

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.

LexJuris de Puerto Rico
Revisado: Agosto 20, 2026

LexJuris

de Puerto Rico

**Código de Seguros de Salud
de Puerto Rico**

Suplemento

Folleto de Enmiendas

para el libro publicado en Enero, 2025

Revisado: Agosto 20, 2026

LexJuris de Puerto Rico

PO BOX 3185

Bayamón, P.R. 00960

Tels. (787) 269-6475 / 6435

Email: Ayuda@LexJuris.com

Website: www.LexJuris.com

Ordenar: www.LexJurisStore.com

Actualizaciones: www.LexJurisBooks.com

Derechos Reservados

© 1996-Presente

LexJuris de Puerto Rico

Código de Seguros de Salud de Puerto Rico

Descripción	Pág.	Libro
1. Para añadir un nuevo inciso (M) al Artículo 2.050 de la Ley Núm. 194 de 2011, Código de Seguros de Salud. Ley Núm. 23 de 2 de junio de 2025	2	8
2. Para enmendar el inciso (S) del Artículo 26.060 de la Ley Núm. 194 de 2011, Código de Seguros de Salud. Ley Núm. 161 de 2 de agosto de 2026	5	193

Instrucciones para Imprimir

- 1. Imprima el folleto por ambos lados en papel carta (8.5 x 11).
- 2. Doble cada papel por la mitad y lo coloca en orden numérico para formar un folleto y lo incluye dentro del libro como suplemento.
- 3. En la Tabla de Contenido tiene el número de la página del libro donde el artículo fue enmendado por esta(s) ley(es).
- 4. El texto aquí incluido enmienda para sustituir o añadir al texto del libro.

Contenido

1. Para añadir un nuevo inciso (M) al Artículo 2.050 de la Ley Núm. 194 de 2011, Código de Seguros de Salud. Ley Núm. 23 de 2 de junio de 2025

Sección 1.-Se añade un nuevo inciso (M), y se reasigna el actual inciso (M), como (N), en el Artículo 2.050 de la Ley 194-2011, según enmendada, que leerá como sigue:

“Artículo 2.050.-Conformidad con Leyes Federales.

Cualquier disposición de este Código que esté en conflicto con alguna ley o reglamento federal aplicable a Puerto Rico en el área de la salud o de los planes médicos, se entenderá enmendada para que armonice con tal ley o reglamento federal. Además:

A...

...

“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;

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

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

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

El Departamento de Salud, la Administración de Salud y la Oficina del 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 Código de Seguros de Salud

M. Los planes médicos del mercado individual que actualmente están cobijados bajo la política de transición promulgada en noviembre de 2013 por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos podrán renovarse de manera indefinida; siempre y cuando, al ser renovado, reúna las condiciones establecidas en la política de transición de dicha Agencia y las adoptadas por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico. Disponiéndose, además que, de conformidad con la política de transición, para que dichos planes individuales puedan renovarse, deberán cumplir con las siguientes directrices:

(1) La renovación no será aplicable a las suscripciones que hayan ocurrido en o después del 1 de enero de 2014.

(2) Cada año en toda póliza se deberá proveer la notificación compulsoria requerida por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y adoptada por la Oficina del Comisionado de Seguros.

(3) Cumplir con las disposiciones del “Affordable Care Act” y del “Provincial Health Services Authority”, excepto:

(a) Sección 2701 de la PHSA – “Fair Health Insurance Premiums”;

(b) Sección 2702 de la PHSA – “Guaranteed Availability of Coverage”;

(c) Sección 2703 de la PHSA – “Guaranteed Renewability Converage”;

(d) Sección 2704 de la PHSA – “Prohibition on Preexisting Condition Exclusions or Other Discrimination Based on Health Status”, solo para los adultos;

(e) Sección 2705 de la PHSA – “Prohibiting Discrimination Against Individual Participants and Beneficiaries Base on Health Status”;

(f) Sección 2706 de la PHSA – “Non-Discrimination in Health Care”;

(g) Sección 2707 de la PHSA – “Comprehensive Health Insurance Coverage”;

(h) Sección 2709 de la PHSA – “Coverage for Individuals Participating in Approved Clinical Trials”, según codificada en 42 U.S.C. § 300gg-8.

(4) El plan médico renovado tendrá la misma cubierta del plan médico anterior; la cubierta solo será modificada para añadir beneficios requeridos por alguna disposición de ley aplicable.

(5) Los aumentos en tarifa de un diez por ciento (10%) o más de los planes médicos transitorios ofrecidos por un asegurador requieren la aprobación previa, así como, cualquier aumento en la tarifa de un plan médico ofrecido por una organización de servicios de salud requiere la aprobación previa.

N. Los derechos establecidos en este artículo tendrán el alcance y se regirán de conformidad con los requisitos y procedimientos dispuestos por la Ley Pública 111-148, conocida como “Patient Protection and Affordable Care Act”, la Ley Pública 111-152, conocida como “Health Care and Education Reconciliation Act” y la reglamentación federal y local adoptada al amparo de ésta.

Sección 2.-Separabilidad.

Si cualquier cláusula, párrafo, oración, palabra, letra, disposición, título, acápite o parte de esta Ley fuera anulada o declarada inconstitucional, la resolución, el dictamen o la sentencia dictada a tal efecto no afectará, perjudicará, ni invalidará el remanente de esta Ley. El efecto de tal sentencia quedará limitado a la cláusula, párrafo, oración, palabra, letra, disposición, título, acápite o parte de ésta que así hubiera sido anulada o declarada inconstitucional. Si la aplicación a una persona o a una circunstancia de cualquier cláusula, párrafo, oración, palabra, letra, disposición, título, acápite o parte de esta Ley se invalidara o se declarara inconstitucional, la resolución, el dictamen o la sentencia dictada no afectará ni invalidará la aplicación del remanente de esta Ley a aquellas personas o circunstancias a las que se pueda aplicar válidamente. Es la voluntad expresa e inequívoca de esta Asamblea Legislativa que los tribunales hagan cumplir las disposiciones y la aplicación de esta Ley en la mayor medida posible, aunque se deje sin efecto, anule, invalide, perjudique o declare inconstitucional alguna de sus partes o, aunque se deje sin efecto, invalide o declare inconstitucional su aplicación a alguna persona o circunstancia. Esta Asamblea Legislativa hubiera aprobado esta Ley sin importar la determinación de separabilidad que el Tribunal pueda hacer.

Sección 3.-Vigencia.

Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación.

2. Para enmendar el inciso (S) del Artículo 26.060 de la Ley Núm. 194 de 2011, Código de Seguros de Salud.

Ley Núm. 161 de 2 de agosto de 2026

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

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

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

A) ...

B) ...

...

S) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores incluirán en sus contratos con los proveedores participantes los parámetros para tramitar la coordinación de beneficios de servicios de salud de los pacientes, los cuales se regirán por la reglamentación que a estos efectos establezca el Comisionado tomando como base la Ley Modelo vigente de la Asociación Nacional de 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: