Núm. 52[illegible] 5253
Fecha 19 de junio de 1995 1:40 p.m.
Aprobado: Baltasar Corrada del Río
Secretario de Estado
Por: [illegible]
Secretaria Auxiliar de Estado

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD
de Puerto Rico

R E G L A M E N T O G E N E R A L

TABLA DE CONTENIDO

Título		2
Artículo I	Disposiciones Legales	2
Artículo II	Intención Legislativa	3
Artículo III	Definiciones	5
Artículo IV	Elegibilidad	14
Artículo V	Alianzas de Beneficiarios	15
Artículo VI	Plan de Seguros de Salud	16
Artículo VII	Contrato de Seguros	54
Artículo VIII	Evaluación del Cumplimento del Contrato de Seguro	67
Artículo IX	Tarjetas de Identificación	69
Artículo X	Orientación a los Beneficiarios	71
Artículo XI	Derechos de los Beneficiarios	73
Artículo XII	Obligaciones de los Beneficiarios	74
Artículo XIII	Derechos de los Proveedores	74
Artículo XIV	Obligaciones de los Proveedores	75
Artículo XV	Financiamiento	75

Artículo XVI	Informes	78
Artículo XVII	Procedimiento de Querellas	82
Artículo XVIII	Vigencia	91
Artículo XIX	Enmiendas	91
Artículo XX	Aprobación	92

5253

TITULO - Este reglamento se conocerá como el Reglamento General de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.

Artículo I DISPOSICIONES LEGALES

Se adoptan la siguientes reglas a tenor con las disposiciones del Articulo VIII de la Ley Número 72 aprobada el 7 de septiembre de 1993, que creó la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, según enmendada por la Ley Número 1 de 8 de enero de 1994, y con la aprobación de la Junta de Directores de la Administración.

Las disposiciones del presente Reglamento entrarán en vigor luego del transcurso del término de treinta (30) días a partir de la fecha de radicación de éste en el Departamento de Estado, constituyendo el mismo el primer Reglamento que se promulga para la implantación de las disposiciones de la Ley Número 72 aprobada el 7 de septiembre de 1993, según enmendada.

Artículo II INTENCION LEGISLATIVA

Como parte de una reforma radical de los servicios de salud en Puerto Rico, se creó la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico por virtud de la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada. Dicha Administración opera como una corporación pública con plena autonomía para desarrollar las funciones que la ley habilitadora le encomendó.

La Administración tiene la responsabilidad de implantar, administrar y negociar, mediante contrato con aseguradores, un sistema de seguros de salud que eventualmente brinde a todos los residentes de la Isla acceso a cuidados de médico-hospitalarios de calidad, independientemente de la condición económica y capacidad de pago de quien los requiera.

Históricamente el Departamento de Salud ha tenido la responsabilidad de proveer servicios médico-hospitalarios al sector médico-indigente de nuestra población. El Departamento de Salud a pesar de las buenas intenciones de sus funcionarios, no ha podido cancelar los efectos adversos que

sobre la calidad de los servicios han tenido diversos factores.

Intentando contrarrestar este mal se han realizado desde el año 1967 ensayos de reforma en los servicios médico-hospitalarios provistos por el Departamento de Salud. Sin embargo no ha sido posible lograr estrechar la brecha que cada día se abre más entre la calidad de los servicios públicos y privados.

Ante esta situación se crea la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico con el objetivo de gestionar, negociar y contratar planes de seguros de salud que permitan obtener para sus asegurados, particularmente los médico-indigentes, servicios médico-hospitalarios de calidad. Igualmente se le requiere 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

1. ACCESO: Disponibilidad adecuada de todos los servicios de cuidado de salud requeridos y que se contemplan en el modelo del plan de seguros de salud contratado.

2. ADMINISTRACION: Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.

3. ALIANZAS DE BENEFICIARIOS: Grupos de beneficiarios representados por la Administración en la negociación de las cubiertas del seguro de salud que estos necesiten. Componen estos grupos, beneficiarios del Departamento de Salud u otros grupos de beneficiarios que en el futuro se creen para beneficiarse de las actividades de la Administración.

4. APORTACION PATRONAL: Porción del costo de la prima que es pagada por el patrono del asegurado.

5. APORTACION PERSONAL: Porción del costo de la prima que es pagada por el asegurado.

6. AREA DE SALUD: Area geográfica según establecida por el Departamento de Salud.

7. ASEGURADOR: Entidad autorizada por el Comisionado de Seguros para hacer negocio de seguros de salud en Puerto Rico o creada mediante cualquier ley especial para estos fines y que asume el riesgo financiero mediante el pago de primas.

8. ASOCIACION DE PRACTICA INDIVIDUAL (API): Modelo para la prestación de cuidado dirigido en donde la aseguradora contrata con una organización de médicos la cual a su vez contrata con cada médico individual. Los médicos que componen a API practican en sus propias oficinas y continuan atendiendo sus pacientes que pagan por sus servicios.

9. ASEGURADO/BENEFICIARIO: Toda persona con derecho a recibir los beneficios provistos en los planes de seguro de salud contratados por virtud de la Ley Número 72 aprobada el 7 de septiembre de 1993, según enmendada y que se ha suscrito al plan.

10. ORGANIZACION DE CUIDADO DE SALUD (OCS): Una entidad proveedora de servicios de cuidado de salud que brinda a los beneficiarios los beneficios provistos en la cubierta básica o especial de un plan de seguros contratados con un asegurador.

11. CIRUGIA ELECTIVA: Procedimiento quirúrgico, médicamente necesario, y recomendado por un médico-cirujano, el cual no requiere realizarse inmediatamente por no conllevar riesgo inminente a la vida, daño permanente de un órgano vital o peligro de incapacidad permanente al paciente, por lo que puede programarse.

12. CO-ASEGURO: Participación porcentual que tiene el asegurado de cada pérdida o porción del costo de recibir un servicio.

13. COMISIONADO: Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

14. CONTRATO DE SEGURO: La relación contractual entre la Administración y el asegurador público o privado contratado bajo algún modelo de plan de seguro de salud.

15. CUBIERTA DE BENEFICIOS DE SALUD: Todos los beneficios incluidos en un plan de beneficios de salud.

16. CUBIERTA FAMILIAR: Los beneficios provistos a los beneficiarios incluidos en un plan de seguro de salud y que cubren la unidad familiar descrita en el mismo.

17. CUBIERTA INDIVIDUAL: Los beneficios provistos a una persona bajo un plan individual.

18. DEDUCIBLE: Cantidad fija pre-determinada que el beneficiario tiene que pagar al proveedor como su aportación al costo de los beneficios que recibe.

19. DEPARTAMENTO: Departamento de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

20. DIRECTOR EJECUTIVO: Director Ejecutivo de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.

21. EMERGENCIA MEDICA/NECESIDAD IMPERIOSA: Una condición médica súbita e imprevista que requiere atención médica inmediata por estar presente riesgo inminente a la vida, daño permanente de un órgano vital o peligro de incapacidad permanente.

22. ENCUENTRO: Contacto entre el beneficiario y el profesional de la salud al momento en que se rinde algún servicio. La hoja del encuentro recoge información específica sobre los datos del diagnóstico, procedimientos e información relacionada que describe dicho encuentro.

23. ENTIDAD: Cualquier organización con personalidad jurídica propia, organizada o autorizada a hacer negocios de conformidad con las leyes de Puerto Rico.

24. FACILIDADES DE SALUD: Aquellas definidas en la Ley Número 101 de 26 de junio de 1965, según enmendada.

25. JUNTA DE DIRECTORES: Junta de Directores de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.

26. LEY: Ley Número 72 de 7 de septiembre de 1993.

27. MEDICARE: Programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o mayores, personas con disfunción renal permanente y otras personas incapacitadas bajo los criterios del Título XVIII de la Ley de Seguro Social. Medicare tiene dos (2) partes: Parte A que cubre las hospitalizaciones y determinados tratamientos de seguimiento y la Parte B que cubre servicios de médicos.

28. MEDICO PARTICIPANTE: Un doctor en medicina legalmente autorizado para practicar medicina y cirugía en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y que tiene un contrato vigente con el asegurador.

29. MEDICO PARTICIPANTE DE APOYO: Doctor en medicina legalmente autorizado a ejercer en Puerto Rico necesario para proveer servicios complementarios y de apoyo a los Médicos Primarios Seleccionados. Para obtener beneficios de estos proveedores, el beneficiario deberá ser referido por el Médico Primario Seleccionado.

30. MEDICO PRIMARIO: Profesional que evalúa y ofrece el tratamiento inicial a los beneficiarios. Este será responsable de determinar los servicios que necesita el beneficiario, referir y proveer acceso a los beneficiarios a dichos servicios especializados. Se considerarán médicos primarios ("Primary Physician") aquellos profesionales considerados como tales en la jurisdicción estatal y la federal.

31. MEDICO PRIMARIO SELECCIONADO (GATEKEEPER): Médico primario seleccionado por el beneficiario a través del cual se obtendrá acceso al sistema de prestación de servicios de cuidado de salud. Este proveedor será responsable de determinar los servicios requeridos por el beneficiario, la contínua evaluación de dichos servicios y de referir al beneficiario a otros niveles de cuidado.

32. PAGO PER CAPITA (CAPITATION): Aquella parte de la prima pagada al Asegurador que se transfiere a la Organización de Cuidado de Salud en pago de todos los beneficios provistos bajo las cubiertas básica y especial a los

beneficiarios que escogieron dicha Organización de Cuidado de Salud.

33. PRE-AUTORIZACION: Un permiso escrito del asegurador al beneficiario concediendo la autorización para obtener un beneficio. El beneficiario será responsable de obtener dicha pre-autorización del asegurador para obtener los beneficios que requiere la misma. El no obtener la pre-autorización cuando sea requerida impide la obtención del beneficio.

34. PRIMA: Remuneración que se le otorga a un asegurador por asumir un riesgo mediante un contrato de seguro.

35. PROVEEDOR PARTICIPANTE: Todos los proveedores de servicios de cuidado de salud contratados por los aseguradores para proveer servicios de cuidado de salud a los beneficiarios representados por la Administración.

36. PROVEEDOR NO-PARTICIPANTE: Todos los proveedores con quien el asegurador no tiene vigente un contrato para proveer servicios a los beneficiarios.

37. PROVEEDOR: Persona natural o facilidad autorizada bajo las leyes del Gobierno de Puerto Rico a ofrecer servicios de cuidado de salud.

38. PROVEEDORES PARTICIPANTES DE APOYO: Proveedores de servicios de cuidado de salud que son necesarios para proveer servicios complementarios y de apoyo a los Médicos Primarios Seleccionados. Para obtener beneficios de estos proveedores, el beneficiario deberá ser referido por el Médico Primario Seleccionado.

39. SECRETARIO: Secretario del Departamento de Salud.

40. SEGUNDA OPINION MEDICA: Una consulta con un profesional médico de la misma especilidad a requerimiento del beneficiario, de la Organización de Cuidado de Salud o del proveedor participante para auscultar la necesidad de una recomendación previa, de tratamiento médico o intervención quirúrgica.

41. SUSCRIPTOR: El beneficiario cubierto en un plan individual y el beneficiario principal quien provee

elegibilidad a los dependientes para ser cubiertos en el plan familiar.

Artículo IV ELEGIBILIDAD

Las siguientes personas serán beneficiarios de los seguros de salud a tenor con la Ley Número 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada:

1. Las personas o familias que hayan sido certificadas, total o parcialmente, como médico-indigentes por el Programa de Asistencia Médica del Departamento de Salud.

2. Los miembros de la Policía de Puerto Rico, sus cónyuges e hijos, conforme a lo dispuesto en la Ley Número 26 de 22 de agosto de 1974, según enmendada. El Secretario de Hacienda trasferirá a la Administración el monto de la aportación patronal que se consigna en el Presupuesto General de Gastos para la cubierta de beneficios médico-hospitalarios al amparo de la Ley Número 95 de 29 junio de 1963, según enmendada. Los beneficiarios que opten por utilizar la aportación patronal para adquirir otro

plan médico en el mercado, no participarán del plan de salud establecido por la Administración.

3. Los veteranos, sus cónyuges e hijos, certificados por el Programa Federal de Asistencia Médica, conforme a los dispuesto en la Ley Número 13 de 2 de octubre de 1980, según enmendada.

4. Todos los beneficiarios que por disposición legislativa futura puedan beneficiarse de las actividades de la Administración y se les cobije bajo las diposiciones de la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada, que crea la Administración.

Artículo V ALIANZAS DE BENEFICIARIOS

La Administración promoverá la creación de alianzas de beneficiarios tanto del sector público como del privado. La Administración negociará con aseguradores contratos de seguros de salud en representación de las alianzas de beneficiarios que así lo soliciten. Los contratos de seguros que la Administración negocie con aseguradores se regirán por las disposiciones establecidas en este reglamento.

Artículo VI PLAN DE SEGUROS DE SALUD

1. La Administración gestionará planes de seguros de salud para las áreas geográficas que reúnan las condiciones necesarias para desarrollar modelos pilotos de seguros de salud, según lo determine el Departamento de Salud y para aquellas alianzas de beneficiarios que así lo soliciten.

2. El Departamento de Salud identificará y certificará a la Administración las personas elegibles a los servicios conforme a su nivel de ingreso y su elegibilidad para recibir beneficios de salud estatales y federales.

3. La Administración evaluará los modelos pilotos para determinar su continuidad y la necesidad de modificarlos para cumplir con los objetivos de la Ley Número 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada.

4. La Administración contratará planes de seguros de salud para los beneficiarios elegibles según se describen en el Artículo IV.

5. La Administración contratará los planes de seguros de salud con uno (1) o más aseguradores autorizados a hacer negocios de seguros de salud por el Comisionado de Seguros de Puerto Rico o por disposición de leyes especiales aprobadas para estos propósitos.

6. LIBRE SELECCION: La Administración le garantizará el derecho de libre selección del plan de seguro de salud, de la Organización de Cuidado de Salud y del médico primario a sus asegurados. A más tardar, el 1 de febrero de 1999, los suscriptores deberán tener al menos dos (2) aseguradores, para escoger, dentro la región de salud correspondiente a su domicilio.

7. MEDICO PRIMARIO: Los médicos primarios serán responsables del cuidado ambulatorio del beneficiario cuando éste lo solicite. Estos deberán asegurar la continuidad de servicios y serán los responsables de referir a los beneficiarios a los médicos especialistas y sub-especialistas cuando se requiera, así como a otros proveedores de servicios especializados.

8. MODELOS DE PRESTACION DE SERVICIOS: Los modelos de prestación de servicios que desarrolle la Administración tendrán los siguientes elementos en común:

a) El cuidado primario será responsabilidad de los médicos primarios seleccionados por el beneficiario. Los siguientes serán considerados médicos primarios:

1. Médicos Generalistas
2. Médicos Internistas
3. Médicos de Familia
4. Pediatras
5. Ginecólogos-Obstetras

Los siguientes proveedores serán considerados proveedores primarios de apoyo:

1. Dentistas
2. Optómetras
3. Laboratorios Clínicos
4. Facilidades de Radiología
5. Farmacias
6. Profesionales Aliados a la Salud

7. Hospitales

8. Otros proveedores que de acuerdo a las necesidades de salud de algún área específica sea necesario tener disponible al nivel primario.

Los siguientes serán considerados médicos primarios de apoyo:

1. Psiquiatras

2. Oftalmólogos

3. Radiólogos

4. Otros médicos que de acuerdo a las necesidades de salud de algún área específica sea necesario tener disponible al nivel primario.

b) Los servicios de sala de emergencia y de transporte en ambulancia serán considerados como de alta prioridad. Los mismos deberán estar disponibles para todos los beneficiarios veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días a la semana, en todo Puerto Rico. Los proveedores deberán suministrar inmediatamente los servicios de cuidado de salud en situaciones de emergencia cuando sean solicitados

por los beneficiarios, no importa donde se encuentren.

c) La Administración sólo podrá contratar 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.

d) Deberán contener estrictas medidas de control de calidad y utilización de los servicios, que incluirán, pero sin limitarse a:

1. Un procedimiento adecuado para la acreditación de sus proveedores.
2. Un programa que garantice la calidad y adecuacidad de las facilidades físicas donde serán provistos los servicios a través de la inspección periódica de las mismas.
3. Un programa que evalúe la calidad de los servicios prestados por los proveedores.

4. Un programa de revisión concurrente de las hospitalizaciones.

5. Un programa de revisión de los servicios ambulatorios provistos.

6. Un programa de revisión retrospectiva de los servicios pagados.

7. Un programa de pre-autorización de admisiones a los hospitales.

8. Un programa de segunda opinión quirúrgica voluntario.

9. Otros programas que el asegurador o la administración entiendan necesarios para un modelo de prestación de servicios específico.

e) Todos los modelos de prestación de servicios estarán reforzados por programas de prevención de enfermedades y educación en salud, con énfasis especial en estilos de vida, SIDA, drogadicción y cuidado de la madre y el niño, entre otros. Los programas de promoción de salud masivos serán responsabilidad del Departamento de Salud.

f) Los aseguradores deberán incluir como proveedores participantes en los modelos de prestación de servicios que ofrezcan, todas las facilidades del Estado cuya administración haya sido contratada con administradores privados en la región incluida en la Reforma de Salud. Además contratarán con todos aquellos proveedores privados disponibles.

g) La prestación de los servicios se hará siguiendo el sistema de regionalización del Departamento de Salud, estableciendo progresivamente una red de proveedores participantes en toda la Isla, de manera que se asegure la disponibilidad del servicio en el lugar más cercano al beneficiario.

h) El asegurador deberá proveer en cada región todos los servicios primarios, secundarios y terciarios según definidos por el Departamento de Salud.

i) Los gobiernos municipales que hayan optado por operar o continuar operando facilidades para la prestación de servicios de cuidado de salud,

estarán sujetos a la contratación con aquellos aseguradores de planes de seguros de salud que hayan contratado con la Administración como proveedores participantes.

j) Los municipios donde operen o puedan operar en el futuro Centros de Salud Comunitarios podrán continuar ofreciendo sus servicios y podrán además contratar con los aseguradores correspondientes los servicios adicionales.

k) Los modelos de prestación de servicios a ser ofrecidos por los aseguradores se conceptúa como uno de cuidado dirigido ("managed care"). Las distintas modalidades que se pueden presentar dentro de este concepto competen a cada uno de los aseguradores siempre y cuando cumplan con el propósito de la Ley Núm. 72 y se coticen a base de una prima a ser pagada por la Administración a la aseguradora.

9. CUBIERTA DE BENEFICIOS: Los planes de seguros de salud tendrán una cubierta amplia con un mínimo de exclusiones. No habrá exclusiones por condiciones pre-existentes al momento de otorgar la cubierta al beneficiario. La Administración revisará la cubierta de beneficios periódicamente. Los planes de seguros de salud a ser contratados por la Administración deberán por lo menos incluir los siguientes beneficios:

A. <u>Servicios Preventivos</u>

1. Una (1) evaluación comprensiva de salud anual por un profesional de la salud acreditado que incluya; examen de los ojos, examen auditivo, evaluación y cernimiento nutricional, laboratorios y todos aquellos exámenes y pruebas diagnósticas y vacunas de acuerdo a la edad, sexo y condición de salud del beneficiario.

2. Cernimiento para cáncer ginecológico y de la próstata de acuerdo con las prácticas médicas aceptadas, incluyendo pruebas de Papanicolau,

las mamografías y la prueba de PSA cuando sean médicamente necesarias y de acuerdo a la edad del beneficiario.

3. Sigmoideoscopía para la detección del cáncer del colon para adultos de cincuenta (50) años en adelante clasificados en grupos de riesgo de acuerdo con las prácticas médicas aceptadas.

4. Cuidado del niño sano durante los primeros dos (2) años de vida del niño.

5. Vacunas para niños hasta la edad de dieciocho (18) años y aquellas necesarias conforme a la edad y sexo del beneficiario incluyendo, pero sin que constituya una limitación, vacunas tales como las de influenza y pulmonía para beneficiarios mayores de sesenta y cinco (65) años y/o otras vacunas para niños y adultos con condiciones de alto riesgo tales como

afecciones pulmonares, renales, diabetes y enfermedades del corazón, entre otras.

6. Educación y consejería en salud física, mental, oral y nutrición.

7. Consejería en planificación familiar.

8. Exámenes físicos de rutina para obtención de certificados médicos por un costo mínimo al beneficiario, a ser determinado por la Administración.

B. <u>Servicios de Hospitalización</u>

1. Cama en habitación semi-privada disponible veinticuatro (24) horas al día, todos los días del año.
2. Cuarto de aislamiento por razones médicas.
3. Comidas, incluyendo servicios especializados de nutrición.
4. Servicios regulares de enfermería.

5. Uso de cuartos especializados, tales como, de operaciones, quirúrgicos, recuperación, tratamiento y maternidad, sin limitaciones.

6. Drogas, medicinas y agentes de contraste, sin limitaciones.

7. Materiales, tales como, vendajes, gasas, yeso y cualquier otro material terapéutico o de curación.

8. Servicios de cuidado terapéutico y de mantenimiento, incluyendo el uso de los aparatos necesarios para ofrecer el servicio.

9. Exámenes y pruebas de diagnóstico, incluyendo laboratorios clínicos, patológicos y de rayos x.

10. Pruebas de diagnóstico especializadas, tales como, electrocardiogramas, electroencefalogramas, gases arteriales y otras pruebas especializadas necesarias que estén disponibles en el hospital y que sean necesarias realizarse durante la hospitalización del beneficiario.

11. Suministro de oxígeno, anestésicos y otros gases, incluyendo su administración.

12. Terapia respiratoria, sin limitaciones.

13. Servicios de rehabilitación mientras el paciente está hospitalizado, incluyendo terapia física, ocupacional y del habla.

14. Uso de facilidades de cirugía ambulatoria.

15. Sangre, plasma y sus derivados, sin limitaciones.

C. <u>Servicios Médico-Quirúrgicos</u>

1. Visitas a proveedores primarios, incluyendo médicos primarios y servicios de enfermería.

2. Consultas y tratamientos con especialistas y sub-especialista, una vez han sido referidos por el médico primario seleccionado.

3. Visitas del médico al hogar cuando son médicamente necesarias.

4. Servicios de anestesia.

5. Servicios de radiología.

6. Servicios de patología.

7. Cirugías.

8. Uso de facilidades de cirugía ambulatoria.

9. Cirugía oral y maxilofacial.

10. Servicios para el diagnóstico de casos que presenten síntomas de desordenes de aprendizaje.

11. Servicios de enfermeras prácticas.

12. Esterilización voluntaria.

13. Servicios de enfermería en salud pública.

14. Prótesis.

D. <u>Servicios de Maternidad</u>

1. Servicios médicos pre-natales, durante el parto y post-parto.

2. Servicios de médicos y enfermeras obstétricas durante el parto normal, por cesárea y cualquier complicación que pueda surgir.

3. Hospitalización en casos de maternidad o por condiciones secundarias al embarazo, por recomendación médica.

4. Anestesia.

5. Uso de incubadora, sin limitaciones.

6. Servicios de monitoría fetal durante la hospitalización solamente.

7. Cuidado rutinario del recién nacido en la sala de neonatos ("nursery") del hospital.

8. Servicios de circuncisión y dilatación al recién nacido.

9. Transporte de recién nacidos a facilidades terciarias.

10. Asistencia de pediatra durante el parto por cesárea.

E. Servicios de Salud Mental .

1. Servicios de evaluación y tratamiento por profesionales de la salud mental para individuos, parejas, familias y grupos. Individuos que no sean beneficiarios, no son elegibles a recibir tratamiento aún cuando formen parte de la familia o del grupo.

2. Servicios psiquiátricos intensivos de forma ambulatoria para casos referidos por el psiquiatra que intervino en la fase de

diagnóstico y tratamiento primario, hasta un máximo de veintiuna (21) visitas por beneficiario por año.

3. Servicios de hospitalización parcial para casos referidos por el psiquiatra que intervino en la fase de diagnóstico y tratamiento primario, hasta un máximo de treinta (30) días por beneficiario por año.

4. Hospitalización para casos que presentan patología mental que no sea abuso de sustancias, cuando sean referidos por el psiquiatra que intervino en la fase de diagnóstico y tratamiento primario, hasta un máximo de treinta (30) días por beneficiario por año. Un (1) día de hospitalización será equivalente a tres (3) días de hospitalización parcial.

5. Servicios de desintoxicación, tratamiento y rehabilitación de beneficiarios por abuso de sustancias, incluyendo hospitalización y hospitalización parcial, hasta un máximo de treinta (30) días por beneficiario por año. Un (1) día de hospitalización será equivalente a tres (3) días de hospitalización parcial. Los servicios de diagnóstico, ambulatorios y de mantenimiento para beneficiarios de abuso de sustancias están cubiertos.

6. Servicios de desintoxicación para beneficiarios intoxicados de forma secundaria al abuso de sustancias, intento de suicidio y/o envenenamiento accidental están cubiertos sin limitaciones.

7. Servicios para el tratamiento del alcoholismo y de la adicción a drogas así como por enfermedades o condiciones de salud que resulten de estas condiciones.

F. Servicios de Pruebas de Diagnóstico

1. Laboratorios Clínicos.

2. Rayos X.

3. Electrocardiogramas.

4. Radioterapia.

5. Patología.

6. Pruebas de función pulmonar y gases arteriales.

7. Electroencefalogramas.

G. Servicios Ambulatorios de Rehabilitación

1. Cubierta mínima de quince (15) tratamientos de terapia física por condición por beneficiario por año cuando es indicada por un ortopeda o fisiatra.

2. Terapia Respiratoria, sin limitaciones.

3. Terapia Ocupacional.

4. Terapia del habla.

H. Servicios en Salas de Emergencia

1. Uso de sala de emergencia y sala de operaciones.

2. Atención médica.

3. Servicios rutinarios y necesarios en sala de emergencia.

4. Consultas y tratamientos por especialistas y sub-especialistas cuando sean requeridos por el médico de la sala de emergencia.

5. Anestesia.

6. Material quirúrgico.

7. Pruebas de laboratorio.

8. Rayos X.

9. Drogas, medicinas y soluciones intravenosas para uso en la sala de emergencia.

10. Sangre, plasma y sus derivados para transfusiones.

I. <u>Servicios Dentales</u>: Los servicios dentales cubiertos se identificarán utilizando los códigos CDT-1 según publicados por la American Dental Association.

1) 00110 - Un (1) examen oral inicial.

2) 00120 - Un (1) examen periódico cada seis (6) meses.

3) 00130 - Examen oral de emergencia.

4) 00210 - Una (1) serie completa de radiografías intra-orales, incluyendo mordida cada dos (2) años.

5) 00220 - Una radiografía intraoral periapical inicial.

6) 00230 - Cinco (5) radiografías intra-orales/periapicales por año.

7) 00270 - Una (1) radiografía de mordida - película sencilla.

8) 00272 - Una (1) radiografía de mordida de dos (2) películas por año.

9) 00330 - Una (1) radiografía panorámica cada dos (2) años.

10) 01110 - Una (1) limpieza de adulto cada seis (6) meses.

11) 01120 - Una (1) limpieza de niño cada seis (6) meses.

12) 01203 - Una (1) aplicación de fluoruro topical cada seis (6) meses para beneficiarios menores de 19 años.

13) 01351 - Un (1) sellante de fisura por vida, para beneficiarios menores de 14 años.

14) 02110, 02120, 02130, 02131, 02140, 02150, 02160 y 02161 - Restauraciones en amalgamas.

15) 02330, 02331, 02332 y 02335 - Restauraciones en resina.

16) 03310, 03320 y 03322 - Tratamiento de canal.

17) 07110, 07120, 07210 y 07250 - Cirugía oral.

18) 09110; 2940 - Tratamiento paliativo.

J. <u>Servicios de Medicinas Recetadas</u>

1) Medicamentos incluidos en el formulario de medicamentos y drogas de las aseguradoras seleccionadas cuando son recetados por un médico o dentista autorizado. Los medicamentos ordenados mediante prescripción médica deberán ser despachados en una farmacia participante debidamente autorizada bajo las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, libremente seleccionada por el beneficiario.

2) El máximo de despacho para condiciones agudas será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea médicamente necesario se cubrirán recetas adicionales.

3) El máximo de despacho para condiciones crónicas (medicamentos de mantenimiento) será para cubrir una terapia de treinta (30) días. Por recomendación del médico se repetirá el despacho de cada receta hasta seis (6) veces. Cuando sea médicamente necesario se cubrirán recetas adicionales.

4) El uso de genéricos y bio-equivalentes aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA), así como autorizados por la reglamentación local está permitido siempre y cuando no esté contraindicado para el beneficiario por prescripción médica.

5) La inexistencia de medicamentos genéricos y bio-equivalentes no exime el despacho del

medicamento recetado ni conlleva pago adicional alguno por parte del beneficiario. Se deberán despachar medicamentos de marca si no están disponibles los genéricos o bioequivalentes.

6) Todas las recetas deberán ser despachadas por una farmacia participante escogida por el beneficiario.

K. Servicios de Ambulancia

En casos de emergencia se cubrirán los servicios de ambulancia terrestre, aérea y marítima dentro de los territorios de Puerto Rico.

L. Otros Servicios

Los servicios para el tratamiento de condiciones que resultan de daños autoinflingidos o como resultado de la comisión de un delito por un beneficiario o por actos de negligencia crasa del mismo estarán incluídos dentro de la cubierta de beneficios.

M. Exclusiones de los Servicios Básicos

1) Servicios prestados a pacientes no elegibles.

2) Servicios que resulten de enfermedades o lesiones no cubiertas.

3) Servicios que resulten de accidentes automovilísticos cubiertos bajo la ley de La Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA).

4) Accidentes del trabajo cubiertos bajo la ley del Fondo del Seguro del Estado.

5) Servicios cubiertos por cualquier otro asegurador o entidad que tenga responsabilidad primaria ("other party liability").

6) Servicios de enfermeras especiales para comodidad del beneficiario cuando no es médicamente necesario.

7) Hospitalizaciones para servicios que puedan ser prestados en forma ambulatoria.

8) La admisión de pacientes a hospitales con fines puramente de diagnóstico.

9) Gastos por servicios y/o materiales para comodidad personal, tales como teléfono, televisión, "kit" de admisión, etc.

10) Servicios prestados por familiares cercanos del paciente (padres, hijos, hermanos, abuelos, nietos, cónyuge, etc.).

11) Transplantes de órganos o tejido(ejemplos: corazón, corazón-pulmón, riñones, hígado, páncreas, médula ósea, "peripheral stem cell rescue" (PSCR), etc.), excluyendo de igual forma las hospitalizaciones, complicaciones, medicamentos imunodepresivos relacionados con los transplantes y "high dose chemotherapy" (HDC). Los servicios de "procurement" y transportación relacionados con los transplantes y examen pre-evaluativo están excluídos.

12) Laboratorios que requieran ser procesados fuera de Puerto Rico.

13) Tratamientos con el propósito de controlar el peso (obesidad o aumento de peso) sólo por razones estéticas.

14) Medicina Deportiva, Músico Terapia y Medicina Natural.

15) Los siguientes procedimientos y servicios cuyo propósito sea devolver la habilidad de procrear:

CODIGO	DESCRIPCION
55400	Vasovasostomy, vasovasorrhaphy
55401	Bilateral vasovasostomy, vasovasorrhaphy
58750	Tubotubal anastomosis

16) Operaciones cosméticas o de embellecimiento o tratamiento sólo para corregir defectos de apariencia física. Se exluyen las hospitalizaciones, servicios médico-quirúrgicos y las complicaciones relacionadas con estos procedimientos no empece a su justificación médica.

17) Servicios, pruebas de diagnóstico o tratamientos ordenados o efectuados por podiatras, naturópatas, naturistas, iridiólogos, quiroprácticos u osteópatas.

18) Mamoplastía o recontrucción plástica del seno con el sólo propósito de embellecimiento.

19) Uso del monitor fetal en forma ambulatoria.

20) Servicios, tratamientos u hospitalizaciones que surjan de un aborto provocado, no terapéutico ni sus complicaciones. Los siguientes son considerados abortos provocados:

CODIGO	DESCRIPCION
59840	Aborto inducido - dilatación y curetaje.
59841	Aborto inducido - dilatación y expulsión.
59850	Aborto inducido - inyección intra-amniótica.
59851	Aborto inducido, inyección intra-amniótica.
59852	Aborto inducido, inyección intra-amniótica.
59855	Aborto inducido, por uno o más supositorios vaginales (eg, prostaglandin) con o sin dilatación

cervical (eg, laminaria), incluyendo la admisión al hospital y visitas, alumbramiento del feto y secundinas.

59856 Aborto inducido, por uno o más supositorios vaginales (eg, prostaglandin) con dilatación y curetaje y/o evacuación.

59857 Aborto inducido, por uno o más supositorios vaginales (eg, prostaglandin) con histerectomía (expulsión médica omitida).

21) Servicios que no son razonables ni requeridos de acuerdo a las normas acceptadas en la práctica médica o servicios que se provean en exceso de los requeridos normalmente para el diagnóstico, prevención, tratamiento de una enfermedad, lesión o disfunción del sistema orgánico o condición de embarazo.

22) Servicios de hemodiálisis y/o diálisis peritoneal. (Estarán cubiertos bajo la cubierta especial.)

23) Procedimientos nuevos y/o experimentales que no hayan sido aprobados por la Administración para inclusión en la cubierta básica del plan médico.

24) Servicios de custodia, descanso o convalecencia una vez controlada la enfermedad o en casos irreversibles terminales.

25) Cuidado en el hogar para pacientes de salud mental.

26) Gastos incurridos por pagos que un beneficiario haga a un proveedor participante sin estar obligado por el contrato con el proveedor a hacerlo.

27) Servicios ordenados y/o prestados por proveedores no participantes, excepto en casos de real y comprobada emergencia o mediante previa autorización de la Organización de Cuidado de Salud o la aseguradora.

28) Cirugía neurológica y cardiovascular y servicios relacionados. (Está cubierto bajo la cubierta especial)

29) Servicios recibidos fuera de los límites territoriales de Puerto Rico.

30) Gastos incurridos para el tratamiento de condiciones resultantes de procedimientos o beneficios excluídos del plan así como sus complicaciones.

31) Gastos de viaje, aún si son ordenados por el médico primario o proveedor participante.

32) Espejuelos, lentes de contacto y aparatos auditivos.

33) Servicios de Acupuntura.

34) La compra o alquiler de sillas de rueda o cualquier otro modo de transportación para impedido, de motor o eléctrico, así como cualquier gasto para la reparación o alteración de los mismos.

35) Procedimientos con el propósito de cambio del sexo del beneficiario, excluyendo las hospitalizaciones y complicaciones relacionadas, como los siguientes:

CODIGO	DESCRIPCION
55970	Cirugía; hombre a mujer

55980 Cirugía; mujer a hombre

36) Servicios para el tratamiento de la infertilidad y/o relacionadas con la concepción por medios artificiales (ejemplos: inseminación artificial, fertilización in-vitro y GIFT), excluyendo además los servicios de hospital, servicios médico-quirúrgicos y las complicaciones que surjan.

N. Beneficios Especiales

1. Servicios de cuidado intensivo y coronaria, sin limitaciones.

2. Procedimientos cardiovasculares, neurocirugía, marcapasos, válvulas y otros instrumentos, aparatos o dispositivos artificiales para el corazón. Requiere pre-autorización del asegurador.

3. Tratamientos de diálisis peritoneal, hemodiálisis y servicios relacionados hasta

que obtenga cubierta de Medicare. Requiere pre-autorización del asegurador.

4. Laboratorios clínicos y patológicos que requieran ser enviados fuera de Puerto Rico para ser procesados.

5. Máximo de sesenta (60) días adicionales de hospitalización para casos que presentan condiciones crónicas de salud mental por beneficiario por año.

6. Servicios de unidad de intensivo neonatal sin limitaciones.

7. Treinta (30) días adicionales de hospitalización por vida para beneficiarios con condiciones de abuso de sustancias que hayan sido referidos por el psiquiatra que intervino en la fase de diagnóstico y tratamiento primario, luego de ser pre-autorizados por el asegurador.

8. Tratamientos de radioterapia, cobalto, quimioterapia y radioisótopos.

9. Los siguientes procedimientos y pruebas de diagnóstico, cuando sean médicamente necesarias. Cubierta mínima de una (1) por año, sujetas a pre-autorización del asegurador. Se cubrirán procedimientos y pruebas adicionales cuando sean médicamente necesarias.

   a) Tomografias Computadorizadas
   b) Pruebas de Resonancia Magnética
   c) Cateterizaciones cardíacas
   d) Pruebas de Holter
   e) Pruebas de Doppler
   f) Pruebas de esfuerzo físico (stress tests)
   g) Litotripcia
   h) Electromiografía
   i) Pruebas de SPECT
   j) Pruebas OPG (Plestimografía Ocular)
   k) "Impedance Plesthymography"

l) Otras pruebas y procedimientos cardiovasculares invasivos y no-invasivos, neurológicos y cerebrovasculares.

m) Pruebas nucleares.

n) Endoscopias diagnósticas.

o) Estudios genéticos.

10. Servicios para el tratamiento de las siguientes condiciones luego de haberse establecido el diagnóstico:

a) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

1. por servicios ambulatorios con un costo máximo de $25,000.00 por beneficiario por año, y

2. por servicios de hospitalización con un costo máximo de $25,000.00 por beneficiario por año.

b) Tuberculosis

c) Lepra

Los medicamentos requeridos para el tratamiento ambulatorio de la Tuberculosis y Lepra, cubierto bajo la cubierta especial, están incluídos. Los medicamentos requeridos para el tratamiento ambulatorio o de hospitalización de los beneficiarios diagnosticados con SIDA están cubiertos bajo la cubierta especial sujeto al costo máximo establecido para su cubierta.

O. La Administración revisará periódicamente la cubierta de beneficios y los requisitos del plan del seguro de salud conforme a las necesidades de la Administración y para beneficio de la población cubierta por el seguro.

10. DEDUCIBLES Y CO-ASEGUROS

a) La Administración establecerá los deducibles y co-aseguros conforme al nivel de ingresos y la capacidad de pago del beneficiario. Estos deducibles y co-aseguros serán revisados periódicamente por la Administración para implantar los ajustes necesarios. La Administración

desarrollará el mecanismo para el recobro de los co-aseguros de los beneficiarios.

b) La Administración será responsable de contratar con los aseguradores que ningún proveedor podrá cobrar a los beneficiarios una cantidad que exceda la acordada como deducible y/o co-aseguros por la Administración.

c) Para el período de cubierta que comienza el 1ero. de febrero de 1994, los beneficiarios bajo un 50% del nivel de médico-indigencia no pagarán deducibles.

d) Comenzado el 1ero. de febrero de 1994, se han establecido deducibles para tres (3) niveles de médico-indigencia. El primer nivel de 51% a 100%, el segundo de 101% a 130% y el tercero de 131% a 200%. Véase a continuación los deducibles aplicables.

DEDUCIBLES APLICABLES

	51% - 100%	100% to 130%	131% to 200%
Hospitalización:			
Por admisión	$ 3.00	$ 5.00	$ 15.00
Por admisión (mental)	$ 3.00	$ 5.00	$ 15.00
Nursery	$ 0.00	$ 0.00	$ 0.00
Visitas ambulatorias a:			
Médicos primarios	$ 1.00	$ 2.00	$ 2.00
Especialistas	$ 1.00	$ 2.00	$ 3.00
Sub-Especialistas	$ 1.00	$ 2.00	$ 4.00
Servicios pre-natales	$ 0.00	$ 0.00	$ 0.00
Laboratorios Clínicos	$ 0.50	$ 1.00	$ 2.00
Rayos X	$ 0.50	$ 1.00	$ 2.00
Terapia Física	$ 1.00	$ 1.00	$ 2.00
Terapia Respiratoria	$ 1.00	$ 1.00	$ 1.00
Pruebas de Diagnostico Especiales	$ 1.00	$ 1.00	$ 5.00
Servicios en Salas de Emergencia	$ 1.00	$ 2.00	$ 5.00
Vacunas	$ 0.00	$ 0.00	$ 0.00
Cuidado del Niño Sano	$ 0.00	$ 0.00	$ 0.00
Servicios Dentales:			
Preventivos (niños)	$ 0.00	$ 0.00	$ 0.00
Preventivos (adultos)	$ 1.00	$ 2.00	$ 3.00

Restaurativos	$ 1.00	$ 2.00	$ 3.00
Medicamentos (por medicina recetada)	$ 0.50	$ 1.00	$ 3.00

Los medicamentos recetados a niños menores de dos (2) años de edad no pagan el deducible.

e) Los aseguradores que contraten con la Administración para proveer planes de seguro 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 tuviese el plan de seguros que autorice la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada. Para propósitos de estructurar y fijar el costo o prima, los aseguradores considerarán al grupo de beneficiarios de estos planes de seguros de salud, como una unidad independiente de sus otros grupos de asegurados y mantendrán un sistema de contabilidad separada para ellos.

Artículo VII **CONTRATO DE SEGURO**

1. SOLICITUDES DE PROPUESTAS: La Administración preparará las Solicitudes de Propuesta para que el mercado de aseguradores y otras organizaciones autorizadas por ley para contratar planes de seguros de salud, compitan por los contratos que se otorgaran para proveer los planes de seguros de salud en las diferentes áreas y regiones de salud, como parte de la reforma de los servicios de salud de Puerto Rico.

2. CONTENIDO DE LAS SOLICITUDES DE PROPUESTAS: Las solicitudes de propuestas contendrán la siguientes información:

   a) Instrucciones a los licitadores.

   b) Procedimientos y normas para la presentación de la propuesta y adjudicación de la propuesta.

   c) Especificaciones

      1. Definiciones

      2. Términos y condiciones

         - Sistema de prestación de servicios
         - Programa de Beneficios
         - Elegibilidad

- Servicios administrativos
- Informes

d) Datos de experiencia y utilización

e) Datos demográficos de la población a cubrirse

f) Formularios de cotización

3. EVALUACION DE LAS PROPUESTAS

a) Se entenderá que las propuestas estarán bajo evaluación o consideración inmediatamente después de ser recibidas por la Administración dentro de la fecha límite establecida y hasta que se notifique la adjudicación oficial de la propuesta seleccionada.

b) Mientras las propuestas se estén evaluando, los licitadores, sus representantes y otras partes interesadas, deben abstenerse de comunicarse en forma alguna con cualquier empleado, oficial o agente de la Administración para asuntos relacionados con dichas propuestas. La Administración, de ser necesario, solicitará y

obtendrá clarificaciones de las propuestas de alguno o de todos los licitadores.

c) Todas las propuestas serán evaluadas tomando en consideración elementos niveladores aplicables, factores no necesariamente mencionados o incluidos en la Solicitud de Propuestas u otros elementos o factores adicionales al precio cotizado y que, a juicio de la Administración, afectan el servicio deseado y/o el costo final.

d) Al comparar las propuestas, la Administración, además del precio, considerará factores como el cumplimiento con las especificaciones, calidad relativa y adaptabilidad de los servicios ofrecidos, la responsabilidad y capacidad financiera del licitador, destrezas, experiencia, historial de integridad en las negociaciones, habilidad para proveer servicios de manejo de riesgos, el historial de servicio, incluyendo facilidades físicas y técnicas y capital para el financiamiento interino del servicio, de manera que

las reclamaciones puedan ser pagadas en el tiempo especificado.

e) Los siguientes elementos técnicos serán también minuciosamente evaluados:

1. Capacidad, eficiencia y adecuacidad del sistema utilizado para registrar encuentros y procesar reclamaciones.

2. El monto relativo de las tarifas negociadas con los proveedores de servicios.

3. La capacidad, eficiencia y adecuacidad del sistema computadorizado del licitador.

4. Disponibilidad y eficiencia de los programas de contención de costos, incluyendo la revisión de utilización y los programas de garantía de calidad.

5. Condición y capacidad financiera del asegurador proponente.

6. Garantía de contratación como proveedor participante de todas las facilidades al Estado contratadas con el sector privado en las áreas o regiones donde se implante el seguro de salud.

7. Experiencia en la administración del modelo de prestación de servicios solicitado.

8. Capacidad, ámbito de la cubierta y calidad de la red de proveedores del cuidado dirigido.

9. Extensión de los servicios ofrecidos por la red de proveedores de cuidado dirigido.

10. Eficiencia del programa de coordinación de beneficios con terceros del licitador.

11. Cualquier otro criterio que a juicio de la Administración sea necesario evaluar.

4. ADJUDICACIÓN Y RECHAZO DE LA PROPUESTA

a) La propuesta será adjudicada al licitador que cumpla con las especificaciones contenidas en la Solicitud de Propuesta y que resulte el postor evaluado más bajo.

b) La Administración se reserva el derecho de rechazar alguna o todas las propuestas, obviar cualquier desviación menor en las propuestas recibidas y, a menos que esté especificado de otra forma, podrá aceptar o rechazar por renglones la propuesta y dividir la adjudicación entre varios licitadores, cuando sea para los mejores intereses de la Administración.

c) Las propuestas que no tengan suficiente información para identificar y calificar apropiadamente los servicios ofrecidos podrán ser rechazadas.

d) La adjudicación de la propuesta se notificará por escrito a todos los licitadores.

e) La Administración suscribirá un contrato con el licitador o licitadores a quienes se le adjudique la propuesta. Se enviarán al Asegurador (es) dos copias del contrato para que las firme y devuelva a la Administración. Cuando la Administración formalice el contrato se le entregará una copia firmada al Asegurador (es).

f) El contrato no podrá ser cedido o hipotecado sin el previo consentimiento por escrito de la Administración.

g) La Administración no aceptará cambios en términos y condiciones cotizados, acordados y aceptados al emitir el contrato, ni ninguna cláusula que sea contraria a las Leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

5. ELEMENTOS ESENCIALES DEL CONTRATO DE SEGURO: Los contratos de seguro que suscriba la Administración deberán contener las siguientes cláusulas y/o condiciones:

a) Una garantía del pago por la atención que reciban los beneficiarios, aunque la misma haya sido prestada fuera del area de salud donde los beneficiarios residan, por razón de servicios de emergencia y/o necesidad imperiosa. Los servicios en casos de emergencia y/o necesidad imperiosa deberán ser provistos de inmediato y deberán estar disponibles veinticuatro (24) horas al día siete (7) días a la semana. El servicio de ambulancia deberá ser adecuado y será considerado parte de los servicios de emergencia.

b) La Administración aplicará un Programa de Evaluación de Cumplimiento a los aseguradores que garantice todos los aspectos que afecten, directa o indirectamente, la accesibilidad, calidad, control de costos y de utilización de los servicios, así

j) Un procedimiento de resolución de querellas, según dispuesto en este reglamento.

k) Requerir a los aseguradores que implanten y mantengan programas de revisión de utilización y garantía de calidad que garanticen la mejor utilización de los servicios de cuidado de salud y una óptima calidad de los mismos. La Administración mantendrá por medio del contrato el derecho de requerir a los aseguradores programas específicos y/o programas adicionales de revisión de utilización y/o garantía de calidad.

l) Obtener de los aseguradores autorización para que la Administración, el Gobierno Federal, el Gobierno Puerto Rico, el Contralor de Puerto Rico, los "Peer Review Organizations" (PRO) y sus agentes autorizados a auditar, requerir, inspeccionar y copiar los récords y documentos necesarios para evaluar la calidad, adecuacidad, prontitud (timeliness), costo de los servicios provistos a los beneficiarios, que los gastos administrativos

3) Que ningún proveedor participante o su agente podrá inquirir en forma alguna sobre la procedencia de la cubierta de seguros de salud, para determinar si una persona es beneficiaria del seguro de salud que se crea en virtud de la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993.

En caso de violación a cualquiera de estas disposiciones constituirá delito menos grave, castigable con multa de cinco mil dólares ($5,000.00) por cada ofensa, o reclusión por un término de treinta (30) días calendario, sin derecho a sentencia suspendida.

f) Establecer que el asegurador contratará como proveedor participante con todas las facilidades del Estado contratadas con el sector privado en la región donde se esté instalando el proyecto de Reforma de Salud, de acuerdo con la legislación vigente.

g) Establecer que el asegurador tendrá la responsabilidad de responder a la Administración por los servicios y actividades objeto de este contrato. La responsabilidad del asegurador con la Administración, no terminará por virtud de contratos del asegurador con sus proveedores y facilidades y continuará con dicha responsabilidad aún en el evento de insolvencia de cualquiera de sus proveedores.

h) Establecer que el asegurador entregará a cada beneficiario una tarjeta de identificación que cumpla con los requisitos establecidos en este reglamento.

i) Establecer que el asegurador es responsable de preparar y distribuir a los beneficiarios folletos informativos con los beneficios y la orientación necesaria al beneficiario, según lo establecido en este reglamento.

sean razonables y que los servicios fueran en efecto provistos. Además, se requerirá a los aseguradores que mantengan un sistema de archivo separado del resto de su negocio para los datos y récords médicos de los beneficiarios de la Administración.

m) Requerir de los aseguradores los datos e informes estipulados en este reglamento.

Artículo VIII EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE SEGURO

1. La Administración llevará a cabo evaluaciones anuales de los aseguradores contratados. Dichas evaluaciones medirán el cumplimiento de las aseguradoras con el contrato de seguros, incluyendo, sin limitarse a, los aspectos de calidad, adecuacidad, prontitud (timeliness) y razonabilidad del costo de los servicios y los gastos administrativos.

2. El programa evaluará el cumplimiento por parte del asegurador en las siguientes áreas:

a) eligibildad y suscripción

b) servicio a beneficiarios y proveedores

c) cubierta de beneficios

d) informes

e) requisitos financieros

f) reglamentos

g) iniciativas del plan

h) calidad, adecuacidad, prontitud (timeliness) y costo de los servicios

i) utilización

j) fraude y abuso

k) accesibilidad

l) manejo de querellas

m) sistemas de información

n) otras áreas que la Administración entienda sean necesarias para medir el cumplimiento del contrato.

Artículo IX TARJETAS DE IDENTIFICACION

1. Los aseguradores emitirán tarjetas de identificación de un material de plástico duradero que sirva de identificación para que los beneficiarios puedan recibir los beneficios cubiertos de los proveedores.

2. La tarjeta de identificación será similar a aquellas emitidas por el asegurador al resto de sus suscriptores y no incluirá información que pueda identificar al beneficiario como médico-indigente.

3. Los aseguradores serán responsables por la distribución de las tarjetas de identificación. El proceso de suscripción culminará con la entrega de las tarjetas de identificación a los beneficiarios y en ese momento se constituyen elegibles para recibir servicios de cuidado de salud.

4. Las tarjetas de identificación a ser emitidas por los aseguradores contendrán la siguiente información como mínimo:

   a) Nombre del beneficiario

como la protección de los derechos de los beneficiarios y proveedores.

c) La garantía de la actuación del asegurador como pagador secundario del seguro médico contratado por la Administración, en caso de que la persona elegible a recibir servicios tenga otro seguro médico.

d) Establecer que la aseguradora mantendrá suficientes proveedores para satisfacer la demanda de servicios de cuidado de salud que generen los beneficiarios.

e) Establecer las siguientes disposiciones contra el discrimen:

1) El asegurador no podrá emitir tarjetas de identificación diferentes a las que provee a otros asegurados bajo planes de cubiertas diferentes.

2) Que ningún proveedor participante o sus agentes podrán negar, racionar o dilatar los

servicios de cuidado de salud a los beneficiarios bajo la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada, excepto en el caso de cualquier actuación voluntaria del beneficiario que perjudique, dificulte, prolongue, impida el servicio; o que le agrave o le exponga a agravar su condición; o que incurra en conducta desordenada o tumultuosa que altere o pueda alterar la paz en la facilidad de salud o poner en peligro a las personas allí presentes; o que realice actos de manifiesta inmoralidad que haga indeseable la permanencia del beneficiario en dicha facilidad; o que esté en estado de intoxicación voluntaria manifiesta; o cuando el servicio solicitado sea una contraindicación a su tratamiento o contribuya en forma alguna a prolongarlo; o que esté acompañado por personas que con su comportamiento violan las normas de disciplina de la facilidad o produzcan evidente molestia o peligro a las personas allí presentes.

b) Número de grupo con el asegurador

c) Número de seguro social del suscriptor

d) Relación del beneficiario con el suscriptor (si aplica)

e) Nombre y número de proveedor de la Organización de Cuidado de Salud seleccionada

f) Fecha de emisión de la tarjeta de identificación

5. En caso de pérdida o mutilación de la tarjeta de identificación el suscriptor deberá pagar un dólar ($1.00) para que el asegurador le prepare un duplicado.

6. En caso de que el suscriptor cambie de Organización de Cuidado de Salud seleccionada, el asegurador emitirá una nueva tarjeta de identificación libre de costo al suscriptor.

7. Las tarjetas de identificación serán consideradas propiedad del asegurador y las mismas serán devueltas al asegurador una vez concluida la elegibilidad del beneficiario o cuando éste cambia de Organización de Cuidado de Salud.

8. Los aseguradores serán responsables de notificar a los beneficiarios que las tarjetas de identificación emitidas son para identificar al beneficiario a quien le ha sido emitida y prestar, transferir o prestar su consentimiento al uso de la misma por cualquier otra persona, constituye un acto fraudulento.

9. La forma y contenido de las tarjetas de identificación están sujeta a la aprobación de la Administración.

Artículo X ORIENTACION A LOS BENEFICIARIOS

1. Los aseguradores serán responsables de la preparación, publicación y distribución de folletos informativos, a su propio costo, en español, que contenga una descripción del plan y los beneficios incluidos en el mismo. Estos folletos serán distribuidos a cada suscriptor junto con las tarjetas de identificación.

2. Los aseguradores serán responsables de la preparación y diseminación, a su propio costo, de un programa de orientación a 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 deberá incluir 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) Listado 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

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.

Artículo XI DERECHOS DE LOS BENEFICIARIOS

Los beneficiarios tendrán 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 necesaria 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 querella ante el asegurador 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 ante la Administración.

Artículo XII OBLIGACIONES DE LOS BENEFICIARIOS

Los beneficiarios se obligan a:

1. Mantener la información de elegibilidad bajo el Programa de Asistencia Médica del Departamento de Salud al día.
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 los problemas que pueda confrontar en recibir los beneficios cubiertos.
5. Apelar cualquier determinación final del asegurador ante la Administración.

Artículo XIII DERECHOS DE LOS PROVEEDORES

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.

Artículo XIV OBLIGACIONES DE LOS PROVEEDORES

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 independientemente de que haya sido consumido el "capitation" o por cualquier otra razón.
3. No discriminar contra los beneficiarios de sus demás pacientes, por ningún concepto.
4. Notificar al asegurador 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.

Artículo XV FINANCIAMIENTO

1. El plan de seguros de salud será financiado con fondos provenientes de:

   a) Asignación especial de dieciocho millones de dólares ($18,000,000.00) de fondos no comprometidos

del Tesoro Estatal asignado a la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico por virtud de la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada para el año fiscal 1993-94.

b) Para años subsiguientes, se consignará en el presupuesto de gastos de la Administración una asignación especial auto-renovable de acuerdo a las necesidades del plan de seguros de salud de la Administración.

c) Los fondos provenientes de las economías que genere el Departamento de Salud en la implantación de la Ley Núm. 103 de 12 de junio de 1985, según enmendada.

d) Para gastos de funcionamiento durante el año fiscal 1993-94 se han asignado un millón de dólares ($1,000,000.00) a la Administración de fondos no comprometidos del Tesoro Estatal por virtud de la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada. Para años subsiguientes, los gastos de

funcionamiento serán consignados en la Resolución Conjunta del Presupuesto General de Gastos del Gobierno de Puerto Rico y no excederán la cantidad equivalente al quince porciento (15%) del costo de financiamiento de los planes de seguros de salud vigentes para el año fiscal en que se incurran.

e) Por la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada se asignan a la Administración 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.

f) La asignación presupuestaria de los gobiernos municipales para servicios de salud directos en áreas cubiertas por los seguros de salud de la Administración. Esta asignación será negociada con los municipios correspondientes, utilizándose como base la asignación presupuestaria del año fiscal 1993-94 en dólares constantes.

g) Ingresos propios de la Administración provenientes de aportaciones de beneficiarios, patronos y ciudadanos individuales por concepto de pago de primas.

h) Ingresos por concepto de fondos comprometidos por el Departamento de Salud para cubrir el arrendamiento de instalaciones médico-hospitalarias que se sub-arrienden.

Artículo XVI INFORMES

1. INFORMES AL GOBIERNO: 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 que incluyan lo siguiente:

a) Un resumen de la labor realizada durante el año fiscal en cumplimiento con los propósitos de la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada, 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.

2. INFORMES DE LOS ASEGURADORES A LA ADMINISTRACION: Los aseguradores suministrarán a la Administración los siguientes informes:

a) <u>INFORME DE DATOS DE ENCUENTROS Y RECLAMACIONES</u>: Mensualmente y no más tarde de treinta (30) días luego de haber terminado el mes correspondiente al informe, en medio magnético y/o electrónico, los datos de cada encuentro de los proveedores con los beneficiarios, según descritos en el formato que le someta la Administración a la aseguradora.

b) INFORME DE ELEGIBILIDAD: Semanalmente los datos de los beneficiarios que han sido incluidos y excluidos como beneficiarios del plan, en medio magnético y/o electrónico, según los campos de información descritos en el formato que le someta la Administración a la aseguradora.

c) ARCHIVO DE ELEGIBLES: Según sea requerido por la Administración, el asegurador proveerá el archivo de beneficiarios elegibles, al día, en medio magnético y/o electrónico, según los campos de información descritos en el formato que le someta la Administración a la aseguradora.

d) OTROS INFORMES: Según sea requerido por la Administración, el asegurador proveerá otros informes especiales que le sean solicitados, disponiéndose, que los datos de dichos informes se circumscribiran a aquellos identificados en la Solicitud de Propuestas y en la Propuesta del Asegurador a la Administración, en medio magnético,

electrónico y/o papel, a opción de la Administración.

e) La Administración se reserva el derecho de modificar los requerimientos de los informes a ser suministrados por el asegurador.

f) Los diagnósticos requeridos en los informes de los aseguradores estarán codificados según la publicación "International Classification Of Diseases, Ninth Edition, Clinical Modification, Fourth Edition issued by the U.S. Department of Health and Human Services" (ICD-9-CM).

g) Los procedimientos requeridos en los informes de los aseguradores estarán codificados según la publicación Current Procedural Terminology, Fourth Edition (CPT), según publicado por la American Medical Association en su última edición.

Artículo XVII PROCEDIMIENTO DE QUERELLAS

1. Los aseguradores que contraten planes de seguros de salud con la Administración serán responsables de establecer procedimientos adecuados que garanticen a los beneficiarios y proveedores la radicación, recibo y pronta adjudicación de todas las querellas y reclamaciones que se originen. Igualmente será obligación de dichos aseguradores el instituir los mecanismos adecuados de forma tal que se investigue responsable y completamente todas las querellas y reclamaciones radicadas, así como, recibir toda la prueba sometida por los querellantes, sin rechazar prueba alguna por creer que no es suficiente o adecuada a la querella o reclamación instada.

2. El procedimiento de querellas de los aseguradores contendrá garantías del debido procedimiento de ley, de forma tal, que se permita ventilar a cabalidad los distintos aspectos que se relaciona con la querella o reclamación. Es responsabilidad por igual de los querellantes el someter prueba suficiente y adecuada para establecer su reclamación. Sin embargo, los querellantes

no serán responsables de obtener información o documentos relacionados a exámenes o tratamiento médico-hospitalario que haya sido autorizado dentro de los beneficios provistos por el plan de seguros de salud contratado y cuyos documentos sean de fácil obtención por el asegurador contratado. Será responsabilidad de los proveedores contratados solicitar tal información y producir tales documentos y hacerlo formar parte del expediente de querella no pudiendo negarse ninguna reclamación por el único hecho de no haberse sometido tal prueba.

3. Conforme a las disposiciones de la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada, la disposición final que tomen los aseguradores contratados sobre las querellas y reclamaciones estará sujeta a ser apelada ante la Administración dentro del término de treinta (30) días a partir de la fecha en que se notifique por correo certificado con acuse de recibo la decisión final emitida por los aseguradores contratados. La apelación ante la Administración deberá contener la siguiente información:

a) Nombre y dirección de la parte querellante

b) Nombre y dirección de la parte querellada.

c) Nombre del beneficiario o del proveedor

d) Organización de Cuidado de Salud seleccionada o proveedor donde recibió el servicio objeto de la querella o lugar donde presta los servicios el proveedor.

e) Breve relación de la querella o reclamación.

f) Copia de la decisión final emitida por el asegurador contratado.

4. La Administración una vez reciba la apelación podrá señalar la celebración de una vista administrativa informal en donde se salvaguardarán los siguientes derechos:

(a) Derecho a notificación oportuna de los cargos o querellas o reclamos en contra de una parte.

(b) Derecho a presentar evidencia.

(c) Derecho a una adjudicación imparcial.

(d) Derecho a que la decisión esté basada en el expediente.

La vista administrativa será presidida por un oficial examinador, el cual no necesariamente tendrá que ser

abogado. Los procedimientos adjudicativos se regirán conforme la Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme, según enmendada.

5. La Administración notificará por escrito a todas las partes o sus representantes e interventores la fecha, hora y lugar en que se celebrará la vista adjudicativa. La notificación se deberá efectuar por correo o personalmente con no menos de quince (15) días de anticipación a la fecha de la vista, excepto que por causa justificada sea necesario acortar dicho período y deberá contener la siguiente información:

   a) Fecha, hora y lugar en que se celebrará la vista, así como su naturaleza y propósito.

   b) Advertencia de que las partes podrán comparecer asistidas de abogados, pero no estarán obligadas a estar así representadas, incluyendo los casos de corporaciones y sociedades.

   c) Cita de la disposición legal o reglamentaria que autoriza a la celebración de la vista.

d) Referencia a las disposiciones legales o reglamentarias presuntamente infringidas, si se imputa una infracción a las mismas, y a los hechos constitutivos de tal infracción.

e) Apercibimiento de las medidas que la agencia podrá tomar si una parte no comparece a la vista.

f) Advertencia de que la vista no podrá ser suspendida.

La vista administrativa podrá ser suspendida mediante una solicitud de suspensión presentada cinco (5) antes de la celebración de la vista o por mutuo acuerdo entre las partes. La parte peticionaria deberá enviar copia de su solicitud a las demás partes en el procedimiento dentro de los cinco días señalados.

6. El procedimiento durante la vista administrativa se llevará a cabo con relativa informalidad, será grabado o estenografiado. El oficial examinador o funcionario que presida el caso preparará un informe para la consideración del Director Ejecutivo(a) de la

Administración, o emitirá la decisión por escrito si le ha sido delegada la autoridad para ello.

El funcionario que presida la vista permitirá que todas las partes envueltas en el proceso divulgen todos los hechos y cuestiones en discusión, presentar evidencia y argumentar sobre las mismas.

7. El funcionario que presida la vista podrá conceder a las partes un término de quince (15) días después de concluir la misma para la presentación de propuestas sobre determinaciones de hechos y conclusiones de derecho. Las partes podrán voluntariamente renunciar a que se declaren las determinaciones de hecho.

8. Todo caso sometido ante la Administración deberá ser resuelto dentro de un término de seis (6) meses, desde su radicación, salvo en circunstancias excepcionales.

9. La Administración emitirá su decisión sobre los méritos de la apelación dentro del término de noventa (90) días después de concluida la vista o después de la radicación de las propuestas determinaciones de hechos y

conclusiones de derecho, a menos que este término sea renunciado o ampliado con el consentimiento escrito de todas las partes o por causa justificada.

10. La orden o resolución deberá incluir y exponer separadamente determinaciones de hecho si éstas no se han renunciado, conclusiones de derecho, que fundamentan la adjudicación, la disponibilidad del recurso de reconsideración o revisión según sea el caso. La orden o resolución deberá ser firmada por el Director(a) de la Administración o cualquier otro funcionario autorizado por ley.

11. La agencia deberá notificar a las partes la orden o resolución a la brevedad posible, por correo y deberá archivar en autos copia de la orden o resolución final y de la constancia de la notificación. Una parte no podrá ser requerida a cumplir con una orden final a menos que dicha parte haya sido notificada de la misma.

12. La parte adversamente afectada por una resolución, u orden parcial o final podrá,dentro del término de veinte (20) días desde la fecha de archivo en autos de la notificación de la resolución u orden, presentar una moción de reconsideración de la resolución u orden. La Administración dentro de los quince (15) días de haberse presentado dicha moción deberá considerarla. Si la rechazare de plano o no actuarse dentro de los quince (15) días, el término de solicitar revisión judicial comenzará a correr nuevamente desde que se notifique dicha denegatoria o desde que expiren esos quince (15) días, según sea el caso. Si se tomare alguna determinación en su consideración, el término para solicitar revisión judicial empezará a contarse desde la fecha en que se archiva en autos una copia de la notificación de la resolución de la Administración resolviendo definitivamente la moción cuya resolución deberá ser emitida y archivada en autos dentro de los noventas días siguientes a la radicación de la moción. Si la Administración dejare de tomar alguna acción con relación a la moción de reconsideración dentro de los noventa (90) días de haber sido radicada una moción

acogida para resolución, perderá jurisdicción sobre la misma y el término para solicitar la revisión judicial empezará a contarse a partir de la expiración de dicho término de noventa (90) días, salvo que el Tribunal, por justa causa, autorice a la Administración una prórroga para resolver, por un tiempo razonable.

La moción de reconsideración será jurisdiccional para poder solicitar la revisión judicial. El término para solicitar la revisión judicial será de treinta (30) días a partir de la determinación final de la Administración o conforme lo dispone este reglamento.

13. En el caso de que se celebre alguna vista administrativa, las audiencias serán conducidas de manera informal no siendo obligatoria en dichas vistas o en procedimientos ante la Administración las reglas de evidencia y de procedimientos que prevalecen en el Tribunal General de Justicia en Puerto Rico, siempre y cuando no se violen los requisitos del debido proceso de Ley. La Administración podrá solicitar a cualquier parte prueba, información o investigación adicional a aquella contenida en el expediente de querella, siempre que se notifique a

las partes y se incorpore la nueva evidencia obtenida al expediente de la querella en apelación. La Administración resolverá y emitirá la decisión en apelación a base de la totalidad del expediente así como de cualquier escrito que las partes deseen presentar.

Artículo XVIII VIGENCIA

Este reglamento entrerá en vigor luego del transcurso de treinta (30) días a partir de la fecha de radicación del mismo ante el Departamento de Estado del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Artículo XIX ENMIENDAS

Este reglamento podrá ser enmendado en cualquier momento por la Junta de Directores de la Administración sujeto al cumplimiento de las disposiciones de la Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme.

Artículo XX APROBACION

Certifico que el presente reglamento fue aprobado por la Junta de Directores de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.

En San Juan, Puerto Rico, a 12 de junio de 1995.

Laura Nieves de Van Rhyn
Secretaria, Junta de Directores