Estado Libre Asociado de Puerto Rico
ADMINISTRACION DE COMPENSACIONES
POR ACCIDENTES DE AUTOMOVILES (ACAA)

DEPARTAMENTO DE ESTADO
Núm. Reglamento: 6911

Fecha Radicación: 1 de diciembre de 2004
Aprobado José Miguel Izquierdo Encarnación
Secretario de Estado

Por: María D. Díaz Pagán
María D. Díaz Pagán
Secretaria Auxiliar de Servicios

REGLAMENTO PARA LA LEY DE PROTECCIÓN SOCIAL POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES (Ley 138 de 26 de junio de 1968, según enmendada)

INDICE
(REGLAMENTO DE LA LEY 138)

		Página
Regla 1		
	TÍTULO Y BASE LEGAL	**1**
Regla 2		
	DEFINICIONES	**1 - 6**
Regla 3		
	DELEGACIÓN	**6 - 7**
Regla 4		
	CUBIERTA	
	A. Tipo de Accidente Incluido	**7 - 8**
	B. Requisito de Autorización para Conducir	**8 - 9**
	C. Actividades Relacionadas con el Negocio de Reparaciones, Servicio y Mantenimiento de Vehículos	**9 - 10**
Regla 5		
	PAGO DE APORTACIONES ANUALES	**10**
Regla 6		
	NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE	**10 - 11**
Regla 7		
	PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIÓN	
	A. Investigación	**11 - 12**
	B. Responsabilidad de Establecer la Reclamación	**12**
	C. Notificación de Vista	**12 - 13**

D.	Notificación de Decisiones	**13 - 14**
E.	Reconsideraciones	**14 - 15**
F.	Términos para Solicitar Reconsideración o Audiencia, y para Apelar	**15 - 17**
G.	Audiencias	**17 - 18**
H.	Reconsideración Final ante la Junta de Directores	**18 - 19**
I.	Apelaciones en Otros Asuntos	**19 - 20**
J.	Asistencia de Abogado	**20**
K.	Inhibición – Conflicto de Intereses	**20**

Regla 8

BENEFICIOS MEDICO-HOSPITALARIOS

A.	Autoridad del Director Ejecutivo; Contratación	**21 - 22**
B.	Tipo de Tratamiento o Servicios que se Autorizarán	**22 - 23**
C.	Agravación	**24**
D.	Recidiva	**24**
E.	Servicios de Hospitalización	**25 - 26**
F.	Uso de Servicio de Ambulancia	**26 - 27**
G.	Servicios Dentales y Cirugía Oral	**27 - 28**
H.	Servicios de Medicinas en Farmacias	**28 - 29**
I.	Servicios de Casas de Convalecencia	**29 - 30**
J.	Servicios de Enfermeras Especiales	**30- 31**
K.	Servicios de Siquiatría y Sicología	**31 - 32**
L.	Cirugía Plástica	**32 - 33**
M.	Límite de Tiempo para Radicar Facturas por Reclamaciones de Servicios de Salud Prestados	**33 - 34**
N.	Equipo Médico	**34 - 37**
O.	Servicios de Fisiatría	**37 - 38**
P.	Justificación de Gastos y Hospital	**38**
Q.	Determinación de Días de Hospitalización	**38**
R.	Determinaciones sobre Cuestiones Médico-Jurídicas	**39**
S.	Equipo Protésico a Proveerse	**39 - 40**
T.	Nueva Tecnología	**40**
U.	Exclusiones	**40 - 43**

Regla 9

COMPENSACIÓN POR PÉRDIDA DE INGRESO POR INCAPACIDAD 43

A. Requisitos Básicos ..... 44 - 45
B. Cómputo y Duración de Pagos ..... 45 - 46
C. Criterios para Determinar Pérdida de Ingresos ..... 46 - 48
D. Determinación de Incapacidad ..... 48 - 49
E. Formas de Determinar Ingresos ..... 50 - 53

Regla 10

COMPENSACIÓN POR MUERTE

A. Gastos de Funeral 54
B. Parentesco y Dependencia ..... 55 - 57
C. Orden de Prioridades a Beneficios 57
D. Incapacidad 58

Regla 11

DESMEMBRAMIENTO 58

Regla 12

OTRAS FUENTES O SEGUROS

A. Reembolso de otras Fuentes o Seguros a la Administración 59
B. Indemnización 59
C. Beneficios Fondo del Seguro del Estado; Seguro Choferil, etc. ..... 59 - 60

Regla 13

FORMA DE PAGO

A. Pagos A Beneficiarios en Casos de Muerte 60

B. Suspensión Temporera de Pagos ..... 60 - 62
C. Muerte de Beneficiario ..... 62 - 63

Regla 14

LIQUIDACIÓN ACELERADA DE BENEFICIOS

A. Pagos Acelerados 64
B. Solicitud ..... 64 - 65
C. Tipos de Inversión a considerarse ..... 65 - 67
D. Documentación ..... 67 - 70
E. Procedimiento General ..... 70 - 71

Regla 15

RECOBROS ..... 71 - 72

Regla 16

INSPECCIÓN Y COPIA DE DOCUMENTOS DE LOS EXPEDIENTES DE LA ADMINISTRACIÓN

A. Naturaleza Confidencial De la Investigación 73
B. Solicitud de Información ..... 73 - 74
C. Discreción del Director Ejecutivo 74
D. Notificación a Tribunales ..... 74 - 75
E. Inspección y Copia por Reclamantes y Abogados 75
F. Derechos a Cobrarse ..... 75 - 76

DEROGACIÓN 76

VIGENCIA 76

ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES

REGLAMENTO PARA LA LEY DE PROTECCIÓN SOCIAL POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES

(Ley Núm. 138 de 26 de junio de 1968, según enmendada)

Regla I

TÍTULO Y BASE LEGAL

Este Reglamento será conocido y citado como Reglamento para la Ley de Protección Social por Accidentes de Automóviles y se adopta de conformidad y según las disposiciones de la Ley 138 de 26 de junio de 1968, según enmendada, conocida como la Ley de Protección Social por Accidentes de Automóviles (9 L.P.R.A., Sec. 2051 et seq) y de la Ley Núm. 170 de 12 de agosto de 1988, según enmendada, conocida como la Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Regla 2

DEFINICIONES

Según se usan en este Reglamento, las siguientes palabras tendrán los significados que a continuación se expresan:

A. **Ley**: Significa la Ley Núm. 138 del 26 de junio de 1968, según enmendada.

B. 1. **Administración**: Significa la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles.

2. **Junta:** Significa la Junta de Directores de la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles.

3. **Director Ejecutivo**: Significa el Director Ejecutivo de la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles.

4. **Director Regional**: Significa el funcionario administrativo de mayor jerarquía, en y a cargo de, una Oficina Regional, en quien el Director Ejecutivo delega sus funciones de investigar y decidir en primera instancia toda reclamación de beneficios.

C. **Víctima:** Significa toda persona natural que sufra daño corporal o enfermedad, o la muerte resultante de éstas, como consecuencia del mantenimiento o uso por sí misma o por otra persona de un vehículo de motor como tal vehículo. Los términos "mantenimiento"y "uso de un vehículo de motor como tal vehículo" tendrán el significado que, al momento del accidente, le asigne la Ley.

D. **Médico**: Significa un doctor en medicina legalmente autorizado a practicar la profesión de médico en Puerto Rico.

E. **Dentista**: Significa un doctor en medicina dental, o cualquier dentista autorizado por la Junta Dental Examinadora de Puerto Rico a practicar la profesión de odontología en Puerto Rico.

F. **Hospital**: Significa una institución legalmente autorizada a operar como hospital y que provea cuidado de enfermeras graduadas veinticuatro (24) horas diarias, facilidades para diagnóstico y tratamiento de personas lesionadas o enfermas, proporcionadas por médicos.

G. **Farmacia**: Es un establecimiento legalmente autorizado, donde, bajo la supervisión de un farmacéutico licenciado, se expendan medicinas.

H. **Receta**: Es el documento donde un médico o dentista detalla las medicinas necesarias para tratar una víctima, su uso, así como las cantidades a despacharse.

I. **Medicinas**: Significa cualquier grupo de medicamentos que la condición de la víctima requiera, siempre y cuando vaya acompañada de una receta.

J. **Medicina (s) Repetida (s)**: Es la medicina que habrá de despacharse, a tenor con la correspondiente receta, en cantidades similares por más de una ocasión, sin necesidad de que se obtenga una nueva receta para cada ocasión. Ninguna receta de este tipo podrá cubrir tratamiento que exceda un término de noventa (90) días sin que se expida una nueva receta. Las repeticiones representarán

fracciones del término antes indicado, a partir del cual se requerirá una nueva receta, emitida luego de la correspondiente reevaluación.

K. **Habitación Semi-Privada**: Significa una habitación con dos (2) o más camas, pero con no más de seis (6).

L. **Ambulancia**: Significa un vehículo especialmente preparado y equipado para transportar personas heridas o enfermas. Debe incluir en su equipo una camilla, oxígeno y materiales de primera ayuda. Debe haber cumplido, además, con los requisitos legales para operar como ambulancia en Puerto Rico.

M. **Casa de Convalecencia**: Significa una institución legalmente autorizada a operar como casa de convalecencia, que provea cuidado de enfermeras graduadas y médicos primarios veinticuatro (24) horas diarias y servicios relacionados a personas lesionadas o enfermas que requieren atención de médicos o de enfermeras o servicios de rehabilitación.

N. **Servicio de Custodia**: Significa aquel tipo de servicio diseñado esencialmente para prestar ayuda personal a la víctima en sus actividades diarias y cuidado personal, como ayuda para caminar, vestirse, bañarse, alimentarse, uso del servicio sanitario y supervisión del uso del servicio sanitario y supervisión del uso de medicamentos que puedan ser auto administrados y que no requieran la atención continua de personal paramédico adiestrado.

O. **Unidad familiar**: Grupo de dos o más beneficiarios menores de edad o incapacitados mentales que residan juntos bajo el cuidado y atención de la misma persona; o el cónyuge beneficiario de la víctima y uno o más menores beneficiarios que estén bajo su custodia.

P. **Dependencia**: Dependencia económica real y directa de tipo sustancial y no de mera ayuda económica por lo cual una persona depende de las aportaciones económicas de otra para su sustento.

Q. **Incapacidad**: Es aquella de tal naturaleza que impida a la víctima en forma total y continua dedicarse a cualquier empleo u ocupación para la cual esté capacitada por educación, experiencia o entrenamiento. Intentos de regresar al trabajo cotidiano dentro de un término de tres meses no demostrarán, necesariamente, que la incapacidad cesó; sin embargo, mientras más extenso sea el período, siempre dentro del término de tres meses, más robusta deberá ser la prueba que derrote la presunción de que cesó la incapacidad.

R. **Agravación**: Es un término para denotar la recurrencia o intensificación, por razón de un accidente de automóvil de una condición médica preexistente a éste.

S. **Recidiva:** Es un término para denotar la recurrencia de una condición médica, ocasionada por un accidente de automóvil, que había cesado o permanecido en remisión. Se diferencia de la agravación, para efectos de esta Ley, en que aquella parte de una condición prexistente

al accidente de automóvil y ésta trata con una condición ocasionada por tal accidente.

S. **Trauma Severo**: Significará lesiones cuyo tratamiento y rehabilitación, a juicio de un Comité de Evaluación Médica creado por la Administración, requieran un término mayor de dos años.

U. **Director Médico**: Doctor en medicina nombrado por el Director Ejecutivo, quien dirigirá los trabajos evaluativos y clínicos relacionados con los servicios médicos que ofrece la Administración.

V. **Comité de Evaluación Médica:** Grupo de médicos seleccionados por la Administración para la toma de decisiones clínicas a la luz de la Ley y el Reglamento que rigen la ACAA.

Regla 3

DELEGACIÓN

A. El Director Ejecutivo podrá delegar en los Directores Regionales o cualquiera otros subalternos las funciones de investigar y decidir sobre toda reclamación, a su nombre bajo su autoridad, sujeto a las normas, procedimientos y supervisión que establezca.

B. La Junta de Directores delega en el Director Ejecutivo, o su representante autorizado, la facultad de representarla en la contratación, adjudicación de subastas y cualquier otro negocio, actividad o evento en que

intervenga la Administración, conforme a los poderes de ésta y con las restricciones que la Junta establezca de vez en vez.

C. La Junta de Directores autoriza al Director Ejecutivo a comparecer en su nombre ante los tribunales, a través de los abogados regulares de la Administración, en recursos de revisión judicial de sus decisiones administrativas y en acciones judiciales de recobro o indemnización instadas por la Administración bajo las disposiciones de la Ley. En otros casos en que la Administración deba comparecer ante los tribunales como parte, la Junta determinará la acción a seguirse y designará los abogados que han de representar a la Administración.

Regla 4

CUBIERTA

A. Tipo de Accidente Incluido

No todo tipo de accidentes de vehículo de motor está incluido en la cubierta que provee la Ley, sino aquellos en que las lesiones, enfermedad, o la muerte resultan como consecuencia del mantenimiento o uso de un vehículo de motor como tal vehículo. Por lo tanto, están excluidos de dicha cubierta los accidentes que son meramente incidentales y no surgen como consecuencia del mantenimiento o uso del vehículo de motor como tal vehículo según definido en la Ley. Por ejemplo: no están incluidas las lesiones causadas mientras se utiliza el vehículo de motor para fines que no son aquellos para los cuales se utiliza

normalmente, como lavarlo, para juegos de niños, para descanso, como residencia o para transacciones comerciales o de venta de artículos o comestibles, mientras el vehículo no esté siendo utilizado como tal vehículo. Tampoco están incluidas las lesiones causadas por causas fortuitas, como, lesiones causadas por proyectiles lanzados desde dentro o fuera del vehículo en forma accidental o criminal; o por otras ocurrencias naturales que produzcan lesiones, enfermedad o la muerte que no estén relacionadas con el uso del vehículo como tal vehículo o con su mantenimiento. Sin embargo, accidentes de vehículos en viaje, debido a derrumbes o inundaciones en las vías de tránsito, estarán cubiertos por surgir como consecuencia del uso del vehículo como tal vehículo. En carga y descarga del vehículo de motor también se incluye el montarse y bajarse del mismo, al inicio, durante y a la terminación de un viaje. Están incluidas aquellas reparaciones, servicio y mantenimiento al inicio y durante el viaje, así como aquéllas que se realicen para que el vehículo pueda funcionar adecuadamente, pero no las que se efectúen en componentes del vehículo que no estén formando parte del vehículo al momento de la reparación.

B. Requisito de Autorización para Conducir

Para tener derecho a los beneficios de la Ley, el conductor del vehículo de motor que sufra lesiones en un accidente deberá tener una licencia vigente para conducir dicho vehículo, en la forma y con los requisitos impuestos por tal licencia de conducir. Por tanto, será inelegible para dichos beneficios el conductor que esté utilizando al momento del accidente un tipo de vehículo que

no haya sido autorizado a conducir; el conductor que solamente tenga un permiso de aprendizaje y no estuviere acompañado de un conductor autorizado al ocurrir el accidente, o que de otra forma no esté cumpliendo con los requisitos impuestos por la autorización para conducir que se le otorgara según la licencia especial otorgada por el Secretario de Transportación y Obras Públicas de Puerto Rico. La norma indicada anteriormente es aplicable al uso de motonetas, motocicletas, o bicicletas con motor, y todo otro tipo de vehículo que la Ley de Vehículos y Tránsito clasifique como vehículo de motor.

Las gestiones para renovar una licencia de ninguna forma conceden autorización para conducir al amparo de una licencia vencida.

Se entenderá como licencia de conducir vigente toda licencia de conducir extranjera que no haya expirado si el accidente ocurre dentro de los primeros ciento veinte (120) días de haber entrado el conductor al país, excepto que se establezca que dicho conductor ya está domiciliado en Puerto Rico y ese domicilio excede de los ciento veinte (120) días antes mencionados.

C. Actividades Relacionadas con el Negociado de Reparaciones, Servicio y Mantenimiento de Vehículos:

Tales actividades están excluidas de la cubierta de la Ley, a menos que se realizaran fuera del área del negocio.

Se entenderá, también, como área del negocio aquel lugar donde se acostumbren realizar dichas actividades, aunque no haya un taller para dicho negocio.

No están cubiertas por la Ley las lesiones sufridas mientras se estaba en actividades del negocio de reparaciones, servicio y mantenimiento de vehículos en el área del negocio, aunque el lesionado no sea patrono o empleado de dicho negocio, y aunque no esté realizando actividad alguna en tal negocio.

Regla 5

PAGO DE APORTACIONES ANUALES

El dueño de cada vehículo de motor o arrastre de los cubiertos por la Ley deberá pagar, a la fecha del registro y de la renovación anual de la licencia del vehículo, o del trámite que corresponda, según el caso, la aportación anual que determine la Administración, con la aprobación del Comisionado de Seguros, para poder transitar por las vías públicas de Puerto Rico. Tal pago se hará en los lugares y en las formas que establezca la Junta, en coordinación con los Secretarios de Hacienda, de Transportación y Obras Públicas o de cualquiera otra agencia o entidad.

Regla 6

NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE

Toda persona que tuviere un accidente relacionado con el uso o mantenimiento de un vehículo de motor como tal vehículo, con motivos del cual resultara lesionada, enferma o muerta alguna persona, tendrá que informarlo a la Policía de Puerto Rico y a la Administración según los términos estipulados por Ley.

En toda notificación de accidente que se haga a la Administración deberá suministrarse la información siguiente:

A. Circunstancias del accidente (fecha, hora, lugar y descripción del accidente).

B. Descripción de los vehículos involucrados (tablilla, marca, año, nombre del conductor, y del dueño del vehículo según el Registro del Departamento de Transportación y Obras Públicas).

C. Información acerca de las personas que conducían y de las lesionadas (dirección, edad, ocupación, número de seguro social, sitio de empleo actual o último empleo, número de dependientes, descripción de lesiones, lugar donde recibió atención médica).

D. Nombre y dirección de personas que tengan conocimiento del accidente.

E. Información sobre planes, contratos o pólizas que cubran o puedan cubrir cualquier beneficio provisto bajo la Ley.

Regla 7

PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIÓN

A. Investigación:

Los Directores de las Oficinas Regionales serán responsables de que se realicen investigaciones adecuadas y completas en todas las reclamaciones radicadas en sus respectivas oficinas. Será obligación de los investigadores, y de

toda persona a cargo de la investigación y decisión de una reclamación, recibir toda la prueba sometida por los reclamantes, sin rechazar prueba alguna por creer que no es suficiente o adecuada a la reclamación.

B. Responsabilidad de Establecer la Reclamación:

Es responsabilidad de los reclamantes el someter prueba suficiente y adecuada para establecer su reclamación. La Administración podrá denegar cualquier reclamación en que un reclamante no someta dicha prueba dentro del término legal, a menos que fuera imposible someterla anteriormente. Sin embargo, los reclamantes no serán responsables de obtener información o documentos relativos a exámenes o tratamiento médico-hospitalario que hayan sido autorizados por la Administración, o que pertenezcan a una institución gubernamental, y que sean asequibles a la Administración. Será responsabilidad de la Administración solicitar tal información y documentos y no podrá negarse ninguna reclamación únicamente por no haberse sometido tal prueba.

C. Notificación de Vista

La agencia notificará por escrito a todas las partes o a sus representantes autorizados 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 una causa debidamente justificada, consignada en la notificación, 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 la celebración de la vista.

(d) Referencia a los requisitos legales o reglamentarios presuntamente incumplidos, si se imputa tal incumplimiento y a los hechos constitutivos de infracción.

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

D. Notificación de Decisiones:

Toda decisión rendida por la Administración será notificada a los reclamantes y a sus abogados, si los tuviera, dentro de los sesenta (60) días de haberse celebrado la Vista Preliminar en la Oficina Regional. En el caso de Audiencia Pública a nivel Central, ésta deberá notificarse dentro de los sesenta (60) días a partir de la celebración de la misma. Estas deberán cumplirse salvo en circunstancias excepcionales. Si los reclamantes fueran menores de edad, o adultos incapacitados para administrar sus bienes, se les notificarán las decisiones a su padre, madre o tutor, o, en defecto de éstos, a las personas que estuvieren bajo su cuidado y atención.

Las notificaciones sobre determinaciones y resoluciones con relación a beneficiarios fallecidos se harán a sus familiares más cercanos.

E. Reconsideraciones:

Las solicitudes de reconsideración sobre la determinación original serán dirigidas al Director Ejecutivo a través del Director de la Oficina Regional correspondiente. Este deberá celebrar vistas con relación a tales solicitudes, y en ellas recibirá y considerará toda la prueba que los reclamantes deseen someter. Se rendirán decisiones con determinaciones de hechos y conclusiones de derecho luego de celebradas dichos vistas. Cuando se confirme la determinación original, se explicará a los reclamantes en forma breve, pero informativa, de las razones para denegar la reclamación.

El Director Ejecutivo o sus representantes podrán solicitar cualquier prueba, información o investigación adicional en cualquier momento, siempre que se notifique a las partes y se incorpore la nueva evidencia obtenida al informe de la vista o audiencia.

El Director Ejecutivo o sus representantes podrán considerar favorablemente a los reclamantes, motu proprio, en relación con cualquier decisión suya, en cualquier momento en que, a su juicio, se justificare de acuerdo con la prueba. En casos de reconsideración final ante la Junta de Directores, ésta podrá devolver el caso al Director Ejecutivo para reconsideración.

Las determinaciones concediendo beneficios no serán alteradas adversamente a los reclamantes por medio de reconsideración, a menos que se demuestre que dichas determinaciones fueron clara e indubitablemente erróneas u obtenidas a través de fraude, simulaciones o declaraciones falsas, o sin base legal; o cuando se descubriere nueva prueba que así lo justifique. "Clara e indubitablemente erróneas" significa que están basadas en errores obvios o manifiestos.

F. Términos para solicitar Reconsideración Audiencia, y para Apelar:

En relación con accidentes ocurridos a partir del 1ro. de julio de 1986, los términos indicados en la Ley para solicitar reconsideración y audiencia, y para apelar, son jurisdiccionales y mandatorios, y no podrá aceptarse ninguna solicitud de reconsideración o audiencia, ni apelación radicada fuera de tales términos. No obstante, los términos en cuanto a accidentes ocurridos con anterioridad a dicha fecha son directivos y de estricto cumplimiento y sólo se excusará su incumplimiento por imposibilidad física o causa mayor.

Para efectos del cómputo de los términos dispuestos por Ley, se entenderá:

1. La fecha de la Notificación de la Decisión será la fecha que aparezca en dicha notificación o la fecha del matasellos, si se presentare dicho matasellos, la que fuere posterior.

2. La fecha de recibo en la Administración de la solicitud de reconsideración, audiencia pública o apelación a la Junta será la del recibo efectivo en la Administración o la del matasellos de envío, según fuera el caso. Cuando mediara una solicitud por correo y, a la vez, entregada en la Administración, se considerará siempre la que fuera primera en tiempo como fecha de la solicitud.

Para que un término transcurra en contra de un reclamante la notificación ha de ser válida en derecho y contener la advertencia correspondiente. Así, por ejemplo, si se notificó la misma a una dirección que no fuera la última informada, o cuando no se notifique con copia al abogado de "récord", dicha notificación no será efectiva para efectos del cómputo de los términos. Sin embargo, se presumirá que toda comunicación enviada y no devuelta fue recibida, y toda alegación en contrario deberá evidenciarse con prueba robusta y convincente.

El Director Ejecutivo o sus representantes autorizados rechazarán de plano cualquier solicitud de audiencia o reconsideración que no se radique dentro de los términos provistos por la Ley y por este Reglamento. En casos de apelación ante la Junta de Directores, la Oficina del Director Ejecutivo podrá ejercer los deberes ministeriales que el Secretario de dicha Junta le asigne.

Si no se solicitare reconsideración de la determinación original dentro de los treinta (30) días siguientes a su notificación, no podrá solicitarse luego audiencia ante el Director Ejecutivo.

G. Audiencias:

Las audiencias serán conducidas de manera informal. Las reglas de evidencia y de procedimiento que prevalecen en el Tribunal General de Justicia de Puerto Rico no serán obligatorias en ningún procedimiento ante el Director Regional, el Director Ejecutivo o ante la Junta, siempre que no se violen los requisitos del debido proceso de Ley.

La decisión del Director Ejecutivo, después de celebrada la audiencia, será final, a menos que se inicie un recurso de Reconsideración Final o apelación ante la Junta. La Junta resolverá a base del récord ante sí de cualquier escrito que las partes deseen presentar. Podrá, a su discreción, conceder vistas orales para oír los argumentos de las partes antes de decidir.

No se recibirá nueva evidencia sometida por los reclamantes con relación a las apelaciones radicadas ante la Junta sin el previo permiso de ésta.

Las suspensiones no serán favorecidas.

La incomparecencia injustificada de un reclamante, o de su representante legal, a una audiencia señalada a solicitud de éste dará lugar a que se le considere desistido de su reclamación, y se archive el caso sin otra acción ulterior. Sólo podrá señalarse nuevamente la audiencia si el reclamante justifica,

a satisfacción de la Administración, su incomparecencia anterior, dentro de los quince (15) días siguientes al señalamiento anterior.

Cuando la solicitud de audiencia trata únicamente de cuestiones de derecho, podrá someterse a base de argumentaciones escritas.

Toda solicitud de suspensión de audiencia deberá justificarse y recibirse en la Administración por lo menos cinco (5) días antes de la fecha señalada para la audiencia, excepto en caso de emergencia justificada.

La Administración podrá tener al reclamante por desistido de su solicitud de audiencia, con perjuicio, previa advertencia al efecto al abogado y al reclamante, si por tercera vez solicita la suspensión de la audiencia.

Cuando la Administración determine dar un caso por desistido, terminará el procedimiento y notificará por escrito a las partes su determinación, los fundamentos para la misma y el recurso de revisión disponible, que será la próxima etapa disponible en este procedimiento de reclamaciones.

H. Reconsideración Final ante la Junta de Directores

La parte adversamente afectada por una Resolución de la Junta de Directores podrá, dentro del término de veinte (20) días desde la fecha de archivo en autos de la notificación de la resolución, presentar una moción de reconsideración de la resolución. La Junta de Directores dentro de los quince (15) días, de haberse presentado dicha moción deberá considerarla. Si la rechazare de plano o no actuare dentro de los quince (15) días, el término para solicitar revisión comenzará a correr nuevamente desde que se notifique dicha

denegatoria o desde que expiren estos quince (15) días, según sea el caso. Si se tomare alguna determinación en su consideración, el término para solicitar revisión empezará a contarse desde la fecha en que se archiva en autos una copia de la notificación de la decisión de la Junta de Directores resolviendo definitivamente la moción, cuya decisión deberá ser emitida y archivada en autos dentro de los noventa (90) días siguientes a la radicación de la moción. Si la Junta de Directores 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 Junta de Directores una prórroga para resolver, por un tiempo razonable.

I. Apelaciones en otros asuntos:

Cualquier determinación del Director Ejecutivo sobre otros asuntos, tales como cuestiones sobre tutela en que no estén directamente envueltas reclamaciones de beneficios, será debidamente notificada a las partes afectadas, y se les garantizará a éstos el derecho de audiencias y apelación a la Junta como si fuera una reclamación.

Las vistas de tutela se celebrarán y resolverán a nivel de la Oficina Regional. En aquellos casos en que exista controversia entre propuestos tutores y/o cualquier otra parte interesada en dicho nombramiento, o contrario a éste,

deberá referirse el expediente al Director Ejecutivo para procedimientos ulteriores referentes al asunto.

J. Asistencia de Abogado:

Los reclamantes podrán utilizar los servicios de abogados en los trámites de solicitud de beneficios bajo la Ley, pero la Administración no intervendrá de ninguna forma en la negociación o pago de los honorarios pactados.

K. Inhibición-Conflicto de Intereses:

Ningún funcionario o empleado de la Administración podrá intervenir en las determinaciones de una reclamación en los siguientes casos:

a. Cuando se tenga relación de parentesco con el reclamante por consanguinidad o afinidad, dentro del cuarto grado.
b. Cuando haya sido médico o abogado del reclamante con relación a los mismos hechos que motivan la reclamación.
c. Cuando se tenga interés económico en el resultado de la reclamación.

Cuando tal conflicto exista con respecto a un Director de oficina regional, éste referirá el caso al Director Ejecutivo para determinación. Cuando el conflicto existiere respecto al Director Ejecutivo, éste referirá el caso a la Junta de Directores.

Regla 8

BENEFICIOS MEDICO-HOSPITALARIOS

A. Autoridad del Director Ejecutivo; Contratación

El Director Ejecutivo, o el funcionario en que éste delegue, podrá autorizar el pago de servicios médicos, incluyendo hospitalización, con cargo a la Administración, a cualquier lesionado de accidente de automóvil que lo requiera de emergencia si, a su juicio, tal persona hubiere sufrido tales lesiones en un accidente que estuviera, prima facie, cubierto por la Ley, sujeto a procedimientos de recobro si luego se determina que tal accidente no estaba incluido en la cubierta provista por la Ley.

El Director Ejecutivo regulará la concesión de pagos y de servicios médico-hospitalarios de acuerdo a un Manual de Tarifas ACAA. Las especificaciones de tal Manual serán revisadas periódicamente según las circunstancias lo justifiquen. El Director Ejecutivo no autorizará tratamiento médico-hospitalario en exceso de las políticas médicas y políticas de pago establecidas, a menos que circunstancias extraordinarias lo justifiquen.

El Director Ejecutivo establecerá unas normas objetivas a tomarse en consideración al negociarse contratos con hospitales y otras instituciones que prestan servicios de salud. A esos fines podrá adoptar criterios de acreditación que cumplan con las leyes estatales, federales y locales.

Todo hospital o casa de convalecencia que inicie o renueve un contrato por servicios médico-hospitalarios con la Administración, deberá ofrecer

información requerida mediante formulario suministrado por ésta, sobre facilidades y servicios disponibles, así como el detalle de la composición de la Facultad Médica por especialidades.

La Administración utilizará esta información junto a la certificación para operar la facilidad que expide el Departamento de Salud para determinar las tarifas a contratarse.

Los hospitales o salas de emergencia que soliciten contrato para ofrecer servicios como Centro de Trauma, deberán presentar a la Administración una certificación de categoría a tales efectos, expedida por el Comité de Trauma del Colegio Americano de Cirugía, Capítulo de Puerto Rico o certificación de la Secretaría Auxiliar de Certificación y Licencias del Departamento de Salud de Puerto Rico.

Las tarifas a contratarse dependerán del nivel certificado y la evaluación de la documentación solicitada.

B. Tipo de Tratamiento o Servicios que se Autorizarán

La víctima tendrá derecho a recibir los servicios médicos, de hospitalización, casas de convalecencia, rehabilitación y medicinas que sean médicamente necesarias durante el término de dos años subsiguientes al accidente siempre y cuando el tratamiento o la rehabilitación requerida sea de carácter activo. En los casos de parapléjicos y cuadrapléjicos se prestarán servicios por un término mayor de dos años. En los casos de fracturas múltiples, para tener derecho a tratamiento por un término mayor de dos años la víctima

tendrá que cumplir con los mismos parámetros que se le requieren a los casos de trauma severo.

En los casos de trauma severo se tendrá derecho a tratamiento por un término mayor de dos años cuando exista una o más lesiones médicas postraumáticas con daño objetivo que limita la función de algún órgano o sistema. El daño debe ser de tal naturaleza que limite al individuo o lo imposibilite marcadamente para llevar a cabo una o más funciones del diario vivir, según lo determine el Comité de Evaluación Médica nombrado por la Administración. Se incluyen aquí, también, aquellas condiciones que como consecuencia del trauma resultaren en lesiones que de no continuar su tratamiento causen daños incapacitantes irreversibles en el individuo.

Sólo se tratará la lesión recibida o condición relacionada directamente con el accidente. Lesiones o condiciones secundarias, por ejemplo, caídas a causa de la lesión o condición original, aquéllas a consecuencia de falta de diligencia o negligencia del paciente o de las personas que lo tratan o lo cuidan, reacciones alérgicas previsibles y cualquiera otra que no sea una a consecuencia íntimamente relacionada a la lesión o tratamiento, no estarán cubiertas.

No se autorizarán medicamentos o servicios dirigidos a mitigar condiciones residuales (dolores) o crónicas, a consecuencia o secundarias a la lesión original, excepto en parapléjicos, cuadrapléjicos, casos de fracturas múltiples y de trauma severo, según la necesidad médica del caso, aprobado por el Comité de Evaluación Médica.

C. Agravación

Se autorizarán servicios médico-hospitalarios por lesiones o enfermedades incurridas o agravadas debido a accidentes de vehículos de motor; pero, en cuanto a las agravadas solamente se concederá tratamiento por el tiempo que dure dicha agravación y no por la condición básica preexistente. En dichos casos, se requerirá que el reclamante someta un informe de los médicos que han atendido su condición.

D. Recidiva

No se proveerá tratamiento médico u hospitalización por cuenta de la Administración a una víctima que haya sido dada de alta previamente por las condiciones físicas o mentales causadas por un accidente de vehículo de motor, a menos que se demuestre que ha surgido una recurrencia o complicación de dichas condiciones y la Administración así lo reconozca y autorice el tratamiento u hospitalización, según los procedimientos establecidos. Es al reclamante a quien le corresponde demostrar, mediante un informe médico, que ha sufrido una recurrencia o complicación de la condición médica original ocasionada por el accidente.

En cuanto a accidentes ocurridos después del 30 de junio de 1976, no se proveerá tratamiento médico u hospitalización después del término de los dos (2) años siguientes a la fecha del accidente, excepto según lo dispone el inciso B de esta Regla.

E. Servicios de Hospitalización

La víctima tendrá derecho al uso de una habitación privada del hospital cuando el uso de ésta sea médicamente necesario. Será necesaria la autorización previa de la Administración para tener derecho a una habitación privada.

Las víctimas tendrán derecho al uso de Unidades de Cuidado Intensivo en facilidades hospitalarias cuando el médico a cargo determine la necesidad del uso de las mismas.

Los servicios de hospitalización serán cubiertos por la Agencia únicamente cuando las lesiones sean originadas a consecuencia de un accidente de automóvil, y la víctima no fuera un conductor que conducía bajo alguna de las circunstancias excluyentes de beneficios que provee la Ley 138, ante.

Todo hospital o casa de convalecencia debe notificar a la Oficina Regional de la Administración a través de la Forma correspondiente tan pronto ingrese un paciente por lesiones o enfermedad surgidas en accidentes de automóviles. Asimismo deberá enviar a la Oficina Central de la Administración una copia del sumario clínico final, acompañado de la factura inmediatamente que tal paciente sea dado de alta.

Será necesaria la autorización previa de la Administración para la hospitalización de casos psiquiátricos por cuenta de la Administración y tal autorización estará limitada a seis (6) semanas de hospitalización o al tiempo que estipule la Administración, excepto cuando el psiquiatra a cargo del caso

justifique ante la Administración la necesidad de continuar dicha hospitalización después de transcurridas dichas seis semanas y la Administración así lo apruebe.

F. Uso de Servicio de Ambulancia

La Administración pagará los servicios de ambulancia para transportar víctimas de un accidente de automóvil cubierto por la Ley cuando la condición médica del paciente lo requiera. El uso de ambulancias sin previa autorización se hará únicamente para transportar a las víctimas del sitio del accidente a las facilidades médicas más cercanas, o de un hospital a otro hospital, pero únicamente cuando en el primer hospital no existan las facilidades adecuadas para el tratamiento de la víctima y la transportación de dicha víctima se efectúe al hospital más cercano que tenga las facilidades adecuadas. En todo otro caso deberá existir una autorización previa de la Administración para el uso de este servicio.

Para cualificar para el uso de ambulancia, la condición del paciente debe ser tal que requiera que sea transportado en camilla, según certificación médica. No será necesaria dicha certificación cuando se trate de transportar un lesionado por accidente de automóvil desde el sitio del accidente hasta la sala de emergencia más cercana.

La Administración no será responsable del pago de transportación en ambulancia de hospital a hospital, hospital a casa de convalescencia, o de éstos a la casa del paciente, si no existe una necesidad médica en el caso.

La Administración pagará solamente por la transportación del paciente en la ambulancia, y no incluirá tiempo de espera.

G. Servicios Dentales y de Cirugía Oral

La Administración pagará los servicios dentales y de cirugía oral que se presten a las víctimas de un accidente de automóvil cubierto por la ley. Se prestarán servicios de tratamiento o de restauración cuando dichos servicios estén relacionados directamente con el accidente. Cuando el tratamiento de la lesión sufrida requiera el arreglo de una condición preexistente, el arreglo de dicha condición será evaluado por el Asesor Dental quien determinará necesidad médica para que se pueda proceder con el arreglo de dicha condición.

Los servicios de odontología que no sean de emergencia requerirán autorización previa de la Administración y ésta no será responsable del pago de servicios que no sean previamente autorizados.

En casos de restauraciones dentales, no se considerarán restauraciones con fines cosméticos, ni restauraciones duplicadas y se pagará solamente por los servicios profesionales aceptables, el de menor costo.

La Administración será responsable del tratamiento en especialidades tales como ortodoncia y periodoncia solamente cuando el Asesor Dental y/o Director Médico determinen que dicho tratamiento es necesario para la rehabilitación del lesionado, evaluando cada caso individualmente.

No se autorizarán prótesis fijas en el posterior, ni osteotomías con propósitos cosméticos. Sólo se autorizarán prótesis removibles de metal y

acrílico cuando el lesionado pierda o tenga ausente piezas en el área anterior y/o posterior.

En los casos en los cuales la víctima del accidente sea un niño que no haya alcanzado su madurez dental y haya sufrido la pérdida de dientes y/o lesiones orales, cuya restauración requiera de un término de tiempo en exceso de los dos años, la Administración podrá autorizar tratamiento médico adicional, siempre y cuando el caso sea evaluado por el Asesor Dental y éste determine la necesidad médica del lesionado y lo autorice el Comité Médico. La Administración sólo pagará hasta un máximo de dos prótesis temporeras en acrílico en lo que se le construye la prótesis "permanente" o "final".

H. Servicios de Medicinas en Farmacias

La Administración proveerá servicios de medicinas despachadas en farmacias mediante una receta por un médico-cirujano o cirujano-dentista para el tratamiento de lesiones a consecuencia de un accidente de automóvil cubierto por la Ley. Si la condición de la víctima requiriése repetir una medicina, se proveerán beneficios para medicinas repetidas mediante una receta, según indicaciones del médico-cirujano o cirujano-dentista que expidió la receta original, hasta un máximo de 90 días por receta, según establecido en la Regla 2.J de este Reglamento.

No se autorizarán medicamentos que comúnmente se pueden obtener sin necesidad de una receta, según éstos hayan sido o puedan ser identificados,

incluidos o excluidos, o de alguna forma distinguidos y reglamentados mediante cartas circulares.

El Director Médico dispondrá controles para el uso de medicamentos que puedan causar dependencia o adicción.

I. Servicios de Casas de Convalecencia

La Administración pagará los servicios de casas de convalecencia mediante previa autorización, (Forma ACAA 200-14) en los casos que reúnan las siguientes condiciones:

1. Que un médico-cirujano determine que la víctima necesita cuidado en casa de convalecencia y así lo exprese mediante orden escrita.

2. Que la víctima sea admitida para tratamiento en casa de convalecencia por el mismo padecimiento o lesión por el cual fue tratado en un hospital, siempre que la admisión en la casa de convalecencia sea ordenada dentro de los catorce (14) días siguientes a la fecha en que fue dado de alta de un hospital.

3. Que el servicio no sea solamente servicio de custodia.

Las víctimas tendrán derecho a uso de habitación semiprivada o de cualquier facilidad similar adecuada en la casa de convalecencia.

La admisión o traslado de un lesionado a una casa de convalecencia se efectuará conforme a lo dispuesto en el Procedimiento de Casas de Convalecencia aprobado por el Director Ejecutivo.

Toda admisión a casas de convalecencia estará limitada a un máximo de quince (15) días. Deberá darse de alta al paciente al terminar el periodo autorizado.

Podrá extenderse tal estadía por más de quince (15) días únicamente luego de considerar solicitud al efecto por la casa de convalecencia, acompañada de un informe del médico a cargo del paciente donde justifique dicha extensión en la forma correspondiente (ACAA 200-17), y si se cumple con lo dispuesto en el Procedimiento de Casas de Convalecencia aprobado por el Director Ejecutivo. La aprobación de tal extensión estará limitada a un periodo adicional de 15 días, al cabo de los cuales el paciente debe ser dado de alta o se repetirá el mismo procedimiento.

Al facturar por los servicios prestados a pacientes autorizados por la Administración, la casa de convalecencia acompañará su factura con una copia de la autorización para ingreso (Forma 200-14) y con una Forma de Auditoría de Casas de Convalecencia. En los casos de nuevo ingreso tiene que acompañar la Orden Médica (Forma 200-06) y en los casos de extensión de estadía deberá acompañar la Forma 200-17. La Administración pagará solamente por los días autorizados del modo aquí descrito y conforme a lo dispuesto en el Procedimiento de Casas de Convalecencia.

J. Servicios de Enfermeras Especiales

La Administración únicamente pagará los servicios de Enfermeras Especiales cuando la víctima esté recluida en su hogar y el médico a cargo de su

tratamiento certifique, por escrito, la necesidad de este servicio sujeto a las condiciones expresadas más adelante. Este servicio deberá ser autorizado expresamente por la Administración, indicando el número de días que se autorizan.

No se autorizarán servicios de Enfermeras Especiales a pacientes hospitalizados.

La Administración solamente reconocerá como enfermeras especiales aquéllas debidamente entrenadas y con licencia para ejercer la profesión en Puerto Rico, o que estén haciendo los trámites para obtener su licencia permanente y a quienes se les haya extendido una licencia provisional.

La Administración no pagará por servicios de custodia por enfermeras especiales los cuales consisten mayormente en ayudar al paciente en sus actividades diarias y cuidado personal y no requieren atención continua.

K. Servicios de Siquiatría

La Administración proveerá tratamiento de siquiatría en los casos que así lo ameriten. La autorización de la Administración estará sujeta a los siguientes requisitos y ajustada al siguiente procedimiento:

a. La víctima solicitará los servicios, presentando un certificado médico que justifique el servicio solicitado.

b. La Administración evaluará a la víctima a través de uno o más de sus siquiatras, quienes rendirán una opinión en cuanto a los servicios a ofrecerse.

Los servicios de siquiatras estarán sujetos, además, al tratamiento y límite de tiempo especificado por el siquiatra evaluador. Tratamientos adicionales o por un periodo mayor al especificado por el siquiatra evaluador deberán ser aprobados por la Administración.

Las sesiones de sicoterapia serán de no menos de 45 minutos para poder cualificar como una visita de tratamiento en la facturación.

La Administración no es responsable por los servicios de sicólogos o sicómetras, excepto cuando medie recomendación médica y la Administración lo autorice. Se establecerá una política médica que servirá de guía para tales propósitos.

L. Cirugía Plástica

La Administración será responsable por cirugía plástica practicada con el objeto de restaurar el funcionamiento del área anatómica envuelta.

La Administración no será responsable de gasto alguno incurrido en relación con cirugía plástica realizada con fines cosméticos, con excepción de cicatrices en la cara y en las manos que constituyan una cicatriz desfigurante.

Para determinar si una cicatriz es desfigurante se considerarán las siguientes características:

1. la anchura de la cicatriz
2. la elevación de la cicatriz
3. la depresión de la cicatriz
4. la elevación entre los bordes de la cicatriz

5. el grado de constricción de la cicatriz

La Administración podrá considerar como un caso excepcional cicatrices desfigurantes en otras partes del cuerpo, sólo cuando tales cicatrices afecten adversamente y sustancialmente la capacidad de la víctima para generar ingresos.

En todo caso la consulta de cirugía plástica vendrá acompañada de una fotografía en colores de buena calidad, en la que se pueda apreciar las características de la cicatriz.

Toda cirugía plástica debe ser previamente autorizada por el Director Médico o funcionario profesional autorizado en el Departamento de Asuntos Médicos.

M. Límite de Tiempo para Radicar Facturas por Reclamaciones de Servicios de Salud Prestados

Las facturas por reclamaciones de servicios de salud prestados deberán radicarse no más tarde de los ciento veinte (120) días siguientes a la fecha en que se prestaron los servicios.

Toda reclamación con respecto a la devolución de facturas o al pago hecho por la Administración por facturas de servicios de salud, deberá radicarse dentro de los 45 días siguientes a dicho pago.

Siempre que el último día para radicar las facturas por reclamaciones a tiempo sea sábado, domingo, día feriado o no laborable en la Administración,

dichas facturas se considerarán radicadas a tiempo siempre y cuando sean radicadas en el próximo día laborable.

Aquellas facturas que se reciban después del límite de tiempo para radicar las mismas no serán pagadas por la Administración.

Todos los términos y condiciones establecidos en este subinciso son de carácter jurisdiccional y el incumplimiento de éstos priva a la Administración o al Tribunal con autoridad para entender en los mismos.

N. Equipo Médico

La Administración cubrirá el equipo médico que sea necesario para la rehabilitación de las víctimas, conforme a una receta médica, de acuerdo al procedimiento de equipo médico, y siguiendo los siguientes criterios:

1. Tal equipo médico alquilado que pueda ser utilizado posteriormente por más de una víctima será propiedad del suplidor de tal equipo y será provisto en calidad de préstamo a las víctimas por el tiempo que éstas lo requieran. La Administración suministrará el equipo médico que requieran los lesionados, ya sea por compra o alquiler, según las normas de subasta y contratación que ella establezca.

2. Aquellas víctimas que compren equipo médico que no pueda ser utilizado posteriormente por otras víctimas tendrán derecho a un reembolso. Este reembolso no excederá del costo para la Administración del equipo médico de menor costo que provea los servicios necesarios para la rehabilitación de las víctimas.

3. Aquellas víctimas que compren equipo médico que pueda ser utilizado posteriormente por otras víctimas podrán solicitar reembolso del importe pagado por el equipo médico, hasta un máximo del costo para la Administración. Este equipo será provisto a las víctimas, en calidad de préstamo por el tiempo que éstas lo requieran.

4. La Administración no reembolsará cantidad alguna por concepto de alquiler de equipo médico a menos que sea un caso de emergencia y dicho equipo se alquile por un periodo que no exceda de un mes.

5. Reparaciones de Equipo Médico:

Las reparaciones del equipo médico que provea la Administración están cubiertas cuando sean necesarias para hacer el equipo servible. Las víctimas deberán informar a la Administración prontamente de cualquier equipo médico que necesita reparación para que ésta proceda a reparar el mismo. Si la reparación del equipo médico excediera el costo del mismo, dicho equipo médico no se reparará. La Administración no reembolsará a las víctimas que incurran en gastos de reparación de equipo médico. Se le denegará la reparación de equipo médico por daños causados por malicia o negligencia del lesionado.

6. Mantenimiento de Equipo Médico:

Servicios rutinarios de mantenimiento de equipo médico, tales como limpieza, examen periódico, substitución de baterías y engrase, no

están provistos por la Administración. Tales servicios de mantenimiento rutinarios serán responsabilidad de las víctimas. No obstante, servicios de mantenimiento más complicados, los cuales, basado en las recomendaciones de los manufactureros, deban ser llevados a cabo por técnicos autorizados, serán prestados por la Administración.

7. Reemplazos de Equipo Médico:

El Equipo Médico será reemplazado en los casos que sufra daños irreparables o deterioro natural que lo haga inservible para su uso, o cuando la condición de la víctima así lo requiera. Aquellos casos que envuelvan reemplazo de equipo médico como consecuencia de un cambio de la condición de la víctima deben ser sustentados por una orden médica. Los casos en que surgieran daños maliciosos, negligencia o disposición errónea de equipo deberán ser investigados y denegados cuando la Administración determine que no es razonable efectuar el pago. El lesionado deberá pagar por el arreglo del equipo que, luego de ser investigado, se confirme que ha sido por daños maliciosos o negligencia de éste.

8. Zapatos Ortopédicos:

La Administración proveerá zapatos ortopédicos y abrazaderas recetadas por un médico ortopeda en el tratamiento de lesiones cubiertas por la Ley.

La Administración proveerá dichos zapatos ortopédicos o abrazaderas después de haber transcurrido dos años desde la fecha del accidente sólo en casos que el Comité de Evaluación Médica así lo disponga, dependiendo de las necesidades individuales del caso. La cubierta de zapatos estará sujeta a las limitaciones descritas en la política médica establecida.

9. Equipo Médico o Protésico en Uso desde antes del Accidente:

La Administración reemplazará o reparará el equipo médico o protésico en uso cuando se considere como "daño corporal" el sufrido en una extremidad protésica que esté adherida o forme parte del cuerpo del lesionado como si se tratare de una extremidad natural.

No obstante, los espejuelos utilizados desde antes del accidente no serán reemplazados o reparados a menos que la víctima sufra una lesión visual en el accidente que requiera corrección con lentes.

O. Servicios de Fisiatría

La Administración compensará, sujeto a la previa autorización, los servicios de fisiatría y terapia física no incluidos en las tarifas contratadas de hospitales recomendados por el médico a cargo del caso mientras el paciente está hospitalizado en casos cubiertos por la Ley de Protección Social. También será necesaria la previa autorización de la Administración si el paciente no estuviere hospitalizado.

La Administración determinará el número de sesiones de tratamiento de fisiatría de acuerdo a las lesiones que presente la víctima, conforme a la lista de duración promedio de tratamiento que ha sido preparada conjuntamente con la Sección de Fisiatría de la Asociación Médica de Puerto Rico.

Cuando la víctima amerite más tratamiento del establecido en tal lista, el fisiatra a cargo del tratamiento deberá solicitar, con suficiente antelación, autorización de la Administración para continuar dicho tratamiento, exponiendo por escrito la justificación de su solicitud, utilizando la Forma ACAA 200-79. La Administración podrá evaluar al paciente por otro médico para verificar la necesidad de tal tratamiento adicional.

Los fisiatras y terapistas físicos que atiendan casos bajo los auspicios de la Administración deberán llevar un expediente médico adecuado, incluyendo notas escritas de cada seguimiento, del tratamiento y progreso del paciente y pondrán dicho expediente a la disposición de la Administración. Los Servicios así rendidos deberán ser facturados y pagados conforme a lo dispuesto en el Procedimiento de Fisiatría y Terapia Física.

P. Justificación de Gastos y Hospital

La Administración no pagará gastos médicos y de hospital si no se le prueba, a su satisfacción, la necesidad de los servicios prestados.

Q. Determinación de Días de Hospitalización

La Administración deberá determinar y pagar los días de hospitalización que fueren razonables y necesarios.

R. Determinaciones sobre Cuestiones Médico-Jurídicas

El Director Ejecutivo podrá establecer por reglamento interno la organización y procedimientos que estime para las consultas, estudios y opiniones sobre cuestiones médico-jurídicas envueltas en reclamaciones bajo la Ley, a los fines de proveer el debido asesoramiento profesional en la decisión de dichas reclamaciones.

S. Equipo Protésico a Proveerse

Cuando ocurriera un desmembramiento como consecuencia directa de la lesión sufrida, la Administración podrá, por recomendación médica debidamente justificada y documentada, proporcionar una prótesis al lesionado. Éste será responsable del cuido y mantenimiento de dicho equipo, que, en el caso de adultos pudiera ser remplazada hasta un máximo de dos veces, siempre y cuando no haya negligencia por parte del lesionado. En todos los demás casos, será el fisiatra, o el ortopeda consultor, o el Comité de Evaluación Médica, quienes darán las recomendaciones para casos individuales que así lo ameriten.

Cuando la víctima de desmembramiento fuere un niño, o un joven en etapa de crecimiento, la Administración podrá proveer las prótesis provisionales necesarias, si se justificare, y dos prótesis permanentes. Un adulto que sufriere desmembramiento a consecuencia de la lesión sufrida tendrá derecho a hasta un máximo de dos prótesis permanentes.

Los médicos y especialistas en la materia recetarán y diseñarán el equipo más adecuado para las necesidades del lesionado dentro de los parámetros de

costos que establezca la Administración. Asimismo en los casos de menores se diseñará un programa que optimice el tiempo de uso de las prótesis provisionales, de forma que se les pueda sacar el mejor provecho durante la etapa de crecimiento del menor.

T. Nueva Tecnología

La Administración se mantendrá al tanto de la tecnología médica en uso y hará los ajustes correspondientes para evaluar y adoptar toda aquella nueva tecnología que se entienda necesaria y adecuada para servir las necesidades de los lesionados y el cometido de la agencia.

Cuando surja una solicitud de servicios que envuelva procedimientos diagnósticos, de tratamiento o de cualquier otro tipo que utilice tecnología avanzada de reciente o nuevo uso, la Administración, a través de Departamento de Asuntos Médicos y los asesores de éste, analizará y decidirá la solicitud particular en sus méritos y se dará a la tarea de establecer parámetros y requisitos para evaluar solicitudes futuras del mismo tipo. Dichos parámetros y requisitos se darán a la publicidad mediante cartas circulares.

U. Exclusiones

La Administración no proveerá compensación o pago por los siguientes servicios:

1. Alojamiento en habitación privada en hospital o en casa de convalecencia, excepto en casos en que el uso de habitación privada sea médicamente necesario y aprobado por la Administración.

2. Servicios especiales de enfermeras excepto en casos en que dichos servicios sean médicamente necesarios y aprobados por la Administración.

3. Tratamiento de condiciones no relacionadas con un accidente de automóvil cubierto por la Ley.

4. Tratamiento de cirugía electiva en hospital, a solicitud de la víctima o su familia, cuando el servicio pueda prestarse de forma ambulatoria.

5. Hospitalización, a solicitud de la víctima o su familia, cuando el servicio pueda prestarse de forma ambulatoria.

6. Hospitalizaciones por condiciones mentales a menos que la condición sea causa directa de un accidente de automóvil cubierto por la Ley.

7. Servicios que preste una persona no autorizada por ley a prestar los mismos.

8. Servicios que se presten de cirugía plástica que no se conforme a las limitaciones de la Sección L de este Reglamento.

9. Servicios prestados fuera del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

10. Servicios que no sean médicamente necesarios para el tratamiento del paciente.

11. Servicios por los cuales la víctima no esté legalmente obligada a pagar.

12. Servicios de artículos para la comodidad del paciente.

13. Servicios de custodia en el hospital y casa de convalecencia, excepto cuando estos servicios se prestan en el hogar o en unidades especiales, según lo determine el Comité de Evaluación Médica.

14. Cargos por familiares inmediatos del paciente.

15. Comidas servidas a domicilio.

16. Servicios prestados por lesiones que fueron provocadas por un acto u omisión por parte del lesionado, realizado con el propósito de ocasionar daño a su propia persona.

17. Servicios prestados a personas que, al momento del accidente, estuvieron participando en competencias de carreras de automóviles o pruebas de velocidad, ya fuera como conductor, pasajero o espectador, o funcionario, o empleados de áreas reservadas para tales actividades.

18. Servicios prestados a personas que al momento del accidente, estuvieren conduciendo un vehículo de motor sin estar autorizadas legalmente para ello.

19. Servicios prestados por lesiones ocurridas mientras se comete un acto criminal o que no sea una violación a las leyes de tránsito.

20. Servicios prestados a personas, que al momento del accidente, conducían un automóvil en estado de embriaguez o bajo los efectos de drogas.

21. Servicios de salud cubiertos por otros seguros.

22. ACAA no cubre tratamientos paliativos. Entiéndase por paliativo como que provee alivio, pero no cura. Sólo se considerarán estos servicios para parapléjicos, cuadrapléjicos y pacientes con trauma craneocerebral severo y pacientes de trauma severo.

23. ACAA no cubre tratamiento de mantenimiento. Entiéndase aquel que solamente persigue mantener función en estado actual y no persigue mejoramiento en función, excepto en los casos ya descritos.

Regla 9

COMPENSACIÓN POR PÉDIDA DE INGRESO POR INCAPACIDAD

No se concederá compensación por pérdida de ingreso por incapacidad cuando no se reúnan los requisitos básicos siguientes, excepto en el caso particular del ama (o) de casa. Especialmente no se justificará tal compensación, a menos que la evidencia médica demuestre, a juicio de la Administración, que la víctima está impedida en forma total y continua de llevar a cabo cualquier tipo de empleo, ocupación, profesión, negocio propio y otra actividad que produzca ingresos para la cual estuviera capacitada por educación,

experiencia o entrenamiento. A tales fines, la Administración podrá requerir de la víctima que se someta a las evaluaciones médicas necesarias.

La Administración podrá negar o suspender el pago de la compensación a cualquier víctima que no se sometiere a tales evaluaciones requeridas o se negare a presentar cualquier otra evidencia que se le solicitare.

A. Requisitos básicos

1. Incapacidad física o mental causada por las lesiones de accidentes de vehículos de motor, sobrevenida dentro de los veinte (20) días siguientes al accidente, que impida en forma total y continua dedicarse a cualquier empleo, ocupación, o actividad lucrativa para la cual la víctima esté capacitada por educación, experiencia o entrenamiento.

   Este es requisito fundamental sin el cual no existe el derecho a la compensación aunque hubiere pérdida de ingreso.

2. Pérdida de ingreso debido a dicha incapacidad; incluyendo ingresos obtenidos de empleo, profesión, o negocio propio, o de cualquier otra actividad, que produzca ingresos a la víctima. Están incluidas las pérdidas de ingreso por concepto de becas u otras ayudas educacionales, y la pérdida de cualquier otro ingreso debido a tal incapacidad.

3. Empleo retribuido, profesión, negocio propio u otra actividad

que produzca ingresos a la víctima. La víctima deberá estar ocupando tal empleo, o dedicándose a tal profesión o negocio propio, o realizando cualquier otra actividad que le produzca ingresos a la fecha del accidente o durante cualesquiera seis (6) de los doce (12) meses anteriores.

4. Cuando la víctima que se incapacite fuere un (a) ama (o) de casa la Administración pagará a ésta un beneficio de $25.00 semanales sujeto a un máximo de dieciséis (16) semanas consecutivas. En tal caso no será necesario demostrar pérdida de ingreso, ni se requerirá que la víctima haya tenido un empleo o haya realizado una actividad lucrativa antes del accidente, siempre que ella quede incapacitada en forma total y continua para continuar desempeñándose como ama (o) de casa. No obstante, la incapacidad siempre tendrá que sobrevenir dentro del término de veinte (20) días.

B. Cómputo y duración de pagos

1. La pérdida de ingresos se determinará a base de los ingresos devengados por la víctima a la fecha del accidente que provinieran de los empleos, profesiones, negocios propios u otras actividades mencionadas anteriormente, comparados con las que se obtuvieran después del accidente de empleos profesiones, negocios propios u otras actividades, siempre que, y únicamente

cuando, tal pérdida se debiera exclusivamente, a que, a juicio de la Administración, las lesiones del accidente han incapacitado a la víctima en forma total y continua para continuar dedicándose a tal empleo, profesión, negocio propio, u otra actividad lucrativa. La mera pérdida de ingreso no será suficiente para muestra, a satisfacción de la Administración, que dicha pérdida se debió a incapacidad que resultara de las lesiones del accidente.

2. La compensación por pérdida de ingreso por incapacidad podrá pagarse por un periodo máximo de 104 semanas consecutivas, a contar desde el día 16 de la fecha de comienzo de la incapacidad.

El periodo de espera aquí contemplado no se pondrá en vigor en el caso del ama (o) de casa, quien comenzará a devengar su beneficio de inmediato.

C. Criterios para Determinar Pérdida de Ingresos

1. No cualificará para compensación un reclamante si a la fecha de otorgar los pagos éste se ha acogido a los beneficios de pensión de su empleo regular, sea del gobierno o privada.

2. El requisito de sufrir pérdida de ingresos para tener derecho al cobro de compensación semanal por incapacidad total y continua se considerará establecido aunque el reclamante continúe recibiendo su salario regular a base del pago de sus vacaciones

regulares acumuladas, considerándose que en tal caso hay una pérdida real de ingresos. Sin embargo, no habrá pérdida de ingresos mientras se continúe recibiendo el salario regular a base de licencia por enfermedad acumulada; en tal caso, la pérdida de ingresos se establecerá únicamente si la víctima hubiese tenido derecho a liquidar, cobrando en efectivo, la licencia por enfermedad acumulada y no utilizada en algún momento dentro del término de un (1) año a partir de la fecha del accidente, en cuyo caso se contará como acumulado todo el tiempo que la víctima falte a su trabajo con motivo de las lesiones sufridas en el accidente y entonces se determinará la pérdida de ingresos a tenor con lo efectivamente devengado o dejado de devengar.

3. No se pagará la compensación cuando la pérdida de ingreso debido al accidente pueda ser compensada por algún programa gubernamental que compense dichas pérdidas por razón del mismo accidente. No se deducirá lo recibido por concepto de compensación por pérdida de ingresos de otros seguros privados del reclamante.

4. Los bonos navideños u otras gratificaciones se considerarán como ingreso.

5. No cualificará para la compensación la víctima que estuviere recibiendo compensación por desempleo si no estaba

desempeñando un empleo retribuido, o realizando una actividad, o dedicándose a una profesión o negocio propio que le produjere ingresos, a la fecha del accidente o durante cualesquiera seis (6) de los doce (12) meses precedentes.

6. Para computar la cantidad de compensación de la víctima, la determinación en cuanto a su ingreso semanal no incluirá ingresos que ésta recibiera por concepto de ayuda gubernamental o compensación por incapacidad del Fondo del Seguro del Estado, el Seguro Social Federal, de la Administración de Veteranos, o de otras fuentes similares, sino solamente los ingresos obtenidos de un empleo retribuido, de una profesión o negocio propio, o de otra actividad lucrativa.

D. Determinación de Incapacidad

1. Para determinar incapacidad se considerará la edad, sexo y preparación, y el tipo de trabajo que puede realizar la víctima.

2. Si la víctima estuviere ya incapacitada en forma total y permanente a la fecha del accidente, no puede considerarse que resultó incapacitada debido al accidente, y no tendrá, por tanto, derecho a la compensación por pérdida de ingresos por incapacidad, aunque reúna los otros requisitos para dicha compensación.

Si la incapacidad anterior no fuere total y permanente, la víctima podrá tener derecho a dicha compensación si reúne los requisitos indicados, si tal incapacidad hubiere cesado antes que la incapacidad resultante del accidente. En tal caso no se pagará la compensación hasta después de la fecha en que hubiere terminado la incapacidad anterior, según lo revelen las evaluaciones médicas o según lo determine el personal de asesoría médica de la Administración.

3. Los pagos de la compensación por incapacidad por pérdida de ingresos terminarán cuando cese la incapacidad total causada por el accidente y la víctima esté en condiciones físicas y mentales que le permitan reanudar en forma regular un empleo retribuido, profesión, negocio propio, u otra actividad para la cual esté capacitado por educación, experiencia o entrenamiento.

4. Tendrá derecho a compensación semanal por pérdida de ingresos por incapacidad aquel reclamante que, aunque incapacitado, hiciere el esfuerzo y comenzara a trabajar, siempre que la condición relacionada con el accidente le obligue a desistir de su iniciativa dentro de los primeros noventa (90) días de comenzar a trabajar, si evidenciare que la incapacidad nunca cesó, de acuerdo a los criterios que se establecen en la Regla 2Q.

E. Formas de Determinar Ingresos

1. Será responsabilidad de la víctima someter la prueba necesaria para establecer la cantidad, origen y naturaleza de sus ingresos anteriores al accidente. A tales efectos puede someter verificación oficial o récord de empleo, profesión, negocio u otra actividad lucrativa que demuestren dichos ingresos. Entre tales documentos se dará preferencia a la planilla de declaración de ingresos para fines contributivos, récord de nóminas, cheques cancelados, récord del Seguro Social Federal y de otras Agencias gubernamentales. Si se justificare, a satisfacción de la Administración, que no pueden someterse dichos documentos por alguna razón válida, podrán establecerse dichos ingresos por medio de una certificación jurada ante notario de patronos de la víctima, o por otra prueba fehaciente que le merezca entero crédito a la Administración. La declaración del patrono deberá incluir el número patronal, y deberá estar acompañada de la correspondiente declaración informativa al Seguro Social.

La Administración podrá negarse al pago de la compensación si la víctima no estableciere en forma fidedigna la cuantía, naturaleza y origen de sus ingresos; o podrá conceder pagos de tal compensación a base de los ingresos demostrados por

prueba que le merezca credibilidad. Toda declaración del reclamante a esos efectos deberá estar jurada ante Notario Público.

La Administración podrá realizar cualquier investigación que considere justificada para verificar los ingresos que aparecieren de la prueba sometida, y pagará la compensación que aparezca justificada de acuerdo al resultado de tal investigación. No será obligatorio para la Administración aceptar los ingresos que aparezcan de la prueba sometida si la investigación demuestra una realidad distinta a dicha prueba.

Las planillas de declaración de ingresos para fines contributivos certificadas por el Departamento de Hacienda establecerán los ingresos de la víctima para el año contributivo correspondiente.

Si una víctima no hubiere rendido dichas planillas para un año en que alegare haber recibido ingresos de tal cuantía que requieran la radicación de tales planillas, se computará su compensación semanal tomando como base aquellas cantidades reflejadas por el listado de salario mínimo para su ocupación que esté en vigor para la fecha del accidente, a menos que se demostrare lo contrario con prueba que satisficiere a la Administración de su razonabilidad. En tal caso se podrá dar parte

al Secretario de Hacienda sobre tal situación, y se advertirá a la víctima de tal referimiento.

En todo caso, la Administración podrá usar como referencia y podrá determinar los ingresos de la víctima a base del listado de salario mínimo del Estado Libre Asociado para la ocupación de la víctima que esté en vigor para la fecha del accidente, salvo que la víctima demuestre convincentemente que ha tenido un ingreso mayor.

2. Ingresos de Patronos Propios

a. Todo caso en que la víctima alegue haber trabajado como patrono propio será minuciosamente investigado para corroborar que ésta realmente trabajaba como tal patrono propio, y copia de su declaración será enviada al Secretario de Hacienda.

b. Se le requerirá a todo reclamante que sea su propio patrono que someta a la Administración copia certificada de la planilla de contribución sobre ingresos rendida por el año anterior al accidente. De no someterla dentro de sesenta (60) días de la fecha en que se solicitare, podrá emitirse la decisión correspondiente a base de la prueba obtenida si se determinare que tal hecho es atribuible a negligencia del reclamante. La Administración podrá verificar con el

Departamento de Hacienda si la víctima rindió o no dicha planilla, y para ello podrá requerir de la víctima la autorización que fuere necesaria.

c. Al computar ingreso de los patronos propios a base de las planillas de contribución sobre ingresos, se descontará del ingreso bruto las cantidades razonables necesarias para las compras y los gastos de operación del negocio.

3. Planillas de Declaración de Ingresos

Al computar el ingreso a base de las planillas de contribución sobre ingresos, no se descontarán las deducciones y exenciones provistas por la Ley para el cómputo de dicha contribución, tales como las exenciones personales por estado matrimonial y dependientes, y las deducciones fijas por intereses contribuciones, tablillas de automóvil, etc.; y no se utilizará el ingreso neto tributable para computar la compensación por incapacidad por pérdida de ingresos. Para dicho cómputo se utilizará el ingreso bruto que apareciere en dicha planilla, menos los gastos de operación y de compras de negocios propios.

Regla 10

COMPENSACIÓN POR MUERTE

A. Gastos de Funeral

1. El pago de $1,000 por gastos de funeral es un beneficio por muerte y no un mero pago de gastos de funeral, del cual se paga a los beneficiarios cualquier remanente después de cubrir tales gastos. Por tanto, si no hubiere reclamación por gastos de funeral, debe pagarse a los beneficiarios la totalidad de dichos $1,000, dividido en partes iguales.

2. La Administración pagará el beneficio por muerte por gastos de funeral cuando se incurriera en tales gastos para el funeral de una víctima, concebida y no nacida a la fecha del accidente.

3. Se pagará el beneficio por muerte por gastos de funeral aunque la víctima se hubiere provocado las lesiones por un acto u omisión de su parte realizado con el propósito de causar daño a su propia persona; o estuviere conduciendo un vehículo de motor sin estar legalmente autorizada para ello al momento del accidente; o estuviera participando en competencias de carreras de automóviles, o en pruebas de velocidad, al momento del accidente; o estuviera cometiendo un acto criminal; o conduciendo un automóvil en estado de embriaguez o bajo los efectos de las drogas al momento del accidente.

B. Parentesco y Dependencia

1. Hijos

a) Los hijos de la víctima que estuvieran concebidos y aún no nacidos a la fecha de la muerte de ésta y que nacieran póstumamente, se considerarán siempre beneficiarios para todos los efectos de la Ley.

b) Los hijos de la concubina o concubinario que cualificare como esposa o esposo de la víctima bajo la Ley, se considerarán como hijastros de ésta y, por tanto, podrán cualificar como hijos de la víctima bajo la Ley. Una vez adquirido el estado de hijastro, éste no se pierde a la muerte del padre o madre natural del hijastro. Los hijos de la concubina o concubinario que no fueren hijos de la víctima no cualificarán como hijastros de la víctima, sin embargo, si su padre o madre no cualificare como esposo o esposa de la víctima, respectivamente; ni tampoco los hijos de crianza o hijos adoptivos de la concubina o concubinario en tales casos.

c) La compensación de $5,000 por muerte se pagará a los hijos que no hubieren pasado de su cuarto cumpleaños a la fecha de la muerte, o que estuvieren incapacitados a dicha fecha. La compensación de $4,000 se pagará cuando tales hijos

hubieren pasado dicho cuarto cumpleaños, pero no hubieren cumplido diez (10) años de edad. Además, se compensará con $3,000 por cada hijo de 10 años o más, pero menor de 15 años. La compensación de $2,000 se pagará por cada hijo de 15 años o más, pero menor de 18 años; también tendrán derecho a este beneficio aquellos hijos, entre las edades de 18 a 21 años que dependieren de la víctima y estuvieren estudiando al momento del accidente.

d) Los hijos de la víctima que tengan derecho a recibir la proporción correspondiente de la compensación asignada para los hijos, y además de la compensación como dependiente primario, siempre recibirán en su totalidad estos últimos $10,000.00; divididos entre ellos en las mismas proporciones que las indicadas para los $10,000 asignados a los hijos. Aunque los hijos no siempre recibirán en su totalidad los $10,000 que le corresponderían al cónyuge sobreviviente, de no existir o no cualificar éste para dicha compensación.

e) Se autorizarán automáticamente pagos directos al beneficiario menor de edad que se emancipe por matrimonio o de otra forma. En caso de duda, se consultará al Departamento de Asuntos Legales.

f) Los hijos que no cualifiquen como beneficiarios por ser mayores de las edades indicadas en la Ley, tampoco podrán cualificar como dependientes primarios, por la misma razón.

2. Cónyuge

Cuando la esposa legal no cualificare como dependiente primaria, por estar viviendo separada de la víctima y no depender de ella para su sostenimiento, podrá cualificar como dependiente primaria la concubina de la víctima que cumpliere los requisitos indicados en la ley.

C. Orden de Prioridades a Beneficios

1. Beneficios Primarios:

Solamente pueden tener derechos como beneficiarios primarios el cónyuge sobreviviente; o si éste hubiere muerto o no cualificare, los hijos que cualificaren; o en, su defecto, los padres de la víctima que cualificaren, cuando no hubieren los anteriores.

2. Beneficios Secundarios:

Los dependientes secundarios que cualifiquen tendrán derecho a compensación por muerte como tales beneficiarios, independientemente de si hubiere o no beneficiarios primarios, en un máximo de $1,000 cada uno; hasta un máximo de $5,000 dividido entre todos los beneficiarios secundarios por igual si hubiera más de cinco (5) dependientes secundarios cualificados.

D. Incapacidad

La incapacidad a que se refiere la Ley, en cuanto a dependientes de la víctima, debe ser física o mental, y total y permanente, o, por lo menos, de duración indefinida, y que impida a dichos dependientes obtener su subsistencia con su trabajo.

La incapacidad para procurarse el sustento debe ser determinada tomando en consideración la edad, sexo y preparación.

Regla 11

DESMEMBRAMIENTO

A. Excepto en el caso pérdida de la visión, no se considerará como pérdida, para fines de la compensación por desmembramiento, aquélla que sea solamente funcional y en la que no haya desmembramiento por pérdida anatómica (amputación y/o separación entre el cuerpo y el miembro afectado).

B. Se considerará que hay pérdida de una mano o de un pie cuando haya pérdida del dedo pulgar de la mano o del "dedo gordo" del pie, o de tres dedos o más de dichas extremidades y de la mayor parte de la palma de la mano, o de la planta del pie, respectivamente, o cuando además de la pérdida de los dedos, haya anquilosis total de la muñeca, en el caso de la mano, o del tobillo, en el caso del pie.

Regla 12

OTRAS FUENTES O SEGUROS

A. Reembolso de otras Fuentes o Seguros a la Administración

Las otras fuentes o seguros a que se refiere la Ley, que vienen obligados a efectuar pagos por servicios médico-quirúrgicos y de hospitalización, deberán, antes de satisfacer el pago correspondiente, investigar si la Administración tiene derecho a que se le reembolsen los beneficios pagados por ella a la víctima.

B. Indemnización

Si en tales casos, estas otras fuentes o seguros obligados a satisfacer el pago lo realizaren sin tener en cuenta los intereses de la Administración, ésta tendrá derecho a que la otra fuente o aseguradora le indemnice por la pérdida así sufrida.

C. Beneficios Fondo del Seguro del Estado; Seguro Choferil; etc.

La Administración no se negará a aceptar ninguna reclamación por razón de que el accidente informado pueda constituir un accidente del trabajo. Cuando se identifique esta posibilidad, luego de llenarse el Informe de Accidente correspondiente y asignarse un número de reclamación de A.C.A.A., se referirá al lesionado, con copia de dicho informe, del formulario sobre informe patronal del F.S.E. y de cualquier otro documento relacionado, al dispensario de la región del Fondo donde reside el lesionado.

En el trámite de los casos entre ambas agencias éstas se atendrán al Convenio Cooperativo suscrito entre ellas, según enmendado.

Excepto en lo relativo al Convenio Cooperativo, lo anterior será aplicable a casos cubiertos por el Seguro Choferil.

Regla 13

FORMA DE PAGO

A. Pagos a Beneficiarios en casos de Muerte

Los pagos a beneficiarios en casos de muerte se efectuarán en pagos semanales que no excederán de $50 por unidad familiar. A falta de la unidad familiar, se pagará hasta un máximo de $25 semanales por persona. Cuando exista unidad familiar y haya beneficios que no pertenezcan a esa unidad familiar, se le pagará a cada unidad familiar hasta un máximo de $50 semanales y a los demás beneficiarios cantidades que no excederán de $25 semanales por persona.

B. Suspensión Temporera de Pago

En los siguientes casos la Administración podrá suspender temporeramente el pago de beneficios adjudicados, pendiente de cualquier investigación y nueva determinación que pudiera ser necesaria sobre los derechos adjudicados.

1. Cuando surja la posibilidad de que se estén haciendo pagos indebidos, excesivos, o no autorizados por la Ley.

2. Cuando surja una reclamación opuesta a la del beneficiario que afecte el derecho del beneficiario o la cuantía de la compensación adjudicada.

3. A la muerte del beneficiario o de la persona que administre los beneficios.

4. Al desconocer el paradero del beneficiario o de la persona que administre los beneficios.

5. Al renunciar un beneficiario a la compensación adjudicada.

6. Cuando la compensación adjudicada a un menor de edad o incapacitado mental sea usada por la persona que la administre en forma indebida que no sea en beneficio de dicho menor o incapacitado mental.

7. Al renunciar a su responsabilidad el administrador de beneficios adjudicados a menores de edad o incapacitados mentales.

8. Cuando surja prueba o indicación de que los beneficios adjudicados están sujetos a las deducciones que provee la Ley, o a reclamaciones o indemnización por parte de la Administración.

9. Cuando aparezca que los beneficios pudieron obtenerse a través del fraude o declaraciones falsas o erróneas.

10. En cualquier momento en que aparezca que los beneficios se adjudicaron a base de una decisión clara e indubitablemente errónea, sin base en la prueba o en la Ley, en la cual el error fuera obvio o manifiesto.

11. En cualquier otro caso en que la Administración considere que haya duda en cuanto a la propiedad y corrección del derecho, la cuantía adjudicada, o sobre la idoneidad o cualificación legal de la persona para recibir dichos pagos.

En tales casos, la Administración podrá terminar permanentemente los pagos correspondientes si la investigación corrobora las circunstancias por las que se suspendieron los pagos. Se emitirá la nueva decisión, resolución o determinación que corresponda de acuerdo con la prueba y se gestionará el recobro de cualquier compensación pagada en forma indebida, excesiva o incorrecta.

Las suspensiones automáticas de beneficios indicadas anteriormente no requerirán la concesión de audiencia previa a los beneficiarios. Tal audiencia será celebrada, si fuere solicitada, luego de la nueva decisión, resolución o determinación hecha después de la investigación.

C. Muerte de Beneficiario

1. Al morir el cónyuge beneficiario sin haber recibido todos los pagos de la compensación que se le adjudicara, el remanente no pagado de dicha compensación se distribuirá entre los menores

beneficiarios, aumentándoles la cantidad semanal de sus pagos por cantidad que recibía el cónyuge fallecido. Se distribuirá dicho remanente por partes iguales para cada menor. Cuando se estuvieren haciendo pagos de $50 semanales para varios menores en una unidad familiar, se continuará pagando dicha cantidad si dichos menores continúan residiendo juntos, y se pagará $25 semanales a cada menor que viviere separado, más la parte proporcional que le correspondiera, por partes iguales, del remanente impagado de la compensación del cónyuge fallecido, hasta un máximo de $50 semanales.

2. Al morir otros beneficiarios, los pagos semanales ya devengados serán adjudicados a sus dependientes, atendiéndose al grado de dependencia de cada uno, según se decida por la Administración de acuerdo con los hechos, siguiendo las mismas normas indicadas en la Regla anterior.

3. No se pagará cantidad alguna de las compensaciones adjudicadas a beneficiarios que, a su muerte, no hubieran recibido el total de las compensaciones adjudicadas, excepto según indicado en las Reglas anteriores.

Regla 14

LIQUIDACIÓN ACELERADA DE BENEFICIOS

A. Pagos Acelerados (Pagos Globales)

El Director Ejecutivo determinará, a su discreción, si deben concederse, en casos que considere extraordinarios, pagos semanales mayores de $50 o la liquidación parcial o total de beneficios, cuando se demuestre a su satisfacción que ello resultaría provechoso para los beneficiarios y no representaría peligro alguno de menoscabo a su bienestar futuro. Las decisiones del Director Ejecutivo a este respecto no serán revocables ni apelables.

B. Solicitud

La solicitud de pago a la que se refiere este Reglamento deberá estar firmada por el beneficiario, o la misma víctima, en los casos que corresponda. En los casos en que los beneficiarios o la víctima fueren menores de edad, o incapacitados, la solicitud deberá estar firmada por su padre o madre con patria potestad, o su representante legal. Deberá describirse específicamente el propósito para el cual se solicita el pago extraordinario. Si el propósito es su inversión se deberá describir la transacción a realizarse tan detalladamente como sea posible. Además, se deberán incluir todos los datos, informes o comprobantes que la Administración determine que son necesarios para la consideración de la solicitud.

Un comité designado por el Director Ejecutivo, compuesto de tres miembros y de dos suplentes, investigará todo lo concerniente a las solicitudes

de pagos acelerados y hará las recomendaciones pertinentes al Director Ejecutivo. Si se determinare que los mismos habrán de resultar provechosos al beneficiario y de que no existe impedimento para así hacerlo el Director Ejecutivo dará su aprobación a la solicitud.

No se autorizarán pagos acelerados a beneficiarios menores de edad a través de padres que a la fecha de la adjudicación no fueren aptos para administrar los bienes de los menores.

No se efectuará el desembolso de la cantidad aprobada por el Director Ejecutivo hasta tanto los beneficiarios presenten a la Administración la autorización judicial para la inversión de los pagos autorizados bajo esta Regla en casos en que estén involucrados bienes de menores o incapacitados y se requiera tal autorización judicial bajo las leyes de Puerto Rico.

C. Tipos de Inversión a Considerarse

El Director Ejecutivo dará consideración, entre otras, a las siguientes solicitudes y tipo de inversión:

1. Compra de Vivienda:

    a) Compra de Casas y Apartamientos. Las casas deberán estar localizadas en solar propio. Por excepción, se podrá autorizar dicha compra si se le demostrare a la Administración que existen garantías suficientes de advenir propietario del solar y de que no adquirir en

ese momento redundaría en claro perjuicio para el solicitante.

b) Compra de opciones de casas y apartamientos con primeras hipotecas.

c) Compra de casas en solares propiedad del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y, en solares cedidos en usufructo por alguna agencia gubernamental o municipio o en arrendamiento.

d) Construcciones, ampliaciones o mejoras a la casa o vivienda de la víctima o sus beneficiarios que representen una necesidad, una seguridad o un incremento significativo en el valor de la propiedad.

2. Compra de Inmuebles:

Compra de solares o fincas que constituyan una inversión provechosa, y que no tenga visos de una mera especulación con el precio del terreno para fines de obtener una ganancia rápida.

3. Negocios:

Compra de negocio que represente una inversión provechosa y que no constituya un riesgo para el beneficiario.

4. Inversiones Secundarias:

   a) La compra de animales, implementos agrícolas o cualquier otra inversión que se justifique llevar a cabo a fincas de la víctima o sus beneficiarios.

   b) Para el arrendamiento de negocios productivos.

   c) Para pagar gravámenes que recaigan sobre propiedad productiva o sobre la vivienda de la víctima o sus beneficiarios.

   d) Para efectuar pagos que pongan al beneficiario en mejor posición de obtener otro tipo de beneficio o sustancial.

D. Documentación

Cuando el pago extraordinario se solicita para la compra de propiedad, ya sea mueble o inmueble, se deberá acompañar la siguiente documentación:

1. En caso de solicitudes de beneficiarios menores de edad, o personas legalmente incapacitadas, para la compra de bienes inmuebles, se requerirá la escritura de la propiedad registrada, más una certificación del Registrador de la Propiedad sobre las cargas que graven al inmueble. En caso que no involucren menores de edad o personas legalmente incapacitadas, el certificado de inscripción puede ser requerido a discreción de la Administración.

2. En los casos de compra de una propiedad, cedida en usufructo por alguna agencia gubernamental o municipio, deberá traerse una certificación de la agencia o municipio que haya cedido el usufructo, consintiendo en la compraventa.
3. Recibo de pago de contribuciones o carta de exención.
4. Si se tratase de un inmueble sujeto a hipoteca o cualquier otro gravamen en garantía de una deuda, se deberá suministrar una certificación sobre el balance pendiente de pago.
5. Si el inmueble se hallare afecto por algún proyecto gubernamental, se deberá someter una certificación de la Junta de Planificación y de la agencia gubernamental correspondiente.
6. Se requerirá, además, cuando ello fuera aplicable, Declaratoria de Herederos, dispensa de planificación, expediente de dominio y/o cualquier otro documento necesario para su aprobación.

En los casos de compra de un inmueble para beneficiarios menores de edad o personas legalmente incapacitadas, es requisito indispensable que el título se inscriba. Este requisito no será necesario en las propiedades en común pro-indiviso, en cuyo caso

será suficiente el consentimiento de todos los condómines. En aquellos casos en que no se pueda inscribir, se deberá tramitar, en primer término, el expediente del dominio correspondiente.

7. Cuando no aparezca inscrita una edificación o mejora como parte de un inmueble será necesario otorgar una Acta de Edificación.

8. En los casos en que el edificio donde radicare un negocio no le pertenezca al vendedor se deberá acompañar un contrato de arrendamiento inscrito en el Registro de la Propiedad y, además, un escrito del propietario donde exprese que no tiene objeción a la venta y que se comprometa a renovar el contrato por un término no menor que el original. Además, el peticionario deberá acompañar un resumen de su experiencia y capacidad para operar un negocio.

    a) Si fuere un negocio establecido deberá someter un estado de ganancias y pérdidas, estado de situación, una relación de los vencimientos de las deudas pendientes y la aprobación por escrito por parte de todos los acreedores del negocio.

    b) Edificaciones, reparaciones y ampliación de propiedades.

1) Escritura, a favor del peticionario, donde se acredite su título de dueño o usufructuario de la propiedad objeto de la inversión.

2) Tres estimados de gastos incluyendo los gastos de mano de obra y materiales.

3) Permiso de construcción por el Negociado de Permisos de la Junta de Planificación si la construcción o mejora así lo requiere.

4) Luego de aprobada la inversión propuesta, será necesario obtener una póliza de seguro contra accidentes de trabajo a fin de que la Administración efectúe el desembolso correspondiente.

E. Procedimiento General

1. Toda solicitud se tramitará e investigará tan detalladamente como fuere posible, de manera que su concesión o denegación quede sustanciada ampliamente por la investigación.

2. Las escrituras a otorgarse serán sometidas previamente a los abogados de la Administración, para su revisión.

4. El Comité y el Director Ejecutivo, o su representante, podrán citar a las personas que estimen necesarias, durante el curso de la investigación, para poder tomar una decisión justa y razonable.

Regla 15

RECOBROS

A. En casos en que la Administración tenga derecho a recobro por servicios médico-quirúrgicos o de hospitalización, o por otros beneficios pagados, o tenga derecho a indemnización, por la persona responsable del accidente, se harán las gestiones administrativas usuales de recobro, pero no se demandará judicialmente, en los siguientes casos:

1. Casos en que la cantidad envuelta sea menor de $500 y la investigación hecha y las gestiones de cobro realizadas demuestren que son casos difíciles de recobrar.
2. Cuando la cantidad envuelta sea de $500 o más, cuando la investigación demuestre que las personas responsables de la deuda o indemnización sean insolventes y una sentencia a favor de la agencia resultaría académica.

   En estos casos la persona deberá evidenciar la insolvencia mediante certificaciones de los distintos programas de asistencia económica que reciba. Además, de ameritarlo el

caso, se solicitará un estado de ingresos y egresos que evidencien la insolvencia.

3. Cuando se desconozca el paradero del deudor o responsable de indemnizar, y no hayan propiedades ejecutables en Puerto Rico.

Dichas deudas, sin embargo, se mantendrán en los libros de la Administración, aunque en estado inactivo, proveyéndose para un seguimiento razonable.

B. Prohibición de Enajenar

La prohibición contra la cesión, venta, transferencia, embargo o confiscación de los beneficios pagaderos bajo la Ley, no rige en cuanto a deudas con la Administración, ni en cuanto a pagos indebidos hechos por ésta, en cuyos casos subsiste la responsabilidad legal prevaleciente de salvaguardar fondos públicos.

C. Cobro de lo Indebido

La Administración podrá resarcirse de cualquier pago indebido a un beneficiario descontando la cantidad de tal pago indebido de cualquier otro beneficio a que tuviere derecho dicho beneficiario, bajo la Ley.

Regla 16

INSPECCIÓN Y COPIA DE DOCUMENTOS DE LOS EXPEDIENTES DE LA ADMINISTRACIÓN

A. Naturaleza Confidencial de la Investigación

La información obtenida por la Administración o por sus empleados debidamente autorizados en el curso de las investigaciones practicadas en el ejercicio de las facultades concedidas en la Ley serán de carácter privilegiado y confidencial y sólo podrá ser divulgada mediante la autorización del Director Ejecutivo o del funcionario en quién él delegare. No se proveerá dicha información a personas que no fueran los propios reclamantes, u otras personas expresamente autorizados por éstos ni se permitirá su inspección o copia sin dicha autorización. Lo anterior no es aplicable a los reclamantes, quienes siempre tendrán derecho a conocer la prueba considerada con respecto a reclamaciones propias, ni a casos donde medie una orden de un tribunal competente.

B. Solicitud de Información

Toda solicitud de la información indicada en el párrafo anterior o su copia o Inspección, deberá indicar específicamente la información o documento deseado, y el fin para el cual ha de utilizarse, y deberá acompañarse de una autorización de las víctimas o reclamantes, o ambos, a quienes se refiera tal información o documento. La Administración podrá negarse a proveer copias de informes de la Policía Estatal, de récords de hospitalización, u otros documentos

de los cuales la Administración solamente tenga copia; debiendo solicitarse la copia de dichos documentos de su fuente original.

C. Discreción del Director Ejecutivo

El Director Ejecutivo podrá negarse a divulgar, o permitir la inspección o copia de la información indicada en el primer párrafo de esta Regla si a su juicio la información deseada fuera de tal naturaleza que violara la protección de confidencialidad en que descansarán los informantes al proveerla a la Administración o resultaren en perjuicio de otras personas, o violaren la confidencialidad entre médico y paciente, o no se solicitare de buena fe para un fin legítimo y necesario, o pudiere utilizarse para establecer reclamaciones contra los informantes u otras personas, y en todo otro caso en que, a su juicio, no se estableciere una necesidad legítima y legal de tal naturaleza que deba prevalecer sobre el carácter privilegiado de dicha información.

D. Notificación de Tribunales

Cuando se entienda que una orden judicial vulnera particularmente el Principio de confidencialidad, se advertirá a los Tribunales, bien directamente o a través de la Oficina Central de la Administración, sobre la confidencialidad de los documentos y expedientes de reclamación de la Administración dispuestos por la Ley y de los requisitos impuestos por estas Reglas, y no se entregarán copias de los records ni se permitirá su inspección sin la autorización del Director Ejecutivo, o de la persona en quien él delegare, hasta tanto el Tribunal resuelva sobre la objeción presentada.

El mismo procedimiento se utilizará en cuanto a citaciones para prestar deposición en cuanto a dichos récords en casos similares.

En caso de ordenarse por el Tribunal la comparecencia de un empleado o funcionario de la Administración con un expediente de reclamación, se acatará dicha orden, pero deberá advertirse al Tribunal, antes de entregar dicho expediente, sobre la disposición legal y los requisitos reglamentarios mencionados anteriormente. De haber tiempo disponible antes de la fecha de la comparecencia ordenada, se remitirá a la Oficina Central la orden del Tribunal para radicarse la objeción pertinente a dicha orden.

E. Inspección y Copia por Reclamantes y Abogados

Los reclamantes podrán inspeccionar sus expedientes de reclamación, personalmente o a través de sus abogados, y podrán obtener copia de los documentos en dichos expedientes, excepto de comunicaciones internas de la Administración que no constituyan evidencia sobre las reclamaciones, previo el pago de los derechos que se establecen en esta Regla.

F. Derecho a Cobrarse

La Administración podrá cobrar tarifas razonables para suministrar copia de documentos en sus expedientes de reclamación, en los casos en que proceda proveerlas según lo indicado anteriormente. Solamente se entregará copia de documentos específicos, y no del expediente completo, a menos que tal cosa se justifique cabalmente.

Derechos a Cobrarse

Por copias fotostáticas cada página	.25
Por certificación	.50
Por búsqueda, por hora	
(mínimo, media hora)	6.00
Por cumplimiento de citaciones judiciales	
de comparecencia con el expediente	20.00 por día

DEROGACIÓN

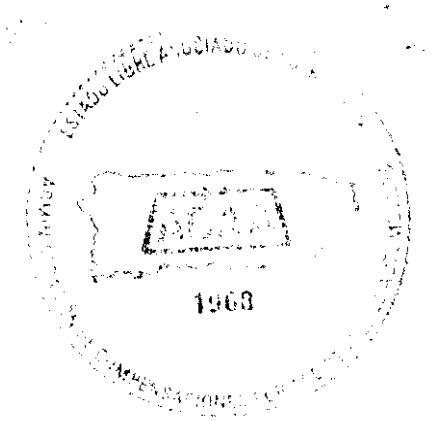
El presente Reglamento sustituye y deroga el Reglamento anterior de la Ley Núm. 138 de 26 de junio de 1968, Reglamento 4821 del 12 de noviembre de 1992 y su enmienda número 5325 del 7 de noviembre de 1995.

VIGENCIA

Este reglamento tendrá vigencia treinta (30) días después de su aprobación y registro en el Departamento de Estado.

Nada de lo contenido en el presente reglamento puede invalidar los derechos adquiridos por las disposiciones legales y reglamentarias anteriores a la vigencia de este reglamento.

APROBADO POR LA JUNTA DE DIRECTORES el día 23 de septiembre de 2004.



SALVADOR CALAF LEGRAND
Secretario

EUNICE AMARO GARAY
Directora Ejecutiva