

## GOBIERNO DE PUERTO RICO

18<sup>va.</sup> Asamblea  
Legislativa

7<sup>ma.</sup> Sesión  
Ordinaria

## SENADO DE PUERTO RICO

# P. del S. 1528

28 de febrero de 2020

Presentado por el señor *Rivera Schatz*

*Referido a las Comisiones de Banca, Comercio y Cooperativismo; y de Asuntos del Consumidor y Servicios Públicos Esenciales*

### LEY

Para establecer la "Ley de protección al paciente ante las facturas médicas sorpresa", y añadir un Capítulo 48 a la Ley 194-2011, conocida como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico", a los fines de atajar las llamadas "facturas sorpresa" en la facturación de los planes de salud, establecer protecciones al consumidor, transparencia, control de costos y responsabilidad, fuera de la red de proveedores; y para otros fines relacionados.

### EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El sistema de prestación de servicios de salud en Puerto Rico necesita transformaciones que mejoren la protección al consumidor, establezcan un sistema para resolver ciertas disputas en la facturación de atención médica, atiendan aumentos en los costos y midan el logro de estos objetivos. Probablemente, el problema mayor que enfrentan los ciudadanos cuando reciben servicios de salud, es que frecuentemente reciben "facturas sorpresa", con cargos por procedimientos en salas de emergencias de hospitales o de proveedores de salud que el consumidor no tuvo opción de seleccionar.

Las llamadas "facturas sorpresa" pueden surgir de diferentes maneras. Por ejemplo, en una emergencia, un paciente puede terminar en un hospital que no está en

la red de su asegurador. Incluso, para una cirugía programada en un hospital dentro de la red, no todos los médicos (cirujanos, anesthesiólogos, por ejemplo) pueden estar en el plan de los pacientes. Cuando los proveedores de atención médica están fuera de la red del plan, los cargos por los servicios pueden solo estar parcialmente cubiertos o no estar cubiertos en lo absoluto, según el tipo de seguro y el diseño de los beneficios. En algunos casos, los servicios particulares (por ejemplo, ciertas pruebas de laboratorio) o productos (por ejemplo, ciertos medicamentos recetados), también pueden no estar cubiertos por un plan de salud.

Por tanto, las facturas por los servicios que rindieron profesionales que no están en la red del plan de salud del paciente pueden ascender a decenas de miles de dólares, afectando a los pacientes y sus familias, justo cuando están más vulnerables. A menudo, los pacientes pueden negociar cargos más bajos con sus aseguradoras y el proveedor médico. No obstante, el proceso generalmente toma meses, lo que agrega a la ansiedad y el desasosiego, y cuando no se llega a un acuerdo, las facturas se envían a las agencias de cobro.

Una encuesta realizada en el 2018, de *Kaiser Family Foundation*, halló que al 67% de las personas les preocupa no poder pagar una factura médica inesperada, por encima del temor de no poder pagar por los medicamentos recetados, las primas o deducibles de su seguro de salud o los gastos básicos como los alimentos, el alquiler, la hipoteca y el combustible. Ese número probablemente sorprende poco a cualquiera que haya abierto un sobre de un hospital o del consultorio de un médico y se haya encontrado con una factura de tres, cuatro o cinco cifras por atención médica que pensaba que su plan de salud cubriría. Más de la mitad de los adultos en Estados Unidos han recibido esas facturas, según un estudio de NORC de la Universidad de Chicago. *A Survival Guide to Surprise Medical Bills, How to spot errors, fight out-of-network charges and lessen the stress of health care debt, American Association of Retired People (AARP), www.aarp.org.*

Según la referida encuesta, el 57% de los adultos estadounidenses se han sorprendido por una factura médica que pensaron que estaría cubierta por un seguro, y el 20% indicó que sus "facturas sorpresa" fueron el resultado de que un médico no era parte de la red. Entre los encuestados que indicaron que habían sido sorprendidos por facturas médicas en el pasado, los cargos fueron con mayor frecuencia por servicios médicos (53%), seguidos de cerca por pruebas de laboratorio (51%). Otras fuentes comunes fueron los cargos de hospitales u otros centros de atención médica (43%), estudios de imágenes (35%) y medicamentos recetados (29%). Cuando se les preguntó qué grupos son los más responsables por las facturas médicas sorpresa, el 86% de los encuestados dijo que las compañías de seguros son "muy" o "algo" responsables, mientras que el 82% dijo que los hospitales eran "muy" o "algo" responsables. No obstante, los encuestados presentaron menos probabilidades de responsabilizar a sus médicos, y el 71% dijo que los médicos son "muy" o "algo" responsables de las facturas sorpresa. *AmeriSpeak Survey*, NORC at the University of Chicago, agosto 2018.

Así las cosas, en la isla los consumidores (y aseguradores) continúan reportando cargos exorbitantes por parte de ciertos profesionales e instalaciones de la salud por concepto de servicios fuera de la red, incluyendo en la facturación del saldo. Además, en ciertos casos se remiten a cobro, lo que redundará en el aumento en los costos de los servicios y seguros de salud y en más sacrificios a los consumidores de atención médica.

Es por ello que, esta Asamblea Legislativa entiende pertinente establecer los mecanismos para reformar el sistema de prestación de atención médica en Puerto Rico, para mejorar la protección del consumidor, establecer un sistema para evitar las facturas sorpresas, resolver ciertas disputas de facturación de atención médica, atender el aumento en los costos y medir el logro de estos objetivos.

#### **DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:**

- 1 Sección 1.- Esta Ley será conocida y podrá ser citada como "Ley de protección al
- 2 paciente ante las facturas médicas sorpresa".

1 Sección 2.- Se añade el Capítulo 48 a la Ley 194-2011, según enmendada, conocida  
2 como “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”, para que se lea como sigue:

3 “CAPÍTULO 48.- PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR, TRANSPARENCIA,  
4 CONTROL DE COSTOS Y RESPONSABILIDAD, FUERA DE LA RED DE  
5 PROVEEDORES

6 Artículo 48.010.- Política pública

7 El sistema de prestación de atención médica en Puerto Rico necesita reformas  
8 que mejoren la protección del consumidor, establezcan un sistema para resolver  
9 ciertas disputas en la facturación de atención médica, atiendan aumentos en los  
10 costos y midan el logro de estos objetivos.

11 A pesar de que existen leyes y regulaciones estatales y federales vigentes para  
12 proteger a los consumidores contra ciertos cargos “sorpresa” fuera de la red de  
13 proveedores, estos cargos continúan generando problemas en la atención médica en  
14 Puerto Rico. Muchos consumidores continúan recibiendo “facturas sorpresa”, con  
15 cargos por procedimientos en salas de emergencias de hospitales o de proveedores  
16 de salud que el consumidor no tuvo opción de seleccionar.

17 Los consumidores continúan reportando cargos exorbitantes por parte de  
18 ciertos profesionales e instalaciones de la salud por concepto de servicios fuera de la  
19 red, incluyendo en la facturación del saldo. Además, en ciertos casos se remiten a  
20 cobro, lo que redundará en un aumento en los costos de los servicios y seguros de  
21 salud, y en más sacrificios a los consumidores de atención médica.

1 Por tanto, es política pública de este Gobierno, establecer los mecanismos  
2 pertinentes para reformar el sistema de prestación de atención médica en Puerto  
3 Rico, con el propósito de mejorar la protección de los consumidores, evitar las  
4 facturas sorpresas, resolver ciertas disputas de facturación de atención médica,  
5 atender el aumento en los costos y medir el logro de estos objetivos.

6 Artículo 48.020.- Definiciones

7 Para fines de este Capítulo, los siguientes términos tendrán el significado que  
8 se indica a continuación:

9 A. "A sabiendas, voluntaria y específicamente seleccionó un proveedor fuera  
10 de la red" significa que una persona cubierta eligió los servicios de un  
11 proveedor específico, con pleno conocimiento de que el mismo está fuera  
12 de la red de su plan de salud, cuando tuvo la oportunidad de ser atendida  
13 por un proveedor dentro de la red, pero en su lugar seleccionó al  
14 proveedor fuera de la red.

15 La mera divulgación por parte de un proveedor del estatus de la red no  
16 significará de por sí que la decisión de una persona cubierta de proceder  
17 con el tratamiento de ese proveedor sea una elección hecha "a sabiendas".

18 B. "Asegurador" significa toda entidad sujeta a las leyes y reglamentos de  
19 seguros de Puerto Rico o sujeta a la jurisdicción del Comisionado, que  
20 contrata o se ofrece a contratar para proveer, suministrar, tramitar o pagar  
21 los costos de servicios de cuidado de salud o reembolsar los mismos,  
22 incluyendo cualquier corporación con o sin fines de lucro de servicios

1 hospitalarios y de salud, las organizaciones de servicios de salud u otra  
2 entidad que provea planes de beneficios, servicios o cuidado de la salud.

3 C. "Comisionado" significa el Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

4 D. "De emergencia o urgencia" se refiere a todos los servicios por "condición  
5 médica de emergencia", conforme se define dicho término en este Código.

6 E. "Facilidad de cuidado médico o de salud" o "facilidad" significa  
7 facilidades de salud, según definidas en la Ley Núm. 101 de 26 de junio de  
8 1965, según enmendada, conocida como "Ley de Facilidades de Salud", así  
9 como un hospital, departamento de emergencias satélite, centro de cirugía  
10 ambulatoria o centro externo de cuidado ambulatorio de un hospital en el  
11 que se brindan servicios de cirugía ambulatoria.

12 F. "Necesidad médica" o "médicamente necesario" significa un servicio  
13 médico o de salud que un proveedor, ejerciendo su juicio clínico  
14 prudentemente, proporciona a una persona cubierta con el propósito de  
15 evaluar, diagnosticar o tratar una dolencia o lesión, enfermedad o sus  
16 síntomas y que:

17 1. Está de acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la  
18 práctica médica;

19 2. es clínicamente apropiado, en términos de tipo, frecuencia,  
20 extensión, sitio y duración, y considerado efectivo para la dolencia,  
21 lesión o enfermedad de la persona cubierta;

1           3. no se provee principalmente para la conveniencia de la persona  
2           cubierta o del proveedor; y

3           4. no es más costoso que un servicio alternativo o secuencia de  
4           servicios que, como mínimo, tendrían la misma probabilidad de  
5           producir resultados terapéuticos o diagnósticos equivalentes al  
6           diagnóstico o tratamiento de la dolencia, lesión o enfermedad de  
7           esa persona cubierta.

8           G. "Persona cubierta" o "asegurado" significa el tenedor de una póliza o  
9           certificado, suscriptor, u otra persona que participe de los beneficios de un  
10          plan de salud.

11          H. "Plan de salud" significa un contrato de seguro, póliza, certificado o  
12          contrato de suscripción con una organización de seguros de salud,  
13          organización de servicios de salud o cualquier otro asegurador, provisto  
14          en consideración o a cambio del pago de una prima, o sobre una base pre-  
15          pagada, mediante el cual la organización de seguros de salud,  
16          organización de servicios de salud o cualquier otro asegurador se obliga a  
17          proveer o pagar por la prestación de determinados servicios médicos, de  
18          hospital, gastos médicos mayores, servicios dentales, servicios de salud  
19          mental o servicios incidentales a la prestación de estos.

20                   A los fines de este Capítulo, el término "plan de salud" no incluirá  
21          los siguientes planes o contratos:

22                  1. De cuidado de salud del Gobierno de Puerto Rico;

- 1                   2. de cubierta que surja de la Ley Núm. 45 de 18 de abril de 1935,
- 2                   según enmendada, conocida como “Ley del Sistema de
- 3                   Compensaciones por Accidentes del Trabajo”;
- 4                   3. de cubierta bajo la Ley Núm. 138 del 26 de junio de 1968,
- 5                   según enmendada, conocida como “Ley de Protección Social
- 6                   por Accidentes de Automóviles”;
- 7                   4. de protección contra lesiones personales emitido de
- 8                   conformidad con la Ley 253-1995, según enmendada, conocida
- 9                   como “Ley de Seguro de Responsabilidad Obligatorio para
- 10                  Vehículos de Motor”;
- 11                  5. Medicaid, Medicare o Medicare Advantage;
- 12                  6. de accidente, de crédito;
- 13                  7. de discapacidad;
- 14                  8. de cuidado a largo plazo;
- 15                  9. de cubierta complementaria de TRICARE;
- 16                  10. de seguro dental; o
- 17                  11. de cubierta de indemnización por hospitalización.
- 18           I. "Plan de salud autofinanciado" significa un plan de salud auto-asegurado
- 19           regido por las disposiciones del “Employee Retirement Income Security
- 20           Act of 1974” (29 U.S.C. s.1001 et seq.).



1 J. "Profesional de la salud" se refiere a persona licenciada o certificada para  
2 proporcionar un servicio cubierto definido en el plan de beneficios de  
3 salud.

4 K. "Proveedor de servicios médicos o de salud" o "proveedor" significa un  
5 profesional de la salud o facilidad de cuidado de salud.

6 L. "Servicios involuntarios fuera de la red", significa servicios médicos o de  
7 salud que:

8 1. Están cubiertos por un plan administrado de beneficios de  
9 servicios médicos o de salud que proporciona una red;

10 2. sean proporcionados por un proveedor de servicios médicos o  
11 de salud fuera de la red; y

12 3. cuando una persona cubierta utilice una facilidad dentro de la  
13 red para recibir servicios médicos o de salud cubiertos pero los  
14 servicios dentro de la red no estén disponibles en ese centro,  
15 independientemente del motivo, incluyendo los servicios  
16 accidentales recibidos como parte de un procedimiento cubierto.

17 Los "servicios involuntarios fuera de la red", incluirán pruebas  
18 de laboratorio ordenadas por un proveedor de servicios médicos o de  
19 salud dentro de la red, realizadas por un laboratorio fuera de la red.

20 Artículo 48.030.- Deber de Informar de las Facilidades de Cuidado Médico o  
21 de Salud

1 A. Antes de programar una cita con una persona cubierta para un  
2 procedimiento que no sea de emergencia o electivo, toda facilidad de  
3 cuidado médico o de salud deberá, en términos que una persona  
4 promedio pueda comprender:

5 1. Informar a la persona cubierta si la facilidad de cuidado médico o de  
6 salud está dentro o fuera de la red del plan de salud de la persona  
7 cubierta;

8 2. aconsejar a la persona cubierta que verifique con el médico que  
9 organiza los servicios si este está dentro o fuera de la red del plan de  
10 salud de la persona cubierta, y proporcionarle información sobre cómo  
11 determinar los planes de salud en los que participe cualquier médico  
12 que razonablemente se anticipe proporcionará servicios a la persona  
13 cubierta; e

14 3. informar a la persona cubierta que en una facilidad de cuidado  
15 médico o de salud que esté dentro de la red de su plan de salud:

16 a. la persona cubierta tendrá una responsabilidad económica  
17 aplicable a un procedimiento dentro de la red que no excederá el  
18 copago, el deducible o el coaseguro de la persona cubierta, según  
19 lo dispuesto en su plan de salud;

20 b. a menos que la persona cubierta, en el momento de la divulgación  
21 requerida el inciso anterior, haya seleccionado a sabiendas,  
22 voluntaria y específicamente un proveedor fuera de la red para

- 1 proporcionar los servicios, no incurrirá en gastos que excedan los  
2 cargos aplicables a un procedimiento dentro de la red;
- 3 c. cualquier factura, cargo o intento de cobro por parte de la  
4 facilidad de cuidado médico o de salud o de cualquier profesional  
5 de la salud involucrado en el procedimiento, que exceda el  
6 copago, el deducible o el coaseguro de la persona cubierta según  
7 lo dispuesto en su plan de salud, en violación de lo dispuesto en el  
8 inciso anterior debe ser informado a la entidad reguladora  
9 pertinente; y
- 10 d. que si la cubierta de la persona es proporcionada a través de una  
11 entidad que administra un plan de salud autofinanciado, que opta  
12 por no estar sujeta a la aplicación de las disposiciones del Artículo  
13 48.080. de este Código, que:
- 14 i. Ciertos servicios médicos se pueden proporcionar fuera de la  
15 red, incluyendo aquellos asociados con la facilidad de servicios  
16 médicos o de salud;
- 17 ii. la persona cubierta pudiera tener una responsabilidad  
18 financiera aplicable a los servicios médicos prestados por un  
19 proveedor fuera de la red, en exceso del copago, deducible o  
20 coaseguro, y pudiera ser responsable de cualquier costo en  
21 exceso de los permitidos por el plan de salud autofinanciado  
22 de la persona; y

- 1                   iii. la persona cubierta debe comunicarse con su plan de salud  
2                   autofinanciado para más información sobre esos costos.
- 3           4. informar a la persona cubierta que en una facilidad de servicios  
4           médicos o de salud que está fuera de la red de su plan de salud:
- 5           a. Ciertos servicios médicos pueden prestarse fuera de la red,  
6           incluidos aquellos asociados con la facilidad;
- 7           b. la persona cubierta pudiera tener una responsabilidad financiera  
8           aplicable a los servicios de atención médica prestados en un  
9           centro fuera de la red, en exceso del copago, deducible o  
10           coaseguro, y pudiera ser responsable de cualquier costo en exceso  
11           de los permitidos por su plan de salud; y
- 12           c. que la persona cubierta debe comunicarse con su plan de salud  
13           autofinanciado para más información sobre esos costos.
- 14       B. Toda facilidad de servicios médicos o de salud tendrá a la disposición  
15       del público una lista de los cargos o costos de los servicios  
16       proporcionados por esta, conforme con la reglamentación y las guías  
17       federales.
- 18       C. Toda facilidad de servicios médicos o de salud publicará, en su página  
19       en la Internet:
- 20           1. Los planes médicos en los que es proveedora participante;
- 21           2. una declaración de que:

- 1 a. Los servicios de médicos que se prestan en la facilidad no están  
2 incluidos en los cargos o costos de la facilidad;
  - 3 b. los médicos que brindan servicios en la facilidad pueden o no  
4 participar en los mismos planes de salud que la facilidad;
  - 5 c. la persona cubierta debe consultar con el médico que organiza los  
6 servicios para conocer los planes de salud en los que este  
7 participa; y
  - 8 d. la persona cubierta debe ponerse en contacto con su asegurador  
9 para información adicional sobre los cargos o costos.
- 10 3. Cuando aplique, el nombre, dirección postal y número de teléfono de  
11 los grupos de médicos del hospital con los que la facilidad ha  
12 contratado para proporcionar servicios que incluyan, entre otros,  
13 anestesiología, patología y radiología; y
  - 14 4. cuando aplique, el nombre, dirección postal y número de teléfono de  
15 los médicos empleados por la facilidad y cuyos servicios pueden  
16 prestarse en esta, y los planes de salud en los que participan.
- 17 D. Si, entre el momento en que se le provee a la persona cubierta la  
18 notificación requerida de conformidad con este Artículo y el momento en  
19 que se lleva o se llevará a cabo el procedimiento, cambia el estado de la  
20 facilidad respecto a la red del plan de salud de la persona cubierta, la  
21 facilidad notificará a la persona cubierta de inmediato.

1 E. El Departamento de Salud especificará con más detalle el contenido y el  
2 diseño del formulario o formularios de divulgación y la forma en que se  
3 proporcionará o proporcionarán los mismos.

4 Artículo 48.040.- Deber de Informar de los Profesionales de la Salud

5 A. Salvo lo dispuesto en el inciso (F) de este Artículo, todo profesional de la  
6 salud deberá divulgar a toda persona cubierta, por escrito o a través de  
7 una página de Internet, los planes de salud en los que el profesional es un  
8 proveedor participante y las facilidades de cuidado médico con las que el  
9 profesional de atención médica está afiliado, previo a proveerle servicios  
10 que no sean de emergencia, y verbalmente o por escrito, al momento de  
11 una cita.

12 Si el profesional de la salud que proveería los servicios no participa en la  
13 red del plan de salud de la persona cubierta, este deberá, en términos que  
14 una persona promedio pueda comprender:

- 15 1. Previo a programar un procedimiento que no sea de emergencia,  
16 informar a la persona cubierta que el profesional está fuera de la  
17 red y que el monto o monto estimado que este facturará a la  
18 persona cubierta por los servicios está disponible para su solicitud;
- 19 2. al recibir una solicitud de una persona cubierta para recibir el  
20 servicio y los códigos del procedimiento asociados con ese  
21 servicio, revelar a la persona cubierta, por escrito, el monto o  
22 monto estimado que el profesional facturará por el servicio y los

1                   códigos del procedimiento asociados con ese servicio, en ausencia  
2                   de circunstancias médicas imprevistas que puedan surgir cuando  
3                   se brinde el servicio;

4                   3.   informar a la persona cubierta que esta tendrá una responsabilidad  
5                   económica aplicable a los servicios prestados por un profesional  
6                   fuera de la red, en exceso del copago, el deducible o el coaseguro  
7                   de la persona cubierta, y que esta pudiera ser responsable de  
8                   cualquier costo que exceda los permitidos por su plan de salud; y

9                   4.   aconsejar a la persona cubierta que se comunique con su proveedor  
10                  para obtener más información sobre esos costos.

11                B. Todo profesional de la salud que sea médico deberá proporcionar a la  
12                persona cubierta, en la medida en que la información esté disponible, el  
13                nombre, el nombre del consultorio, la dirección postal y el número de  
14                teléfono de cualquier proveedor de servicios médicos o de salud  
15                programado para proveer servicios de anestesiología, laboratorio,  
16                patología, radiología o de cirujano asistente, en relación con la atención  
17                médica:

18                1. Que proporcionará el médico para la persona cubierta en su  
19                consultorio; o

20                2. coordinada o referida por el médico para la persona cubierta en el  
21                momento del referido o de la coordinación de los servicios con ese  
22                proveedor.

1 El médico proporcionará instrucciones sobre cómo conocer los planes de  
2 salud en los que participa el proveedor y recomendará que la persona  
3 cubierta se comuniquen con su proveedor para una consulta adicional sobre  
4 los costos asociados con estos servicios.

5 C. Todo médico proporcionará a la facilidad de cuidado médico o de salud o  
6 a la facilidad ambulatoria programadas para rendir los servicios a la  
7 persona cubierta, el nombre del médico o del consultorio, la dirección  
8 postal y el número de teléfono de cualquier otro médico cuyos servicios  
9 serán utilizados por el médico y están programados en el momento de la  
10 pre-admisión o de las pruebas, registro o admisión en el momento en que  
11 se programan los servicios que no son de emergencia, y la información  
12 sobre cómo determinar los planes de salud en los que participa el médico,  
13 y recomendar que la persona cubierta debe comunicarse con su proveedor  
14 para una consulta adicional sobre los costos asociados con estos servicios.

15 D. El recibo o reconocimiento por parte de cualquier persona cubierta, de  
16 cualquier divulgación requerida de conformidad con este Artículo, no  
17 constituirá una renuncia ni afectará de ninguna otra manera cualquier  
18 protección bajo las leyes o reglamentos vigentes sobre la cubierta del plan  
19 de salud dentro de la red disponible para la persona cubierta o creada bajo  
20 este Código.

21 E. Todo profesional deberá notificar a la persona cubierta, de inmediato, si  
22 entre el momento en que la notificación requerida de conformidad con el



1 inciso (A) de este Artículo es provista a la persona cubierta y el momento  
2 en que se lleva a cabo el procedimiento, cambia el estado de la red del  
3 profesional en relación con el plan de salud de la persona cubierta.

4 F. La notificación requerida de conformidad con este Artículo podrá hacerse  
5 verbalmente en el momento del servicio, en aquellos casos en que un  
6 médico de atención primaria o internista realice un procedimiento no  
7 programado en su consultorio.

8 G. El Departamento de Salud especificará con más detalle el contenido y el  
9 diseño del formulario o formularios de divulgación y la forma en que se  
10 proporcionará o proporcionarán los mismos.

#### 11 Artículo 48.050.- Deber de Informar de los Aseguradores

12 A. Todo asegurador deberá actualizar su página de Internet dentro de los  
13 veinte (20) días siguientes a incluir o excluir a un proveedor a su red o de  
14 realizar cualquier cambio en la afiliación de un médico a una facilidad,  
15 siempre que, en el caso de un cambio en la afiliación, el asegurador haya  
16 recibido notificación de tal cambio.

17 B. Respecto a los servicios fuera de la red, para cada plan de salud ofrecido,  
18 todo asegurador deberá, de conformidad con la ley estatal o federal  
19 vigente, proporcionar a la persona cubierta:

20 1. Una descripción clara y comprensible de los beneficios de salud  
21 fuera de la red del plan, incluyendo la metodología utilizada por la

- 1 entidad para determinar el monto permitido para los servicios fuera  
2 de la red;
- 3 2. la cantidad permitida que el plan reembolsará según esa  
4 metodología y, en los casos en los que una persona cubierta solicite  
5 las cantidades permitidas asociadas con un código de  
6 procedimiento específico, la parte de la cantidad permitida que el  
7 plan reembolsará y la parte de la cantidad permitida que pagará la  
8 persona cubierta, incluyendo una explicación de que la persona  
9 cubierta deberá pagar la diferencia entre el monto permitido según  
10 lo definido por el plan del asegurador y los cargos facturados por  
11 un proveedor fuera de la red;
- 12 3. ejemplos de los costos anticipados para servicios fuera de la red  
13 facturados con frecuencia;
- 14 4. información, por escrito y a través de la página de Internet, que  
15 permita razonablemente a una persona cubierta o a una posible  
16 persona cubierta calcular el costo anticipado para servicios fuera de  
17 la red, basado en la diferencia entre la cantidad que el asegurador  
18 reembolsará por los servicios fuera de la red y el costo usual y  
19 acostumbrado de los servicios fuera de la red;
- 20 5. cuando así lo solicite una persona cubierta, información sobre si un  
21 proveedor de servicios médicos o de salud es miembro de la red;

- 1           6. cualquier otra información que el Comisionado determine  
2           apropiada y necesaria para asegurar que una persona cubierta  
3           reciba suficiente información necesaria para estimar el costo de un  
4           servicio fuera de la red y tomar una decisión de salud informada; y
- 5           7. acceso a una línea telefónica directa que operará no menos de  
6           dieciséis (16) horas diarias los siete (7) días a la semana, para que los  
7           consumidores puedan llamar para informarse sobre el estatus de la  
8           red y los costos.
- 9           C. Si un asegurador autoriza a un proveedor de servicios médicos o de salud  
10          dentro de la red a prestar un servicio cubierto en cualquier plan de salud,  
11          y el estatus del proveedor o de la facilidad cambia a fuera de la red antes  
12          de que se realice el servicio autorizado, el asegurador notificará de ello a  
13          la persona cubierta tan pronto sea posible. Si el asegurador no  
14          proporciona el aviso al menos treinta (30) días antes de que se realice el  
15          servicio autorizado, la responsabilidad económica de la persona cubierta  
16          se limitará a la responsabilidad económica en la que habría incurrido si el  
17          proveedor hubiera estado dentro de la red del plan de salud de la  
18          persona.
- 19          D. Todo asegurador añadirá a su Información sobre Beneficios, a toda  
20          correspondencia sobre reembolso a la persona cubierta, y al proveedor,  
21          una notificación clara y concisa de que los cargos inadvertidos e  
22          involuntarios fuera de la red no están sujetos a cobro o factura más allá de

1 la responsabilidad económica incurrida bajo los términos del contrato de  
2 servicio dentro de la red. Cualquier intento por parte del proveedor de  
3 cobrar o facturar deberá ser informado inmediatamente al departamento  
4 de servicio al cliente del asegurador, al número de teléfono que este  
5 proporcionará en la Información sobre Beneficios y toda la  
6 correspondencia sobre reembolso a la persona cubierta.

7 E. Todo asegurador y cualquier otra entidad que proporcione o administre  
8 un plan autofinanciado que decida estar sujeto a las disposiciones del  
9 Artículo 48.080. de este Capítulo, emitirá una tarjeta de identificación de  
10 seguro de salud al asegurado primario bajo un plan de salud. En una  
11 forma y manera prescrita por el Comisionado, la tarjeta indicará si el plan  
12 está asegurado o, en el caso de planes autofinanciados que estén sujetos a  
13 las disposiciones del Artículo 48.080. de este Capítulo, si el plan es  
14 autofinanciado y si el plan eligió estar sujeto a las disposiciones de este  
15 Capítulo.

16 Artículo 48.060.- Facturación de las Facilidades de Cuidado Médico o de  
17 Salud bajo este Capítulo

18 A. Si una persona cubierta recibe servicios médicamente necesarios en  
19 cualquier facilidad de cuidado médico o de salud, con carácter de  
20 emergencia o urgencia, según se define en el *Emergency Medical Treatment*  
21 *and Active Labor Act*, 42 U.S.C. s.1395dd et seq., la facilidad no facturará a la  
22 persona cubierta en exceso de cualquier deducible, copago o coaseguro

1 aplicable a los servicios dentro de la red, conforme al plan de salud de la  
2 persona cubierta.

3 B. Si una persona cubierta recibe servicios médicamente necesarios en una  
4 facilidad de cuidado médico o de salud fuera de la red, con carácter de  
5 emergencia o urgencia, según se define en el *Emergency Medical Treatment*  
6 *and Active Labor Act*, 42 U.S.C. s.1395dd et seq., y el asegurador y la  
7 facilidad no pueden acordar una oferta final como una tasa de reembolso  
8 para los servicios, conforme con lo establecido en el Artículo 48.080. de  
9 este Capítulo, el asegurador, la facilidad de cuidado médico o la persona  
10 cubierta, según corresponda, podrá iniciar un procedimiento de arbitraje  
11 vinculante, de conformidad con lo dispuesto en los Artículos 48.090. y  
12 48.100. de este Capítulo.

13 C. Si una facilidad de cuidado médico o de salud está dentro de la red con  
14 respecto a cualquier plan de beneficios de salud, ésta se asegurará de que  
15 todos los proveedores que brindan servicios de emergencia en la misma, se  
16 informen de las disposiciones de este Capítulo, así como de todos los  
17 planes de salud con los que la facilidad tiene contratos para estar dentro de  
18 la red.

19 D. Toda facilidad de cuidado médico o de salud que tenga un contrato con un  
20 proveedor para estar dentro de la red con respecto a cualquier plan de  
21 beneficios de salud, informará al Departamento de Salud, anualmente, los  
22 planes de salud con los que tiene acuerdos para estar dentro de la red.

1 E. La información que recopile el Departamento de Salud, conforme a las  
2 disposiciones del inciso (D) de este Artículo, estará disponible para la Oficina  
3 del Comisionado de Seguros.

#### 4 Artículo 48.070.- Facturación de los Profesionales de la Salud

5 A. Si una persona cubierta recibe servicios accidentales fuera de la red o  
6 servicios médicamente necesarios en una facilidad de cuidado médico o de  
7 salud, dentro o fuera de la red, en carácter de emergencia o urgencia,  
8 según se define en el *Emergency Medical Treatment and Active Labor Act*, 42  
9 U.S.C. s.1395dd et seq., el profesional de la salud que presta esos servicios  
10 deberá:

- 11 1. En el caso de servicios accidentales fuera de la red, no facturará a la  
12 persona cubierta en exceso de cualquier deducible, copago o coaseguro;  
13 y
- 14 2. en el caso de servicios de emergencia y urgencia, no facturará a la  
15 persona cubierta en exceso de cualquier deducible, copago o coaseguro  
16 aplicable a los servicios dentro de la red, de conformidad con el plan de  
17 salud de la persona cubierta.

18 B. Si el asegurador y el profesional no pueden acordar una tasa de reembolso  
19 por los servicios prestados, de conformidad con el inciso (A) de este  
20 Artículo, sujeto a las disposiciones del Artículo 48.080. de este Capítulo, el  
21 asegurador, el profesional de la salud o la persona cubierta, según  
22 corresponda, podrá iniciar un procedimiento de arbitraje vinculante, de

1            conformidad con lo establecido en los Artículos 48.090. y 48.100. de este  
2            Capítulo.

3            Artículo 48.080.- Condiciones Especiales Aplicables a Casos de Servicios  
4            Accidentales o de Emergencia o Urgencia

5            Independientemente a lo dispuesto en cualquier ley, norma o reglamento en  
6            contrario:

7            A. Respecto a un proveedor, si en caso de emergencia o urgencia, una  
8            persona cubierta recibe servicios accidentales fuera de la red o servicios en  
9            una facilidad de cuidado médico o de salud dentro o fuera de la red, el  
10           proveedor se asegurará de que la persona cubierta no incurra en costos de  
11           desembolso mayores a los que la persona cubierta hubiera incurrido con  
12           un proveedor de atención médica dentro de la red por los servicios  
13           cubiertos. De conformidad con los Artículos 48.040., 48.050. y 48.060. de  
14           este Capítulo, el proveedor fuera de la red no facturará a la persona  
15           cubierta en exceso a los montos de deducible, copago o coaseguro que se  
16           aplicarían si la persona cubierta utilizara un proveedor dentro de la red  
17           para los servicios cubiertos. En el caso de servicios prestados a un  
18           miembro de un plan autofinanciado que no elige estar sujeto a las  
19           disposiciones de este Artículo, el proveedor podrá facturar a la persona  
20           cubierta en exceso del deducible, copago o coaseguro aplicable.

21           B.    1. Respecto a servicios accidentales fuera de la red, o servicios en una  
22                  facilidad de cuidado médico o de salud dentro o fuera de la red en caso

1 de emergencia o urgencia, los beneficios provistos por un proveedor a  
2 la persona cubierta para recibir atención médica, se asignarán al  
3 proveedor de atención médica fuera de la red, lo que no requerirá  
4 acción alguna por parte de la persona cubierta. Una vez se asigna el  
5 beneficio según lo aquí dispuesto:

6 (i) cualquier reembolso pagado por el asegurador se pagará  
7 directamente al proveedor fuera de la red; y

8 (ii) el asegurador deberá dar al proveedor fuera de la red, por escrito,  
9 una remesa de pago que especifique el reembolso propuesto y las  
10 cantidades de deducible, copago o coaseguro aplicables adeudados  
11 por la persona cubierta.

12 2. Toda entidad que proporciona o administra un plan de salud  
13 autofinanciado, que elige participar conforme con las disposiciones  
14 del inciso (D) de este Artículo, cumplirá con las disposiciones del  
15 inciso (1) de este Artículo.

16 C. Si los servicios accidentales fuera de la red o los servicios de emergencia o  
17 urgencia en una facilidad de cuidado médico o de salud, dentro o fuera de  
18 la red, fueron prestados conforme a lo dispuesto en el inciso (A) de este  
19 Artículo, el proveedor fuera de la red podrá facturar al asegurador por los  
20 servicios prestados. El asegurador podrá pagar la cantidad facturada o  
21 determinar, dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha del recibo de  
22 la factura, que la cantidad es excesiva y, de ser así, notificará al proveedor



1 de su determinación dentro de ese mismo término. Si el asegurador  
2 notifica, éste y el proveedor tendrán treinta (30) días para negociar un  
3 acuerdo, contados a partir de la fecha de la notificación. El asegurador  
4 podrá intentar negociar con el proveedor fuera de la red una cantidad de  
5 reembolso final distinta que la pagada por el proveedor. Si no llegan a un  
6 acuerdo después de los treinta (30) días, el asegurador le pagará al  
7 proveedor su oferta final por los servicios. Si el asegurador y el proveedor  
8 no pueden acordar una oferta final como reembolso por los servicios, el  
9 asegurador, proveedor o persona cubierta, según corresponda, podrá  
10 iniciar un procedimiento de arbitraje, dentro de los treinta (30) días de la  
11 oferta final, de conformidad con lo establecido en los Artículos 48.090. y  
12 48.100. de este Capítulo. Además, en caso de que se inicie el arbitraje de  
13 conformidad con el Artículo 48.090., el pago estará sujeto a las  
14 disposiciones de arbitraje de los párrafos (4) y (5) del inciso (B) de dicho  
15 Artículo.

16 D. Respecto a una entidad que proporciona o administra un plan de salud  
17 autofinanciado y sus miembros, este Artículo solo se aplicará si el plan  
18 elige estar sujeto a las disposiciones de este. Para elegir estar sujeto a las  
19 disposiciones de este Artículo, el plan autofinanciado notificará  
20 anualmente a la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, en un  
21 formulario y de la manera prescrita por este, acreditando la participación  
22 del plan y aceptando estar obligado por las disposiciones de este Artículo.

1 En esos casos, el plan de salud autofinanciado enmendará la cubierta de  
2 beneficios para empleados, las políticas de cobertura, los contratos y  
3 cualquier otro documento del plan, de manera que reflejen que las  
4 disposiciones de este Artículo aplicarán a los miembros del plan.

5 Artículo 48.090.-Arbitraje; Miembro de un Plan No Autofinanciado

6 A. Si los intentos de negociar un reembolso por los servicios prestados por un  
7 proveedor fuera de la red, de conformidad con las disposiciones del inciso  
8 (c) del Artículo 48.080. de este Capítulo, no resulta en una resolución de la  
9 disputa y la diferencia entre las ofertas finales del asegurador y el  
10 proveedor es mayor a mil dólares (\$1,000.00), el asegurador y/o el  
11 proveedor fuera de la red podrá iniciar un procedimiento de arbitraje para  
12 determinar el pago por los servicios.

13 B. El arbitraje será vinculante para todas las partes y cumplirá con los  
14 siguientes requisitos:

15 1. La parte que solicita el arbitraje declarará su oferta final y notificará a la  
16 otra parte de que está solicitando el arbitraje. En respuesta a este aviso,  
17 la parte no solicitante informará a la parte solicitante de su oferta final  
18 antes de que comience oficialmente el arbitraje;

19 2. el arbitraje se iniciará presentando una solicitud en la Oficina del  
20 Comisionado de Seguros de Puerto Rico;

21 3. la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico contratará cada  
22 tres (3) años, mediante un procedimiento formal de requerimiento de

1 propuestas, con una o más entidades que tengan experiencia en el  
2 arbitraje de costos de servicios médicos. Los árbitros serán árbitros  
3 certificados por la Asociación Americana de Arbitraje (American  
4 Arbitration Association);

5 4. el arbitraje consistirá en una revisión de presentaciones por escrito,  
6 presentadas por ambas partes, las cuales incluirán la oferta final del  
7 asegurador para el pago de la tarifa del proveedor fuera de la red,  
8 realizada de conformidad con el inciso (c) del Artículo 48.080. de este  
9 Capítulo, o una oferta más baja, y la oferta final del proveedor fuera de  
10 la red por la tarifa que este aceptará del asegurador como pago; y

11 5. el laudo del árbitro, el cual emitirá dentro de los treinta (30) días  
12 siguientes a la presentación de la solicitud ante la Oficina del  
13 Comisionado de Seguros e incluirá conclusiones por escrito, consistirá  
14 en una de las dos cantidades presentadas por las partes como sus  
15 ofertas finales y será vinculante para ambas partes. Los gastos y  
16 honorarios del árbitro se dividirán en partes iguales entre las partes,  
17 excepto en situaciones en las que el árbitro determine que el pago  
18 realizado por el asegurador no fue realizado de buena fe, en cuyo caso  
19 el asegurador será responsable de todos los gastos y honorarios. Cada  
20 parte será responsable de sus propios gastos, incluyendo los legales, si  
21 los hubiere.

22 C. Al tomar su determinación, el árbitro considerará:

- 1           1. El nivel de capacitación, educación y experiencia del profesional de la
- 2           salud;
- 3           2. el cargo habitual del proveedor por servicios comparables prestados
- 4           dentro y fuera de la red con respecto a cualquier plan de salud;
- 5           3. las circunstancias y la complejidad del caso, incluyendo el momento y
- 6           lugar del servicio;
- 7           4. características individuales del paciente; y
- 8           5. tarifas comerciales razonables (“commercially reasonable rates”),
- 9           basado en las tarifas de los proveedores dentro de la red en el área
- 10          geográfica aplicable.

11          D. La cantidad otorgada por el árbitro será pagada dentro de los veinte (20)

12          días siguientes a la notificación del laudo del árbitro.

13          E. Este Artículo aplicará solo si la persona cubierta cumple con los requisitos

14          de autorización previa o de revisión aplicables del plan de salud, respecto

15          a la determinación de la necesidad médica de acceder a los beneficios para

16          pacientes hospitalizados o ambulatorios dentro de la red.

17          F. Este Artículo no se aplicará a una persona cubierta que, a sabiendas,

18          voluntaria y específicamente, haya seleccionado un proveedor fuera de la

19          red para servicios médicos.

20          G. En el caso de que una entidad que proporciona o administre un plan de

21          salud autofinanciado elija estar sujeta a las disposiciones del Artículo

22          48.080. de este Capítulo, según lo dispuesto en el inciso (D) del mismo, las

1 disposiciones de este Artículo se aplicarán de la misma manera que se  
2 aplican a un asegurador. Si un plan autofinanciado no elige estar sujeto a  
3 las disposiciones del Artículo 48.080. de este Capítulo, un miembro de ese  
4 plan podrá iniciar un arbitraje, según lo dispuesto en las disposiciones del  
5 Artículo 48.100. de este Capítulo.

6 Artículo 48.100.- Arbitraje; Miembro de un Plan Autofinanciado

- 7 A. Si los intentos de negociar un reembolso por servicios entre un proveedor  
8 de atención médica fuera de la red y un miembro de un plan  
9 autofinanciado que no elige estar sujeto a la disposición del Artículo  
10 48.080 de este Capítulo, no resultan en una resolución de la disputa  
11 dentro de los treinta (30) días posteriores al envío de la factura al  
12 miembro del plan, este último o el proveedor de atención médica fuera de  
13 la red, podrán iniciar un procedimiento de arbitraje para determinar el  
14 pago de los servicios. Excepto en los casos en que las negociaciones para  
15 el reembolso resulten en un acuerdo entre el proveedor y el miembro del  
16 plan dentro de los treinta (30) días, ningún proveedor cobrará ni intentará  
17 cobrar el reembolso y tampoco iniciará cualquier procedimiento de cobro,  
18 hasta que presente una solicitud de arbitraje con la Oficina del  
19 Comisionado de Seguros conforme a lo aquí dispuesto.
- 20 B. El arbitraje será vinculante para todas las partes y cumplirá con los  
21 siguientes requisitos:

- 1           1. El arbitraje iniciará con la presentación de una solicitud en la Oficina  
2           del Comisionado de Seguros, la cual notificará a la otra parte de que se  
3           ha iniciado el arbitraje y le informará sobre el procedimiento;
  - 4           2. el árbitro contratado por la Oficina del Comisionado de Seguros, de  
5           conformidad con del Artículo 48.090. de este Capítulo, llevará a cabo el  
6           arbitraje conforme a lo dispuesto en este Artículo;
  - 7           3. el árbitro considerará la información suministrada por ambas partes;
  - 8           4. el laudo del árbitro incluirá conclusiones por escrito e incluirá la  
9           cantidad vinculante final que determine que es razonable por el  
10          servicio, la cual incluirá una recomendación no vinculante de la  
11          cantidad que sería razonable que la entidad que proporciona o  
12          administra el plan de beneficios de salud autofinanciado contribuya al  
13          pago; y
  - 14          5. El laudo se emitirá dentro de los treinta (30) días siguientes a la  
15          presentación de la solicitud ante la Oficina del Comisionado de  
16          Seguros.
- 17          C. Los gastos y honorarios del árbitro se dividirán en partes iguales entre las  
18          partes, a menos que el pago suponga una dificultad financiera para el  
19          miembro del plan, en cuyo caso la Oficina del Comisionado de Seguros  
20          establecerá un acuerdo con el árbitro para renunciar a esa parte del costo  
21          del arbitraje. Cada parte será responsable de sus propios gastos,  
22          incluyendo los legales, si los hubiere.

1 D. Al hacer una determinación, de conformidad con el inciso (B) de este  
2 Artículo, el árbitro considerará:

- 3 1. El nivel de capacitación, educación y experiencia del profesional de la  
4 salud;
- 5 2. el cargo habitual del proveedor de atención médica por servicios  
6 comparables prestados dentro y fuera de la red con respecto a  
7 cualquier plan de beneficios de salud;
- 8 3. las circunstancias y la complejidad del caso particular, incluida el  
9 momento y el lugar del servicio;
- 10 4. características individuales del paciente;
- 11 5. tarifas comerciales razonables (“commercially reasonable rates”),  
12 basado en las tarifas de los proveedores dentro de la red en el área  
13 geográfica aplicable; y
- 14 6. el diseño de beneficios fuera de la red del plan de salud del miembro y  
15 la cantidad que la entidad que proporciona o administra el plan  
16 contribuye, en todo caso, al costo del servicio.

17 E. Este Artículo no aplicará a una persona cubierta que, a sabiendas,  
18 voluntaria y específicamente, haya seleccionado un proveedor fuera de la  
19 red para servicios médicos.

20 Artículo 48.110.- Publicidad de Estadísticas Sobre Arbitrajes

1           En o antes del 31 de enero de cada año, el Comisionado de Seguros de Puerto  
2 Rico, compilará y pondrá a disposición del público, en la página de Internet de su

3 Oficina:

4           A. Una lista de todos los arbitrajes presentados de conformidad con los  
5           Artículos 48.090, y 48.100, de este Capítulo, entre el 1 de enero y el 31 de  
6           diciembre del año anterior, incluido el porcentaje de todos los reclamos  
7           que fueron resueltos mediante arbitraje.

8           1. Para cada laudo de arbitraje, la lista incluirá, pero no se limitará a:

9                   i. Si la decisión fue a favor del asegurador o del proveedor fuera  
10                   de la red;

11                   ii. las ofertas de arbitraje ofrecidas por cada parte y el monto del  
12                   laudo;

13                   iii. la categoría y la especialidad de práctica de cada proveedor  
14                   fuera de la red involucrado en el arbitraje, según corresponda; y

15                   iv. una descripción del servicio prestado y facturado.

16           2. La lista no incluirá ninguna información que identifique  
17           específicamente al proveedor, asegurador o la persona cubierta  
18           involucrada en el arbitraje.

19           B. El número de quejas que recibió la Oficina del Comisionado de Seguros  
20           relacionadas con los cargos de atención médica fuera de la red.

21           C. Cualquier otra información obtenida bajo las disposiciones de este  
22           Capítulo que el Comisionado considere apropiado informar al público.



1 Artículo 48.120.- Avisos Generales Sobre las Protecciones Bajo este Capítulo

2 A. Todo asegurador proporcionará a cada persona cubierta un aviso por  
3 escrito, en la forma y manera que prescriba el Comisionado de Seguros,  
4 sobre las protecciones brindadas a las personas cubiertas, de conformidad  
5 con este Capítulo. El aviso incluirá información sobre cómo un  
6 consumidor podrá comunicarse con la Oficina del Comisionado de  
7 Seguros para informar o impugnar un cargo fuera de la red. Este aviso se  
8 publicará, además, en la página de Internet del asegurador.

9 B. El Comisionado de Seguros colocará un aviso informativo en la página de  
10 Internet de su Oficina sobre las protecciones proporcionadas en este  
11 Capítulo; sobre cómo los consumidores pueden informar y presentar  
12 quejas ante la Oficina en relación con los cargos fuera de la red; e  
13 información y orientación sobre los procedimientos de arbitraje  
14 presentados, conforme al Artículo 48.100 de este Capítulo.

15 Artículo 48.130.- Auditorías de Redes de Proveedores

16 Toda aseguradora que ofrezca un plan de cuidado administrado realizará,  
17 anualmente, una auditoría de su red de proveedores por una firma auditora privada  
18 independiente. La auditoría será a cargo del asegurador y este deberá presentar los  
19 resultados de la misma al Comisionado de Seguros. El Comisionado publicará los  
20 resultados de la auditoría en la página de Internet de su Oficina.

21 Si la auditoría contiene una determinación de que un asegurador no ha  
22 podido mantener una red adecuada de proveedores, de acuerdo con la ley federal o

1 estatal aplicable, además de cualquier otra sanción o remedio disponible en ley  
2 federal o estatal, se considerará una violación de este Capítulo y el Comisionado  
3 podrá iniciar las acciones que considere apropiadas para garantizar su  
4 cumplimiento.

5 Artículo 48.140.- Prohibición

6 A. Constituirá una violación de este Capítulo el que un proveedor fuera de la  
7 red, directa o indirectamente relacionado con un reclamo, renuncia a  
8 sabiendas, reembolsa, da, paga u ofrece renunciar, reembolsa, da o paga  
9 todo o parte del deducible, copago o coaseguro adeudado por una  
10 persona cubierta, de conformidad con los términos del plan de salud de la  
11 persona cubierta, como un incentivo para que dicha persona busque  
12 servicios de atención médica de ese proveedor.

13 B. El inciso (A) anterior no aplicará a ninguna exención, reembolso,  
14 obsequio, pago u oferta no prohibidos bajo las leyes federales  
15 relacionadas con el fraude y el abuso con respecto a los costos  
16 compartidos con el paciente, incluyendo, entre otros, en las disposiciones  
17 anti-soborno, auto-referidos y reclamaciones falsas.

18 Artículo 48.150.- Sanciones por Violaciones a las Disposiciones de este  
19 Capítulo

20 Toda persona o entidad que viole cualquier disposición de este Capítulo, o las  
21 normas y reglamentos adoptados para la aplicación de este, estará sujeta a una  
22 sanción conforme a lo siguiente:

- 1 A. Toda facilidad de cuidado médico o asegurador que viole cualquier  
2 disposición de este Capítulo, estará sujeto a una multa de no más de  
3 mil dólares (\$1,000.00) por cada violación. Cada día en que ocurra una  
4 infracción será considerada como una infracción separada, hasta un  
5 máximo de multa de veinticinco mil dólares (\$25,000).
- 6 B. Toda persona o entidad no cubierta en el inciso (A) anterior que viole  
7 las disposiciones de este Capítulo, será responsable de una multa no  
8 mayor de cien dólares (\$100.00) por cada violación. Cada día en que  
9 ocurra una infracción será considerada como una infracción separada,  
10 hasta un máximo de multa dos mil quinientos dólares (\$2,500).
- 11 C. Al determinar que una persona o entidad no ha cumplido con las  
12 disposiciones, incluyendo el pago de una multa, el Comisionado de  
13 Seguros podrá:
- 14 1. En el caso de un asegurador, iniciar la acción que determine  
15 apropiada;
  - 16 2. en el caso de una facilidad, remitir el asunto al Departamento de  
17 Salud para que tome las medidas que el Secretario de Salud  
18 determine apropiadas; y
  - 19 3. en el caso de un profesional de la salud, remitir el asunto a la Junta  
20 Examinadora correspondiente para que tome las medidas que  
21 determine apropiadas.

1 El Comisionado de Seguros estará facultado para cobrar las multas aquí  
2 dispuestas a nombre del Estado, mediante cualquier procedimiento sumario legal  
3 que estime prudente.

#### 4 Artículo 48.160.- Reglamentación

5 El Comisionado de Seguros y el Secretario del Departamento de Salud de  
6 Puerto Rico, dictarán las reglas y reglamentos que entiendan prudentes y necesarios  
7 para hacer efectiva cualquier disposición de este Capítulo y para reglamentar sus  
8 propios procedimientos, siguiendo el procedimiento establecido para ello en la Ley  
9 38-2017, según enmendada, conocida como “Ley de Procedimiento Administrativo  
10 Uniforme del Gobierno de Puerto Rico”.

#### 11 Artículo 48.170.- Prohibición de Discrimen

12 En la implementación de las disposiciones de este Capítulo, no se  
13 discriminará por condición médica.”

#### 14 Sección 3.- Separabilidad

15 Si cualquier cláusula, párrafo, artículo, sección, inciso o parte de esta Ley fuere  
16 declarada inconstitucional por un tribunal competente, la sentencia a tal efecto  
17 dictada no afectará, perjudicará ni invalidará el resto de esta. El efecto de dicha  
18 sentencia quedará limitado a la cláusula, párrafo, artículo, sección, inciso o parte de  
19 esta que así hubiere sido declarada inconstitucional.

#### 20 Sección 4.- Vigencia

21 Esta ley comenzará a regir a los sesenta (60) días después de su aprobación.