



**Gobierno de Puerto Rico
Administración de Seguros de Salud**

Número: 9068
Fecha: **25 DE FEBRERO DE 2019**
Aprobado: Hon. Luis G. Rivera Marín
Secretario de Estado

A handwritten signature in black ink, appearing to be "F. Vega Fournier".

Lcdo. Felix Vega Fournier
Secretario Auxiliar
Departamento de Estado
Gobierno de Puerto Rico

**REGLAMENTO GENERAL DE LA ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE
PUERTO RICO**



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
ARTÍCULO 1 – TÍTULO, APLICABILIDAD Y PRÓPOSITO DEL REGLAMENTO	4
ARTÍCULO 2 – BASE LEGAL	4
ARTÍCULO 3 – DEFINICIONES	4
ARTÍCULO 4 – DISPOSICIONES GENERALES	13
ARTÍCULO 5 – LEYES, NORMAS Y REGLAMENTOS APLICABLES	13
ARTÍCULO 6 – ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD	14
ARTÍCULO 7 – PRIMAS, DEDUCIBLES Y COPAGOS	20
ARTÍCULO 8 – BENEFICIARIOS	20
ARTÍCULO 9 – TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN	23
ARTÍCULO 10 – ASEGURADORAS Y OSS	24
ARTÍCULO 11 – EVALUACIÓN DE ASEGURADORAS Y OSS	32
ARTÍCULO 12 – RED DE PROVEEDORES	33
ARTÍCULO 14 – INFORMES	35
ARTÍCULO 15 – SISTEMA DE QUEJAS, APELACIONES Y SANCIONES DE LA ADMINISTRACIÓN	36
ARTÍCULO 16 – CLÁUSULA DEROGATORIA	39
ARTÍCULO 17 – SEPARABILIDAD	39
ARTÍCULO 18 – VIGENCIA	39

INTRODUCCIÓN

La Ley Núm. 72-1993, según enmendada, creó la Administración de Seguros de Salud (en adelante, "ASES" o la "Administración") con el propósito primordial de implantar, administrar y negociar, mediante contratos con aseguradores y/u organizaciones de servicios de salud, un sistema de seguros de salud que le permitiera, a la población médico-indigente de Puerto Rico, recibir cuidados médico-hospitalarios de calidad. Estos esfuerzos buscaron hacer justicia a los sectores más desventajados garantizándoles el acceso a cuidados de salud de calidad, independiente de su condición económica y capacidad de pago.

Con esta aspiración, el Estado le ha conferido a la Administración facultad para negociar y contratar con aseguradores y otras organizaciones para brindar los servicios médico-hospitalarios del Plan de Salud del Gobierno (en adelante, "PSG", por sus siglas). Para ello, la Ley Núm. 72 le permite a la Administración establecer los mecanismos necesarios para, además, supervisar los servicios ofrecidos bajo el PSG, fiscalizar y asegurar que estos sean provistos de forma eficiente y acorde con las mejores prácticas administrativas y médicas. El modelo de servicios adoptado por la Administración y aprobado por el Gobierno Federal está enfocado en ofrecer servicios de salud integrada, tanto en su modalidad física como mental. Además, el modelo promovido por ASES da un énfasis especial a la salud preventiva dirigida a estilos de vida saludables, vacunación de niños y personas de edad avanzada, control de abuso de alcohol y de sustancias ilícitas, detección temprana de VIH/SIDA y cuidados prenatales de los niños y madres. Por otro lado, el Plan de Reorganización Núm. Tres (3) de 29 de julio de 2010, autoriza, faculta y transfiere los poderes a ASES para administrar, negociar, contratar y gestionar los beneficios de salud para los retirados y empleados públicos conforme a la Ley Núm. 95 del 1963 y su Reglamento.

Este reglamento se promulga en virtud de la facultad conferida por la Ley Núm. 72 y la Ley Núm. 95 a ASES, para dar un marco reglamentario a las diferentes funciones que debe ejercer. Esto representa un avance en la sana administración de la Administración y constituye la primera revisión reglamentaria desde la puesta en vigor, por primera vez en Puerto Rico, de la Reforma de Salud de los años noventa. Así también, este Reglamento sirve como un instrumento educativo para los beneficiarios del PSG, ya que instruye sobre los mecanismos disponibles para impugnar decisiones de las aseguradoras u organizaciones contratadas que se entiendan injustas o erróneas. De igual forma, el Reglamento deja pautada, de forma clara, las obligaciones y responsabilidades de las aseguradoras y demás organizaciones contratadas para brindar los servicios de salud, así como las de sus proveedores y subcontratistas.

ARTÍCULO 1 – TÍTULO, APLICABILIDAD Y PROPÓSITO DEL REGLAMENTO:

- A. **TÍTULO:** Este documento se conocerá como el “Reglamento General de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico” (en adelante, el “Reglamento”). El título abreviado de este reglamento es el “Reglamento General de ASES”.
- B. **APLICABILIDAD:** Este Reglamento será de aplicación a todas las Aseguradoras y OSS (Organizaciones de Servicios de Salud) proveedores de servicios, manejadores de beneficios de farmacia, los beneficiarios de los seguros y servicios de salud del Estado y cualquier organización intermediaria contratada por las Aseguradoras y las OSS.
- C. **PROPÓSITO DEL REGLAMENTO:** El propósito de este Reglamento es establecer procedimientos justos, uniformes y eficientes que gobiernen todo lo correspondiente a los seguros y servicios de salud del Estado. Esto incluye lo concerniente a la contratación, auditoría y evaluación de los servicios ofrecidos por las Aseguradoras y OSS contratadas por ASES para ofrecer los servicios médico hospitalarios. De igual forma, a través de este Reglamento se establecerán los mecanismos administrativos que permitan atender quejas, impugnaciones y apelaciones de los beneficiarios e imponerle sanciones y multas a aquellas Aseguradoras y OSS que hayan incumplido con sus obligaciones contractuales. Finalmente, este Reglamento también establece las condiciones necesarias para cumplir con los requerimientos estatutarios y reglamentarios del gobierno federal.

ARTÍCULO 2 – BASE LEGAL:

Este Reglamento se emite al amparo de la Ley Núm. 72-1993, Ley de la Administración de Seguros de Salud (en adelante, la “Ley 72”) y de la Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Gobierno de Puerto Rico, Ley 38-2017 (en adelante, la “LPAU”) según enmendadas. Además, se enmarca en el marco legal establecido por el Título XIX de la Ley de Seguro Social de 1935, según enmendada (en adelante, la “Ley de Seguro Social”) y del programa de *Medicaid* and the *Children’s Health Insurance* (en adelante, “CHIP”, por sus siglas en inglés) y la Ley 95-1963.

ARTÍCULO 3 – DEFINICIONES:

- A. Los siguientes términos utilizados en este Reglamento tienen los significados establecidos a continuación, excepto cuando el contexto claramente indique un significado diferente.

1. ACCESO: Disponibilidad adecuada de todos los servicios de cuidado de salud requeridos y que se contemplan en el modelo del plan de seguro de salud contratado.
2. ADMINISTRACIÓN o ASES: Administración de Seguros de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
3. AFILIADO: Beneficiario que se suscribe a una de las Aseguradoras u OSS para que esta le provea servicios médico-hospitalarios.
4. APELACIÓN: Solicitud formal de una parte afectada para que se revise una decisión adversa.
5. ASEGURADOR: Entidad autorizada por el Comisionado de Seguros para hacer negocios de seguros de salud en Puerto Rico o creada mediante cualquier ley especial para estos fines.
6. ASOCIACIONES BONA FIDE: Organización constituida con el propósito de que sus asociados y miembros puedan obtener un seguro de salud o plan médico en cumplimiento con todos los criterios establecidos en el Código de Seguros.
7. ASSMCA: Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción del Gobierno de Puerto Rico.
8. "AVERAGE WHOLESALE PRICE" o "AWP": El precio promedio al cual un medicamento de marca se encuentra disponible en el mercado en publicaciones de reconocimiento nacional y cuyo uso sea estándar en la industria.
9. BENEFICIARIO: Toda persona con derecho a recibir los beneficios provistos en los planes de seguro de salud contratados por virtud de la Ley Núm. 72-1993, según enmendada y que se ha suscrito al plan.
10. BENEFICIARIO DE DOBLE ELEGIBILIDAD: Individuo que es elegible para recibir los beneficios tanto del programa de Medicaid como Medicare.
11. CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID (*CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES*) o CMS: Instrumentalidad dentro del Departamento de Salud Federal encargada de los programas de Medicaid, Medicare y CHIPS.
12. CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD: Determinación realizada por el Programa Medicaid de Puerto Rico indicando que una persona es elegible para recibir servicios del PSG.

13. *CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM* o *CHIP*: Programa federal "*Children's Health Insurance Program*" establecido mediante el Título XXI de la Ley de Seguro Social.
14. **CIRUGÍA ELECTIVA**: Procedimiento quirúrgico, medicamento necesario, y recomendado por un médico-cirujano, el cual no requiere realizarse inmediatamente por no conllevar riesgo inminente a la vida, daño permanente de un órgano vital o peligro de incapacidad permanente al beneficiario, por lo que puede programarse.
15. **COASEGURO**: Participación porcentual que tiene el asegurado de cada pérdida o porción del costo de recibir un servicio.
16. **COBERTURA BÁSICA**: Conjunto de servicios médico-hospitalarios físicos y mentales en el PSG para todos los beneficiarios.
17. **COMISIONADO**: Titular a cargo de la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico.
18. **CONTRATO DE SEGURO**: La relación contractual entre la Administración y las Aseguradoras y OSS públicas o privadas, u otra entidad contratada bajo algún modelo de plan de seguro de salud.
19. **CREDENCIALIZACIÓN**: Proceso mediante el cual una Aseguradora, OSS o manejador de beneficios de farmacia determina que un proveedor está calificado para proveer un servicio de salud específico.
20. **CUBIERTA DE BENEFICIOS DE SALUD**: Todos los beneficios incluidos en un plan de beneficios de salud.
21. **CUIDADO DIRIGIDO (*CARE MANAGEMENT* o *MANAGED CARE*)**: Función administrativa compuesta de una serie de pasos o etapas centradas en el beneficiario con necesidades intensivas o de alto riesgo para asegurar que este recibe los servicios necesarios de forma efectiva, eficiente, oportuna y costo-efectiva.
22. **CUIDADO PRIMARIO**: Todos los servicios de atención médica y laboratorio proporcionados por un médico general, médico de familia, médico de cabecera, obstetra / ginecólogo, pediatra u otro profesional con licencia autorizado por la Administración, en la medida en que el suministro de dichos servicios esté legalmente autorizado.
23. **DEDUCIBLE**: Cantidad fija y predeterminada que el beneficiario tiene que pagar al proveedor como su aportación al costo de los beneficios que recibe.

24. **DEPARTAMENTO:** Departamento de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
25. **DESAFILIACIÓN:** Terminación de la suscripción de un beneficiario con determinado Asegurador u OSS.
26. **DETERMINACIÓN ADVERSA SOBRE BENEFICIO:** La denegación o autorización limitada de un servicio solicitado, incluyendo la duración, el tipo o nivel de servicio; la reducción, suspensión o finalización de un servicio previamente autorizado, los requisitos de adecuación de la necesidad médica, el establecimiento o la efectividad de un beneficio cubierto; la denegación, total o parcial, del pago de un servicio (incluso en circunstancias en las que un beneficiario está obligado a pagar un servicio); la falta de prestación de servicios de manera oportuna (dentro de los plazos establecidos en este Contrato o establecidos por la Administración); el hecho de que el Contratista no haya actuado dentro de los plazos estipulados en 42 CFR 438.408 (b); o la denegación de la solicitud de un beneficiario para disputar un pasivo financiero, incluidos los costos compartidos, los copagos, las primas, los deducibles, el coaseguro y otros pasivos financieros del beneficiario. Cuando se trate de residentes de áreas rurales, según definido en 42 CFR 438.52, la denegación de la solicitud de un beneficiario para ejercer su derecho de obtener servicios fuera de la red.
27. **DROGA o MEDICAMENTO:** una medicina o sustancia aprobada o regulada por la Administración de Drogas y Alimentos Federal (FDA, por sus siglas en inglés), que se le ha aprobado su mercadeo y cuyo suministro y despacho (por orden escrita de un médico licenciado) es regulada por las leyes de Puerto Rico y/o Estados Unidos.
28. **EMERGENCIA MÉDICA/NECESIDAD IMPERIOSA:** Una condición médica súbita e imprevista que requiere atención médica inmediata para atender un riesgo inminente a la vida, daño permanente de un órgano vital o peligro de incapacidad permanente.
29. **EVALUACIÓN:** Revisión realizada por la Administración para determinar el nivel de cumplimiento de una Aseguradora, OSS, manejador de beneficios de farmacia o alguno de sus proveedores con las obligaciones pactadas como parte de los servicios de salud física y mental del PSG. Esto incluye aquellas realizadas para determinar su nivel de preparación para comenzar a brindar servicios a sus beneficiarios como aquellas realizadas periódicamente, no anunciadas o como producto de alguna auditoría, inspección o de otra índole según establecido por la Administración.
30. **EXPEDIENTE MÉDICO o RÉCORD MÉDICO:** Significa la compilación longitudinal y cronológica compuesta por información demográfica y de salud física y/o mental conductual del beneficiario, historial de salud familiar, de ser requerido y/o provisto por el beneficiario, el cual es

cumplimentado, documentado y custodiado por el proveedor de servicios de salud y originado y registrado electrónicamente, en formato papel o ambos medios. Este expediente comprende, pero no se limita, al historial de salud, diagnósticos, historial de medicamentos, alergias, notas de progreso realizadas por el proveedor de cuidados de salud, tratamientos, resultados de pruebas diagnósticas del tipo ordenado (laboratorio clínico, radiografías, pruebas o exámenes nucleares, imágenes, sonidos, entre otras) y puede incluir impresiones dentales. El término descrito en este inciso aplica, además, al expediente que genere un proveedor en el curso de proveer servicios de cuidado de la salud y que está sujeto a la protección de privacidad, confidencialidad y seguridad en virtud de regulaciones federales y estatales

31. FACILIDADES DE SALUD: Aquellas definidas en la Ley Núm.101 de 20 de junio de 1905, según enmendada. Estas incluyen, de forma no taxativa, hospitales, laboratorios, centros de servicios ambulatorios, y otras facilidades en las que se proveen servicios de salud física mental a beneficiarios del PSG, Medicaid, Medicare o CHIPS.
32. FACILIDADES MÉDICO-HOSPITALARIAS: Lugar en el que se le proveen servicios de salud física y mental a beneficiarios y que alberga al menos dos (2) proveedores.
33. FACILIDADES MÉDICO-HOSPITALARIAS ESTATALES: Facilidades médico-hospitalarias que pertenecen al Gobierno o a algún municipio.
34. FARMACÉUTICO: Toda persona debidamente autorizada para ejercer la profesión de farmacia en Puerto Rico de acuerdo con la Ley Núm. 247-2004, según enmendada, conocida como "Ley de Farmacia de Puerto Rico".
35. FARMACIA: Establecimiento de servicio de salud ubicado físicamente en la jurisdicción de Puerto Rico, autorizado y registrado de conformidad con las disposiciones de ley, para dedicarse a la prestación de servicios farmacéuticos.
36. FRAUDE: Un engaño intencional realizado con el conocimiento de que podría resultar en algún beneficio no autorizado o ganancia financiera. Incluye cualquier acto u omisión que constituya fraude según las leyes estatales y federales aplicables.
37. GRUPO MÉDICO PRIMARIO o GMP: Grupo o asociación de médicos de atención primaria y otros proveedores, organizados para brindar servicios médico-hospitalarios a los beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno.

38. **INSCRIPCIÓN:** Proceso mediante el cual un beneficiario se suscribe a un plan de servicios médico-hospitalarios de un Asegurador.
39. **JUNTA DE DIRECTORES:** Junta de Directores de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.
40. **COSTO MÁXIMO PERMITIDO (“MAXIMUM ALLOWABLE COST”) o “MAC”:** el precio máximo que un manejador de beneficios de farmacia o asegurador pagará a una Farmacia por medicamentos genéricos.
41. **MEDICAID:** Programa conjunto de asistencia médica estatal y federal conforme al Título XIX de la Ley de Seguro Social.
42. **MEDICARE:** Programa federal de asistencia médica a: personas de sesenta y cinco (65) años o más de edad conforme al Título XVIII de la Ley de Seguro Social; algunas personas con discapacidades y; personas en la etapa final de una enfermedad renal.
43. **MÉDICO:** Doctor en medicina legalmente autorizado para practicar medicina y cirugía en Puerto Rico.
44. **MÉDICO DE APOYO:** Profesional proveedor participante que provee servicios complementarios y de apoyo a los médicos primarios. Para obtener beneficios de éstos, el beneficiario deberá ser referido por el médico primario. Se considerarán médicos de apoyo los siguientes: cardiólogos, endocrinólogos, neurólogos, psiquiatras, oftalmólogos, radiólogos nefrólogos, fisiatras, ortopedas, cirujano general y demás médicos no comprendidos en la definición de médico primario.
45. **MÉDICO PRIMARIO:** Profesional proveedor participante que evalúa y da tratamiento inicialmente a los beneficiarios. Es responsable de determinar los servicios que precisa el beneficiario, proveer continuidad, referir a los beneficiarios a servicios especializados. Se consideran médicos primarios (*Primary Physicians*) los siguientes: médicos generalistas, médicos internistas, médicos de familia, pediatras, ginecólogos y obstetras.
46. **OFICIAL DE ENLACE:** Oficial o personal de la Administración designado por esta para servir de facilitador y coordinador con algún contratista bajo el PSG de forma general o en cuanto a algún área específica.
47. **OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS:** Entidad que regula las aseguradoras y organizaciones de servicios de salud en Puerto Rico.
48. **ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD u OSS:** Son grupos médico-primarios, grupos médicos de apoyo, y grupos de proveedores

primarios que cumplen los requerimientos de contratación establecidos por la Administración para ofrecer servicios de salud a través de un modelo de servicios de salud física y mental. Se incluye bajo esta definición a las organizaciones de Servicios de Salud, según definidas en la Ley Núm. 113 de 2 de junio de 1976, según enmendada, conocida como "Ley de Organizaciones de Servicios de Salud", incorporada en el Código de Seguros de Puerto Rico, Art. 19.020 et. seq, (26 L.P.R.A. § 1902).

49. *PAGO PER CAPITA (CAPITATION)*: Aquella parte de la prima pagada a las Aseguradoras y OSS por cada beneficiario para que estos, a su vez, paguen a sus proveedores por concepto de los servicios médico-hospitalarios brindados a los beneficiarios. También está recogido dentro de este término el pago fijo que la Administración realiza a favor de los proveedores por cada beneficiario.
50. *PATRONO DE PEQUEÑA Y MEDIANA EMPRESA o PYMES*: Toda persona, firma, corporación, sociedad, asociación, con o sin fines de lucro, que haya empleado durante al menos el cincuenta (50) por ciento de sus días laborables del año natural anterior, al menos dos (2), pero no más de cincuenta (50) empleados elegibles.
51. *PERIODO ANUAL DE LIBRE INSCRIPCIÓN*: Periodo anual durante el cual los beneficiarios elegibles del PSG pueden afiliarse a una Aseguradora y OSS.
52. *PLAN DE ACCIÓN CORRECTIVA*: Plan detallado que la Administración le requiere a un Asegurador u OSS u otra entidad contratada bajo el Plan de Salud de Gobierno o bajo las disposiciones de la Ley 95-1963, o proveedor de servicios de salud, al que se le ha señalado una deficiencia o falla identificada mediante algún proceso de auditoría, inspección o evaluación.
53. *PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO o PSG*: Plan de servicios médico-hospitalarios para personas indigentes que incluye los beneficiarios elegibles bajo los programas federales de Medicaid, Medicare y CHIPS.
54. *PREAUTORIZACIÓN*: Documento escrito mediante el cual las Aseguradoras y OSS autorizan al beneficiario para obtener un beneficio y sin el cual no se le ofrecerá el servicio solicitado.
55. *PRIMA*: Remuneración que la Administración se obligó a pagar a las Aseguradoras y OSS por asumir el riesgo de brindar los servicios acordados al suscribir un contrato de seguro de salud.
56. *PROVEEDOR*: Persona natural o facilidad autorizada bajo las leyes del Gobierno de Puerto Rico a ofrecer servicios de cuidado de salud.

57. **PROVEDOR DE PYMES o PROVEEDOR DE ASOCIACIONES BONA FIDES:** Toda entidad autorizada por el Comisionado para ofrecer planes médicos a los empleados elegibles de una PYMES o a los miembros de una asociación bona fide, a tenor con las disposiciones de la Ley Núm. 43-2018.
58. **PROVEEDOR PREFERENTE:** Todos los proveedores de servicios de cuidado de salud contratados por las Aseguradoras para proveer servicios de cuidado de salud a los beneficiarios representados por la Administración y que pertenecen a la Red de Proveedores Preferentes.
59. **PROVEEDORES PARTICIPANTES DE APOYO:** Proveedores de servicios de cuidado de salud que son necesarios para proveer servicios complementarios y de apoyo a los Médicos Primarios Seleccionados. Para obtener beneficios de estos proveedores, el beneficiario deberá ser referido por el Médico Primario Seleccionado.
60. **QUEJA o AGRAVIO:** Declaración de insatisfacción con cualquier asunto o servicio que realiza un beneficiario o proveedor y que no constituya "Determinación Adversa en Cuanto algún Beneficio" según definido en este Reglamento.
61. **COPAGO:** un pago que debe realizar el beneficiario a un proveedor como parte de una obligación compartida con el Asegurador para costear un servicio específico; y que es predeterminado por la Administración.
62. **RECERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD:** Proceso realizado por el Programa de Medicaid de Puerto Rico en el cual se determina que una persona es nuevamente elegible para recibir los beneficios del PSG.
63. **RED GENERAL DE PROVEEDORES o RED GENERAL:** Totalidad de proveedores que mantienen contratos para proveer servicios con un Asegurador u OSS y que no pertenecen al grupo de Proveedores Preferentes de este.
64. **RED PREFERIDA DE PROVEEDORES o RED PREFERENTE:** Un grupo de proveedores a los que los beneficiarios pueden acceder sin necesitar un referido de su Médico Primario o una autorización previa; y que brinda servicios a los beneficiarios sin imponer copagos o deducibles a los beneficiarios de Medicaid o CHIP.
65. **REPRESENTANTE AUTORIZADO:** Persona a quien el beneficiario le confirió una autorización escrita para que tome decisiones concernientes a su salud (del beneficiario).

66. SALUD MENTAL: Para propósitos de este Reglamento, es un término general que recoge las diversas condiciones de salud mental que podría tener una persona, incluyendo: condiciones psiquiátricas, desórdenes mentales y emocionales, abuso de sustancias, adicciones y dependencias químicas.
67. SECRETARIO: Oficial o titular a cargo de la dirección del Departamento de Salud.
68. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS: Los servicios profesionales, incluyendo laboratorio, radiología, terapia física y terapia respiratoria, que se proporcionan en combinación con otro tipo de atención médica u hospitalaria.
69. SERVICIOS DE EMERGENCIA: Cualquier servicio de salud física o mental proporcionado por un Proveedor calificado en una sala de emergencias, que es necesario para evaluar o estabilizar una condición física o psiquiátrica de emergencia.
70. SISTEMA DE QUEJAS Y APELACIONES: Mecanismo con el que las Aseguradoras, OSS y manejadores de beneficios de farmacia deben contar en su estructura administrativa para atender las quejas, apelaciones y reconsideraciones de sus beneficiarios o proveedores, garantizando el debido proceso de ley.
71. SISTEMA DE RÉCORDS ELECTRÓNICOS: Registro electrónico de información relacionada a la salud de un beneficiario que se crea, recopila y consulta por médicos y personal autorizados y certificados por *The Office of the National Coordinator's Authorized Testing and Certification Bodies* ("ONC-ATCBs").
72. SOLICITUD DE PROPUESTAS (REQUEST FOR PROPOSAL) o RFP: Procedimiento informal y flexible mediante el cual el Gobierno puede adquirir bienes y servicios, especializados o técnicos, mediante la publicación de una solicitud en la que se detalla la necesidad de servicios o bienes y los requisitos, factores y procedimientos para que toda parte interesada pueda someter una propuesta para satisfacer la necesidad; conforme a las regulaciones, leyes y jurisprudencia pertinentes.
73. SUBCONTRATISTA: Cualquier persona u organización que no es un proveedor de servicios médicos de alguna cubierta del PSG, que es subcontratada por un contratista principal para realizar cualquier función o servicio para satisfacer las obligaciones con el Gobierno, según pactadas en un contrato principal.

74. VISTA ADMINISTRATIVA: Audiencia celebrada en el foro administrativo ante un oficial autorizado por la Administración, conforme a los estatutos y regulaciones estatales y federales, en la que un Beneficiario, Aseguradora y/u OSS puede impugnar o apelar decisiones adversas o la imposición de multas y/o sanciones.

ARTÍCULO 4 – DISPOSICIONES GENERALES:

- A. Es un elemento esencial de política pública del Gobierno de Puerto Rico contar con un sistema integrado de servicios de salud médico-hospitalarios, tanto físicos como mentales, que haga énfasis en la prevención, la promoción de estilos de vida saludables y el ofrecimiento de servicios de cuidado de calidad.
- B. La Administración es la Agencia a la que la Ley Núm. 72 ha encargado deberes y responsabilidades en cuanto al ofrecimiento de servicios médicos bajo el Título XIX de la Ley de Seguro Social de 1935 (*Medicaid*), según enmendada, y bajo el Título XXI de la misma Ley (*Children's Health Insurance*) ("CHIP", por sus siglas en inglés).
- C. La Administración atiende una población variada bajo los programas de Medicaid, Medicare, CHIP, entre otros programas y proyectos especiales.
- D. El Artículo IV, sección 2(p) de la Ley Núm. 72 faculta a la Administración a aprobar, enmendar y derogar reglamentos para regir los asuntos y actividades de la Administración y para prescribir las reglas y normas necesarias para el cumplimiento de sus funciones y deberes, conforme a lo establecido en la LPAU.

ARTÍCULO 5 – LEYES, NORMAS Y REGLAMENTOS APLICABLES:

- A. Las siguientes leyes, normas y reglamentos, son pertinentes, de forma no taxativa, a ASES y el PSG:
 - 1. 34 CFR ("Code of Federal Regulation");
 - 2. OMB Omnicircular 2 CFR Parte 200 emitido por la Oficina de Gerencia y Presupuesto del Gobierno Federal (OMB, por sus siglas en inglés);
 - 3. Notificación Oficial de Subvención de Fondos Federales o "Grant Award Notification" (GAN);
 - 4. Constitución de Puerto Rico;
 - 5. Constitución de Estados Unidos;
 - 6. Ley Núm. 72-1993, Ley de la Administración de Seguros de Salud;
 - 7. Código de Seguros de Puerto Rico;
 - 8. Ley Núm. 43-2018;
 - 9. Ley Núm. 38-2017, "Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme";
 - 10. Ley Núm. 51-1996, "Ley de Servicios Integrales para Personas con Impedimentos", o cualquier ley que la sustituya;
 - 11. Ley de Seguro Social de 1935, según enmendada;

12. Ley Núm. 194-2000, también conocida como la *Carta de Derechos del Paciente*;
13. Ley Núm. 11-2011, según enmendada, Ley que crea la Oficina del Procurador del Paciente;
14. Ley Núm. 408-2000, Código de Salud Mental de Puerto Rico;
15. Ley HIPAA (*Health Insurance Portability and Accountability Act*) de 1996;
16. Health Information Technology for Economic and Clinical Health (“HITECH”) Act: Public Law 111-5 (2009);
17. Ley Núm. 95 de 29 de junio de 1963, según enmendada.

ARTÍCULO 6 – ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD

A. La Administración es responsable de las siguientes funciones mínimas:

1. Implantar planes de servicios médico-hospitalarios basados en seguros de salud;
2. Negociar y contratar con Aseguradoras y OSS, cubiertas de seguros médico-hospitalarios para los beneficiarios del PSG;
3. Negociar y contratar directamente con proveedores de servicios de salud, aquellos servicios de salud que la Administración estime convenientes, considerando la capacidad y estructura de éstas;
4. Negociar la compra de medicamentos, como también el manejo de los beneficios de farmacia con terceros, según las circunstancias lo requieran para la mejor administración de los fondos y/o servicios. Esto incluye, pero no se limita, a la compra de medicamentos de forma directa a manufactureros o proveedores únicos cuando dicha gestión repercuta en un mejor manejo de las finanzas y sea en bienestar del beneficiario, y la negociación y adjudicación de reembolsos del manufacturero, sujeto a las disposiciones estatales y federales pertinentes.
5. Mantener una División de Educación y Prevención Continua para la promoción, desarrollo, énfasis y fortalecimiento de actividades y adiestramientos a los proveedores participantes del Plan de Salud que implante y gestione la Administración;
6. Imponer multas administrativas, medidas correctivas y sanciones a cualquier Aseguradora, OSS, proveedor de servicios, administrador de beneficios de farmacia o cualquier otro subcontratista, que viole cualquier disposición de Ley o sus reglamentos concomitantes, instrucción, normas o directriz de la Administración o por la cual esta es responsable, así como que incumpla con cualquier obligación asumida en virtud de los contratos otorgados con la Administración en cumplimiento de las responsabilidades otorgadas a ésta por dichas leyes;

7. Administrar los contratos otorgados con Aseguradoras, OSS, manejador de beneficios de farmacia y/u otras entidades contratadas para ofrecer servicios a beneficiarios del Plan de Salud Gobierno y/o asegurar la prestación de servicios a estos.
8. Monitorear el rendimiento y desempeño de las Aseguradoras, OSS, manejador de beneficios de farmacia y/u otras entidades contratadas para ofrecer servicios a beneficiarios del Plan de Salud Gobierno y/o asegurar la prestación de servicios a estos;
9. Supervisar todos los aspectos operacionales de las Aseguradoras, OSS, manejador de beneficios de farmacia y/u otras entidades contratadas para ofrecer servicios a beneficiarios del Plan de Salud Gobierno y/o asegurar la prestación de servicios a estos;
10. Establecer un sistema informático electrónico seguro mediante el cual las Aseguradoras y OSS puedan someter los documentos requeridos por la Administración garantizando la confidencialidad de los expedientes y salvaguardando la privacidad de los beneficiarios.

B. MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS:

El PSG aspira a mantener un modelo centrado en el beneficiario que integre los servicios de salud física y mental y que ponga la prevención y la educación en salud como prioridad. A continuación, se enumeran los elementos que deben estar presentes en todo modelo de prestación de servicios adoptado para regir el PSG:

1. Modelo Reconocido por CMS:
 - i. Independientemente de cuál sea la estructura de administración escogida para la prestación de servicios médico-hospitalarios, este debe ser uno reconocido por CMS.
2. Carácter Integral de los Servicios:
 - i. El cuidado recibido por los beneficiarios debe incluir servicios integrados de salud física y mental.
3. Énfasis en la Prevención:
 - i. Es prioridad la prevención, por lo que se deben fortalecer las áreas de educación en salud y servicios relacionados.
4. Cuidado Primario:
 - i. El cuidado primario del beneficiario será responsabilidad de los Médicos Primarios. Como parte de sus responsabilidades, el Médico Primario debe proveer, coordinar y manejar todos los servicios del

beneficiario de forma oportuna y en estricto seguimiento de las guías, protocolos y prácticas generales de la profesión.

5. Participación y Competencia:
 - i. El modelo escogido debe estimular y fomentar la participación y competencia de entidades de salud para la administración de las regiones, de forma que repercuta en servicios de mayor calidad.
6. Libre selección:
 - i. Los beneficiarios podrán seleccionar su Grupo Médico Primario y su Médico Primario dentro de aquellos contratados por las Aseguradoras y OSS para conformar su Red de Proveedores.
7. Referidos:
 - i. Los beneficiarios no requerirán referidos de sus médicos primarios para recibir servicios de proveedores en la Red Preferente de Proveedores;
 - ii. Como regla general, el referido solo será requerido cuando el beneficiario escoja recibir servicios de un proveedor de la Red General de Proveedores;
 - iii. Los beneficiarios de cubiertas especiales no necesitarán referidos para recibir servicios según los términos y condiciones de dicha cubierta.
8. La Administración podrá establecer requisitos administrativos como referidos, y/o protocolos y guías médicas, uniformes para todas las Aseguradoras y OSS contratadas.
9. Proveedores:
 - i. Las Aseguradoras y OSS deben tener disponible dentro de sus redes de proveedores un número de médicos, especialistas y facilidades capaz de atender a sus beneficiarios de forma eficiente, sin afectar la calidad de los servicios y conforme a los estándares de ASES y CMS.
 - ii. De la Administración delegar la contratación de Farmacias a uno o varios manejadores de beneficios de farmacia, los manejadores de beneficios de farmacia deben tener disponible dentro de sus redes un número de Farmacias suficiente para atender a los beneficiarios de forma eficiente, sin afectar la calidad de los servicios y conforme a los estándares de ASES y CMS.
10. Servicios de Emergencia:

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

11. Programa de Control de Calidad Centralizado:

- i. Todo modelo de prestación debe contar y seguir medidas estrictas para asegurar la eficiencia y competencia de los servicios que reciben los beneficiarios. Esto conlleva un esfuerzo coordinado y sistemático para garantizar una sana administración y uso apropiado y eficiente del programa y sus fondos. Entre las medidas y mecanismos a incluirse para ello, se encuentran las siguientes:
 - a) Constatar que los procedimientos de credencialización de proveedores (*Credentialing*) que las Aseguradoras y OSS realizan, sea conforme a las guías, regulaciones y leyes federales y estatales aplicables;
 - b) Efectuar visitas e inspecciones periódicas a las facilidades donde se proveen servicios de salud del PSG;
 - c) Revisar los servicios ambulatorios y hospitalarios ofrecidos para identificar deficiencias;
 - d) Analizar los servicios pagados, de forma que se pueda constatar que se están estableciendo medidas para maximizar los fondos;
 - e) Establecer sistemas de preautorizaciones que eviten el abuso de servicios;
 - f) Recolectar información que permita identificar el nivel de satisfacción de los beneficiarios con los servicios recibidos;
 - g) Entre otras prácticas y medidas basadas en evidencia y data precisa.

12. Red de Proveedores:

- i. Las Aseguradoras y OSS contarán con una Red General de Proveedores y una Red Preferente.

13. Cumplimiento con el Plan Estatal:

- i. Independientemente de cuál sea el modelo de prestación de servicios administrativo escogido, este siempre deberá cumplir fielmente con las disposiciones establecidas en el Plan Estatal aprobado por el gobierno federal.

- C. Todos los modelos estarán reforzados por un sistema de educación en salud y prevención, con énfasis especial en estilo de vida, HIV/SIDA, drogadicción, y salud de la madre y el niño.

D. Cobertura de Beneficios:

1. De forma general y no exhaustiva, la cobertura del PSG garantiza los siguientes servicios bajo las condiciones contractuales con los aseguradores y de conformidad con las regulaciones y estatutos federales:
 - i. Preventivos;
 - ii. Pruebas de diagnóstico;
 - iii. Rehabilitación;
 - iv. Médico-Quirúrgicos;
 - v. Maternidad y Prenatales;
 - vi. Emergencia;
 - vii. Transportación de Emergencia;
 - viii. Hospitalarios;
 - ix. Salud mental;
 - x. Farmacia.

2. La cobertura de servicios solo comprende la jurisdicción de Puerto Rico salvo cualquier excepción establecida por algún programa federal y que haya sido adoptada por la Administración.

3. Servicios de Farmacia:
 - i. Los servicios de farmacia deben garantizar un despacho célere y eficiente de medicamentos que a su vez cuente con controles de inventario robustos.

E. Contratación de Aseguradoras y OSS:

1. La Administración contratará planes de seguros de salud para los individuos elegibles:
 - i. Solo se contratará a aseguradores que hayan sido autorizados por el Comisionado de Seguros de Puerto Rico para hacer negocios de seguros de salud o que hayan sido autorizados mediante alguna ley especial para realizar dichas funciones;
 - ii. La Administración podrá utilizar el mecanismo de Solicitud de Propuestas como parte del proceso de contratación de aseguradores.

2. Especificaciones en Cuanto a los Procesos de Solicitud de Propuestas Competitivas:
 - i. La Administración podrá preparar y publicar convocatorias de solicitud de propuestas (conocidas en inglés como "*Request for Proposals*" o "*RFPs*") para que las entidades autorizadas a contratar con ASES puedan someter sus propuestas y participar del proceso competitivo de compra negociada, al cumplir con los requisitos y criterios que la referida Agencia establezca.

- ii. El contenido y forma de las solicitudes de propuestas deberán cumplir con las disposiciones estatales y federales aplicables, como también con la jurisprudencia. Estas solicitudes deben dar instrucciones específicas e incluir al menos:
 - a) Instrucciones a los licitadores;
 - b) Procedimientos y normas para la presentación de la propuesta y la posterior adjudicación;
 - c) Especificaciones, definiciones, términos y condiciones;
 - d) Requisitos de experiencia y utilización;
 - e) Datos demográficos de la población a atenderse;
 - f) Formularios de cotización;
 - g) Entre otros.

3. Evaluación de Propuestas:

- i. Se entenderá que las propuestas estarán bajo evaluación o consideración inmediatamente después de ser recibidas por la Administración dentro de la fecha límite establecida y hasta que se notifique la adjudicación oficial de la propuesta seleccionada;
- ii. Mientras las propuestas se estén evaluando, los licitadores, sus representantes y otras partes interesadas, deben abstenerse de comunicarse en forma alguna con cualquier empleado, oficial o agente de la Administración que se encuentre participando o coordinando la evaluación de las referidas propuestas;
- iii. De entenderlo necesario, el personal a cargo del proceso podrá requerir clarificaciones o información adicional de alguno o todos los licitadores, si esto resulta en un mejor entendimiento de las propuestas presentadas;
- iv. Todas las propuestas serán evaluadas tomando en consideración elementos niveladores aplicables, además del precio cotizado y que, a juicio de la Administración, afectan el servicio deseado y/o el costo final;
- v. La Administración desarrollará guías de evaluación para el análisis y adjudicación de las propuestas. Los criterios que deben utilizarse, así como el peso que estos tendrán dentro del análisis, serán informados, de forma general, en la convocatoria que realice la Agencia. Si posteriormente se añadiese algún criterio de evaluación nuevo que no se hubiese indicado en la solicitud de propuestas, este deberá ser informado a todos los licitadores y se les debe brindar la oportunidad de someter alguna enmienda a sus propuestas o información adicional a los fines de satisfacer el nuevo criterio;
- vi. La Administración puede rechazar cualquier propuesta que:
 - a) no cumpla con los requisitos establecidos en la convocatoria o sus enmiendas, o que;
 - b) haya sido entregada fuera del término establecido;

- vii. Los rechazos y las adjudicaciones de propuestas deberán ser notificadas por escrito al licitador o su representante. En el caso de las notificaciones de rechazo, estas deberán contener las razones para el rechazo de la propuesta, como también especificar la forma y manera en que el licitador puede someter una reconsideración de la decisión;
- viii. Todo contrato otorgado en virtud de las propuestas sometidas, y con el propósito de brindar servicios médico-hospitalarios, deberán contener las cláusulas necesarias para cumplir con los requisitos y regulaciones estatales y federales, y para asegurar el ofrecimiento de servicios de calidad a los beneficiarios.

ARTÍCULO 7 – PRIMAS, DEDUCIBLES Y COPAGOS

- A. La Administración pactará con las Aseguradoras y OSS, la prima acordada con éstos de forma independiente.
- B. La Administración establecerá los deducibles y copagos según el nivel de ingresos y la capacidad de pago del beneficiario, los que serán revisados periódicamente por la Administración para implantar los ajustes necesarios.
- C. Los beneficiarios tendrán la obligación de realizar los copagos conforme a la categoría de beneficiario a la que pertenece.
- D. Ningún proveedor podrá cobrar a los beneficiarios una cantidad que exceda aquella establecida como deducible y/o coaseguro en su contrato con la Administración.
- E. Las Aseguradoras y OSS no podrán incrementar sus primas en ningún momento, ni reducir los beneficios en ninguna de sus pólizas como mecanismo para subsidiar o nivelar sus pérdidas o subsidiar otras primas.
- F. Para propósitos de estructurar y fijar costos o primas, las Aseguradoras y OSS, considerarán al grupo de beneficiarios del PSG, como una unidad independiente de sus otros grupos de beneficiarios, y mantendrán un sistema de contabilidad separado para ellos.

ARTÍCULO 8 – BENEFICIARIOS:

- A. Elegibilidad:
 - 1. Pueden ser calificados como individuos elegibles al seguro de salud estatal a tenor con la Ley Núm. 72 los siguientes individuos:
 - i. Las personas o familias que hayan sido certificadas, ya sea completa o parcialmente, como individuos médico-indigentes por el Programa de Asistencia Médica del Departamento de Salud (incluyendo los cohabitantes y dependientes sustanciales);

- ii. Todos los beneficiarios que por disposición legislativa puedan beneficiarse de las actividades de la Administración y se les cobije bajo las disposiciones de la Ley Núm. 72.
2. El Departamento de Salud identificará y certificará a la Administración los individuos elegibles a los servicios conforme a su nivel de ingreso y la elegibilidad de estos para recibir beneficios de salud, de acuerdo a las leyes y regulaciones estatales y federales vigentes.

B. Afiliación:

1. Las Aseguradoras y OSS deben aceptar, sin ninguna restricción, la subscripción de todos los individuos elegibles que les hayan seleccionado o sido asignados por la Administración dentro de los términos establecidos para ello. En ninguna manera podrán discriminar con los individuos elegibles por razón de sexo, orientación sexual, identidad de género, expresión de género u orientación sexual real o percibida, raza, religión, nacionalidad, origen, discapacidad, deficiencia en el desarrollo, problemas de salud, condiciones preexistentes o necesidades de salud especiales;
2. Las Aseguradoras y OSS mantendrán la estructura y operaciones necesarias para asegurar un sistema de suscripción eficiente que facilite el pronto ofrecimiento de servicios. Además, facilitarán la información necesaria a sus potenciales beneficiarios para que estos puedan realizar una decisión oportuna e informada;

C. Desafiliación:

1. Los beneficiarios tendrán aquellos derechos de desafiliación establecidos en las leyes y regulaciones aplicables incluyendo el 42 CFR 438.56(d)(2), y cualquier otra disposición que determine la Administración.

D. Derechos y Deberes de los Beneficiarios:

1. Los beneficiarios tendrán derecho a:
 - i. Recibir los Servicios médicos de calidad cuando los necesiten;
 - ii. Fácil acceso a los servicios médicos;
 - iii. Seleccionar su Aseguradora u OSS de las contratadas por la Administración bajo el PSG;
 - iv. Seleccionar su Médico o Grupo Primario;
 - v. Seleccionar su médico especialista tomando en consideración las recomendaciones de su médico primario;
 - vi. Cambiar su Médico Primario o su Aseguradora o OSS
 - vii. Que no se le nieguen los servicios bajo la cubierta;
 - viii. Acceso fácil e inmediato a servicios de emergencia;

- ix. Recibir la educación e información necesaria para conocer todos los beneficios que ofrece el seguro de salud;
- x. Que no se discrimine en su contra;
- xi. Iniciar un procedimiento formal de querrela ante las Aseguradoras y OSS si tiene una queja o preocupación sobre los servicios de cuidado de salud que le son ofrecidos bajo el plan;
- xii. Apelar cualquier determinación final de las Aseguradoras u , OSS ante la Administración; o cualquier determinación final de la Administración ante el Tribunal de Apelaciones de Puerto Rico.

2. Las obligaciones de los beneficiarios son las siguientes:

- i. Mantener actualizada su información de elegibilidad bajo el Programa de Asistencia Médica del Departamento de Salud;
- ii. Mantener su salud en buen estado a través de la adopción de un estilo de vida saludable y la adherencia a los tratamientos recomendados por sus médicos;
- iii. Una vez notificado de su elegibilidad, deberá completar cualquier procedimiento ulterior requerido por la Administración como parte del PSG.

E. Selección y Cambios de Grupos Médicos Primarios y Médicos Primarios:

1. Selección:

- i. Los beneficiarios podrán seleccionar su Médico y Grupo Primario;
- ii. Las Aseguradoras y OSS podrán dar sugerencias a sus beneficiarios en cuanto a la selección de su médico primario, pero no podrán obligar al mismo.

2. Cambios:

- i. Los beneficiarios podrán solicitar cambios de Médico o Grupo Primario, los cuales entrarán en vigor según los términos contractuales pactados con la Administración.
- ii. Cambios sin causa específica:
 - a) todo beneficiario puede cambiar su Grupo Médico Primario o su Médico Primario, sin causa específica:
 - 1) Dentro de los noventa (90) días posteriores a la fecha de efectividad de afiliación;
 - 2) Una vez al año, durante el período especificado por la Administración o notificado por la Aseguradora u OSS; O cualquier otro período establecido o notificado por la Administración.
- iii. Cambios con causa específica:
 - a) Las Aseguradoras y OSS podrán permitir cambios de Médico o Grupo Primario en cualquier momento siempre que medie alguna de las siguientes causas específicas:

- 1) Las convicciones morales o religiosas del beneficiario confligen con los servicios provistos por el Médico o Grupo Primario;
 - 2) El beneficiario requiere que los servicios relacionados se brinden concurrentemente, los servicios no se encuentran dentro de la red preferida de proveedores y el médico primario u otros proveedores han determinado que el no recibir los servicios de forma concurrente podría representar un riesgo potencial a la salud del beneficiario;
 - 3) Deterioro de la relación entre el proveedor y el beneficiario incluyendo la falta de comodidad o confianza del beneficiario con este;
 - 4) El beneficiario entiende que los servicios recibidos son de baja calidad o que los proveedores tienen poca experiencia para atender sus necesidades médicas;
 - 5) El beneficiario experimenta constantemente dificultad para concretar citas.
 - 6) El Médico con quien el beneficiario tiene un tratamiento activo ya no presta servicios al Grupo Primario.
3. Las Aseguradoras y OSS podrán solicitar a la ASES la desafiliación de un beneficiario, o cambiar el Grupo Médico Primario del beneficiario a petición del Médico Primario, cuando se evidencie que:
- i. La participación del beneficiario podría afectar los servicios que este u otros beneficiarios recibe;
 - ii. El beneficiario demuestra un patrón de comportamiento disruptivo o abusivo que no es producto de algún padecimiento;;
 - iii. El beneficiario ha cometido fraude o un uso abusivo de los servicios (por ejemplo, permitir que otra persona utilice su identificación para recibir servicios médico-hospitalarios).
4. En cualquier instancia de cambio, la Aseguradora u OSS deberá garantizar que el acceso a servicios de salud del beneficiario no se vea interrumpido durante la transición a una nueva Aseguradora u OSS, o un Médico o Grupo Primario nuevo.

ARTÍCULO 9 – TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN:

- A. Las Aseguradoras y OSS emitirán tarjetas de identificación (según el formato previamente aprobado por la Administración) de un material de plástico duradero que sirva de identificación para que los beneficiarios puedan recibir los beneficios cubiertos de los proveedores.

- B. La tarjeta de identificación será similar a aquellas emitidas por las Aseguradoras y OSS al resto de sus beneficiarios y no incluirá información que pueda identificar al beneficiario como médico-indigente.
- C. Las Aseguradoras y OSS serán responsables por la distribución de las tarjetas de identificación. El proceso de suscripción culminará con la entrega de las tarjetas de identificación a los beneficiarios y en ese momento se constituyen elegibles para recibir servicios de cuidado de salud.
- D. Las tarjetas brindadas por las Aseguradoras y OSS contendrán la información mínima requerida por las regulaciones y estatutos federales y en cumplimiento con las especificaciones pactadas con la Administración.
- E. Las Aseguradoras y OSS vendrán obligadas a proveer un remplazo de tarjeta en las siguientes circunstancias y términos:
 - 1. Cuando el beneficiario solicita un remplazo: no más de diez (10) días calendarios contados desde que este realizó la solicitud;
 - 2. Cuando el suscriptor informa un cambio legal de nombre: no más de diez (10) días calendarios contados desde que el beneficiario informó el cambio;
 - 3. Cuando haya un cambio del proveedor o grupo de cuidado primario: no más de veinte (20) días calendarios contados desde que el beneficiario lo solicitó.
- F. Las Aseguradoras y OSS no podrá emitir tarjetas de identificación diferentes a las que provee a otros asegurados bajo planes de cubiertas diferentes.
- G. Las tarjetas de identificación serán consideradas propiedad de las Aseguradoras y OSS y las mismas serán devueltas a estos, una vez concluida la elegibilidad del beneficiario o cuando este vaya a cambiar su Aseguradora u OSS.

ARTÍCULO 10 – ASEGURADORAS Y OSS:

A. Disposiciones Generales:

- 1. Toda Aseguradora y OSS contratada por la Administración para ofrecer servicios médico-hospitalarios bajo el PSG deberá colaborar con el Gobierno, diligentemente, para que se alcancen los siguientes objetivos:
 - i. Asegurar un acceso oportuno y apropiado de servicios de cubierta a los beneficiarios del PSG, dando énfasis particular a la educación en salud, el cuidado preventivo y la promoción de estilos de vida saludables;
 - ii. Garantizar la cobertura de los beneficiarios a través de todo Puerto Rico;

- iii. Promover la competencia entre los contratistas, subcontratistas y proveedores de servicios de forma que repercuta en el ofrecimiento y mantenimiento de servicios de mayor calidad;
 - iv. Requerir a los contratistas, subcontratistas y proveedores que se asocien con las instituciones hospitalarias especializadas del Estado según establezca la Administración;
 - v. Promover que los contratistas y subcontratistas se asocien con proveedores locales tales como los grupos médicos primarios y grupos o asociaciones de proveedores, para facilitar que se mantengan las mejores prácticas de la profesión a nivel isla; como también la permanencia de la relación de los proveedores con los beneficiarios del plan;
 - vi. Establecer mecanismos para maximizar el ofrecimiento de servicios y garantizar su calidad, velando, además, porque estos sean costo-eficientes.
 - vii. Utilizar las mejores prácticas de la industria que sean basadas en evidencia y valiéndose de data e información actualizada y precisa.
2. Mantener una estructura organizacional y administrativa y el personal necesario para realizar todas las tareas, brindar todos los servicios y cumplir con todas las responsabilidades delegadas por el Gobierno en cuanto a la provisión de servicios de salud.
3. La Administración informará a las Aseguradoras u OSS las instrucciones aplicables para la provisión de cubierta a aquellas PYMES que soliciten participación en el PSG bajo las disposiciones legales y reglamentarias aplicables.

B. Localización de oficinas corporativas y administrativas:

1. Todas las oficinas administrativas de la Aseguradora, OSS y manejador de beneficios de farmacia deberán estar establecidas dentro de la jurisdicción de los Estados Unidos. Sin embargo, aquellas oficinas o divisiones que atiendan las siguientes funciones o áreas de servicios, incluyendo el personal con autoridad para tomar decisiones en las mismas, deberán estar específicamente localizadas en Puerto Rico según sea aplicable:
 - i. Manejo de Cuidado (*Care Management*)
 - ii. Mercadeo
 - iii. Preautorizaciones y cobertura de servicios
 - iv. División de Quejas y Apelaciones e/o impugnaciones
 - v. Servicios a beneficiarios
 - vi. Manejo de redes y contratación de proveedores
 - vii. Pagos a proveedores

C. Cambios Corporativos que requieren autorización escrita de la Administración:

1. Las Aseguradoras, OSS y manejador de beneficios de farmacia necesitan autorización escrita de la Administración para realizar cambios concernientes a:
 - i. su información de contacto (teléfonos de sus oficinas de negocios, correo electrónico, número de fax, y dirección postal, entre otros);
 - ii. estatus y naturaleza de la corporación;
 - iii. lugar en que se encuentran sus oficinas de negocios;
 - iv. estructura corporativa;
 - v. dueños y la información de contacto y perfil corporativos de estos;
 - vi. estatus de los procesos de incorporación.

D. Cambios que requieren que las Aseguradoras, OSS y manejador de beneficios de farmacia notifiquen, de forma oportuna, a la Administración:

1. Las Aseguradoras, OSS y manejador de beneficios de farmacia deberán notificar a la Administración, dentro de un período que no exceda cinco (5) días laborables desde que advino en conocimiento, de cualquier cambio concernientes a:
 - i. solvencia;
 - ii. localización de oficinas corporativas;
 - iii. sus oficiales corporativos o ejecutivos principales;
 - iv. personas a cargo de puestos ejecutivos;

E. Documentación y Material Informativo:

1. Disposiciones Generales
 - i. Toda Aseguradora y OSS deberá contar con procedimientos y políticas que gobiernen el desarrollo y distribución de sus documentos.
 - ii. Los documentos y materiales informativos a utilizarse por la Aseguradora y OSS deben estar accesibles tanto en español como inglés.
 - iii. Todo material informativo debe ser redactado de forma que cualquier beneficiario con al menos un cuarto grado de educación pueda entenderlo.
 - iv. Las Aseguradoras y OSS serán responsables de la preparación, publicación y distribución de folletos informativos, a su propio costo.
 - v. Toda Aseguradora y OSS deberá someter digitalmente y en copia, el material informativo que pretenda brindar a sus beneficiarios antes de comenzar a utilizarlos.
 - vi. Ningún material informativo podrá ser publicado o distribuido sin la autorización previa de la Administración.

- vii. La documentación, manuales o cualquier otro material informativo provisto por la aseguradora debe cumplir con las cláusulas contractuales pactadas sobre este tema.

2. Material Informativo para Asegurados:

- i. Entre la información que las Aseguradoras y OSS deben brindar a sus asegurados se encuentra la siguiente:
 - a) Cobertura y beneficios del asegurado como también sus restricciones;
 - b) El carácter integral del plan;
 - c) Un "Manual del Beneficiario";
 - d) Derechos y responsabilidades;
 - e) Métodos y mecanismos para obtener servicios de salud mental;
 - f) Instrucciones para casos de emergencia;
 - g) Cómo y dónde presentar una queja o apelar una determinación adversa;
 - h) Como reportar alguna sospecha de fraude o abuso;
 - i) Listado de proveedores;
 - j) Políticas y procedimientos de la aseguradora.
- ii. Las Aseguradoras y OSS serán responsables, además, de la preparación y diseminación, a su propio costo, de un programa de orientación a la comunidad que cubra los aspectos de la logística relacionada con la estructura, el uso, los beneficios y la accesibilidad de los servicios del plan médico para los beneficiarios de cada región de salud.
- iii. El material informativo de las Aseguradoras y OSS debe, además, estar disponible de forma electrónica en su página de internet para el fácil acceso de sus beneficiarios.
- iv. Todo material informativo debe hacerse disponible a personas con impedimentos en conformidad a las disposiciones estatales y federales.

3. Documentación para Enviar a la Administración:

- i. Entre el material informativo a ser enviado a la Administración para su aprobación se encuentran los siguientes:
 - a) Los folletos informativos, así como su plan de distribución;
 - b) Manual del Beneficiario;
 - c) Directorio de Proveedores;
 - d) Formato y contenido de Tarjetas de identificación;
 - e) Material educativo;
 - f) Políticas y procedimientos;
 - g) Listado de servicios incluidos en sus coberturas;
 - h) Notificaciones a beneficiarios;
 - i) Cualquier otro material informativo solicitado por la Administración.

4. Cambios en las políticas o procedimientos de la aseguradora:
 - i. Las Aseguradoras y OSS deberán notificar de forma escrita a sus beneficiarios antes que entre en vigor cualquier cambio significativo a cualquier política o procedimiento en cuanto a:
 - a) la forma y manera de solicitar y realizar cambios de Grupos Médicos Primarios o del Médico Primario;
 - b) los derechos y responsabilidades de los beneficiarios;
 - c) las políticas informadas en el Manual del Beneficiario.
5. Manual del Beneficiario ("Beneficiario"):
 - i. Las Aseguradoras y OSS deberán desarrollar un "Manual del Beneficiario" que deberá entregar a todos sus nuevos afiliados conforme a las regulaciones y estatutos estatales y federales y a los términos y condiciones pactadas con la Administración.
 - ii. Suplemento del Manual
 - a) Al menos una vez al año, las Aseguradoras y OSS deberán enviar por correo o hacer accesible de forma electrónica un Suplemento al Manual del Beneficiario que sirva para actualizar la información pertinente al beneficiario.

F. División o área de quejas y apelaciones de las Aseguradoras, OSS y manejador de beneficios de farmacia:

1. Las Aseguradoras, OSS y manejadores de beneficios de farmacia que contraten con la Administración para brindar servicios bajo el PSG deberán establecer, en su estructura administrativa, una división o área de "Quejas y Apelaciones".
2. La Administración confeccionará guías o manuales para delinear los requerimientos mínimos de los procedimientos para resolver querellas que deberán seguir todas las Aseguradoras, OSS, manejadores de beneficios de farmacia y proveedores con quien se contrate bajo el PSG; de forma que estos cumplan con las garantías del debido proceso de ley según ordena el Art. VI, Secc. 10 de la Ley Núm. 72.
3. Jurisdicción:
 - i. Dicha área o división recibirá, atenderá y resolverá las quejas y apelaciones de sus beneficiarios y proveedores;
 - ii. Atenderá solicitudes de reconsideración;
 - iii. Informará el derecho a vistas administrativas en la Administración conforme a las disposiciones de la Ley de Procedimientos Administrativos Uniformes.
4. Las Aseguradoras, OSS y manejadores de beneficios de farmacia serán responsables de establecer procedimientos adecuados que garanticen a

los beneficiarios y proveedores la radicación, recibo y pronta adjudicación de todas las quejas, apelaciones o reconsideraciones que se originen, y la investigación responsable que permita la presentación de prueba sometida por los querellantes.

5. Los mecanismos establecidos deben garantizar el debido procedimiento de ley, de forma tal, que se permita ventilar a cabalidad las controversias con todas las garantías de ley.
6. Las decisiones finales adversas de las Aseguradoras, OSS y manejador de beneficios de farmacia podrán ser revisadas por la Administración, según establecido en el Artículo 14 del presente Reglamento.

G. Línea de Servicio:

1. Las Aseguradoras y OSS mantendrán una línea telefónica gratuita equipada con la tecnología necesaria para identificar y distribuir llamadas y para atender un alto volumen de llamadas de forma competente.
2. Funciones:
 - i. La línea de servicios tiene las funciones principales de:
 - a) servir como un servicio informativo en el cual se responda a las preguntas y se atiendan las quejas, dudas y preocupaciones de los beneficiarios, sus familiares y sus representantes autorizados (servicio general al cliente);
 - b) proveer consejo médico a los beneficiarios de forma que puedan resolver situaciones médicas que no constituyan emergencias, como también sus preocupaciones en cuanto a su salud mental (orientación y/o consejo médico realizado por personal competente en las áreas de salud física y mental).
3. Tanto el servicio general al cliente como el de orientación y/o consejo médico deben contar con un personal adiestrado y dedicado para dichas funciones, como también contar con líneas y números independientes.
4. Requisitos: los servicios de línea telefónica deben tener capacidad para:
 - i. Realizar análisis diarios de las llamadas atendidas y la forma y manera en que fueron atendidas
 - ii. Ser monitoreados de forma remota por la Administración o un tercero contratado por la Administración a esos fines.
 - iii. Brindar instrucciones y recibir y grabar mensajes de los clientes durante las horas o días en que no esté disponible el personal regular para atender directamente al beneficiario.
5. Registro:
 - i. Las Aseguradoras y OSS deben mantener registros detallados de las llamadas recibidas, los números de teléfono de donde se

realizaron, la hora, fecha y duración de la espera y la llamada, el servicio solicitado y la información y consejo brindado, entre otras.

H. Página de Internet:

1. Las Aseguradoras y OSS deberán mantener una página de internet en la cual se pueda encontrar:
 - i. Información del plan de Salud del Gobierno
 - ii. Plan de Cobertura de la Aseguradora
 - iii. Red de Proveedores de la Aseguradora
 - iv. Información relacionada a los servicios al cliente que ofrece
 - v. El número de teléfono de la Línea de Servicio Gratuita
 - vi. Información del sistema de Quejas y Apelaciones para beneficiarios y proveedores
 - vii. Información de contacto de la aseguradora
 - viii. Horario de servicios
 - ix. El "Manual del Beneficiario"
 - x. El directorio de proveedores
 - xi. Mecanismos para que los beneficiarios y proveedores puedan someter preguntas, preocupaciones, dudas o quejas.

2. De la Administración contratar con manejadores de beneficios de farmacia, estos deberán mantener una página de internet donde se incluya como mínimo la siguiente información según sea aplicable:
 - i. Formulario de Medicamentos
 - ii. Información relacionada a los servicios al cliente que ofrece
 - iii. Información del sistema de Quejas y Apelaciones para proveedores
 - iv. Información de contacto del manejador de beneficios de farmacia
 - v. Horario de servicios
 - vi. El directorio de farmacias contratadas para el PSG
 - vii. Mecanismos para que los proveedores puedan someter preguntas, preocupaciones, dudas o quejas.

3. La página debe ser organizada y estructurada eficientemente, de forma que sea fácil de navegar.

4. El portal debe contar con mecanismos tecnológicos de seguridad que garantice la confidencialidad de la información de los beneficiarios y usuarios de la página.

5. Tanto el contenido, su presentación y disponibilidad, como también la infraestructura tecnológica y medidas de ciberseguridad deben cumplir con todas las regulaciones y leyes, tanto estatales como federales, que gobiernan la materia.

6. La página de internet debe contar con un enlace a la página principal de la Administración.

I. Mercadeo:

1. Todo material de mercadeo relacionado al PSG debe ser sometido a la Administración de forma oportuna y según sus directrices .
2. Las Aseguradoras, OSS y manejadores de beneficios de farmacia son responsables de que sus proveedores y subcontratistas cumplan con las disposiciones de este inciso.

J. Cernimientos (*Screenings*):

1. El PSG tiene como prioridades en su modelo de servicios de salud física y mental, la prevención, la educación en salud y la promoción de estilos de vida saludables, en la medida en que esto repercute en mejorar la calidad de vida de los beneficiarios.
2. Por tal razón, tanto la Administración, como los respectivos programas bajo CMS requieren que se realicen periódicamente, ciertos cernimientos y evaluaciones dirigidas a que se obtengan diagnósticos tempranos y se prevengan potenciales problemas de salud.
3. Es responsabilidad de las Aseguradoras y OSS cumplir fielmente con los requisitos de cernimientos y evaluaciones tempranas requeridas por las regulaciones y leyes estatales y federales y de acuerdo con las cláusulas contractuales pactadas con la Administración.

K. Adiestramientos y Educación Continua:

1. La Administración tiene la encomienda de mejorar los servicios médico-hospitalarios que reciben los beneficiarios del PSG. Esto incluye el servicio directo que reciben los beneficiarios por parte del personal, ya sea médico o cualquier otro que en alguna manera sirva a los beneficiarios.
2. Por tal razón, las Aseguradoras y OSS que contratan con la Administración se obligan a mantener programas de adiestramiento y educación continua de su personal, sus proveedores y subcontratistas.
3. Este requisito no es solo una obligación contractual, sino que también es un requisito del CMS, por lo que debe cumplir con todas disposiciones aplicables de la referida Agencia, como también con las notificadas por la Administración.

L. Proveedor de Servicios de Salud Mental:

1. Se requiere que las Aseguradoras y OSS subcontraten a ASSMCA como parte de sus proveedores de servicios de salud mental.
- M. Es responsabilidad de las Aseguradoras, OSS y manejador de beneficios de farmacia contar con mecanismos de credencialización que les permitan corroborar, de forma efectiva, que todos sus proveedores cumplan con los requisitos de credenciales de las regulaciones estatales y federales aplicables.
- N. Requisitos de Localización de Proveedores:
1. De serle requerido a la Aseguradora u OSS la asignación de beneficiarios a un Grupo Médico Primario o Médico Primario, es responsabilidad de la aseguradora asignarle a sus beneficiarios, Grupos Médicos Primarios y Médicos Primarios que se encuentren a una distancia que no represente una carga excesiva a los beneficiarios.

ARTÍCULO 11 – EVALUACIÓN DE ASEGURADORAS Y OSS:

- A. La Administración llevará a cabo evaluaciones anuales de las Aseguradoras y OSS contratadas. Dichas evaluaciones medirán, por ejemplo, el cumplimiento con las disposiciones y cláusulas pactadas y si las metas y objetivos trazados fueron alcanzadas.
- B. Entre las áreas a evaluarse, sin limitarse, se encuentran las siguientes:
1. Composición de la red del proveedor;
 2. Personal de la entidad;
 3. Sistema de Credencialización;
 4. Calidad de los servicios ofrecidos;
 5. Materiales informativos y de mercadeo;
 6. Cumplimiento con metas programáticas;
 7. Satisfacción de los beneficiarios;
 8. Capacidad de ofrecer servicios
 9. Uso de data y capacidad administrativa y gerencial;
 10. Eficiencia de los procesos para el manejo de quejas e impugnaciones;

11. Capacidad y solidez financiera e información y manejo de las finanzas;
12. Historial litigioso, demandas concurrentes o investigaciones y auditorías gubernamentales;
13. Manejo de los sistemas de información;
14. Cualquier otro elemento o criterio que la Administración entienda necesario evaluar para determinar el nivel de cumplimiento con las obligaciones contractuales.

ARTÍCULO 12 – RED DE PROVEEDORES:

A. Cumplimiento con disposiciones federales:

1. Todas las Aseguradoras y OSS deberán cumplir con las disposiciones estatales y federales concernientes a las redes de proveedores.
2. En caso de la Administración delegar la contratación de Farmacias en uno o varios manejadores de beneficios de farmacia, estos también deberán cumplir con las disposiciones estatales y federales concernientes a las redes de proveedores.

B. Capacidad y Competencia de la Red:

1. Las Aseguradoras, OSS y manejadores de beneficios de farmacia, según sea aplicable, deben establecer y mantener una red de proveedores competentes que sean capaces de brindar los servicios para los que fueron contratados;
2. A la hora de establecer su Red de Proveedores (tanto General como Preferente) se deberán tomar en consideración los siguientes factores:
 - i. Perfil demográfico de la población a servir;
 - ii. Características geográficas del área;
 - iii. Perfil de los proveedores con los que cuenta;
 - iv. Tipos de facilidades disponibles;
 - v. En el caso de Aseguradoras y OSS, proporción de beneficiarios a proveedores y Grupo o Médico Primario;
 - vi. Proyecciones en cuanto a los servicios a utilizarse y su costo;

C. Proveedores a poblaciones de alto riesgo:

1. Ninguna Aseguradora, OSS o manejador de beneficios de farmacia podrá discriminar, en ninguna manera, con aquellos proveedores que sirvan poblaciones de alto riesgo o con necesidades especiales que representen un costo mayor.

D. Notificaciones de Remoción de Red:

1. Cuando una Aseguradora u OSS le deniegue a un proveedor la participación en su red, deberá notificarle de forma escrita enumerando las razones para tal determinación, de forma que pueda presentar una solicitud de reconsideración a la Aseguradora u OSS de así determinarlo.

E. Rembolsos:

1. Las Aseguradoras y OSS podrán negociar con sus proveedores las cantidades y la forma y manera de los reembolsos que estos reciben:
 - i. Dichos pagos no tienen que ser uniformes en la medida que son producto de las negociaciones particulares de la Aseguradora y su proveedor.
2. Los medicamentos genéricos serán reembolsados de acuerdo a los precios en la lista MAC de ASES, mientras que los medicamentos de marca serán reembolsados según el AWP del medicamento menos el descuento establecido por la Administración. Existirá un proceso de apelación ya sea en la Aseguradora, OSS o manejador de beneficios de farmacia, según aplique, para que las Farmacias soliciten ajuste en casos donde el precio que pague la Farmacia por un medicamento sea mayor al precio reembolsado por el PSG. De haber un patrón de apelaciones por un mismo medicamento, se debe reevaluar el precio de dicho medicamento en la lista MAC. Los procesos de solicitud de ajuste serán establecidos según las directrices que emita ASES.
3. Proveedores Sancionados por Programas Federales:
 - i. Ninguna Aseguradora, OSS o manejador de beneficios de farmacia podrá realizar pagos a cualquier proveedor que sea objeto de sanciones por violaciones o incumplimiento bajo los programas de Medicare, Medicaid o CHIP.

F. Control de Calidad y Costos:

1. Las Aseguradoras y OSS podrán desarrollar guías y establecer medidas que les permitan mantener unos servicios de salud de calidad como también controlar los costos de estos, sin que dicha consideración sea detrimento a la calidad.

G. Facilidades:

1. Las facilidades de los proveedores deben cumplir con las leyes y regulaciones estatales y federales y con los estándares relacionados a los accesos para personas con discapacidad establecidos por la Administración.

H. Credenciales:

1. Todo proveedor debe cumplir con los requisitos de credenciales incluyendo, entre estos, los médicos, hospitales, laboratorios y facilidades de servicios ambulatorios o terapias, Farmacias, entre otros.

I. Responsabilidades de los proveedores:

1. Ofrecer a los beneficiarios del programa servicios de óptima calidad, cuando son necesarios y sin dilación.
2. Brindar los servicios que sean necesarios para el cuidado de la salud de los beneficiarios, independientemente de que haya sido consumido el "*capitation*" para ello.
3. No discriminar contra beneficiarios del PSG o brindar un trato inferior al que brindan a pacientes asegurados por planes de salud privados.
4. Notificar a las Aseguradoras, OSS, o manejador de beneficios de farmacia, según sea aplicable, los problemas que puedan confrontar en ofrecer los servicios a los beneficiarios.
5. Notificar a las Aseguradoras, OSS, manejador de servicios de farmacia o a la Administración, de cualquier situación que constituya abuso, mal uso o fraude de parte de los beneficiarios.

ARTÍCULO 13 – INFORMES

- A. Todas las Aseguradoras, OSS y manejadores de beneficios de farmacia deberán rendir todos los informes y documentos requeridos por la Administración a tiempo y en la forma y manera acordados;
- B. La entrega de dichos documentos debe ser realizada tanto de forma digital como en copia, según le sea requerido;
- C. La dilación o incumplimiento con este deber puede conllevar la imposición de sanciones tanto por parte de la Administración, como por parte de las agencias e instrumentalidades estatales y federales con jurisdicción;
- D. La Administración está facultada por la Ley Núm. 72 para acudir al Tribunal de Primera Instancia a solicitar su intervención para solicitar la entrega o reproducción de cualquier documento o informe requerido que alguna Aseguradora, OSS o manejador de beneficios de farmacia que se niegue a brindar o dilate o entorpezca su entrega.

ARTÍCULO 14 – SISTEMA DE QUEJAS, APELACIONES Y SANCIONES DE LA ADMINISTRACIÓN:

A. Jurisdicción

1. Los procesos descritos en este artículo serán de aplicación a:

- i. Aseguradoras;
- ii. beneficiarios;
- iii. OSS;
- iv. proveedores de servicios de salud física y mental;
- v. manejadores de beneficios de farmacia;
- vi. subcontratistas de las anteriores;

2. para propósitos de este artículo, las entidades enumeradas en el inciso anterior serán recogidas bajo el término genérico “Contratistas”.

B. Según descrito en el Artículo 10, Inciso (D), todos los aseguradores, manejadores de servicios de farmacia y las organizaciones de servicios de salud que brinden servicios médico-hospitalarios del PSG deben contar con una división o área de Quejas y Apelaciones;

C. La Ley Núm. 72 faculta a la Administración para revisar, una vez agotados los mecanismos inferiores de revisión, las determinaciones finales resueltas adversamente en contra de proveedores y beneficiarios que hayan presentado una querrela;

D. Además, el Art. VI, Secc. 10 de la Ley Núm. 72 faculta a la Administración para establecer medidas correctivas o imponer sanciones y multas a los contratistas, por incumplimiento con las obligaciones que dimanen de los contratos otorgados con esta para la prestación de servicios de salud, por violaciones a las leyes y reglamentos de la Administración, o por violaciones a las órdenes, instrucciones y requerimientos que la Administración expida y/o publique en virtud de estos;

E. Si como producto de una solicitud de revisión, la Administración toma una determinación final y firme en contra del solicitante, tal decisión podrá ser apelada en el Tribunal de Apelaciones;

F. Rendición de Cuentas:

1. En el descargo de su responsabilidad de velar por el cumplimiento de los contratos sobre planes de servicios de salud que le corresponde negociar y contratar, la Administración realizará:

- i. investigaciones periódicas y continuas para constatar y verificar el cumplimiento con las obligaciones que surgen del contrato entre las partes y con las leyes y reglamentos federales y locales que sean aplicables;

- ii. investigaciones a raíz de la notificación de una querrela o confidencia que sugiera violación de las obligaciones que surgen del contrato entre las partes o de las leyes y reglamentos federales y locales que sean aplicables.

2. Como parte de un proceso de investigación, la Administración podrá:

- i. Realizar auditorías de escritorio o de campo;
- ii. Inspeccionar las facilidades, oficinas administrativas o cualquier otra localidad del contratista en la que se ofrezcan servicios para los beneficiarios del PSG;
- iii. Requerir la entrega de cualquier información, estudios o documentación que esté relacionada al cumplimiento con sus obligaciones contractuales o con las leyes y reglamentos pertinentes a la Administración (para lo cual podrá, además, acudir ante al Tribunal de Primera Instancia de Puerto Rico, para solicitar una orden judicial a esos fines);
- iv. Tomar cualquier otra medida administrativa o legal necesaria para que la investigación pueda llevarse a cabo de forma expedita y efectiva.

3. La enumeración del inciso anterior no debe interpretarse como una taxativa. La Administración podrá tomar conocimiento de cualquier violación o incumplimiento contractual o violación a las leyes y reglamentos de la Agencia que surjan públicamente o de la cual ésta advenga en conocimiento.

G. Multas y Sanciones (las siguientes disposiciones son generales y complementarias al reglamento de la Administración que gobierna lo concerniente a sanciones y multas):

1. De determinarse que un contratista incumplió con una obligación contractual o violó una ley o reglamento de la Administración, esta podrá imponer aquellas penalidades establecidas mediante reglamento, normativa o contrato incluyendo:

- i. El desarrollo e implementación de un "Plan de Acción Correctiva";
- ii. La compensación de daños líquidos;
- iii. Penalidad económica;
- iv. Multa administrativa;
- v. Retención de pagos;
- vi. Suspensión de su participación en el PSG;
- vii. Cualquier otra medida punitiva contenida en las cláusulas contractuales respectivas.

2. Notificación:

- i. La Administración notificará a la entidad cualquier determinación relacionada a la imposición de una multa, sanción o medida

correctiva copiando al representante autorizado y designado para recibir este tipo de comunicación y a sus abogados, de tenerlos:

- a) Mediante correo electrónico, y/o;
 - b) Mediante correo certificado al representante autorizado y designado por la entidad sancionada para recibir este tipo de comunicación
- ii. La agencia deberá archivar en autos copia de la orden o resolución final y de la constancia de la notificación.

H. Vista Administrativa:

1. Solicitud de celebración:

- i. Treinta (30) días a partir de la fecha en la notificación de un Asegurador, OSS o manejador de beneficios de farmacia sobre su determinación en cuanto a alguna objeción o solicitud de revisión realizada por la parte afectada, dicha parte podrá solicitar la celebración de una vista administrativa ante un(a) Oficial Examinador(a) (OE) designado(a) por la Administración.
- ii. Para aquellas notificaciones enviadas por correo ordinario y certificado, si la fecha en la notificación es distinta a la de su depósito en el correo, el término se calculará a partir de la fecha del depósito en el correo.
- iii. El término para presentar la solicitud de vista administrativa será jurisdiccional.
- iv. En la solicitud de celebración de vista administrativa la entidad promovente de esta, deberá consignar todos los argumentos de hecho y de derecho y aportar toda la evidencia necesaria que acredite las razones que a su juicio justifican la celebración de vista y por las cuales no deben aplicarse las multas y/o sanciones notificadas.
- v. En todos los casos, la persona designada para recibir una querrela o solicitud de vista administrativa sellará la primera página de esta, así como la de todos los anejos incluidos con la misma, con expresión clara y legible de la fecha y hora de recibo, su nombre en letra de molde y su firma.

2. Celebración:

- i. Una vez recibida una Solicitud de Celebración de Vista Administrativa, a tiempo y completa, esta será asignada a un oficial que señalará a la brevedad posible la correspondiente vista administrativa a tenor con el Reglamento General de la ASES o la reglamentación que esté en vigor para regir los procedimientos adjudicativos ante la Administración, y cumpliendo con todas las disposiciones de la LPAU.
- ii. Culminado el proceso de vista, el oficial remitirá el expediente del caso junto con un "Informe de Vista Administrativa" al Director

Ejecutivo para que este pueda realizar su debida evaluación y emita una Resolución y Orden Final que contendrá la determinación administrativa de ASES, la cual será notificada a las partes con una clara expresión de la fecha de su notificación y archivo en autos. La misma será depositada en el correo en la misma fecha de su notificación y archivo.

3. Reconsideración:

- i. La parte adversamente afectada por una Resolución y Orden Final de la ASES podrá solicitar reconsideración de esta. La solicitud, notificación y determinación, como los términos que aplican a esta, se regirán por aquellos que la LPAU, y la jurisprudencia, han establecido para ello.
- ii. De igual forma, la Administración podrá reconsiderar sus resoluciones u órdenes a iniciativa conforme a los términos que otorga la LPAU para ello.

4. Revisión Judicial:

- i. Agotado el recurso administrativo, la parte que no esté conforme con la Resolución de su solicitud de reconsideración podrá solicitar la revisión judicial de la Resolución y Orden Final cuya reconsideración solicitó mediante el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme.
- ii. La presentación de una solicitud de revisión judicial no suspenderá los efectos de una Resolución y Orden Final de la Administración.

ARTÍCULO 15 – CLÁUSULA DEROGATORIA

Se deroga el Reglamento General de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, Núm.5253.

ARTÍCULO 16 – SEPARABILIDAD:

La declaración por un tribunal competente de que una disposición de este Reglamento es inválida, nula o inconstitucional no afectará las demás disposiciones de este, las que preservarán toda su validez y efecto.

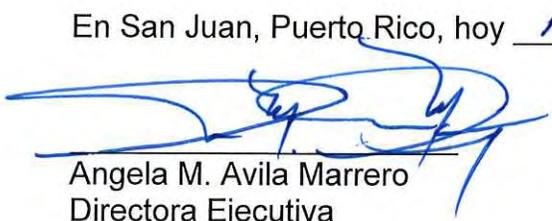
ARTÍCULO 17 – VIGENCIA:

Este Reglamento entrará en vigor inmediatamente después de su aprobación por el Departamento de Estado.

ARTÍCULO 18 – APROBACIÓN:

Certifico que este Reglamento fue aprobado por la Junta de Directores de la ASES en reunión del 7 de febrero de 2019.

En San Juan, Puerto Rico, hoy 15 de febrero de 2019.



Angela M. Avila Marrero
Directora Ejecutiva