencia de no permitirle ingresar a un plan, efectuar cambios en su cubierta, cambiar de plan, o cualquier otro tipo de cambio que el asegurado desee hacer de acuerdo con este Reglamento. Cualquier persona adversamente afectada por una decisión de la Administración en virtud de este Reglamento y de la disposición de ley a que se refiere, podrá apelar dicha decisión al Tribunal de Apelaciones conforme a la Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme, Ley Núm. 170 de 12 de agosto de 1988, según enmendada, cumplidas las disposiciones del Reglamento que sea adoptado por la Administración.

- f. Cuando a un(a) empleado(a) se le apruebe una licencia sin sueldo, la agencia y el(la) empleado(a) se comunicarán por escrito con el asegurador u organización de servicios de salud con el cual éste(a) tiene su contrato de servicios de salud para indicarle la fecha en que comienza y termina la licencia. Todo(a) empleado(a) que cumpla un año de licencia sin sueldo y no se reinstale a su trabajo, pero desee continuar con el plan, pagará su plan por completo, hasta su renuncia, cesantía o reinstalación. El(la) empleado(a) notificará a su agencia y al asegurador u organización de servicios de salud inmediatamente su reinstalación para el trámite correspondiente con éste último.
- g. La cubierta de todo(a) empleado(a) que cumpla un año de estar en licencia sin sueldo, se cancelará a esa fecha. En caso de cesantía, la cubierta se cancelará dentro de los cinco (5) días siguientes a la cesantía. La fecha de efectividad de la cancelación o terminación estará sujeta a los términos dispuestos en la Ley Núm. 194 del año 2000, según enmendada, mejor conocida como la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente. Si el(la) empleado(a) reingresa al servicio público luego de terminada la cubierta por una de dichas razones, deberá tramitar su reingreso al seguro dentro del término establecido en el apartado (c) de este Artículo.
- h. Cualquier asegurado(a) podrá cambiar su cubierta individual a la de pareja o grupo familiar y viceversa, dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha del cambio en el estado civil o familiar.
- i. Cualquier empleado(a) o dependiente del(de la) empleado(a) que deje de ser elegible a otro plan médico, podrá solicitar ingreso al plan de salud que provee la Ley Núm. 95 dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación de la no elegibilidad para continuar asegurado(a) bajo otro plan. Deberá presentar evidencia de la fecha de efectividad de la no elegibilidad.
- j. Todo oficial de la Policía del Estado Libre Asociado de Puerto Rico que se acoja al plan de beneficios de salud que provee la Ley Núm. 95 tendrá derecho a un (1) cambio de asegurador o cubierta de salud durante el año contrato siempre y cuando hayan transcurrido al menos seis (6) meses desde la fecha de efectividad del plan. No se tramitará más de un (1) cambio durante el año contrato, salvo en las circunstancias establecidas en este Artículo.
- k. El(la) empleado(a) acogido a un plan de salud no podrá darse de baja e ingresar a otro plan de los contratados por la Administración, luego de la fecha de efectividad para ingresar al plan, salvo en las circunstancias establecidas en este Artículo.

- I. El(la) empleado(a) que se acoja a los beneficios de retiro de cualquiera de los Sistemas de Retiro e interese ingresar en uno de los planes de servicios de salud contratados por la Administración bajo la Ley Núm. 95 deberá entregar una nueva solicitud ante la entidad aseguradora seleccionada dentro de los sesenta (60) días calendarios siguientes a la fecha en que recibe su primer pago del Sistema de Retiro. En estos casos, el ingreso tendrá efectividad el día primero del mes siguiente si se somete antes del día 10. Si la solicitud de ingreso se efectúa después del día 10, el ingreso tendrá efectividad el día primero del mes subsiguiente al que se someta la solicitud.

El(la) empleado(a) que se acoja a los beneficios de retiro de cualquiera de los Sistemas de Retiro e interese continuar sin interrupción de servicios deberá comunicarse directamente con la entidad aseguradora con la cual tiene su plan médico dentro de los treinta (30) días calendarios antes de la fecha de separación de la instrumentalidad gubernamental para notificarle la fecha en que se acogerá al retiro. Además, enviará copia de la renuncia ya aceptada por la instrumentalidad gubernamental. El(la) pensionado(a) no podrá hacer cambios de entidad aseguradora, ni de cubierta en ese momento. El(la) pensionado(a) pagará directamente a la entidad aseguradora el costo total de la prima, incluyendo la aportación patronal. Tan pronto como reciba su primer pago como pensionado(a) podrá solicitar, con evidencia certificada del pago, al Sistema de Retiro que pertenece, el reembolso de las aportaciones patronales pagadas y notificar a la entidad aseguradora para que ésta comience a facturar al Sistema de Retiro.

El personal que se acoja a los beneficios de retiro de cualquiera de los Sistemas de Retiro y decida no continuar con su plan médico deberá comunicarse directamente con la entidad aseguradora con la cual tiene su plan médico dentro de los treinta (30) días calendarios antes de la fecha de separación de la instrumentalidad gubernamental para notificarle la fecha en que se acogerá al retiro, además, enviará copia de la renuncia ya aceptada por la instrumentalidad gubernamental, junto con las tarjetas. Del retirado no entregar las tarjetas será responsable del pago de la prima o de los servicios utilizados.

Cualquier cambio que el(la) pensionado(a) pueda realizar bajo las disposiciones de este Reglamento luego de la fecha de efectividad de ingresar al plan deberá tramitarse directamente con el Sistema de Retiro que le corresponda.

- m. Se considerarán miembros del contrato de grupo familiar para los fines de los beneficios de salud que provee la Ley Núm. 95 el cónyuge o cohabitante del(de

la) empleado(a) y los dependientes que cumplan con la definición en el inciso (j) del Artículo 3 de este Reglamento.

- n. Cualquier empleado(a) cubierto(a) por un plan auspiciado por una organización de empleados que termine su afiliación en dicha organización, puede ingresar a otro de los planes contratados por la Administración durante el periodo de sesenta (60) días siguientes a la fecha de terminada la cubierta bajo el plan auspiciado por la organización de empleados.
- o. Toda solicitud de ingreso o cambios que se reciba por el asegurador en ó antes del décimo (10mo) día de cualquier mes será efectiva el día 1ro. del mes siguiente. Solicitudes de ingreso que se reciban después del décimo (10mo) día de cualquier mes serán efectivas el día 1ro. del segundo mes siguiente.

ARTÍCULO 13 - PRINCIPIOS GENERALES PARA LAS PERSONAS COHABITANTES

- a. Bajo el Plan de Salud de los Empleados del Estado Libre Asociado de Puerto Rico creado en virtud de la Ley Núm. 95, las personas cohabitantes tendrán los mismos beneficios y obligaciones que los cónyuges del(de la) empleado(a) asegurado(a).
- b. Para el ingreso de un(a) cohabitante de un(a) empleado(a), sus hijos(as) o familiares al plan de salud, el asegurador, organización de empleados o la organización de servicios de salud requerirá al(a la) empleado(a) una declaración jurada con cada ingreso o renovación de contrato, la cual se conocerá como "Certificado de Elegibilidad". El "Certificado de Elegibilidad" establecerá lo siguiente:
 - 1. que la cohabitación existe hace un (1) año o más;
 - 2. que las personas cohabitantes cumplen con la definición que establece el inciso (s) del Artículo 3 de este Reglamento;
 - 3. que los declarantes entienden que cualquier información falsa brindada en dicha declaración conlleva la comisión del delito de perjurio y delito de fraude en contra el Estado Libre Asociado de Puerto Rico;
 - 4. que los declarantes entienden que cualquier información falsa brindada en dicha declaración conlleva sanciones disciplinarias y el recobro de las cantidades desembolsadas en virtud de los servicios de salud recibidos, incluyendo honorarios de abogado, por parte del Departamento de Hacienda, el asegurador, organización de empleados u organización de

servicios de salud. El certificado debe establecer además que a discreción de la Administración se podrá cobrar un 10% de interés sobre las cantidades a recobrar por brindar información falsa.

- c. En casos de controversia sobre la existencia de la situación de cohabitación, según definida en este Reglamento y para propósitos de evidenciar la misma, el asegurador, organización de empleados u organización de servicios de salud podrá solicitar al(a la) empleado(a) asegurado(a) uno o más de los siguientes documentos, entre otros a determinarse por la Administración:
 - 1. escrituras de hipoteca o compraventa;
 - 2. contratos de alquiler otorgados conjuntamente por el(la) empleado(a) y su cohabitante;
 - 3. contrato sobre comunidad de bienes;
 - 4. cuentas bancarias conjuntas;
 - 5. póliza de seguro de vida con designación del(de la) cohabitante como beneficiario(a) principal;
 - 6. planes de retiro con designación del(de la) cohabitante como beneficiario(a) principal;
 - 7. facturas de prestación de servicios públicos del lugar de residencia de los cohabitantes.
- d. En el caso de la disolución de la cohabitación, según definida en los incisos (d) y (s) del Artículo 3, independientemente de las razones para ello, el(la) empleado(a) asegurado(a) deberá presentar al asegurador, dentro del término de treinta (30) días a partir de la ocurrencia de la disolución, una declaración jurada haciendo constar dicha situación o, en caso de muerte del cohabitante, un certificado de defunción emitido por el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- e. En el caso de la disolución de la cohabitación, los(las) cohabitantes podrán ejercer el derecho a conversión bajo el Plan de Salud de los Empleados del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- f. El empleado que cohabite con una persona y cumpla con la definición de los incisos (d) y (s) del Artículo 3 de este Reglamento a la fecha en que el mismo entre en vigor y quiera acogerse a una cubierta de pareja o grupo familiar tendrá

sesenta (60) días a partir de la fecha de vigencia de este Reglamento para hacer el cambio.

- g. La falsa representación por parte de cualquier empleado(a) asegurado(a), con el propósito de tratar de establecer la existencia de la cohabitación fraudulentamente, conllevará la restitución al Estado Libre Asociado de Puerto Rico de todo dinero aportado por éste al plan de salud. El(la) empleado(a) podrá ser referido por la Administración, o el Departamento de Hacienda, al Departamento de Justicia para la investigación de los cargos penales que procedan y la radicación de los mismos. De igual forma, el(la) empleado(a) estará sujeto(a) a la aplicación de las medidas disciplinarias dispuestas para todo(a) asegurado(a) que incurra en la conducta descrita en el Artículo 22 del Reglamento.

ARTÍCULO 14 - PROCEDIMIENTO A SEGUIR PARA TRAMITAR LAS SOLICITUDES DE INGRESO

- a. Cada dependencia tramitará las solicitudes de ingreso de conformidad con lo aquí dispuesto y con las instrucciones que a los efectos pueda emitir la Administración. Las solicitudes de ingreso de los pensionados se tramitará por cada uno de los Sistemas de Retiro de conformidad con lo aquí dispuesto y con las instrucciones que a los efectos pueda emitir la Administración.
- b. Cuando un(a) empleado(a) interese solicitar cubierta bajo uno de los planes calificados y/o contratados por la Administración, procederá a llenar una solicitud de ingreso en los formularios que se proveerán a la Unidad de Personal de cada dependencia o al Sistema de Retiro correspondiente por el asegurador, organización de empleados u organización de servicios de salud (HMO).
- c. Toda solicitud de ingreso se tramitará a partir de la fecha que promulgue la Administración y deberá radicarse en la Unidad de Personal de la dependencia donde trabaja el(la) empleado(a) o en el Sistema de Retiro que le corresponda al(a la) pensionado(a) en o antes de la fecha límite establecida por la Administración. Después de esta fecha no se tramitará solicitud de ingreso alguna excepto en los casos que se especifican en el apartado (h) de este Artículo. Bajo ningún concepto el(la) empleado(a) o pensionado(a) radicará solicitud de ingreso directamente con el asegurador u organización de servicios de salud (HMO). En los casos en que el plan seleccionado sea ofrecido a través de una organización de empleados, la solicitud de ingreso se enviará primeramente a la organización de empleados. La organización, luego de hacer

las verificaciones de rigor, someterá las solicitudes a la Unidad de Personal de la dependencia correspondiente o al Sistema de Retiro, según sea el caso.

- d. La Unidad de Personal de la dependencia o el Sistema de Retiro, al recibir las solicitudes de ingreso verificará que estén debidamente cumplimentadas y que indiquen correctamente el número de empleado(a) o de seguro social, según aparece en su cheque de sueldo. La Unidad de Personal o el Sistema de Retiro preparará una lista por asegurador, organización de empleados u organización de servicios de salud (HMO) de los(las) empleados(as) que se acojan al plan de su selección y enviará las solicitudes a las entidades aseguradoras u organización correspondiente, para su aprobación.
- e. Una vez las aseguradoras y organizaciones de empleados o servicios aprueben las solicitudes, deberán remitir a las dependencias cuyas nóminas se preparan en el Negociado de Sistemas Electrónicos del Departamento de Hacienda, una factura en original y cuatro copias de todos aquellos empleados que quedarán asegurados junto a los dependientes incluidos en la solicitud.
- f. La dependencia o el Sistema de Retiro cotejará la factura o facturas contra las listas de las solicitudes previamente remitidas, a tenor con el apartado (d) de este artículo, con el propósito de constatar que todos(as) aquellos(as) empleados(as) o pensionados(as) que solicitaron su ingreso a un plan fueron incluidos en las mismas. Al recibir la factura, la Unidad de Personal de cada dependencia o del Sistema de Retiro, según corresponda, verificará que la misma cumple con este Reglamento y que la tarifa, incluyendo la aportación patronal o la aportación de retiro, es correcta. Se indicará en cada factura cualquier omisión hecha sobre dicha información. De igual forma, se realizarán los ajustes correspondientes a las facturas, como consecuencia de cualquier cambio en el estatus del empleado tales como, traslados, licencias sin sueldos, suspensiones o renunciaciones.
- g. La Administración podrá requerir, previa notificación de carta circular, que toda solicitud de ingreso se tramite a través de un sistema electrónico u otra tecnología que pueda adoptarse en el futuro.
- h. La Unidad de Personal de la dependencia o el Sistema de Retiro no tramitará ninguna solicitud de ingreso a un plan de salud radicada con posterioridad a la fecha límite para solicitudes que promulgue la Administración. Disponiéndose, que lo anterior no es aplicable a las solicitudes de (i) empleados de nuevo nombramiento, según se dispone en el apartado (c) del Artículo 12 de este Reglamento; (ii) empleados que se den de baja en un plan para ingresar a otro

según se dispone en el apartado (i) del referido Artículo 12; (iii) solicitudes radicadas por aquellos empleados que con posterioridad a la fecha indicada ingresen en alguna de las organizaciones de empleados con las cuales la Administración ha contratado y se acogen a los planes de salud que ofrecen las mismas; (iv) empleados que se acogen a los beneficios del retiro según se dispone en el apartado (l) del Artículo 12. Toda solicitud de ingreso que se reciba por el asegurador antes del décimo (10mo) día de cualquier mes será efectiva el día 1ro. del mes siguiente. Solicitudes de ingreso que se reciban después del décimo (10mo) día de cualquier mes serán efectivas el día 1ro. del segundo mes siguiente.

ARTÍCULO 15 - TERMINACIÓN DE LA CUBIERTA

La cubierta del plan de salud del(de la) empleado(a) terminará:

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

ARTÍCULO 16 - APORTACIÓN GUBERNAMENTAL Y DEDUCCIÓN DE SUELDO

- a. El Secretario desembolsará la cantidad que se fije por ley u orden ejecutiva como aportación patronal para cada empleado(a) que se acogiere a los beneficios de la Ley Núm. 95.
- b. La aportación patronal del Gobierno con respecto a los empleados en servicio activo se fijará en el presupuesto de cada una de las agencias, dependencias y municipios del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. De igual forma, la aportación correspondiente a los(las) pensionados(as) se consignará en una partida especial en el presupuesto del sistema de retiro al que esté acogido(a).
- c. Se deducirá del sueldo o pensión de los(las) empleados(as) o pensionados(as) que voluntariamente se acogieren a los beneficios que provee la Ley Núm. 95, la cantidad de dinero necesaria para satisfacer el costo de la prima correspondiente al plan seleccionado, luego de deducir la aportación patronal.
- d. La aportación patronal de los empleados que disfrutan de licencia sin sueldo y de los que se acogen a retiro, durante el período que transcurre desde la fecha en que cesa hasta que se apruebe su pensión, se hará de conformidad con las instrucciones que emita la Administración.
- e. Cuando un(a) empleado(a) cese o haya prestado servicios por un período menor de quince (15) días durante cualquier mes, excepto por razón de licencia autorizada, no se contará dicho servicio a los efectos de la aportación patronal. La totalidad de la prima será pagada por el(la) empleado(a).

ARTÍCULO 17 - PROCEDIMIENTO A SEGUIR POR EL(LA) EMPLEADO(A) PARA SOLICITAR LAS APORTACIONES GUBERNAMENTALES CUANDO SU CÓNYUGE O COHABITANTE ES EMPLEADO(A) PÚBLICO(A)

- a. Cuando un(a) empleado(a) público(a), cuyo cónyuge o cohabitante trabaje en el servicio público, interese que se le aplique la aportación gubernamental de ambos al plan familiar o de pareja de su selección, añadirá a la solicitud de ingreso, en un lugar visible en la parte superior de la misma, la frase "Plan Mancomunado", indicando el número de seguro social de su cónyuge o cohabitante.
- b. El cónyuge o cohabitante del(de la) empleado(a) que se acoja al plan, deberá llenar el Modelo en original y dos copias. Dicho Modelo se someterá a la Unidad de Personal de la dependencia donde presta servicios para que ésta certifique el original y las copias en la parte correspondiente. Junto con el Modelo el cónyuge

o cohabitante acompañará el original y una copia del Certificado de Matrimonio o Certificado de Elegibilidad, según aplique.

- c. Una vez la Unidad de Personal del cónyuge o cohabitante del(de la) empleado(a) que se acoja al Plan certifique el original y una copia del Modelo, el cónyuge o cohabitante retendrá la copia del mismo junto con el Certificado de Matrimonio o Certificado Elegibilidad y entregará el original y copia del Modelo al cónyuge que se va a acoger al plan familiar o de pareja como asegurado principal para que éste la entregue a la Unidad de Personal de la dependencia donde presta servicios junto con su solicitud de ingreso al plan de pareja o familiar de su selección.
- d. Cuando ambos cónyuges o cohabitantes presten servicios para la misma dependencia, el(la) empleado(a) que solicite un plan mancomunado someterá junto con la solicitud de ingreso únicamente el Certificado de Matrimonio o Certificado de Elegibilidad, según aplique.

ARTÍCULO 18 - PROCEDIMIENTO A SEGUIR POR LA UNIDAD DE PERSONAL DE LAS DEPENDENCIAS EN LOS CASOS DE PLANES MANCOMUNADOS

- a. La Unidad de Personal de la dependencia al recibir el Modelo verificará que se acompañe con éste el Certificado de Matrimonio o Certificado de Elegibilidad y que la información que se indica en el Modelo es la correcta.
- b. La Unidad de Personal retendrá una copia certificada del Modelo junto con el Certificado de Matrimonio o Certificado de Elegibilidad y entregará al(a) empleado(a) el original y copia del Modelo debidamente certificado. Con la copia certificada retenida, preparará una relación de las certificaciones expedidas, la cual utilizará para corroborar éstas con las facturas que remita el asegurador u organización de empleados.
- c. La Unidad de Personal de cada dependencia en la que haya empleados(as) que radicaron una solicitud para un plan de pareja o familiar bajo un plan mancomunado, cuyos cónyuges o cohabitantes trabajan en distintas dependencias, preparará una relación indicando el nombre del cónyuge o cohabitante y la dependencia donde éste(a) presta servicios, según surge del Modelo. Dicha relación se someterá a los aseguradores u organizaciones de empleados, junto con las solicitudes para acogerse al plan familiar o de pareja, identificada como planes mancomunados. La misma será utilizada por éstos para facturar por la aportación patronal a la dependencia del cónyuge o cohabitante del(de la) asegurado(a) donde éste(a) presta servicios.

- d. Cada dependencia tramitará las solicitudes de ingreso y cambios al plan de conformidad con este Reglamento y las instrucciones que a los efectos emita la Administración y retendrá los originales del Modelo y/o las copias de los certificados de matrimonio o elegibilidad, según sea el caso, para sus récords.
- e. Las dependencias al recibir la factura de los aseguradores u organizaciones de empleados, además de verificar que la misma cumple con este Reglamento y con cualquier directriz emitida por la Administración, verificará que la prima o cualquier aportación patronal que se está cobrando en los casos de planes mancomunados es correcta. La dependencia donde preste servicios el cónyuge o cohabitante del(de la) empleado(a) que se acoge al plan familiar verificará que procede el que se efectúe el pago de la aportación utilizando la relación que se indica en el apartado (b) del Artículo 18 de este Reglamento.

ARTÍCULO 19 - PAGO DE LAS APORTACIONES GUBERNAMENTALES PARA PLANES MANCOMUNADOS

- a. En los casos de cónyuges o cohabitantes que prestan servicios en distintas dependencias para las cuales la Administración haya contratado los planes de salud, el Departamento de Hacienda o cada dependencia, según sea el caso, remitirá al asegurador u organización de empleados o servicios el pago de la aportación patronal correspondiente con base a las facturas que reciban de éstos luego de verificarlas.
- b. Cuando la aportación patronal de ambos cónyuges o cohabitantes no cubra la totalidad de la prima a pagar, la diferencia de la prima a pagar se le descontará al(a la) empleado(a) que se acoja como asegurado al plan familiar o de pareja bajo un plan mancomunado. En caso de que la prima a pagar sea menor que el total de ambas aportaciones, el asegurador u organización de empleados según fuere el caso, dividirá la prima a pagar y la facturará en partes iguales a cada dependencia.

ARTÍCULO 20 - RENUNCIA O TRASLADO DE EMPLEADOS CUBIERTOS POR UN PLAN MANCOMUNADO

El(la) empleado(a) al que se le ha emitido un plan mancomunado, cuyo cónyuge o cohabitante renuncie o sea trasladado a una dependencia en la cual los servicios médicos no se contratan por la Administración en virtud de las disposiciones de la Ley Núm. 95, será responsable de notificarle al asegurador u organización de empleados o servicios correspondiente a través de la dependencia en que éste(a) trabaja. En estos

casos se discontinuará el pago de la aportación patronal que corresponda al cónyuge o cohabitante que renuncie o que se traslade.

ARTÍCULO 21 - RENUNCIA, TRASLADO, DESTITUCIÓN O SUSPENSIÓN DE EMPLEADOS CUBIERTOS POR UN PLAN

- a. Cuando un(a) empleado(a) cesa en sus funciones por motivo de renuncia o destitución confirmada por la Comisión Apelativa del Sistema de Personal (CASP), o por renuncia o destitución confirmada por la junta u organismo apelativo de acciones de personal de la dependencia para la cual trabaja, según sea el caso, deberá requerírsele a éste(a) que entregue, junto con la propiedad a su cargo, la tarjeta de identificación a que se hace referencia en el apartado (4) del Artículo 11 de este Reglamento. La dependencia vendrá obligada a remitir la misma al asegurador u organización, según corresponda, dentro de los próximos cinco (5) días.
- b. La Unidad de Personal de cada dependencia notificará al asegurador u organización que corresponda de cualquier cambio en el estatus del empleado por motivo de traslado, renuncia, destitución o suspensión no más tarde de los (5) cinco días siguientes a la fecha de dicho cambio.
- c. Los(las) empleados(as) que se trasladen a trabajar fuera de Puerto Rico, así como aquellos(as) que sean destituidos(as) o suspendidos(as) de sus empleos y que apelen dicha acción ante la CASP, pueden continuar acogidos al plan pagando directamente al asegurador el total de la prima, que incluirá la cantidad correspondiente a la aportación patronal.
- d. En aquellos casos en los cuales la CASP revoque la determinación de la dependencia de destituir o suspender un(a) empleado(a), se procederá de conformidad con lo dispuesto en la Sección 9 de la Ley Núm. 95.

ARTÍCULO 22 - MEDIDAS DISCIPLINARIAS

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

destitución de empleo que establece la Ley Núm. 5 aprobada el 14 de octubre de 1975, según enmendada, Ley de Personal del Servicio Público de Puerto Rico.

ARTÍCULO 23 - PROCEDIMIENTO DE QUERELLAS

- a. Para la resolución y adjudicación de cualquier controversia que surja sobre los servicios objeto de este contrato, se establece el procedimiento administrativo que deberá seguirse para ello, de conformidad con la Ley Núm. 170 de 12 de agosto de 1988 (Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme) y con las reglas de adjudicación o reglamento aplicables, dependiendo del tipo de querella y la agencia responsable de adjudicar la misma y de tomar la determinación administrativa correspondiente. El procedimiento administrativo deberá ser agotado hasta la adjudicación final de la controversia. El contrato al suscriptor no se cancelará hasta que se dilucide finalmente la misma. Las querellas se radicarán de la siguiente manera:
 1. Ante el Comisionado de Seguros - querellas relacionadas con la cubierta.
 2. Ante la Administración - querellas relacionadas con la calidad de los servicios que ofrecen los proveedores.
 3. Ante la Administración - querellas relacionadas con el ingreso o cambios en el tipo de cubierta, con los pagos y descuentos a los(las) empleados(as); y querellas entre organizaciones de empleados y aseguradores por incumplimiento de las condiciones contenidas en el contrato suscrito con la Administración.
- b. Independientemente que se trate de una organización de servicios de salud (HMO) o un asegurador, observarán los procesos establecidos para el manejo de querellas dispuestos en el Capítulo 19 del Código de Seguros y en el Capítulo 22 del Código de Seguros de Salud, según sea el caso.
- c. Una vez concluida la querella presentada ante el Comité de Querellas conforme a lo dispuesto en el inciso (b) anterior, el asegurado podrá presentar ante la Administración o el Comisionado una querella, solicitud de investigación o una solicitud de revisión externa independiente. Dicha querella, solicitud de investigación o solicitud de revisión externa independiente, deberá acompañarse una copia de la decisión emitida, y de la evidencia sometida y deberá además, cumplir con cualquier otro requisito que disponga para ello la Administración ó el Comisionado.

- d. Una vez emitida y notificada la resolución u orden que adjudique la querrela en la Oficina del Comisionado de Seguros ó en la Administración, según fuere el caso, la parte adversamente afectada por la misma, de no estar conforme, podrá solicitar reconsideración y/o la revisión judicial de la misma ante el Tribunal de Apelaciones, a tenor con la Ley Núm. 170 de 12 de agosto de 1988, (Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme) según enmendada y las reglas de adjudicación aplicables. En el caso de que un asegurador u organización de servicios de salud reciba una determinación adversa de una investigación ante el Comisionado, recurrirá al proceso administrativo contemplado en el Código de Seguros. En cuanto a las determinaciones sobre las revisiones externas independientes estas se regirán conforme a lo dispuesto en el Capítulo 28 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.

ARTÍCULO 24 - EXTENSIÓN TEMPORERA DE LA CUBIERTA Y DERECHO DE CONVERSIÓN

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

ARTÍCULO 25 - DISPOSICIONES GENERALES

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

ARTÍCULO 26 – RELACIÓN CON OTRAS LEYES

- a. El asegurador que tuviere deudas vencidas, líquidas y exigibles con el Estado Libre Asociado de Puerto Rico por cualesquiera conceptos, le serán aplicables las disposiciones del apartado (j) del Artículo 9 de la Ley Núm. 230, aprobada el 23 de junio de 1974, según enmendada, (Ley de Contabilidad del Gobierno de

Puerto Rico). El Secretario retendrá de la aportación patronal que le corresponda remitir las sumas necesarias para ser aplicadas a la deuda del asegurador.

- b. Cuando los(as) suscriptores(as) del asegurador, organización de empleados u organización de servicios de salud utilicen los servicios de las facilidades de beneficencia pública del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y adeuden a éstas dinero por concepto de un Per Diem justo y razonable establecidos por éste, le serán aplicables las disposiciones de la Ley Núm. 230, aprobada el 23 de junio de 1974, según enmendada, (Ley de Contabilidad del Gobierno de Puerto Rico), y de la Ley Núm. 56 aprobada el 21 de junio de 1969, según enmendada, (Ley de Asistencia Medico-Hospitalaria).

ARTÍCULO 27 – APLICABILIDAD

- a. Las disposiciones de este Reglamento aplicarán a los(las) empleados(as) que presten servicios en dependencias gubernamentales y en los municipios, y en las corporaciones públicas, la Rama Judicial, la Rama Legislativa, la Oficina del Contralor y en la Universidad de Puerto Rico, si éstos(as) optaren por ello, para los cuales la Administración contrate los planes de beneficios de salud de conformidad con la Ley Núm. 95.
- b. Las corporaciones públicas, la Rama Judicial, la Rama Legislativa, la Oficina del Contralor y la Universidad de Puerto Rico podrán gestionar sus planes de beneficios de salud sin la intervención de la Administración. Disponiéndose, que en los casos en que los empleados de las corporaciones públicas, la Rama Judicial, la Rama Legislativa, la Oficina del Contralor y de la Universidad de Puerto Rico, según fuere el caso, optaren por acogerse a los planes contratados por la Administración, la aportación patronal para éstos será aquella que se fije en el presupuesto de cada una de las corporaciones públicas, la Rama Judicial, la Rama Legislativa, la Oficina del Contralor o de la Universidad de Puerto Rico.
- c. Los Municipios están facultados para contratar directamente con las aseguradoras los planes de salud de sus empleados, sujeto a lo que dispone la Ley Núm. 63 de 21 de junio de 2010 que enmendó la Ley de Municipios Autónomos. En caso de que los Municipios decidan hacer uso de esta facultad deberán notificar a la Administración copia de la Resolución u Ordenanza Municipal en la que conste la determinación de contratar directamente la cubierta de salud de sus empleados conforme a la Ley Núm. 63. La determinación del Municipio será efectiva para el siguiente año contrato a la fecha en que se notifique la misma a la Administración. Los Municipios que no

deseen hacer uso de la facultad conferida por la Ley Núm. 63 continuarán ofreciendo el seguro de salud a sus empleados a través de la Administración.

- d. Los empleados que haya optado por la sindicalización en virtud de la Ley Núm. 45 del 25 de febrero de 1998, según enmendada, podrán negociar directamente lo concerniente a beneficios de salud y contratación de un plan médico a través de su representante exclusivo y conforme a lo dispuesto por la Ley 158 del 10 de agosto de 2006.
- e. La aportación patronal en el caso de los empleados de las otras agencias, dependencias y municipios será la incluida en el presupuesto general de gastos correspondiente o la fijada por ley u orden ejecutiva.

ARTÍCULO 28 - CLÁUSULA DE SEPARABILIDAD

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

ARTÍCULO 29 - DISPOSICIÓN ADICIONAL

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

ARTÍCULO 30 - CLÁUSULA DEROGATORIA

Se deroga el reglamento titulado "Reglamento Núm. 2994 para la Contratación de los Planes de Beneficios de Salud para los Empleados Públicos", aprobado el 10 de junio de 1983, según enmendado, y cualquier reglamento o parte de cualquier otro reglamento, carta o procedimiento administrativo que esté en conflicto con las disposiciones de este Reglamento.

ARTÍCULO 31 – VIGENCIA

Este Reglamento sobre Planes de Beneficios de Salud para Empleados Públicos, comenzará a regir a los treinta (30) días siguientes a su radicación en la Oficina del Secretario de Estado del Estado Libre Asociado de Puerto Rico de conformidad con las disposiciones de la Ley Núm. 170 de 12 de agosto de 1988, (Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme para el Estado Libre Asociado de Puerto Rico), según enmendada.

ARTÍCULO 32 – APROBACIÓN

Certifico que el presente reglamento fue aprobado por la Junta de Directores de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico en reunión ordinaria de 2 de mayo de 2013.

En San Juan, Puerto Rico, hoy a _____ de octubre de 2013.

Lcdo. Domingo Cruz Vivaldi
Secretario, Junta de Directores