

(ENTIRILLADO ELECTRÓNICO)
(TEXTO DE APROBACIÓN FINAL POR LA CÁMARA)
(16 DE MARZO DE 2026)

GOBIERNO DE PUERTO RICO

20ma. Asamblea
Legislativa

1ra. Sesión
Ordinaria

CÁMARA DE REPRESENTANTES

P. de la C. 348

24 DE FEBRERO DE 2025

Presentado por la representante *Higgins Cuadrado*
y suscrito por la representante *Martínez Soto*

Referido a las Comisiones de Salud; y de Banca, Seguros y Comercio

LEY

Para enmendar el inciso (S) del Artículo 26.060 de la Ley Núm. 194-2011, según enmendada, mejor conocida como “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”, a los fines de establecer que la responsabilidad de la coordinación de beneficios es una mancomunadamente compartida de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, de sus intermediarios y de los proveedores participantes y cuáles serán los parámetros para tramitar la coordinación de beneficios de servicios de salud de los pacientes; añadir los sub-incisos 14 y 15 al inciso (a) del Artículo 17 de la Ley 194-2000, según enmendada, conocida como “Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente”, a los fines de proveer alternativas para que el paciente, asegurado o consumidor pueda presentar querellas administrativas; requerir la redacción de un Reglamento conforme a los parámetros de esta Ley y establecer campaña educativa; y para otros fines relacionados.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La coordinación de beneficios es de suma importancia para el paciente que cuenta con dos o más seguros de salud o planes de salud en cuanto a servicios de salud se refiere. La coordinación de beneficios permite que el plan primario pague la reclamación de servicios médicos y si la persona tiene un plan secundario, este paga los copagos,

deducibles y coaseguros que el plan primario no cubre y son responsabilidad del asegurado o suscriptor del plan primario. Esto es, la coordinación de beneficios permite que el asegurado que cuenta con más de un plan médico, en la mayoría de los casos, no tiene que hacer desembolsos para pagar deducibles, copagos y coaseguros, lo cual le representa un ahorro al paciente.

Actualmente, existen discrepancias entre si son los proveedores de servicios de salud los que deben hacer la coordinación de servicios o si son las aseguradoras, las organizaciones de servicios de salud o las organizaciones para el mantenimiento de la salud quienes deben hacer los mismos. El problema actual en esta controversia reside en que, al no aceptar el proveedor la coordinación de beneficios, el paciente muchas veces se ve en la obligación de pagar los deducibles, coaseguros y copagos, para que entonces sea el propio paciente el que solicite el reembolso al asegurador. Respetuosamente entendemos que esta responsabilidad no debe ser impuesta al paciente quien solamente lo que busca es quien le brinde los servicios médicos cuando los necesita.

Como en Puerto Rico existe una gran cantidad de personas que se encuentran cubiertas por dos (2) o más seguros de salud o planes de salud, con esta Ley también se provee para que en caso de que el paciente esté suscrito en un plan de salud privado y a su vez en el Plan de Salud Gubernamental, el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico será siempre el plan secundario a utilizarse, lo cual redundará en beneficios para el erario público en donde se evite que el mismo sea facturado erróneamente por servicios que se supone sean cubiertos por el plan primario del asegurado. En adición, como parte de las disposiciones de las pólizas de seguro y planes de salud, es estándar en la industria de seguros de salud, que se establezca la cláusula de coordinación de beneficios que sigue la Ley Modelo promovida por la *National Association of Insurance Commissioners* (NAIC) y la regla de *Medicare as Secondary Payer* expedida por el *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS). Entendemos que con esta Ley adaptamos en nuestra jurisdicción el cumplimiento de dichas disposiciones legales y, a su vez, mejoramos los accesos a los servicios de salud. El proveedor participante podrá hacer la coordinación de beneficios de forma electrónica cumpliendo con la Regla de Códigos y Transacciones bajo la Ley Federal *Health Insurance Portability and Accountability Act* de 1996 (HIPAA) o en papel. Además, se clarifica en el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico que en aquellos casos en donde el asegurado se encuentre cubierto bajo dos (2) o más planes médicos, la responsabilidad de la coordinación de beneficios es una mancomunadamente compartida de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, de sus intermediarios y de los proveedores participantes.

Por tanto, la Asamblea Legislativa entiende meritoria la aprobación de esta Ley, en donde se establece que la promoción del acceso a los servicios de salud es de vital importancia. Es por ello, que con esta Ley se promueve que el asegurado, beneficiario o suscriptor tenga la obligación de dar al proveedor participante la información sobre todos los seguros de salud que posea y se establece la obligación de que una vez proveedor

participante comience con el proceso de coordinación de los beneficios entre los distintos planes o seguros de salud que cubren al asegurado, se agilicen los procesos de coordinación de beneficios ante la responsabilidad mancomunadamente compartida que se establece al amparo de esta Ley de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, de sus intermediarios y de los proveedores participantes. De esta manera, promovemos una mejor utilización de los planes médicos; y sobretodo, del Plan de Salud Gubernamental, en el caso de que el participante posea el Plan de Salud Gubernamental en adición de un plan médico privado.

DECRÉTASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

1 Sección 1.-Se enmienda el inciso (S) del Artículo 26.060 de la Ley 194-2011, según
2 enmendada, mejor conocida como “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”, para
3 que se lea como sigue:

4 “Artículo 26.060.- Requisitos para las Organizaciones de Seguros de Salud o
5 Aseguradores y los Proveedores Participantes

6 Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que ofrezcan planes de
7 cuidado coordinado deberán satisfacer todos los requisitos siguientes:

8 A) ...

9 B) ...

10 ...

11 S) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores incluirán en sus
12 contratos con los proveedores participantes los parámetros para tramitar la
13 coordinación de beneficios de servicios de salud de los pacientes, los cuales se
14 regirán por la reglamentación que a estos efectos establezca el Comisionado
15 tomando como base la Ley Modelo vigente de la Asociación Nacional de
16 Comisionados de Seguros (NAIC, por sus siglas en inglés) y las leyes federales

sobre coordinación de beneficios. Se establece que en aquellos casos en que la persona cubierta o asegurado esté cubierto bajo dos (2) o más planes médicos, la responsabilidad de la coordinación de beneficios es una mancomunadamente compartida de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, de sus intermediarios y de los proveedores participantes.

Disponiéndose que contarán con un término máximo de treinta (30) días para completar los procesos de coordinación de beneficios, a partir del momento que recibieron la totalidad de información y documentación necesaria"

Sección 2.-Se añaden los sub-incisos 14 y 15 al inciso (a) del Artículo 17 de la Ley 194-2000, según enmendada, mejor conocida como la "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente", para que se lean como sigue:

"Artículo 17.-Querellas y procedimientos relacionados

(a) Todo paciente, tutor, asegurado, usuario o consumidor de servicios y facilidades de salud que considere que se le han violado sus derechos o los de su tutelado, bajo la presente Ley, podrá presentar una querella administrativa contra el proveedor o asegurador o tercero administrador o intermediario en cuestión ante el Departamento, en asuntos como los siguientes:

1. ...

...

14. Cuando un proveedor se niega a efectuar la coordinación de beneficios o un asegurador o tercero administrador o intermediario obstaculiza o

1 rehúsa sin justificación válida el colaborar en la gestión de la
2 coordinación de beneficios.

3 15. Cuando una organización dedicada al cuidado de la salud, sin
4 fundamento válido, obstaculiza o se rehúsa a cooperar en la
5 coordinación de beneficios.

6 (b) Una vez sea instada la querella en el Departamento, este determinará si el
7 asunto que se presenta a su consideración es de su competencia o de la
8 competencia del Comisionado o de la Administración de Seguros de Salud, y
9 los referirá según corresponda. Se entenderá que son de la competencia del
10 Comisionado aquellos asuntos que envuelvan controversias de cubierta o de
11 derechos que emanen de las disposiciones de un plan de cuidado de salud o
12 que, sin constituir violaciones de los derechos bajo esta Ley, representan
13 conducta impropia o prácticas desleales por parte de una entidad aseguradora
14 de conformidad con las disposiciones del Código de Seguros de Salud de
15 Puerto Rico o del Código de Seguros de Puerto Rico. Se entenderá que son de
16 la competencia de la Administración de Seguros de Salud aquellos casos en
17 los cuales corresponda su trámite de conformidad con las disposiciones de la
18 Ley 72-1993, según enmendada, conocida como "Ley de la Administración de
19 Seguros de Salud de Puerto Rico (A.S.E.S.)". En todos los demás casos, el
20 Departamento atenderá la querella.

21 El Departamento de Salud, la Administración de Salud y la Oficina del
22 Comisionado de Seguros de Puerto Rico tendrán facultad, como parte de dicho

procedimiento de querellas, para imponer las multas autorizadas en el Artículo 19 de esta Ley y de acuerdo a las disposiciones de la Ley 38-2017, según enmendada, conocida como la “Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Gobierno de Puerto Rico” o cualquier Ley posterior que sustituya la misma. Toda querella deberá ser atendida inmediatamente.”

Sección 3.-Reglamentación

Se ordena a la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico a redactar un Reglamento de acuerdo con lo requerido en esta Ley y utilizando los siguientes parámetros que deberán ser establecidos dentro de dicha reglamentación, los cuales son:

- a) Utilizar como guía, en lo pertinente, la Ley Modelo vigente de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (*NAIC, por sus siglas en inglés*) relacionada con la coordinación de beneficios;
- b) Prohibir a los proveedores participantes negarse a hacer coordinación de beneficios o proveer el servicio condicionado a que el paciente gestione el reembolso con el asegurador u organización de servicios de salud o exigir al paciente que gestione el reembolso de su dinero, así como las penalidades por incumplimiento;
- c) Establecer que el Plan de Salud Gubernamental, el cual es administrado por la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) bajo el Programa Medicaid Federal, será el pagador de último recurso (payer of last resort);
- d) Establecer los deberes y responsabilidades específicas por parte de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores, terceros administradores

o intermediarios, de los proveedores participantes y de los asegurados en cuanto al proceso de coordinación de beneficios velando por el cumplimiento con los estándares de la Ley HIPAA durante el proceso;

e) Establecer que todo asegurador, tercero administrador o intermediario, organización de servicios de salud u organización para el mantenimiento de la salud según definidas en la Ley 101 de 26 de junio de 1965, mejor conocida como la “Ley de Facilidades de Salud y Bienestar Social”, tendrá en sus contratos de seguros o planes de salud de índole comercial un resumen adecuado de la cláusula de coordinación de beneficios;

f) Establecer la responsabilidad del asegurado de informar y suministrar la información sobre los planes médicos que posee a los proveedores participantes al momento de solicitar o necesitar un servicio médico;

g) Establecer en los procesos de coordinación de beneficios, cuando existan procedimientos que requieran preautorizaciones del plan primario, los procedimientos, términos y condiciones de aprobación o rechazo del plan primario y el proceso de solicitud, términos y condiciones de aprobación o rechazo de dichas preautorizaciones dentro del plan secundario, de ser la misma necesaria;

h) Establecer los procedimientos de facturación por parte de los proveedores participantes cuando exista coordinación de beneficios tanto del plan primario como del plan secundario; cómo proceden las denegaciones de pago por parte

de los planes, sean primarios o secundarios, y cuándo comienzan a correr los términos de facturación al plan secundario; y

- i) cualquier otro asunto que el Comisionado de Seguros de Puerto Rico entienda pertinente incluir en dicha reglamentación, siempre y cuando el lenguaje a incluir no menoscabe los parámetros y requerimientos de política pública establecidos al amparo de esta Ley.

Sección 4.-Campaña educativa

Previo a la efectividad de las disposiciones de esta Ley, será responsabilidad de las organizaciones de servicios de salud, los terceros administradores o intermediarios, los *Healthcare Clearinghouses* y los aseguradores de salud e incapacidad, orientar al asegurado, beneficiario o suscriptor y a los proveedores de servicios de salud sobre la coordinación de beneficios. Estas campañas educativas deberán realizarse de manera continua y periódica bajo la supervisión de la Oficina del Comisionado de Seguros.

Sección 5.-Vigencia

Esta Ley comenzará a regir inmediatamente luego de su aprobación. No obstante, se le brinda un término no mayor de noventa (90) días una vez aprobada esta Ley, para la preparación y redacción del Reglamento requerido al amparo de la Sección 3 de esta Ley.