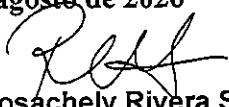


Gobierno de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS DE PUERTO RICO
San Juan, Puerto Rico

Número: 9794

Fecha: 21 de agosto de 2026

Aprobado: 
Rosachely Rivera Santana
Secretaria de Estado
Departamento de Estado

REGLA NÚMERO 91 DEL REGLAMENTO DEL CÓDIGO DE SEGUROS
DE PUERTO RICO

**“NORMAS PARA REGULAR EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN COLECTIVA
ENTRE LOS ASEGURADORES U ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD
O ADMINISTRADORES DE TERCEROS CON LOS PROVEEDORES Y
REPRESENTANTES DE PROVEEDORES DE SALUD”**

Gobierno de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS DE PUERTO RICO
San Juan, Puerto Rico

REGLA NÚMERO 91 DEL REGLAMENTO DEL CÓDIGO DE SEGUROS
DE PUERTO RICO

“NORMAS PARA REGULAR EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN COLECTIVA
ENTRE LOS ASEGURADORES U ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD
O ADMINISTRADORES DE TERCEROS CON LOS PROVEEDORES Y
REPRESENTANTES DE PROVEEDORES DE SALUD”

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES..... 1

ARTÍCULO 1.01. - POLÍTICA PÚBLICA..... 1

ARTÍCULO 1.02. - TÍTULO 4

ARTÍCULO 1.03. - BASE LEGAL 4

ARTÍCULO 1.04.- PROPÓSITO, RESUMEN EJECUTIVO Y ANÁLISIS COSTO-
BENEFICIO 4

ARTICULO 1.05.- ALCANCE Y APLICABILIDAD.....6

ARTÍCULO 1.06.- DEFINICIONES 7

ARTÍCULO 1.07. - PROHIBICIONES..... 15

CAPÍTULO II. GRUPOS DE NEGOCIACIÓN 18

ARTÍCULO 2.01. - GRUPOS AUTORIZADOS A NEGOCIAR; EXCEPCIONES..... 18

ARTÍCULO 2.02 - REPRESENTANTE DE PROVEEDORES; EXCEPCIÓN..... 20

ARTÍCULO 2.03 - REQUISITOS DEL REPRESENTANTE DE PROVEEDORES 21

ARTÍCULO 2.04 -DEBERES DEL REPRESENTANTE DE PROVEEDORES 22

ARTÍCULO 2.05 - PETICIÓN DE GRUPO AUTORIZADO 24

ARTÍCULO 2.06 - PROCEDIMIENTO ANTE LA OFICINA DE ASUNTOS
MONOPOLÍSTICOS DEL DEPARTAMENTO DE JUSTICIA .. 27

ARTÍCULO 2.07. -EXPEDICIÓN DE CERTIFICACIÓN..... 29

ARTÍCULO 2.08.- VIGENCIA DEL GRUPO 29

CAPÍTULO III. SUPERVISIÓN DEL PROCESO DE NEGOCIACIÓN COLECTIVA 30

ARTÍCULO 3.01. - PODERES DEL COMISIONADO DE SEGUROS..... 30

ARTÍCULO 3.02. -AUTORIZACIÓN PARA NEGOCIAR O CIERRE DEL CASO ...	32
ARTÍCULO 3.03. - NEGOCIACIONES PERMITIDAS POR LEY	34
ARTÍCULO 3.04. - NEGOCIACIONES EXCLUÍDAS.....	35
ARTÍCULO 3.05. - PROHIBICIÓN DE ACCIONES QUE LIMITEN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS; REPRESALIAS.....	36
ARTÍCULO 3.06. - CONFIDENCIALIDAD DEL PROCESO DE NEGOCIACIÓN ..	37
ARTÍCULO 3.07. - SUPERVISIÓN Y FISCALIZACIÓN; TÉRMINO DE CONCLUSIÓN DE LAS NEGOCIACIONES.....	38
ARTÍCULO 3.08. - PUNTO MUERTO O IMPASE EN LA NEGOCIACIÓN.....	41
ARTÍCULO 3.09. - TERMINACIÓN DE LA NEGOCIACIÓN COLECTIVA	42
ARTÍCULO 3.10. - INFORME FINAL.....	43
ARTÍCULO 3.11. - EVALUACIÓN DE LA NEGOCIACIÓN.....	45
ARTÍCULO 3.12. - PROHIBICIÓN DE UTILIZACIÓN DEL CONTRATO	46
ARTÍCULO 3.13 - PODER DE SUPERVISIÓN DE LA OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS	46
CAPÍTULO IV. ARBITRAJE.....	47
ARTÍCULO 4.01. - PROPÓSITO.....	47
ARTÍCULO 4.02. -INICIO DEL ARBITRAJE.....	47
ARTÍCULO 4.03. -DESIGNACIÓN DEL ÁRBITRO	48
ARTÍCULO 4.04.- IMPARCIALIDAD Y EL DEBER DE LOS ÁRBITROS DE INVESTIGAR LA INFORMACIÓN	50
ARTÍCULO 4.05. - JURISDICCIÓN DEL ÁRBITRO.....	50
ARTÍCULO 4.06.- PROCEDIMIENTO.....	51
ARTÍCULO 4.07.- SUSTITUCIÓN DE ÁRBITROS	52
ARTÍCULO 4.08.- FACULTADES DEL ÁRBITRO	52
ARTÍCULO 4.09.- VISTA DE ARBITRAJE.....	53
ARTÍCULO 4.10.- CIERRE DE LA VISTA.....	55
ARTÍCULO 4.11. - HONORARIOS DE LOS ÁRBITROS.....	56
ARTÍCULO 4.12.- LAUDO	56
ARTÍCULO 4.13.- CONTENIDO Y FIRMA DEL LAUDO	56

ARTÍCULO 4.14.- DERECHO A ABOGADO.....	56
ARTÍCULO 4.15.- ANULACIÓN DEL LAUDO	57
ARTÍCULO 4.16. - MODIFICACIÓN, CORRECCIÓN Y CONFIRMACIÓN DEL LAUDO	57
ARTÍCULO 4.17.- CONFIDENCIALIDAD.....	57
ARTÍCULO 4.18.- FINALIDAD DEL LAUDO EN EL PROCESO ARBITRAL ABREVIADO	57
ARTÍCULO 4.19.- REVISIÓN DE ÓRDENES DEL TRIBUNAL DE PRIMERA INSTANCIA	58
ARTÍCULO 4.20.- PRESENTACIÓN ANTE EL COMISIONADO DE SEGUROS.....	58
ARTÍCULO 4.21.- SALVEDAD	58
CAPÍTULO V. REVISIÓN DE TARIFAS.....	58
ARTÍCULO 5.01.- PROPÓSITO	58
ARTÍCULO 5.02.- SOLICITUD DE CAMBIOS EN LAS TARIFAS DE PLANES MÉDICOS	59
ARTÍCULO 5.03.- APROBACIÓN DE TIPOS TARIFARIOS	61
ARTÍCULO 5.04.- SUBSANACIÓN DE OBJECIONES SEÑALADAS	62
ARTÍCULO 5.05.- REVISIÓN DE LA DETERMINACIÓN	63
ARTÍCULO 5.06.- EXCLUSIONES	63
CAPÍTULO VI. DISPOSICIONES FINALES.....	64
ARTÍCULO 6.01. - CLÁUSULA DEROGATORIA.....	64
ARTÍCULO 6.02 - CLÁUSULA DE SALVEDAD	64
ARTÍCULO 6.03 - CLÁUSULA DE SEPARABILIDAD	64
CAPÍTULO VII - VIGENCIA.....	65
CAPÍTULO VIII - ENMIENDAS.....	65

Gobierno de Puerto Rico

OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS DE PUERTO RICO

San Juan, Puerto Rico

**REGLA NÚMERO 91 DEL REGLAMENTO DEL CÓDIGO DE SEGUROS
DE PUERTO RICO**

**“NORMAS PARA REGULAR EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN COLECTIVA
ENTRE LOS ASEGURADORES U ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD
O ADMINISTRADORES DE TERCEROS CON LOS PROVEEDORES Y
REPRESENTANTES DE PROVEEDORES DE SALUD”**

CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1.01. – POLÍTICA PÚBLICA

Desde su origen, la política pública establecida con la aprobación de la Ley Núm. 203-2008, al amparo del Capítulo XXXI del Código de Seguros de Puerto Rico, parte de un reconocimiento de las desventajas inherentes en la contratación de los proveedores frente a las compañías de seguros comerciales. La Exposición de Motivos de la Ley Núm. 203-2008 plasmó las desventajas ante el dominio de mercado de algunos planes médicos comerciales que tornó en “inexistentes e inalcanzables” las posibilidades de negociaciones justas entre los proveedores, los aseguradores, administradores de terceros y las organizaciones de servicios de salud, toda vez que éstas últimas contaban con poder suficiente para establecer unilateralmente los términos contractuales ofrecidos a los proveedores, lo que, al momento, desgraciadamente no ha variado.

Si bien la Ley Núm. 203-2008 reconoció el derecho y la autoridad de los estados – según establecido por el Tribunal Supremo de los Estados Unidos– a articular, aprobar y poner en vigor leyes que establezcan una política pública por sobre lo establecido en la legislación antimonopolística, dicha pieza legislativa reconoció las restricciones de índole federal aplicables, reconociendo que la autoridad estatal para autorizar negociaciones colectivas queda supeditada a una estrecha supervisión y fiscalización sobre el proceso y el comportamiento que asuman las partes involucradas durante la negociación. De tal manera, el andamiaje dispuesto por la Ley Núm. 203-2008 está impregnado de una supervisión activa y restricciones al alcance de la negociación colectiva de los

proveedores de salud para no afectar indebidamente el mercado de libre competencia. Véase, *Col. Médicos et. als v. Com. Seguros et als.*, 201 DPR 362, 372 (2018).

En atención a las limitaciones que disponen las leyes antimonopolísticas, la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico (OCS), comisionó la realización de un “Estudio Económico de las Compañías de Seguros de Salud y sus Proveedores de Servicios para Identificar Posibles Enmiendas a la Regla Núm. 91 de la Oficina del Comisionado de Seguros” (“el Estudio”), al economista Dr. Ramón J. Cao García. El Estudio realizado por el Dr. Cao conllevó un análisis de concentración de mercado de seguros de salud. Los hallazgos han podido arrojar luz sobre los elementos específicos que deben ser reformulados a la luz del comportamiento actual de las fuerzas del mercado y así posibilitar una negociación colectiva de las tarifas para proveedores que ofrecen servicios al sector de planes médicos comerciales sobre bases equitativas que no infrinjan disposiciones antimonopolísticas. En esencia, el Estudio demostró que, al presente, los grupos segmentados por área geográfica hacen inviable la negociación colectiva concebida por la Ley Núm. 203-2008. Para que el esquema dispuesto en la Ley Núm. 203-2008 sea operacional y se puedan conformar grupos que se puedan certificar para negociar de forma colectiva, el Estudio justificó que debe eliminarse la segmentación de los grupos de negociación por área geográfica originalmente dispuesta. Sólo al considerar a Puerto Rico como una sola área geográfica podrían los proveedores cumplir con los requisitos para hacer viable la negociación colectiva de su grupo por especialidad o práctica de la profesión.

El Estudio, además, demostró la necesidad de realizar una modificación del porcentaje máximo establecido en la Ley Núm. 203-2008, que limita la cantidad de proveedores por especialidad o subespecialidad que se pueden coligar para negociar, para aumentarlo de un 20% a un 40% de proveedores por especialidad, subespecialidad o área de práctica o servicio. Solo de esta forma, se lograría dar viabilidad de la negociación colectiva dispuesta en ley y justificar la política pública del Estado como excepción a la prohibición que disponen las leyes antimonopolísticas. El aumento de porcentaje sustentado por el Estudio propende un escenario más realista y equitativo en

que el poder de negociación de las partes sea uno realmente balanceado sin que ello redunde en adjudicar poder monopólico a una de las partes; lo cual es requisito esencial para hacer funcional la negociación colectiva.

Las circunstancias existentes al aprobarse la Ley Núm. 203 para el año 2008, ya no reflejan la realidad actual del sector de la salud. Es por todos conocido que el éxodo de médicos de Puerto Rico a los Estados Unidos ha ido en aumento en los últimos años, afectando tanto a especialistas como a médicos primarios. Además, la merma de población nos coloca ante una realidad distinta donde la disparidad entre proveedores de servicios de salud y los planes médicos se ha mantenido en un mercado que exhibe una creciente concentración de éstos últimos.

Con la adopción de esta Regla, se cumple con el mandato de la Ley Núm. 78-2024 y se viabiliza la negociación colectiva, conforme a las enmiendas introducidas por ésta, entre grupos de proveedores por especialidad, subespecialidad o aquellos proveedores agrupados que no posean una especialidad o subespecialidad pero que ejerzan una misma práctica o corporaciones de hospitales individuales, con los aseguradores u organizaciones de servicios de salud que suscriben planes médicos o administrador de terceros en representación de éste. Las disposiciones de esta Regla se fundamentan y están respaldadas por el análisis económico encomendado por la OCS, con el objetivo de habilitar una negociación colectiva justa y balanceada para todas las partes involucradas. Con el esquema regulatorio provisto por la Ley Núm. 78-2024 y esta Regla, se proveen las pautas adecuadas para hacer justicia a los profesionales de la salud en el sector de seguros de salud comercial que llevan por años reclamando el pago de una tarifa competitiva por sus servicios, así como términos y condiciones contractuales justas y razonables, a la par que mantiene una industria de seguros de salud financieramente sostenible.

ARTÍCULO 1.02. - TÍTULO

Este reglamento se conocerá y será citado como las “Normas para Regular el Proceso de Negociación Colectiva entre Aseguradores u Organizaciones de Servicios de Salud o Administradores de Terceros con los Proveedores y Representantes de Proveedores de Salud”.

ARTÍCULO 1.03. - BASE LEGAL

La Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, en coordinación y consulta con la Oficina de Asuntos Monopolísticos del Departamento de Justicia y el Departamento de Salud, adopta la Regla Número 91 del Reglamento Conjunto del Código de Seguros de Puerto Rico, titulada “Normas para Regular El Proceso de Negociación Colectiva entre los Aseguradores u Organizaciones de Servicios de Salud o Administradores de Terceros con los Proveedores y Representantes de Proveedores de Salud”, de conformidad con los poderes y facultades conferidos en los Artículos 2.030 y el Artículo 31.080 del Código de Seguros de Puerto Rico, Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, y la Ley Núm. 38 de 30 de junio de 2017, según enmendada, conocida como “Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Gobierno de Puerto Rico”, en cumplimiento con el mandato dispuesto en la Sección 8 de la Ley Núm. 78-2024.

ARTÍCULO 1.04.- PROPÓSITO, RESUMEN EJECUTIVO Y ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO

Esta Regla tiene el propósito de establecer y definir de manera clara, justa y transparente para todas las partes, el proceso para negociar colectivamente y los requisitos de los grupos autorizados para tal fin. Instituye el proceso de negociación colectiva, con el fin de velar activamente todas las etapas del proceso de manera que armonicen con las leyes estatales y federales aplicables; al igual que los resultados. Además, dispone para que cualquiera de las partes, previa notificación, someta a arbitraje las controversias que hayan llegado a un punto muerto o *impasse* dentro del proceso de negociación colectiva, de conformidad con las disposiciones de la “Ley de Arbitraje de

Puerto Rico”, Ley 147-2024.¹ Esta Regla busca fomentar un proceso de negociación que refleje orden, transparencia y una ejecución responsable y supervisada en todas sus etapas. En ese marco, se promueve que las partes actúen haciendo lo que se debe y estando en lo que se hace para lograr una negociación que se conforma al Código de Seguros de Puerto Rico sin incidir en leyes antimonopolísticas.

Esta Regla, en resumen, establece el procedimiento completo para la negociación colectiva entre proveedores de servicios de salud y los aseguradores u organizaciones de servicios de salud que suscriben planes médicos privados. Dispone las etapas para la conformación y certificación de grupos autorizados, los requisitos y deberes de los representantes de proveedores, y el proceso de supervisión activa que debe ejercer la Oficina del Comisionado de Seguros durante toda la negociación. En ésta se incorpora el mecanismo de arbitraje para atender controversias que lleguen a un impasse o punto muerto, y establece el proceso de revisión tarifaria para evaluar cualquier impacto económico que pueda surgir de los acuerdos alcanzados. Asimismo, delimita las negociaciones permitidas y excluidas, define las entidades sujetas a su aplicación y aclara las exclusiones requeridas por mandatos federales. En conjunto, esta Regla provee los procedimientos necesarios para viabilizar el proceso de negociación colectiva en un marco regulatorio claro, supervisado y compatible con las leyes estatales y federales aplicables en cumplimiento con el requisito dispuesto en la Sección 8 de la Ley Núm. 78-2024.

Un análisis del costo-beneficio de la Regla demuestra que su adopción responde a un requisito impuesto por la Sección 8 de Ley Núm. 78-2024 y no implica mayores costos al erario, como tampoco para la ciudadanía. Asimismo, su adopción resulta necesaria para reemplazar el Reglamento 7646 vigente, que no ha sido revisado desde su adopción en 2008 y que dificultó desde entonces la implementación del Capítulo 31 del Código de

¹ La Sección 5 de la Ley Núm. 78-2024, aprobada el 16 de mayo de 2024, derogó el Artículo 31.050 del Código de Seguros de Puerto Rico y lo sustituyó. En éste nuevo Artículo 31.050 se hace referencia a la Ley Núm. 376 de 8 de mayo de 1951, según enmendada, conocida como “Ley de Arbitraje Comercial de Puerto Rico” como fuente para seguir en el arbitraje de un impasse en la negociación colectiva. Posterior a la aprobación de la Ley Núm. 78-2024, se aprobó la Ley Núm. 147-2024 que derogó la “Ley de Arbitraje Comercial de Puerto Rico” y la sustituyó por la “Ley de Arbitraje de Puerto Rico” el 9 de agosto de 2024. En atención a ello, se atemperaron las referencias a la “Ley de Arbitraje Comercial” a lo dispuesto en la Ley Núm. 147-2024 “Ley de Arbitraje de Puerto Rico”.

Seguros ya que el proceso no era operacionalmente viable y requería procedimientos adicionales que nunca se materializaron.

La adopción de esta Regla no impone costos adicionales significativos al Gobierno de Puerto Rico ni a las agencias que colaboran en su implementación. Las funciones de supervisión activa, fiscalización, certificación de grupos y revisión tarifaria forman parte de las facultades ordinarias de la Oficina del Comisionado de Seguros, la Oficina de Asuntos Monopolísticos del Departamento de Justicia y el Departamento de Salud y se realizan dentro de su estructura administrativa existente. Para los aseguradores, organizaciones de servicios de salud, administradores de terceros y proveedores, los costos asociados a esta adopción de esta Regla se limitan a los inherentes a participar en un proceso de negociación estructurado, tales como la preparación de documentación, reuniones y cumplimiento con requisitos de certificación, los cuales no representan cargas desproporcionadas.

Los beneficios superan ampliamente los costos. Esta Regla corrige desequilibrios históricos de poder de mercado entre proveedores y aseguradores, viabiliza la negociación colectiva en condiciones equitativas y fortalece la supervisión estatal requerida por la doctrina federal de *state action* y las guías de asuntos monopolísticos, que exigen supervisión activa y un marco regulatorio claro para autorizar negociaciones colectivas sin afectar indebidamente la competencia. La eliminación de la segmentación geográfica y el aumento del porcentaje máximo de agrupación de proveedores permiten un proceso funcional y compatible con las realidades del mercado, sin crear concentraciones indebidas.

ARTÍCULO 1.05 – ALCANCE Y APLICABILIDAD

Esta Regla aplicará a todos los aseguradores, organizaciones de servicios de salud, administradores de terceros, manejadores de beneficios de farmacia (PBM), hospitales, instalaciones de cuidado de salud, grupos autorizados, representantes de proveedores, proveedores de servicios de salud, ya sean individuos, corporaciones o entidades, y a cualquier persona natural o jurídica que solicite participar, participe, intervenga o tenga

funciones dentro del proceso de negociación colectiva, arbitraje o revisión tarifaria habilitado por el Capítulo 31 del Código de Seguros de Puerto Rico y por esta Regla.

Cualquier duda sobre el alcance o la interpretación de esta Regla se resolverá de manera que resulte más favorable a la prestación de los servicios de salud, conforme con la política pública del Gobierno de Puerto Rico establecida en el Artículo 31.010 del Código de Seguros de Puerto Rico, según enmendado.

ARTÍCULO 1.06.- DEFINICIONES

Para propósitos de esta Regla, los siguientes términos o frases tendrán el siguiente significado:

- A. *Acción en represalia* - Cualquier acuerdo, entendido, contrato, combinación o acción concertada de no efectuar un servicio , en el que participen los proveedores o los aseguradores, organizaciones de servicios de salud, manejador de beneficios de farmacia (PBM), o una combinación de ambos, para obligar, persuadir o coaccionar a la otra parte a establecer tarifas o precios pre-acordados a los servicios de salud, o a realizar cualquier otra actuación que restrinja la prestación de los servicios, además de cualquier acto, entendido, contrato, combinación o acción de un asegurador, organización de servicios de salud, manejador de beneficios de farmacia (PBM), o administrador de terceros contratados por ésta que atente contra el pago, contratación de un proveedor por el hecho de solicitar o participar en un proceso de negociación o se tome represalia contra éste último por participar en el proceso de negociación.
- B. *Acto unilateral* – cualquier acto realizado por un asegurador de plan médico privado, organización de servicios de salud, manejador de beneficios de farmacia (PBM), o administrador de terceros en representación de éste, que conlleve unilateralmente imponer o modificar durante la vigencia, renovación o firma de contrato la tarifa que le va a pagar un proveedor de servicios de salud, términos o condiciones contractuales sin que medie consentimiento previo por escrito del proveedor con el que contrate.

- C. *Administrador de Terceros* - tercero contratado o entidad a la cual el asegurador u organización de servicios de salud le haya delegado la administración o manejo de los servicios en la cubierta de plan médico, incluyendo, pero sin limitarse, al procesamiento de reclamaciones, cobro de primas, contratación de proveedores, beneficios, cubierta de farmacia, cubierta dental, cubierta de visión o de cualquier otro servicios de salud y pagos a proveedores o actividades administrativas a terceros y pagos a proveedores u otras actividades administrativas, operacionales, de servicios u otras análoga. Además, se entenderá como un administrador de tercero al Manejador de Servicios Beneficios de Farmacia (PBM), al Administrador de Beneficio de Farmacia (PBA), al Administrador de Servicios (ASO), y a las Organizaciones de Gerencia de Servicio (MSO).
- D. *Arbitraje* -, proceso adjudicativo de naturaleza no judicial, conforme al marco legal aplicable en el cual el árbitro recibe la prueba de las partes en conflicto y, a base de la evidencia presentada, emite una decisión o laudo. Se rige por las disposiciones de la Ley Núm. 147-2024, conocida como “Ley de Arbitraje de Puerto Rico”.
- E. *Árbitro* - persona neutral certificado(a) como árbitro con competencia y experiencia en el campo de la economía y/o la salud quien o quienes someterán declaración jurada en cuanto a que no tienen conflicto de interés alguno, nombrada por el Tribunal de Primera Instancia de Puerto Rico, Sala de San Juan, ante quien quedará sometida para su resolución cualquier controversia que haya llegado a un impase o punto muerto dentro del proceso de negociación colectiva.
- F. *Asegurado o persona cubierta* -significa el tenedor de una póliza o certificado, suscriptor, u otra persona que participe de los beneficios de un plan médico.
- G. *Boicot* - acción o tentativa o intento de acción concertada conforme al marco legal aplicable para negarse a ofrecer o contratar un servicio, con el propósito de intentar perjudicar o perjudicar a la otra parte y obligarla a

aceptar lo que se le exige. Acción que se dirige contra una persona o entidad para obstaculizar el desarrollo o funcionamiento de una determinada actividad social o comercial.

- H. *Comisionado* – significa el Comisionado de Seguros de Puerto Rico.
- I. *Co-pago* – aquella parte del costo de un servicio de salud que desembolsa el asegurado, suscriptor o beneficiario de dicho servicio y que es una cantidad fija y predeterminada. Cuando esta cantidad se expresa en términos porcentuales, se entenderá que se refiere a co-aseguro.
- J. *Criterios de Cubierta* – los términos o condiciones bajo los cuales una organización de servicios de salud o asegurador se obliga a proveer los beneficios de salud a los asegurados o suscriptores o beneficiarios.
- K. *Cubierta* – todo lo contratado en un plan de médico.
- L. *Deducible*- aquella porción del costo de un beneficio o servicio cubierto por una organización de servicios de salud, a ser sufragada por el asegurado, suscriptor o beneficiario antes de que tenga derecho a recibir el referido beneficio o servicio.
- M. *Ejercer una misma práctica* - significa prestar, de manera principal, regular y autorizada por ley, una misma clase o modalidad de servicios de salud dentro de una profesión, disciplina o área de práctica regulada por el Estado. Para estos fines, los servicios deberán compartir una identidad funcional sustancial en cuanto a su naturaleza, propósito clínico, destrezas requeridas y uso esperado por los pacientes o por el asegurador, la organización de servicios de salud o el administrador de terceros al momento de contratar. La determinación de si varios proveedores ejercen una misma práctica considerará, entre otros factores, el alcance de la licencia o autorización profesional aplicable, las credenciales o certificaciones pertinentes, el adiestramiento y la experiencia del proveedor, así como si los servicios que ofrece son razonablemente sustituibles entre sí. La mera coincidencia de patrono, facilidad, red,

localidad o arreglo contractual no constituirá, por sí sola, ejercer una misma práctica. En todo caso, dicha determinación se realizará dentro de los límites de la licencia o autorización profesional correspondiente.

- N. *Especialidad (área de práctica)*– en el caso de la medicina se define como una rama que esté reconocida por la *American Board of Medical Specialties*, y objeto de certificación conforme a la *Ley de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica*, según enmendada, Ley 139-2008. En el caso de cualquier otra rama de los servicios de salud se entenderá que comprende únicamente aquellas disciplinas reguladas por el Estado y sujetas a licenciamiento o certificación conforme a ley, tales, como, por ejemplo: la farmacia, sicología, terapia física, enfermería, tecnólogos médicos, dentistas y otros; siempre que dichos servicios se encuentren dentro del ámbito de práctica autorizado por ley o reglamento aplicable y puedan ser objeto de contrato por un asegurador, organización de servicios de salud o administrador de terceros. Una subespecialidad se refiere a la rama o área específica de práctica comprendida dentro de una especialidad reconocida, que se distingue por su enfoque particular en determinada población, condición, sistema, procedimiento o modalidad de prestación de servicios de salud, y para cuyo ejercicio se requiere preparación, adiestramiento, experiencia o certificación adicional a la exigida para la especialidad de base.
- O. *Especialista* – Se refiere a especialidades médicas. Persona que además de poseer una licencia expedida por la “Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica” para ejercer como médico cirujano, solicita y obtiene una certificación como especialista en aquellas ramas de la medicina o medicina dental que son reconocidas como especialidades médicas por el *American Board of Medical Specialties* o el *American Dental Association*. Es un profesional de la salud con formación en una especialidad determinada y autorizado para ejercerla, o persona que cultiva, practica o domina una disciplina o

área específica conforme a la especialidad o subespecialidad reconocida y autorizada para su práctica bajo el marco legal y reglamentario aplicable. Un subespecialista se refiere a subespecialidades médicas y contempla a un médico con entrenamiento avanzado en una subespecialidad reconocida dentro de una especialidad médica, o medicina dental, obtenido con posterioridad a su residencia en la especialidad de base, para diagnosticar y tratar condiciones o poblaciones de pacientes dentro de un campo clínico más delimitado y específico. Profesional de la salud, particularmente un médico u otro proveedor con adiestramiento adicional, que practica dentro de una subespecialidad, esto es, un área muy específica comprendida dentro de una especialidad más amplia. Incluye odontólogos y otras especialidades dentro de la medicina dental.

- P. *Grupo Autorizado*: Un grupo de proveedores que cumpla con los requisitos establecidos en el Artículo 31.030 del Código de Seguros de Puerto Rico y de esta Regla, y que desee negociar con un asegurador, organización de servicios de salud o administrador de tercero.
- Q. *Honorarios* – pago que recibe un proveedor por la prestación de un servicio de cuidado de salud.
- R. *Huelga* – Acción, tentativa o intento de acción concertada por quien no tiene derecho a ello conforme al marco legal aplicable o no se encuentra reconocido dentro de su unidad laboral, con el propósito de interrumpir, paralizar, detener u obstruir la prestación de servicios de salud, durante un tiempo determinado, breve o prolongado, o un tiempo indefinido, con el fin de imponer ciertas condiciones.
- S. *Instalación de Cuidado de Salud* – significa una institución con licencia para proveer servicios de cuidado de la salud o un lugar donde se provee cuidado médico, incluyendo los hospitales y otros centros con pacientes reclusos, centros de cirugía o tratamiento ambulatorios, centros de enfermería especializada, centros residenciales de tratamiento, centros de

laboratorios, radiología e imágenes, y los lugares de rehabilitación y otros tipos de terapia, así como laboratorios clínicos.

- T. *Laudó* - decisión o fallo por escrito rendido por el árbitro sobre la(s) controversia(s) sometida(s) ante su consideración.
- U. *Ley* - Ley Núm. 203 del 8 de agosto de 2008, según enmendada, conocida como “Negociación Colectiva de Proveedores y Organizaciones de Servicios de Salud”.
- V. *Métodos de Pago* - procedimiento mediante el cual se satisfacen los honorarios devengados por un proveedor por la prestación de un servicio de salud.
- W. *Negociación Colectiva* - proceso de discusión, trato y ajuste de posiciones entre un asegurador u organización de servicios de salud o administrador de terceros, y un hospital y grupo de dos o más proveedores para lograr un acuerdo sobre los honorarios, términos económicos y no económicos y condiciones del contrato de proveedor según contemplados en el Artículo 31.030 de la Ley. No incluye las negociaciones de personas o entidades individuales.
- X. *Observador* - significa el funcionario designado por la Oficina del Comisionado de Seguros para ejercer la supervisión activa del Estado durante las negociaciones colectivas entre aseguradores u organizaciones de servicios de salud o sus representantes y los proveedores o sus representantes, sin intervenir en la formulación o negociación de términos entre las partes.
- Y. *Oficina de Asuntos Monopolísticos* - Oficina adscrita al Departamento de Justicia del Gobierno de Puerto Rico, según creada por la Ley Núm. 77-1964, según enmendada, conocida como *Ley de Monopolios y Restricción del Comercio*, 10 L.P.R.A. secs. 257 *et seq.* (“Ley de Monopolios”).
- Z. *Organización de Servicios de Salud* - entidad sujeta a las leyes y reglamentos de seguros de Puerto Rico, sujeta a la jurisdicción del Comisionado, que

contrata o se ofrece a contratar para proveer, suministrar, tramitar o pagar los costos de servicios de cuidado de salud o reembolsar los mismos, incluyendo cualquier corporación, con o sin fines de lucro, de servicios hospitalarios y de salud, las organizaciones de servicios de salud u otra entidad que provea planes de beneficios, servicios o cuidado de la salud, con excepción de aquellas entidades expresamente excluidas a tenor con el Artículo 1.070 del Código de Seguros de Puerto Rico.

- AA. *Persona* - significa persona natural o jurídica, incluyendo corporación, sociedad, asociación, sociedad conjunta, sociedad comanditaria, fideicomiso, organización no incorporada y entidades similares o alguna combinación de las anteriores, exceptuando a las cooperativas acorde a la Ley Núm. 228-2015, además de otras entidades de proveedores y personas que estén exentas de la fiscalización de la Ley Núm. 77 de 25 de junio de 1964, según enmendada.
- BB. *Plan médico*- significa aquel definido como “Plan médico” en el Artículo 2.030 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico. Significa un contrato de seguro, póliza, certificado, o contrato de suscripción con una organización de seguros de salud, organización de servicios de salud o cualquier otro asegurador, provisto en consideración o a cambio del pago de una prima, o sobre una base prepagada, mediante el cual la organización de seguros de salud, organización de servicios de salud o cualquier otro asegurador se obliga a proveer o pagar por la prestación de determinados servicios médicos, de hospital, gastos médicos mayores, servicios dentales, servicios de salud mental, o servicios incidentales a la prestación de éstos.
- CC. *Prima* - cantidad específica de dinero pagada a un asegurador u organización de servicios de salud como condición para recibir los beneficios de un plan médico, lo cual incluye las cuotas u otras aportaciones asociadas con el plan médico.

- DD. *Profesional de la salud*- significa un médico u otro profesional del campo de la salud con licencia, acreditado o certificado por las entidades correspondientes para proveer determinados servicios de cuidado de la salud a tenor con las leyes estatales y reglamentos correspondientes.
- EE. *Proveedor* - significa un profesional de la salud, una facilidad o instalación de cuidado de la salud debidamente autorizado y licenciado conforme a las leyes y reglamentos aplicables a prestar o proveer servicios de cuidado de la salud.
- FF. *Punto muerto o Impase* – cuando una de las partes, o ambas partes, no acceden ni modifican sus posiciones sobre uno o varios asuntos determinados objeto de la negociación de buena fe por lo cual cualesquiera de las partes podrán requerir el nombramiento de un árbitro para la búsqueda de una solución del asunto en controversia.
- GG. *Referido* - cuando un proveedor de servicios de salud envía a un asegurado, suscriptor o beneficiario a recibir un servicio de salud ante otro proveedor.
- HH. *Registros de proveedores* - registros oficiales de los proveedores del Gobierno de Puerto Rico o el NPI (*National Provider Identifier*).
- II. *Representante del Plan Médico* - persona natural designada por el asegurador, organización de servicios de salud o administrador de terceros para representarlo en el proceso de negociación colectiva, con poder suficiente para vincular a su representado respecto a las decisiones y acuerdos alcanzados durante dicho proceso, conforme a las facultades conferidas por su representado, al marco legal aplicable y a lo dispuesto en el Artículo 2.02 de esta Regla.
- JJ. *Representante de proveedor* – tercero debidamente autorizado por el grupo de proveedores para negociar a su nombre, con las organizaciones de servicios de salud, aseguradores o administradores de terceros, los honorarios, términos y condiciones contractuales entre éstas y el grupo de proveedores. Éste deberá ser una persona natural que no tenga vínculos activos de

representación con entidades que agrupen de forma compulsoria profesionales de la salud de la especialidad, práctica o servicio que se propone a negociar colectivamente. Ello, de conformidad con el Artículo 31.070 del Código de Seguros de Puerto Rico, según enmendado, que prohíbe que cualquier entidad, que de manera compulsoria agrupe profesionales de la salud, se convierta en representante de proveedores en los procesos de negociación.

KK. *Servicios de cuidado de salud* – significa cuidado médico o dental, hospitalización o servicios incidentales a la prestación de dicho cuidado u hospitalización, así como pruebas clínicas o de laboratorios.

LL. *Suscriptor*- significa cualquier persona acogida a un plan médico emitido por una organización de servicios de salud.

MM. *Tarifa* –es el precio base calculado para los beneficios de salud tomando en consideración el costo de los servicios médicos o de salud, gastos administrativos y el remanente de la prima luego de cubrir los servicios médicos y los gastos administrativos.

NN. *Tipos* – el término incluye, según lo requiera el contexto, bien la compensación a pagarse o a cargarse por contrato de seguros, o los elementos y factores que formen la base para determinación o aplicación de esta, o ambas cosas.

ARTÍCULO 1.07. – PROHIBICIONES

Se proscriben las siguientes acciones:

A. Que alguna de las partes, ya sea el proveedor de servicios de salud o el asegurador, organización de servicios de salud o administrador de terceros, limite irrazonablemente la prestación de servicios de cuidado de salud, sea en la figura de amenazas de boicot, huelga u otra acción coordinada para restringir irrazonablemente el comercio por parte de los proveedores. Tales acciones estarán sujetas a la fiscalización de la Oficina de Asuntos Monopolísticos del Departamento de Justicia para determinar si las mismas violan las disposiciones

de la Ley o de la Ley de Monopolios. Un asegurador, organización de servicios de salud o administrador de tercero no podrá cancelar el contrato de los proveedores una vez se inicie la petición de negociación, durante y después de finiquitar el proceso salvo que medie justa causa según las cláusulas del contrato vigente y la ley aplicable. La cancelación podrá ser solo por justa causa específicamente expuesta. Cualquier acción por alguna de las partes que limite la prestación de servicios, sea en la figura de amenazas de boicot, huelga u otra acción coordinada por parte de los proveedores, estará sujeta a la fiscalización de la Oficina de Asuntos Monopolísticos del Departamento de Justicia para determinar si viola las disposiciones de la Ley o de alguna ley contra monopolios.

- B. Que los aseguradores, organizaciones de servicios de salud o administradores de terceros que ofrezcan servicios a éstas tomen acciones en represalia o coercitivas en contra de los proveedores durante el proceso de negociación, tales como retener pagos de forma injustificada, realizar auditorías injustificadas u otras acciones similares, o realizar recobros de remesas sin notificación previa al proveedor o reactivar procesos de recobro sin cumplir con los requisitos contractuales o regulatorios aplicables.
- C. Que cualquier entidad que agrupe compulsoriamente profesionales de la salud se convierta en representante de proveedores en los procesos de negociación colectiva. Esto incluye que ninguna persona natural que posea puestos de oficial directivo o de representación respecto a entidades que agrupan de forma compulsoria a profesionales de la salud de la especialidad, práctica o servicio propios del grupo que ahora solicita la negociación colectiva podrá ser certificado como representante autorizado.
- D. Que en el mercado de Puerto Rico se ofrezca o suscriba un contrato de seguro o plan de cuidado de salud sin contar con la previa autorización por parte del Comisionado para ello y la debida aprobación de los formularios y evidencia de cubierta por parte del Comisionado de conformidad con el Código de Seguros de

Puerto Rico, y se ofrezca en el mismo una prima, copago o deducible mayor sin contar con la autorización previa del Comisionado.

- E. Ningún asegurador de plan médico privado, organización de servicios de salud, manejador de beneficios de farmacia (PBM) o administrador de terceros en representación de éste podrá unilateralmente imponer o modificar, durante la vigencia, renovación o firma de contrato, la tarifa que le va a pagar a un proveedor de servicios de salud sin que medie consentimiento previo por escrito del proveedor con el que contrate.
- F. Un proveedor no debe tener poder decisorio, voto, participación o acceso alguno a las negociaciones o información relacionada a las negociaciones de más de un grupo autorizado a negociar colectivamente.
- G. Un proveedor no debe tener poder decisorio, voto, participación, beneficio, información, o acceso alguno a las negociaciones colectivas de un grupo autorizado bajo la Regla 91 a la vez que pertenece, participa o se beneficia de negociaciones colectivas bajo cualquier otro reglamento o ley que autorice la negociación colectiva (e.g. Reglamento 9161 COSSEC).
- H. Los proveedores no deben compartir información alguna relacionada a la negociación colectiva de un grupo autorizado con proveedores que no pertenezcan a su grupo autorizado. De igual forma, los aseguradores y las organizaciones de servicios de salud no deben compartir información relacionada con la negociación colectiva de un grupo autorizado con otras entidades que operen en su misma línea de negocios, excepto exclusivamente con su entidad matriz. En ningún caso podrá compartirse dicha información con subsidiarias, afiliadas o entidades competidoras.
- I. Cualquier violación a las disposiciones de este reglamento constituirá a su vez un método injusto de competencia, así como una práctica o acto injusto o engañoso en los negocios o el comercio prohibido por el Art. 3 de la Ley Núm. 77 de 25 de junio de 1964 y los reglamentos bajo este aprobado. Evidencia de la conducta contraria a las disposiciones de este reglamento será suficiente para establecer la

violación al Art. 3 de la Ley Núm. 77, *supra*, y su reglamento número VII de competencia justa. Este inciso no constituye menoscabo de la facultad y jurisdicción de las agencias de proceder a su vez por las demás violaciones de la Ley Núm. 77, *supra*, el Código de Seguros de Puerto Rico o cualquier otra ley o reglamento aplicable.

CAPÍTULO II. GRUPOS DE NEGOCIACIÓN

ARTÍCULO 2.01. – GRUPOS AUTORIZADOS A NEGOCIAR; EXCEPCIONES

Para negociar colectivamente, según autoriza el Artículo 31.030 del Código de Seguros, los proveedores deberán agruparse, ya sea por especialidad o subespecialidad o en el caso de aquellos que no posean una especialidad o subespecialidad podrán agruparse cuando ejerzan una misma práctica, conforme se establece a continuación:

- A. Se considera un grupo cuando dos o más personas autorizadas se ponen de acuerdo para impulsar una agenda de negociación común.
- B. Se considerará que hay un grupo por especialidad cuando los proveedores de una misma especialidad se agrupen para negociar colectivamente, siempre y cuando el grupo no exceda el cuarenta (40%) por ciento de su especialidad en Puerto Rico. Lo anterior no limita la cantidad de grupos autorizados a organizarse, sino que limita el porcentaje máximo de proveedores que puede integrar cada grupo autorizado.
- C. Se considerará que hay un grupo por subespecialidad cuando los proveedores de una misma subespecialidad se agrupen para negociar colectivamente, siempre y cuando el grupo no exceda el cuarenta (40%) por ciento de su subespecialidad en Puerto Rico.
- D. Se considerará que hay un grupo por ejercicio de una misma práctica de la medicina (que no poseen especialidad o subespecialidad en común) o un grupo por ejercicio de una misma práctica profesional o de servicio de salud, cuando los proveedores que ejercen una misma práctica se agrupen para negociar colectivamente, siempre y cuando el grupo no exceda el cuarenta (40%) por ciento de la práctica en Puerto Rico;

- E. Los grupos o corporaciones autorizados para negociar colectivamente no podrán exceder del cuarenta por ciento (40%) de los proveedores para dicha especialidad o subespecialidad de servicio de salud que ejerzan la práctica de su profesión en Puerto Rico o de los proveedores agrupados que no poseen una especialidad o subespecialidad, pero que ejerzan una misma práctica.
- F. El Departamento de Salud, por medio de la “Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica”, deberá proveer, cuando así se lo requieran la Oficina del Comisionado de Seguros o la Oficina de Asuntos Monopolísticos, los registros de proveedores actualizados. Será la Oficina de Asuntos Monopolísticos la que habrá de evaluar y certificar que los porcentos establecidos en los incisos anteriores se cumplen o no.
- G. Para fines de los grupos autorizados a negociar colectivamente entre proveedores y aseguradores y organizaciones de servicios de salud, se considerará a Puerto Rico como una sola área geográfica.
- H. Los hospitales sólo podrán beneficiarse del mecanismo de negociación colectiva cuando negocien como una corporación individual. Si un hospital tiene facilidades en más de una localización, deberá negociar por cada una de forma individual.
- I. Se reconoce y dispone que el proceso de negociación colectiva de las organizaciones o entidades bajo el andamiaje o modelo cooperativista está regido por el Subcapítulo 20 de la Ley 239-2004, según enmendada. No obstante, también se establece que esto no será un factor limitante o un impedimento para que: proveedores agrupados por especialidad o subespecialidad o aquellos proveedores que no posean una especialidad o subespecialidad pero que ejerzan una misma práctica; que así lo deseen y se encuentren conformados bajo dicho andamiaje o modelo cooperativista, puedan agruparse para llevar a cabo negociaciones colectivas bajo los preceptos del Capítulo 31 del Código de Seguros de Puerto Rico, según enmendada, dejando establecido que si determinan negociar colectivamente al amparo de los preceptos de ésta, para los efectos de dicha negociación colectiva, se regirán por los preceptos en ésta establecidos y no por los instituidos al amparo del Subcapítulo 20 de la Ley 239-2004, según

enmendada. Al respecto, un proveedor de servicios de salud no debe pertenecer a más de un grupo autorizado, como tampoco negociar colectivamente dentro de un grupo autorizado y al mismo tiempo a través de una cooperativa a la que pertenezca.

- J. La formación de Grupos Autorizados para negociar colectivamente dispuesta en la Ley y en esta Regla no aplicará a los planes de salud establecidos al amparo del programa *Medicare Advantage*, Public Law 108-173 y su reglamentación (42 CFR Part 422); al Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, establecido al amparo de la Ley Núm. 72-1993, según enmendada, conocida como la *Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico* ("ASES"), y a los planes de salud de patronos auto-asegurados sujetos a los parámetros del *Employee Retirement Income Security Act of 1974* ("ERISA"), Public Law 93-406 y su reglamentación (29 CFR Chapter XXV), incluyendo aquellas asociaciones bona fide que cumplan con los criterios establecidos por el Departamento del Trabajo Federal para ser consideradas un "bonafide group or association of employers" bajo ERISA, y cuyos planes califiquen como planes de patrono autoasegurados conforme con dicha ley federal. Las asociaciones bonafide que no cumplan con este requisito continúan sujetas a las disposiciones del Capítulo 31 del Código de Seguros de Puerto Rico, según enmendado.

ARTÍCULO 2.02 - REPRESENTANTE DE PROVEEDORES; EXCEPCIÓN

Un grupo de proveedores que cumpla con los requisitos establecidos en el Artículo 31.030 del Código de Seguros de Puerto Rico, según enmendado, y lo establecido en el Artículo 2.05 de esta Regla, podrá negociar colectivamente por medio de un representante seleccionado por el grupo, a quien se denominaría "Representante de Proveedores" una vez cumpla con los requisitos establecidos en el Artículo 2.03 de esta Regla. Un Representante de Proveedores será una persona natural que represente al Grupo Autorizado en la negociación. De igual forma deberá el asegurador, organización de servicios de salud o administrador nombrar a su representante del plan médico, quien tendrá poder de vincular a su representado de sus decisiones y conducta exhibida,

conforme a las facultades conferidas por su representado y al marco legal aplicable, sin perjuicio de las limitaciones o condiciones internas que le hayan sido impuestas por su representado, y así notificar al Comisionado de Seguros de Puerto Rico y al Representante de Proveedores.

Los acuerdos logrados por el Representante de Proveedores, en los límites de las facultades conferidas por sus representados, serán vinculantes para el grupo de proveedores que representa. Las decisiones y acuerdos logrados por el Representante del Plan Médico serán vinculantes para el asegurador, organización de servicios de salud o administrador de tercero que represente dentro del alcance de las facultades que le hayan sido conferidas.

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 31.070 del Código de Seguros de Puerto Rico, se prohíbe que cualquier entidad, que de manera compulsoria agrupe profesionales de la salud, se convierta en Representante de Proveedores en los procesos de negociación.

ARTÍCULO 2.03 – REQUISITOS DEL REPRESENTANTE DE PROVEEDORES

Toda persona natural que interese actuar como Representante de Proveedores y que haya sido designado para ello por un grupo de proveedores deberá quedar autorizado previamente por la Oficina del Comisionado de Seguros y cumplir con los siguientes requisitos:

- a. Completar la *Solicitud de Representante de Proveedores* que se establece y se hace formar parte de esta Regla. Una vez completada en todas sus partes, la solicitud deberá ser sometida por el solicitante a la Oficina del Comisionado de Seguros a través de la dirección de correo electrónico que dispondrá dicha agencia mediante carta circular que emita a esos efectos o en físico en las oficinas de la agencia, y pagar un importe de cincuenta dólares (\$50.00) para cubrir los gastos de administración del proceso por parte de la Oficina del Comisionado de Seguros.
- b. En su solicitud, la persona natural que solicite ser Representante de Proveedores deberá incluir su conocimiento, experiencia y/o competencia, si

alguna, en el campo del cuidado de la salud, administración pública, economía, administración de salud pública, administración de hospitales o administración de servicios de salud o farmacias, grados universitarios, experiencia o conocimiento de la industria de salud o facturación.

- c. Una vez sometida la *Solicitud de Representante de Proveedores* ante la Oficina del Comisionado de Seguros, ésta deberá revisarla y notificar su determinación sobre la misma al solicitante dentro de diez (10) días laborables luego de presentada la solicitud.
- d. Nada en este Reglamento se interpretará como impedimento para que el Representante de Proveedores o el Representante del Plan Médico con quien se ha de negociar pueda estar acompañado por asesores, expertos o profesionales en las reuniones entre las partes, cuando la naturaleza o complejidad de los asuntos bajo negociación así lo requiera sujeto a las disposiciones de confidencialidad establecidas en esta Regla. No obstante, las obligaciones, deberes y responsabilidades establecidas en este Reglamento sobre estos Representantes son de carácter personal e indelegables, por lo que la presencia de dichos acompañantes no relevará al Representante de su responsabilidad ni transferirá a estos las facultades que le han sido conferidas. Los asesores, expertos o profesionales que acompañen a los representantes no deben interferir con las funciones de estos ni asumir la conducción de las reuniones o negociaciones, ya que dicha responsabilidad recae exclusivamente en los representantes designados y no las puede delegar.

ARTÍCULO 2.04 -DEBERES DEL REPRESENTANTE DE PROVEEDORES

LAS DISPOSICIONES DE ESTE ARTÍCULO SE INTERPRETARÁN DE FORMA CONSISTENTE CON EL DERECHO DE NEGOCIACIÓN INDIVIDUAL RECONOCIDO EN EL CÓDIGO DE SEGUROS DE PUERTO RICO.

- A. Una vez autorizado por la Oficina del Comisionado de Seguros, el Representante de Proveedores será la persona a cargo de presentar la *Petición de Grupo Autorizado* del grupo que lo designó para llevar a cabo la negociación en su nombre. El Representante de Proveedores celebrará reuniones periódicas con el Grupo

Autorizado que representa para discutir el estado y asuntos relacionados a la negociación colectiva.

- B. Todo Representante de Proveedores deberá orientar a sus representados sobre las disposiciones de la Ley y de esta Regla y las posibles consecuencias de incurrir en conducta no autorizada o prohibida.
- C. El Representante de Proveedores tiene el deber de representar equitativa y justamente a todos los miembros del grupo, sin distinción alguna.
- D. Sujeto a lo dispuesto en el Artículo 2.08 de esta Regla, el Representante de Proveedores será el encargado de presentar una nueva *Petición de Grupo Autorizado* ante la Oficina del Comisionado de Seguros en caso en que varíe la composición de los miembros del Grupo Autorizado. El Representante de Proveedores tendrá un término de diez (10) días laborables para presentar la nueva petición desde ocurrido el cambio en la composición del Grupo Autorizado para que realice el proceso dispuesto en el Artículo 2.06 de la Regla de haber un aumento o cambio en la naturaleza de alguno de los miembros o cambios de práctica de sus miembros, y deberá enviar copia a la Oficina de Asuntos Monopolísticos y notificar al asegurador, organización de servicios de salud o administrador de terceros con el que estuviera en negociaciones.
- E. El Representante de Proveedores será el encargado de notificar la desafiliación de uno, dos o más miembros del Grupo de Proveedores en tiempo previo o durante el proceso de negociación. El Representante de Proveedores deberá notificar tanto a la Oficina del Comisionado de Seguros como a la Oficina de Asuntos Monopolísticos del Departamento de Justicia en un término de diez (10) días laborables desde ocurrida la desafiliación.
- F. El Representante de Proveedores será el encargado de subsanar oportunamente cualquier falta o deficiencia de la *Petición de Grupo Autorizado* que haya sido notificada. La Oficina del Comisionado de Seguros notificará por escrito al Representante de Proveedores cualquier falta o deficiencia identificada, especificando su naturaleza. El Representante dispondrá de veinte (20) días

laborables desde el recibo de dicha notificación para subsanarla. Por causa justificada y a solicitud escrita presentada antes del vencimiento del término original, la Oficina podrá conceder una prórroga que no excederá de diez (10) días laborables. El incumplimiento facultará a la Oficina a denegar la petición correspondiente, sin perjuicio del derecho del Representante a presentar una nueva solicitud.

G. Cuando un Representante de Proveedores designado por el grupo de proveedores quede certificado y autorizado por la Oficina del Comisionado de Seguros, el asegurador, organización de servicios de salud o administrador de tercero no podrá negociar con una parte o fracción del mismo Grupo Autorizado o grupo de proveedores o con otro(s) representante(s) de proveedores(s) que no haya sido certificado sin menoscabar el derecho de los proveedores a negociar individualmente conforme al Artículo 31.090 del Código de Seguros de Puerto Rico.

H. En la alternativa de que el Representante de Proveedores decida renunciar a su designación como tal, éste debe notificar al grupo de proveedores que representa, a la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, a la Oficina de Asuntos Monopolísticos del Departamento de Justicia, y al representante de la entidad con la que esté negociando (Representante del Plan Médico), por escrito de inmediato para dar oportunidad a reemplazarlo con otro Representante de Proveedores que tiene que autorizarse como tal conforme con el procedimiento aquí dispuesto. Brindará un informe escrito al grupo de proveedores o Grupo Autorizado que representaba con el estatus y avance, si alguno, de la negociación. No se aceptará su renuncia si no cumple con la notificación aquí dispuesta.

ARTÍCULO 2.05 - PETICIÓN DE GRUPO AUTORIZADO

Un grupo de proveedores que cumpla con los requisitos establecidos en el Artículo 31.030 del Código de Seguros de Puerto Rico y de esta Regla y que desee negociar con un asegurador, organización de servicios de salud o administrador de tercero, deberá

presentar ante el Comisionado de Seguros una *Petición de Grupo Autorizado* juramentada ante notario para que se le autorice como grupo de negociación o “*Grupo Autorizado*” a través de un Representante de Proveedores.

El grupo de proveedores, por medio del Representante de Proveedores, deberá utilizar el formulario titulado *Petición de Grupo Autorizado*, promulgado por la Oficina del Comisionado de Seguros, para formalizar su constitución para ser un *Grupo Autorizado*. El formulario deberá ser presentado por el Representante de Proveedores autorizado del grupo de proveedores a la OCS, bajo su juramento ante notario. En éste debe acreditar que está debidamente designado por el grupo de proveedores a procurar su autorización como *Grupo Autorizado* y que fue autorizado por la Oficina del Comisionado de Seguros de conformidad con el Artículo 2.03 de la Regla a actuar como su representante. En el formulario de *Petición de Grupo Autorizado* se incluirá la siguiente información:

- A. Copia de la solicitud del Representante de Proveedores aprobada por la Oficina del Comisionado de Seguros.
- B. Evidencia de la designación como representante autorizado del grupo de proveedores para el cual solicita la certificación.
- C. Información del grupo de proveedores a autorizar que contenga:
 - a. Nombre completo de cada proveedor, incluyendo los dos apellidos.
 - b. Número(s) de teléfono, dirección postal y física de su(s) lugar(es) de trabajo y su correo electrónico.
 - c. Nombre de la especialidad; subespecialidad o práctica que realiza.
 - d. Números de licencia de proveedor y su *National Provider Identification* (NPI).
 - e. Cantidad aproximada de pacientes que atiende al mes en su práctica o desempeño de su función.
 - f. Días y horario en los que atiende pacientes.
 - g. Evidencia de que los proveedores del grupo han cumplido con el proceso de credencialización.
 - h. Cualquier otra información pertinente para evaluar al grupo que requiera la OCS.

D. Declaración jurada del Representante de Proveedores aceptando la representación de cada uno de los proveedores que conforman el grupo a autorizar, indicando que la información que somete es cierta según le consta, y que además contenga:

- a. Nombre completo del representante, incluyendo los dos apellidos.
- b. Número(s) de teléfono, dirección postal y física de su(s) lugar(es) de trabajo y su correo electrónico.
- c. Descripción de la autoridad y facultades que le fueron conferidas por los proveedores del grupo que representa.
- d. Descripción del alcance de la autoridad y facultades que le fueron conferidas por los proveedores del grupo que representa.
- e. Declaración sobre si representa o se encuentra en negociaciones de representar, a otro(s) grupo(s), indicando la composición del (los) mismo(s) y la especialidad, subespecialidad o práctica de tal(es) grupo(s). Una misma persona que funja como Representante de Proveedores no podrá representar, ni estar en gestiones para representar simultáneamente, a más de un grupo de proveedores en los procesos de negociación colectiva que estén activos.

E. Certificación del representante de que no posee puestos de oficial directivo ni de representación respecto a entidades que agrupan a profesionales de la salud de la especialidad, práctica o servicio propios del grupo que ahora solicita la negociación colectiva. Los beneficios de la negociación colectiva para los miembros representados y los pacientes.

La *Petición de Grupo Autorizado* deberá incluir también:

- a. Relación porcentual de los proveedores que conforman el grupo con el total de proveedores de su especialidad, subespecialidad o misma práctica en Puerto Rico y el cómputo de cómo la obtuvo. Posteriormente, bajo el Artículo 2.06, esta información será corroborada por la Oficina de Asuntos

Monopolísticos, mediante la asistencia de un economista y la data a ser provista por el Departamento de Salud.

b. Nombre del asegurador, organización de servicios de salud o administrador de tercero con el que se pretende negociar.

c. Giro por la cantidad de \$1,000 dólares a nombre del Secretario del Departamento de Hacienda de Puerto Rico.

F. Cualquier *Petición de Grupo Autorizado* incompleta respecto a los requisitos anteriormente expresados será devuelta al representante de manera que se subsane en un término que no podrá exceder de diez (10) días laborables. De no subsanarse la solicitud en el término indicado, se entenderá denegada. La Oficina del Comisionado de Seguros verificará que la *Petición de Grupo Autorizado* esté completa y cumpla con todos los requisitos del Artículo 2.05 de esta Regla en un término no mayor de diez (10) días desde su presentación.

ARTÍCULO 2.06 – PROCEDIMIENTO ANTE LA OFICINA DE ASUNTOS MONOPOLÍSTICOS DEL DEPARTAMENTO DE JUSTICIA

A. Una vez la Oficina del Comisionado de Seguros verifique que la *Petición de Grupo Autorizado* esté completa y cumpla con todos los requisitos del Artículo 2.05 de esta Regla, remitirá la misma de inmediato al Departamento de Justicia con atención al Secretario Auxiliar de la Oficina de Asuntos Monopolísticos, ya sea a la mano o por correo certificado, y al correo electrónico del personal designado.

B. La Oficina de Asuntos Monopolísticos del Departamento de Justicia acusará su recibo por escrito al Representante de Proveedores y a la Oficina del Comisionado de Seguros en cinco (5) días y, en un término no mayor de sesenta (60) días desde el recibo de *Petición de Grupo Autorizado*, evaluará y realizará las determinaciones siguientes:

- a. Si el grupo de proveedores que solicita ser Grupo Autorizado cumple con los porcentajes de agrupación autorizados conforme el Artículo 31.030 del Código de Seguros de Puerto Rico y esta Regla.
 - b. Para realizar esta determinación, la Oficina de Asuntos Monopolísticos del Departamento de Justicia podrá tomar conocimiento oficial de los datos estadísticos oficiales de la Junta de Licenciamiento del Departamento de Salud por medio de un acuerdo interagencial para compartir información (“MOU” por sus siglas en inglés), y de otros mecanismos que la agencia determine.
 - c. Como parte de su evaluación, la Oficina de Asuntos Monopolísticos podrá además requerir al peticionario de Grupo Autorizado cualquier otra información adicional que estime pertinente, así como también la utilización de economista para completar su análisis.
- C. Una vez la Oficina de Asuntos Monopolísticos del Departamento de Justicia realice la evaluación y determinaciones correspondientes respecto la *Petición de Grupo Autorizado*, a los fines de que el grupo de proveedores que peticiona su certificación y su Representante de Proveedores cumplen con cada uno de los requisitos legales para negociar, la Oficina de Asuntos Monopolísticos del Departamento de Justicia procederá a expedir una ***Certificación de Grupo Autorizado*** y notificará la misma al grupo de proveedores por escrito por medio de su Representante de Proveedores, con copia a la Oficina del Comisionado de Seguros y al Departamento de Salud.
- D. De haber una denegatoria de la *Petición de Grupo Autorizado*, la misma se notificará dentro de este mismo término al grupo de proveedores por medio de su Representante de Proveedores, deberá estar fundamentada e incluirá aquellas deficiencias que sean subsanables. En tales casos, el grupo de proveedores, por medio de su Representante de Proveedores, tendrá un término de diez (10) días laborables desde la notificación de la denegatoria para corregir las deficiencias subsanables. De no realizar las correcciones

correspondientes en el término provisto, se entenderá denegada la *Petición de Grupo Autorizado*. Cuando la naturaleza o complejidad de las deficiencias así lo justifique, el peticionario podrá solicitar una prórroga antes del vencimiento del término original. Dicha solicitud deberá presentarse por escrito, expresando las razones que motivan la extensión del término. La Oficina de Asuntos Monopolísticos podrá conceder una prórroga de hasta veinte (20) días laborables adicionales, si a su juicio las circunstancias lo ameritan. No se concederán prórrogas adicionales salvo en circunstancias extraordinarias debidamente justificadas.

ARTÍCULO 2.07. -EXPEDICIÓN DE CERTIFICACIÓN

La Oficina de Asuntos Monopolísticos del Departamento de Justicia expedirá una *Certificación de Grupo Autorizado* y notificará la misma al grupo peticionario por medio de su Representante de Proveedores, con copia de esta a la Oficina del Comisionado de Seguros y al Departamento de Salud, en un término no mayor de cinco (5) días laborables desde su expedición.

ARTÍCULO 2.08.- VIGENCIA DEL GRUPO

- A. Toda *Certificación de Grupo Autorizado* expedida por la Oficina de Asuntos Monopolísticos tendrá vigencia por un (1) año desde la fecha de su expedición.
- B. La *Certificación de Grupo Autorizado* será extensible por un (1) año adicional mediante declaración jurada del Representante de Proveedores a los efectos de que no hay cambios en la composición del grupo o su representante ni en las condiciones bajo las cuales se otorgó originalmente la *Certificación de Grupo Autorizado*, y de que dicha prórroga se presenta de buena fe con el ánimo de culminar las negociaciones. El Grupo Autorizado debe consignar las razones para justificar por qué no ha culminado aun la negociación colectiva
- C. En caso de que un (1) miembro se desafíe del *Grupo Autorizado* antes o durante del proceso de negociación colectiva, no será necesario presentar una nueva *Petición de Grupo Autorizado*; pero será deber del Representante de Proveedores

autorizado notificar tal hecho tanto a la Oficina del Comisionado de Seguros como a la Oficina de Asuntos Monopolísticos en un término de diez (10) días laborables conforme dispuesto en el Artículo 2.04 de la Regla.

- D. En el caso en que dos (2) o más miembros se desafilien del *Grupo Autorizado* antes o durante el proceso de negociación, será necesario que el Representante de Proveedores notifique de tal hecho a la Oficina del Comisionado de Seguros y a la Oficina de Asuntos Monopolísticos en un término de diez (10) días, siendo ésta última quien determinará, caso a caso, si el *Grupo Autorizado* mantiene o pierde su *Certificación de Grupo Autorizado* conforme con los parámetros establecidos en la Ley o si tiene que presentar una nueva *Petición de Grupo Autorizado* conforme con el proceso dispuesto en el Artículo 2.06 de la Regla.
- E. En caso de tener lugar la adición de uno (1) o más miembros afiliados, o un cambio en la naturaleza de uno (1) o más miembros del Grupo Autorizado, se deberá notificar oportunamente a la Oficina del Comisionado de Seguros y a la Oficina de Asuntos Monopolísticos, y reiniciar el proceso de petición de Grupo Autorizado.
- F. Toda solicitud de extensión de la *Certificación de Grupo Autorizado* deberá presentarse por escrito al menos treinta (30) días antes de su vencimiento por medio del Representante de Proveedores del Grupo Autorizado. Éste deberá presentarla ante la Oficina de Asuntos Monopolísticos junto a una declaración jurada suya dando fe de que no existen cambios en la composición del *Grupo Autorizado*, así como tampoco en las condiciones bajo las cuales se otorgó la *Certificación de Grupo Autorizado* original.

CAPÍTULO III. SUPERVISIÓN DEL PROCESO DE NEGOCIACIÓN COLECTIVA

ARTÍCULO 3.01. - PODERES DEL COMISIONADO DE SEGUROS

La Oficina del Comisionado de Seguros tiene la facultad de atender, supervisar y fiscalizar el procedimiento de negociación colectiva entre el Grupo Autorizado, por medio de su Representante de Proveedores, y el representante del asegurador, organización de servicios de salud o administrador de terceros. La Oficina del

Comisionado de Seguros fiscalizará y supervisará activamente todas las etapas de las negociaciones entre cada Grupo Autorizado, por conducto de su Representante de Proveedores, con los administradores de terceros, aseguradores u organizaciones de servicios de salud, con relación a los planes de cuidado de salud bajo su jurisdicción, y conforme a los poderes y facultades conferidas por ley. Su jurisdicción incluye, entre otras, autorizar el inicio de la negociación colectiva, monitorear el proceso y aprobar el acuerdo entre las partes, así como cualquier enmienda o modificación al mismo. La Oficina del Comisionado de Seguros tiene jurisdicción primaria para investigar y referir cualquier acción coordinada por parte de los miembros de los Grupos Autorizados que limiten la prestación de los servicios de salud, ya sea mediante restricción irrazonable al comercio, amenazas de boicot, huelga u otra acción, a la Oficina de Asuntos Monopolísticos en cumplimiento con las leyes antimonopolísticas aplicables. El Comisionado referirá a cualquier miembro del Grupo Autorizado que esté incurriendo en conductas contrarias a las leyes y reglas que rigen este proceso a la Oficina de Asuntos Monopolísticos del Departamento de Justicia no más tarde de cinco (5) días de haber concluido su investigación de los hechos, la cual se debe finalizar dentro de un periodo no mayor de treinta (30) días, prorrogable solo por justa causa debidamente fundamentada en el expediente administrativo.

Cuando la Oficina del Comisionado de Seguros determine que el asunto es de la jurisdicción de la Oficina de Asuntos Monopolísticos, o bajo la Ley Núm. 77-1964, "Ley Antimonopolística de Puerto Rico", referirá el asunto a dicha Oficina. La Oficina del Comisionado de Seguros tendrá la responsabilidad de que los resultados del proceso de negociación armonicen con las restantes disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico y de la Ley Núm. 194-2011, según enmendada, conocido como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico". De igual forma la Oficina de Asuntos Monopolísticos se asegurará en todo momento de que el porcentaje de composición del Grupo Autorizado no se exceda del permitido por la Ley, y que las negociaciones no incidan en las conductas prohibidas conforme al Artículo 31.070 de la Ley y las leyes antimonopolísticas vigentes a esos efectos.

Todas las partes envueltas en un proceso de negociación colectiva quedarán sujetas a los poderes y facultades otorgados al Comisionado de Seguros por el Código de Seguros de Puerto Rico, según enmendado, así como por aquellas leyes y reglamentos que también le sean aplicables. La supervisión activa que deberá ejercer la Oficina del Comisionado de Seguros incluye el poder de vetar o modificar decisiones particulares para asegurar que se ajusten a la política pública del Estado. Véase, *N. Carolina State Bd. of Dental Examiners v. F.T.C.*, 574 U.S. 494, 515 (2015). El Comisionado podrá, a su discreción, asignar a cualquier profesional o a una persona de la Oficina del Comisionado de Seguros, según estime necesario, para que lo represente y esté presente durante toda o parte de la negociación. La persona que se designe como Observador debe estar familiarizada con el rol, deberes y poderes dispuestos tanto por el Capítulo 31 del Código de Seguros como por esta Regla al Comisionado. Véase también lo dispuesto en el Artículo 3.07 de esta Regla.

ARTÍCULO 3.02. -AUTORIZACIÓN PARA NEGOCIAR O CIERRE DEL CASO

- A. La Oficina del Comisionado de Seguros supervisará y monitoreará todo el proceso de negociación colectiva entre las partes. El Comisionado de Seguros notificará a las partes el inicio de la negociación dentro del término de cinco (5) días luego que la *Certificación de Grupo Autorizado* para iniciar la negociación haya sido notificada por la Oficina de Asuntos Monopolísticos conforme el Artículo 2.07 de esta Regla. En la notificación a ser realizada por el Comisionado de Seguros se expresará la fecha de comienzo de negociación, las instrucciones a seguirse, las limitaciones que apliquen y cualquier otra información que el Comisionado estime pertinente. Se reitera que, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 31.021 del Código de Seguros de Puerto Rico los proveedores agrupados, ya sea por especialidad o subespecialidad, o aquellos agrupados que no posean una especialidad o subespecialidad pero que ejerzan una misma práctica, a través de su representante, podrán negociar las disposiciones sobre las tarifas, términos y condiciones de sus contratos con los aseguradores de salud u organizaciones de servicios de salud. Una vez solicitada y *concedida* la autorización para negociación

colectiva (luego de haber sido certificado el Grupo Autorizado relacionado), los aseguradores de salud u organizaciones de servicios de salud vendrán obligados a negociar las disposiciones sobre las tarifas, términos y condiciones contractuales con el representante de los proveedores legítimamente autorizados a negociar colectivamente, de conformidad con lo dispuesto en este Capítulo.

- B. Las partes realizarán sus máximos esfuerzos para dialogar entre sí y procurar de buena fe un intercambio directo y razonable, con el fin de fomentar la comunicación y evitar recurrir de manera automática a notificaciones de negativa o rechazo sin antes haber intentado un acercamiento genuino orientado a la negociación. Solo en aquellos casos en que,—si tras ser notificado el inicio del proceso de negociación colectiva una de las partes no responde o rechaza negociar, la otra parte deberá notificar por escrito al Comisionado de Seguros, con copia a la Oficina de Asuntos Monopolísticos del Departamento de Justicia, dentro de los diez (10) días siguientes de verificarse tal hecho con evidencia de las gestiones y la negativa de la parte.
- C. Las partes están obligadas a mantener informado al Comisionado de Seguros de cualquier eventualidad que imposibilite la negociación entre las partes. Una vez solicitada la negociación colectiva, los aseguradores de salud, organizaciones de servicios de salud o administradores de terceros, según sea el caso, vendrán obligados a negociar las disposiciones sobre las tarifas, términos y condiciones contractuales con el Representante de los Proveedores legítimamente autorizado a negociar colectivamente, de conformidad con lo dispuesto en el Capítulo 31 del Código de Seguros de Puerto Rico. La reapertura o inicio de la negociación se dará siempre y cuando la *Certificación de Grupo Autorizado* emitida por la Oficina de Asuntos Monopolísticos se encuentre vigente.
- D. Normas de negociación:

Ambas partes en la negociación colectiva deberán adoptar las normas mínimas de negociación establecidas por la Oficina del Comisionado de Seguros. Estas normas sentarán las bases para una negociación balanceada y responsable. Entre otras

cosas, la Oficina del Comisionado de Seguros podrá requerir de ambas partes, además del acuerdo arbitral:

1. No incurrir en prácticas injustas, ilícitas o ilegales, incluyendo el desbalance en el poder de negociación.
2. No utilizar la negociación como un subterfugio para establecer tarifas irrazonables o limitar el acceso a los servicios.
3. No amenazar ni intimidar, coaccionar, boicotear o actuar ilegalmente en contra de la otra parte.
4. No actuar en represalia o coaccionar a los miembros del Grupo Autorizado.
5. No limitar la prestación de servicios de salud por la acción coordinada de los miembros del Grupo Autorizado.
6. No retener o dilatar pagos, realizar auditorías, terminar contrato de proveedor de salud, remover el número de proveedor u otras acciones coercitivas similares, en contra de los miembros del Grupo Autorizado, a menos que sea por justa causa dispuesta por ley o en el contrato del proveedor.

El incumplimiento con las normas de negociación establecidas podrá dar inicio al proceso de investigación y referido a la Oficina de Asuntos Monopolísticos.

ARTÍCULO 3.03. – NEGOCIACIONES PERMITIDAS POR LEY

Conforme dispone el Artículo 31.030 de la Ley, las partes podrán negociar los siguientes términos y condiciones:

- A. Honorarios y tarifas por servicios de cuidado de salud;
- B. Guías de la práctica clínica y criterios de cubierta;
- C. Procedimientos administrativos, incluyendo métodos y tiempo de servicio para el pago de honorarios de los proveedores;
- D. Procedimientos para la resolución de conflictos relacionados a disputas entre las organizaciones de servicios de salud y los proveedores, relativas a los planes de cuidado de salud;
- E. Procedimientos de referidos a suscriptores;
- F. Formulación y aplicación de los métodos de reembolso a los proveedores;

- G. Programas de garantías de calidad;
- H. Procedimientos de revisión para la utilización de servicios de cuidado de salud;
- I. Selección de proveedores en cuanto a los planes de cuidado de salud y los criterios de terminación del contrato; y
- J. La inclusión o alteración de los términos y condiciones, en la medida en que estén sujetas a las regulaciones del Gobierno, prohibiendo o requiriendo el término o condición particular en cuestión; dado, sin embargo, que la referida condición no limita los derechos de los proveedores para conjuntamente solicitarle al Gobierno una modificación a las regulaciones.

ARTÍCULO 3.04. – NEGOCIACIONES EXCLUÍDAS

- A. Cualquier asunto que se encuentre regulado por alguna ley o reglamento estatal o federal, incluyendo las materias reguladas por normas antimonopolísticas estatales y federales;
- B. Cualquier asunto que ponga en riesgo la asignación de fondos provenientes del Gobierno de Puerto Rico o de los Estados Unidos de América;
- C. Cualquier asunto que interfiera con las facultades de formular política pública, según conferidas por ley a los jefes de las agencias, instrumentalidades o corporaciones del Gobierno de Puerto Rico.
- D. La certificación de los grupos para negociar colectivamente y las disposiciones de la Regla no le son de aplicación a: los planes de salud establecidos al amparo del programa *Medicare Advantage*, *Public Law 108-173* y su reglamentación (42 CFR Part 422); al Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, establecido al amparo de la Ley Núm. 72-1993, según enmendada, conocida como “Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico”; y a los planes de salud de patronos autoasegurados, por estar sujetos a los parámetros del “Employee Retirement Income Security Act of 1974” (“ERISA”), *Public Law 93-406* y su reglamentación (29 CFR Chapter XXV).

**ARTÍCULO 3.05. – PROHIBICIÓN DE ACCIONES QUE LIMITEN LA
PRESTACIÓN DE SERVICIOS; REPRESALIAS**

A. Queda prohibida cualquier acción por alguna de las partes que tenga el efecto de limitar la prestación de servicios de salud. Cualquier acción por alguna de las partes que limite la prestación de servicios, sea en la figura de amenazas de boicot, huelga u otra acción coordinada por parte de los proveedores, estará sujeta a la fiscalización de la Oficina de Asuntos Monopolísticos del Departamento de Justicia para determinar si viola las disposiciones de la Ley o de la Ley Antimonopolística de Puerto Rico. De determinar la Oficina de Asuntos Monopolísticos que alguna de las partes ha incurrido en violaciones a la Ley Núm. 77 de 25 de junio de 1964, según enmendada, se impondrá responsabilidad civil y/o criminal de conformidad a las penalidades provistas en dicha ley. Disponiéndose, además, que los aseguradores, organizaciones de servicios de salud, o administradores de tercero no podrán tomar acciones en represalia o coercitivas en contra de los proveedores durante el proceso de negociación, tales como el retener pagos, auditorías, y otras acciones similares. Esta prohibición de acciones de represalia o coercitivas durante el proceso de negociación no impide actuaciones justificadas que respondan a obligaciones impuestas por ley o a derechos y deberes previamente pactados en los contratos vigentes. Bajo la Ley se prohíbe que cualquier entidad, que de manera compulsoria agrupe profesionales de la salud, se convierta en Representante de Proveedores en los procesos de negociación. Éste deberá ser una persona natural que no tenga vínculos activos de representación con entidades que agrupen profesionales de la salud de la especialidad, práctica o servicio que se propone a negociar colectivamente. Estas conductas se considerarán ejemplos ilustrativos de posibles medidas de represalia o coerción, cuya evaluación se realizará caso a caso conforme a las circunstancias particulares y la evidencia disponible. Ello, de conformidad con el Artículo 31.070 del Código de Seguros de Puerto Rico, según enmendado, que prohíbe que

cualquier entidad, que de manera compulsoria agrupe profesionales de la salud, se convierta en representante de proveedores en los procesos de negociación.

- B. La denegatoria por parte de algún proveedor a proveer algún servicio de salud a algún paciente con el propósito de influir o afectar el proceso de negociación constituirá a su vez un método injusto de competencia, así como una práctica o acto injusto o engañoso en los negocios o el comercio prohibido por el Art. 3 de la Ley Núm. 77-1964. La denegatoria de parte del proveedor durante el proceso de negociación constituirá una presunción de que se ha incurrido en un método injusto de competencia, así como una práctica o acto injusto o engañoso en los negocios o el comercio prohibido por el Art. 3 de la Ley Núm. 77-1964. Cualquier acción coordinada para afectar el proceso de negociación levantará la misma presunción, sin menoscabo de las violaciones adicionales al Artículo 2 de la Ley Núm. 77-1964 que dicha conducta conlleva
- C. Los aseguradores, organizaciones de servicios de salud o administradores de tercero no podrán llevar a cabo acciones de represalia o coerción contra los proveedores que conforman el grupo durante el proceso de negociación, tales como retener pagos, terminar un contrato sin justa causa, negarse a contratar a un proveedor sin justa causa, realizar auditorías injustificadas, transferir o desviar directa o indirectamente suscriptores o pacientes a otros proveedores, u otras acciones similares cuando ello se utilice como medida de presión o castigo durante el proceso de negociación. Estas conductas se considerarán ejemplos ilustrativos de posibles medidas de represalia o coerción, cuya evaluación se realizará caso a caso conforme a las circunstancias particulares y la evidencia disponible.
- D. Ninguna de las partes deberá dilatar innecesaria o irrazonablemente los procedimientos de negociación. En todo momento, las partes deberán ser diligentes en todo lo relacionado al proceso de negociación.

ARTÍCULO 3.06. – CONFIDENCIALIDAD DEL PROCESO DE NEGOCIACIÓN

La información sobre la negociación colectiva se mantendrá de forma estrictamente confidencial entre las partes hasta que se culmine la negociación. La Oficina

del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, la Oficina de Asuntos Monopolísticos del Departamento de Justicia de Puerto Rico, y el Departamento de Salud podrán tener acceso a la información sobre los detalles de la negociación y el proceso, aun mientras se esté llevando a cabo la misma, cuando les sea requerida a las partes por dichas agencias conforme a sus facultades legales. Todo requerimiento de información o de documentos pertinentes formulado por la Oficina del Comisionado de Seguros, la Oficina de Asuntos Monopolísticos del Departamento de Justicia o el Departamento de Salud durante el proceso de negociación deberá constar formalmente por escrito, incluyendo medios electrónicos que permitan dejar evidencia de su envío, contenido y fecha.

ARTÍCULO 3.07. - SUPERVISIÓN Y FISCALIZACIÓN; TÉRMINO DE CONCLUSIÓN DE LAS NEGOCIACIONES

A. Facultades del Comisionado de Seguros:

Durante el proceso de negociación colectiva, la Oficina del Comisionado de Seguros se salvaguarda el derecho de:

1. Cese de las Negociaciones - En cualquier momento durante las negociaciones, la Oficina del Comisionado de Seguros podrá ordenar que se detengan las mismas si entiende que las partes no están cumpliendo con el Capítulo 31 del Código de Seguros de Puerto Rico, según enmendado, esta Regla o están incurriendo en prácticas injustas. Dicha orden será notificada a las partes en la negociación, y se les concederá un término de siete (7) días para subsanar o detener dicha conducta. Una vez las partes sometan su posición, el Comisionado de Seguros contará con un término de tres (3) días para evaluar y notificar su determinación de autorizar o denegar la continuación de las negociaciones.
2. Medidas Provisionales o Permanentes - Cuando la Oficina del Comisionado de Seguros identifique que existe un desbalance en el poder de negociación, podrá requerir a las partes que tomen medidas provisionales o permanentes para restablecer el balance. Para fines de este inciso, podrá considerarse que existe un desbalance en el poder de negociación cuando, entre otros factores, una de las partes posea poder en el mercado, ejerza

poder monopolístico o incurra en abuso de posición dominante, entendiéndose por tales la capacidad de controlar precios, excluir la competencia o actuar con independencia sustancial de sus competidores, clientes o consumidores. A tales fines, el Comisionado emitirá una orden administrativa estableciendo las medidas que deben tomar y adoptar las partes, así como la vigencia de estas. De igual forma, podrá referir el asunto a la Oficina de Asuntos Monopolísticos para su investigación y acción correspondiente.

3. Nombrar Observador - Cuando la Oficina del Comisionado de Seguros deba nombrar a un representante para que esté presente como observador en las negociaciones entre las partes, lo notificará por escrito a las partes y éstas le darán acceso a las negociaciones e información que se intercambie. El Observador podrá participar en las reuniones de negociación de manera presencial o virtual. La persona designada como Observador no podrá tener conflicto de interés ni haber sido empleado, contratista, asesor o representante de alguna de las partes durante los dos (2) años previos a su designación. Dicho Observador rendirá un informe al Comisionado de Seguros, con copia a las partes, en el cual recogerá su impresión del ánimo de las partes en respetar el balance en las negociaciones, subsanar las deficiencias señaladas en los informes y detener o abstenerse de incurrir en prácticas injustas en las negociaciones y/o desbalance en el poder de negociación, según se definen ambos términos en este. En dicho informe, el Observador también incluirá su recomendación al Comisionado de Seguros. Véase también lo dispuesto en el Artículo 3.01.

- B. Las partes deberán presentar ante el Comisionado de Seguros cada treinta (30) días, con copia a la Oficina de Asuntos Monopolísticos y al Departamento de Salud, desde que inicia la negociación, un informe conjunto, por escrito, con la siguiente información:

- a. la fecha de las reuniones a ser realizadas, durante ese período. Las partes deberán permitir y facilitar la presencia de un representante de la Oficina del Comisionado de Seguros como Observador en las reuniones durante el periodo de negociación ya sea de manera presencial o mediante participación virtual. La Oficina de Asuntos Monopolísticos y el Departamento de Salud podrán solicitar a la Oficina del Comisionado de Seguros acompañarle como observadores en alguna o todas las reuniones.
- b. Un informe de progreso de la negociación en el que se detallen, para cada una de las materias autorizadas a negociarse, lo siguiente:
 - i. los acuerdos logrados, si alguno;
 - ii. los asuntos pendientes;
 - iii. las controversias no resueltas y el calendario de reuniones para atender los puntos en controversia y aquellos que estén pendientes de la negociación a ese momento.
- C. Durante la negociación, las partes tendrán que intercambiarse entre sí datos pertinentes a la negociación, que puedan ser corroborables a base del mercado local dentro del segmento de seguros de salud comerciales, para justificar sus respectivas peticiones sobre cambios en tarifas.
- D. Todo proceso de negociación colectiva tendrá un término de duración de noventa (90) días desde su inicio, salvo que las partes soliciten una prórroga **conjunta** al Comisionado de Seguros, con copia a la Oficina de Asuntos Monopolísticos y al Departamento de Salud, en tiempo previo a vencer dicho término. Toda solicitud de prórroga deberá ser conjunta y deberá recibirse ante el Comisionado con no menos de diez (10) días laborables antes de expirar el término de duración de la negociación. La solicitud deberá exponer con especificidad la justa causa que la motiva, incluyendo, de ser aplicable, la necesidad de estudios actuariales, análisis técnicos o evaluaciones con terceros profesionales. No se autorizarán prórrogas que excedan de treinta (30) días adicionales salvo por justa causa peticionada conjuntamente por ambas partes, siempre que la razón para la prórroga no

responda a un punto muerto, estancamiento o impase; en tales casos, la prórroga total adicional autorizada no excederá de noventa (90) días.

ARTÍCULO 3.08. – PUNTO MUERTO O IMPASE EN LA NEGOCIACIÓN

- A. Cualquiera de las partes, previa notificación por escrito a la otra parte por medio de su representante, podrá someter a arbitraje aquellas controversias que hayan llegado a un punto muerto o impase durante un proceso de negociación colectiva celebrado de buena fe y debidamente autorizado de conformidad a la Ley y esta Regla. El arbitraje se regirá de conformidad con las disposiciones de la Ley Núm. 147-2024, conocida como “Ley de Arbitraje de Puerto Rico”.
- B. Además de lo expresado en el Artículo 1.04 (FF) de esta Regla, se entenderá que las partes han llegado a un impase o estancamiento en la negociación de todas o algunas de las cláusulas cuando, una vez concluido el término de noventa (90) días dispuesto en el Artículo 3.07(D) de esta Regla, dentro del cual deben culminar las negociaciones, las partes no hayan podido llegar a un acuerdo final sobre la totalidad o sobre alguna(s) de las cláusulas de la negociación.
- C. Identificado por alguna de las partes que la negociación llegó a un punto muerto (estancamiento) o que existe un impase en todo o en parte de ésta, las partes deberán comunicarlo entre sí, por escrito, dentro de los diez (10) días siguientes de haber advenido en conocimiento del referido estancamiento o impase. Dicha comunicación deberá identificar, específicamente toda(s) aquella(s) cláusula(s) o *item(s)* sobre los que exista controversia y en donde ocurrió el impasse o estancamiento, así como la causa y el del impase o estancamiento, y comunicarlo también por escrito al Comisionado de Seguros dentro de dicho término, así como a la Oficina de Asuntos Monopolísticos del Departamento de Justicia y al Departamento de Salud, para que estén informados del impasse a los fines de informar sobre el estado de la negociación y, de solicitarse arbitraje por cualquiera de las partes, de la activación de dicho proceso de arbitraje. En su comunicación o informe al Comisionado de Seguros se deberá incluir la siguiente información:

- a. Una relación detallada de los acuerdos alcanzados hasta ese momento, de cada *ítem* o cláusula de la negociación, si alguno.
 - b. Una relación detallada de los asuntos en los que no se ha podido llegar a un acuerdo y/o causó el estancamiento, de cada *ítem* o cláusula de la negociación, y las causas para ello.
- D. El procedimiento para resolver el estancamiento en la negociación o un impasse en el proceso de negociación colectiva se regirá de conformidad a las disposiciones de la Ley Núm. 147-2024 conocida como “Ley de Arbitraje de Puerto Rico” y lo dispuesto en el Artículo 31.050 del Código de Seguros de Puerto Rico, según enmendado. Al inicio del proceso de negociación, las partes deben acordar un acuerdo arbitral en caso de que las negociaciones entre estas tengan que dirigirse al proceso de arbitraje.

ARTÍCULO 3.09. - TERMINACIÓN DE LA NEGOCIACIÓN COLECTIVA

La negociación colectiva terminará cuando:

- A. Las partes lleguen a un acuerdo final terminando así la totalidad de los asuntos en la negociación colectiva.
- B. Vencido el término provisto para negociar según dispone el Artículo 3.07(D) de esta Regla, si cualquiera de las partes solicita arbitraje de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 31.050 de la Ley.
- C. Vencido el término provisto para negociar según dispone el Artículo 3.07(D) de esta Regla, y notificado el impase de conformidad con el Artículo 3.08(C), sin que ninguna de las partes solicite arbitraje dentro de los quince (15) días calendario siguientes a dicha notificación, la negociación colectiva se tendrá por terminada respecto de los asuntos no acordados.
- D. Si el proveedor abandona el proceso de negociación colectiva o comunica por escrito su decisión de no continuar negociando ni acudir al arbitraje, la negociación colectiva se entenderá terminada respecto de los asuntos no acordados, sin perjuicio de las facultades de supervisión del Comisionado de Seguros conforme

a esta Regla. De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 31.021 del Código de Seguros de Puerto Rico los aseguradores de salud u organizaciones de servicios de salud vendrán obligados a negociar las disposiciones sobre las tarifas, términos y condiciones contractuales con el representante de los proveedores legítimamente autorizados a negociar colectivamente.

- E. En la alternativa de que las partes hayan logrado un acuerdo respecto a algunas de las cláusulas, *ítems* o asuntos comprendidos dentro de la negociación, dichos acuerdos parciales deberán identificarse expresamente en la notificación de impase, en la solicitud de arbitraje o en el informe final de terminación sin arbitraje, según corresponda. Las partes honrarán los acuerdos logrados dentro del proceso de arbitraje y para esos asuntos específicos acordados la negociación tendría carácter final a partir de la notificación de las partes a la OCS del informe del impasse y las cláusulas o *ítems* acordados. Ello, sin perjuicio de que éstas se puedan revisar dentro de la totalidad del acuerdo por parte de la Oficina de Asuntos Monopolísticos del Departamento de Justicia y la Oficina del Comisionado de Seguros como parte de lo dispuesto en los Artículos 3.05 y 3.11 de la Regla. Los asuntos no resueltos se entenderán como no acordados. El que se haya acordado una cláusula, *ítem* o asunto de la negociación en particular no se debe interpretar de que ésta no va a ser revisada en conjunto con la totalidad del acuerdo o que va a recibir una aprobación final.

ARTÍCULO 3.10. - INFORME FINAL

1. Cuando la negociación colectiva termine y se llegue a un acuerdo, las partes notificarán de ello al Comisionado de Seguros, con copia a la Oficina de Asuntos Monopolísticos y al Departamento de Salud, dentro de los quince (15) días calendario y proveerán lo siguiente:

- a. Copia del contrato o acuerdo negociado junto a una declaración jurada de los representantes de las partes que de fe de que el mismo refleja de forma completa y final lo acordado por ambas partes;

- b. Un informe final juramentado por los representantes de las partes que contendrá:
 - i. El plan que se seguirá para implementar los acuerdos;
 - ii. Los posibles efectos que traerá la implementación del acuerdo sobre la prestación de servicios a los pacientes y asegurados, si alguno;
 - iii. Un listado de los beneficios que se esperan obtener de los acuerdos alcanzados;
 - iv. Información actualizada al momento del informe sobre los horarios de oficina y cantidad de pacientes atendidos por cada profesional de la salud integrante del Grupo Autorizado. En caso de no existir ningún cambio respecto a esta información según contenida en la petición de grupo autorizado, deberá así certificarlo.
 - v. Cualquier otra información que el Comisionado de Seguros entienda pertinente.

2. Cuando la negociación colectiva termine sin acuerdo final y sin que ninguna de las partes haya solicitado arbitraje, o cuando alguna de las partes haya abandonado el proceso, las partes o cualquiera de ellas notificará de ello al Comisionado de Seguros, con copia a la Oficina de Asuntos Monopolísticos y al Departamento de Salud, dentro de los quince (15) días calendario, y proveerá un informe final que contenga lo siguiente:

- i. Una relación detallada de los acuerdos parciales alcanzados, si alguno, identificando cada cláusula, ítem o asunto acordado;
- ii. Una relación detallada de los asuntos que quedaron pendientes o no acordados;
- iii. Una indicación de si alguna de las partes desistió, abandonó el proceso o comunicó que no continuaría con la negociación;
- iv. Una indicación de si alguna de las partes manifestó su intención de no acudir al arbitraje; y
- v. Cualquier otra información que el Comisionado de Seguros entienda pertinente.

ARTÍCULO 3.11. - EVALUACIÓN DE LA NEGOCIACIÓN

A. Durante todo el proceso de la negociación entre las partes, éstas deberán dar acceso tanto a la Oficina del Comisionado de Seguros como a la Oficina de Asuntos Monopolísticos del Departamento de Justicia a las cláusulas motivo de negociación, para que estas agencias se cercioren, durante el proceso de la negociación, de que aquellas cláusulas acordadas no infringen las leyes y reglamentos conforme a su respectiva jurisdicción, incluyendo las disposiciones y leyes antimonopolísticas que regulan. Las partes en la negociación deben cerciorarse de que: (a) el acuerdo no infrinja las disposiciones del Artículo 3.05 de la Regla, que emanan del Art. 31.070 de la Ley; y (b) que la composición del Grupo Autorizado continúa cumpliendo con los criterios al respecto establecidos tanto en la Ley como en la Regla y así lo certificarán a la Oficina de Asuntos Monopolísticos del Departamento de Justicia y en el Informe. Con relación al balance de la competitividad en la contratación, las partes deberán garantizar la misma a la Oficina del Comisionado de Seguros y cerciorarse de que los términos del contrato propuesto son consistentes con las disposiciones anticompetitivas vigentes contenidas tanto en la Ley Núm. 77-1957, según enmendada, como en el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, y que no infringen las mismas y así incluirlo además en el Informe. Estas notificaciones se realizarán también cada vez que lleguen a algún acuerdo las partes, por correo electrónico, al personal designado para ello para la atención del Secretario Auxiliar de la Oficina del Asuntos Monopolísticos del Departamento de Justicia y al Comisionado de Seguros de Puerto Rico, según corresponda. Por su parte, la Oficina del Comisionado de Seguros tendrá además la responsabilidad de que los resultados del proceso de negociación armonicen con las restantes disposiciones del Código de Seguros y de la Ley Núm. 194-2011, según enmendada, conocido como "Código de Seguros de Salud de Puerto Rico". Ésta dará su revisión al respecto una vez reciba el Informe Final y el acuerdo propuesto según dispuesto en el Artículo 3.10 de esta Regla. La vigencia mínima de los acuerdos realizados será de dos (2) años.

- B. El Comisionado de Seguros y la Oficina de Asuntos Monopolísticos revisarán cada uno el contrato negociado final dentro de los siguientes sesenta (60) días de la presentación del Informe Final junto con el contrato o acuerdo propuesto y notificarán a las partes por medio de sus representantes cualquier objeción que estos pudieran tener del mismo, dentro del alcance de su revisión, para que sea subsanada en un término no mayor de quince (15) días.

ARTÍCULO 3.12. - PROHIBICIÓN DE UTILIZACIÓN DEL CONTRATO

Las partes estarán impedidas de utilizar o ejecutar el acuerdo o contrato hasta que el Comisionado de Seguros y la Oficina de Asuntos Monopolísticos hayan sido notificados de éste, que la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico se haya cerciorado de que sus cláusulas armonicen con las restantes disposiciones del Código de Seguros y de la Ley Núm. 194-2011, según enmendada, conocido como “Código de Seguros de Salud de Puerto Rico”, incluyendo las disposiciones allí reguladas, y que la Oficina de Asuntos Monopolísticos del Departamento de Justicia se haya cerciorado a su vez de que aquellas cláusulas acordadas tampoco infringen las leyes antimonopolísticas que regula respecto a las conductas especificadas en el Artículo 31.070 del Código de Seguros de Puerto Rico (“[p]rohibición de determinadas acciones conjuntas”), y a lo dispuesto en el Artículo 3.05 de la Regla, y así se notifique a las partes por escrito dentro del proceso de evaluación de la negociación dispuesto en el Artículo 3.11(B) de la Regla.

ARTÍCULO 3.13 - PODER DE SUPERVISIÓN DE LA OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

La Oficina del Comisionado de Seguros va a supervisar que el proceso de negociación no incida en los servicios a los pacientes por medio de sus plataformas y mecanismos de investigación conforme con la facultad que para ello le provee el Código de Seguros de Puerto Rico y su reglamento.

CAPÍTULO IV. ARBITRAJE

ARTÍCULO 4.01. – PROPÓSITO

El arbitraje dentro del proceso de negociación dispuesto en el Capítulo 31 del Código de Seguros de Puerto Rico será un proceso regido de conformidad con las disposiciones de la Ley Núm. 147-2024 que se conoce como la “Ley de Arbitraje de Puerto Rico”. Serán elegibles para arbitraje todas las negociaciones bajo la ley cuya(s) controversia(s) hayan llegado a un punto muerto o impase conforme dispone el Artículo 31.050 del Código de Seguros de Puerto Rico y el Artículo 3.08 de esta Regla.

ARTÍCULO 4.02. –INICIO DEL ARBITRAJE

- A. Llegado a un punto muerto o estancada la negociación y habiéndose comunicado entre sí y al Comisionado de Seguros de tal hecho, conforme los requisitos y el término de notificación del informe dispuestos en el Artículo 3.08 (C) del proceso de arbitraje que dispone esta Regla. De iniciarse el proceso arbitral abreviado, por convenio entre las partes incluido en el acuerdo arbitral acordado al inicio del proceso de negociación, la demanda de arbitraje deberá contener, o al menos anexar copia del informe dispuesto en el Artículo 3.08 (C) de esta Regla.
- B. Para propósitos de la notificación de documentos, cualquier documento, aviso o proceso necesario o adecuado para el inicio de un arbitraje conforme a esta Regla podrá notificarse a una de las partes:
 - a) por correo postal dirigido a la parte o a su representante autorizado en su última dirección conocida;
 - b) mediante correo electrónico, previo acuerdo de la parte notificada;
 - c) mediante notificación personal; o
 - d) por cualquier otro método de notificación previsto en la legislación aplicable a los procedimientos en los tribunales donde se encuentra la parte a notificar situada.
- C. El arbitraje podrá proceder en la ausencia de cualquier parte o su representante siempre que después de la debida notificación, no esté presente o no logra obtener

un emplazamiento. No se otorgará un laudo únicamente sobre la base de incumplimiento de una parte. El árbitro requerirá a la parte compareciente que presente las pruebas que el árbitro pueda requerir para dictar el laudo.

ARTÍCULO 4.03. -DESIGNACIÓN DEL ÁRBITRO

- A. La designación de(l) árbitro(s) lo podrán hacer las partes en común acuerdo luego de presentado ante el Comisionado de Seguros el informe conjunto dispuesto en el Artículo 3.08(C). Para ello tendrán un término de treinta (30) días contados a partir desde que se presentó el informe dispuesto en el Artículo 3.08(C) de la Regla. De haberse puesto de acuerdo las partes con el árbitro, las partes tienen que notificarlo al Comisionado, por escrito, en o antes de dicho término.
- B. De no llegar las partes a un común acuerdo en cuanto a la designación de árbitro(s) dentro del término de treinta (30) días dispuesto, o si el (los) árbitro(s) acordado(s) no actúan o no pueden actuar, la designación del árbitro la realizará el tribunal a solicitud de cualquiera de las partes, conforme a lo dispuesto en los Artículos 2.08 (arbitraje ordinario) o 3.05 (b) (proceso arbitral abreviado) de la Ley Núm. 147-2024, conocida como "Ley de Arbitraje de Puerto Rico".
- C. En caso de que las partes hayan convenido en someterse al proceso arbitral abreviado, el proceso y los términos para la designación del árbitro se regirán por lo dispuesto en el Artículo 3.05 de la Ley de Arbitraje de Puerto Rico.
- D. En el proceso ordinario, en cuanto al nombramiento del árbitro, pasado el plazo que fije el Tribunal para la aceptación del árbitro nombrado sin que éste responda, se entenderá que el árbitro no acepta el nombramiento. En tal caso, las partes o el Tribunal, según sea el caso, procederán a designar un (unos) nuevo(s) árbitro(s).
- E. El árbitro deberá ser una persona mayor de edad, en el pleno de goce de sus derechos civiles y que sepa leer y escribir. Además, debe gozar de reconocido prestigio profesional e independencia de criterio demostrado mediante su

resume o *curriculum vitae*. El nombramiento para actuar como árbitro deberá recaer en personas con competencia y experiencia en al menos una de las siguientes áreas:

- i. Experto en el campo de la economía, preferiblemente con experiencia en el campo de la salud o de los seguros, que no tenga conflicto de intereses.
- ii. Persona certificada como interventor neutral independiente por el Negociado de Métodos Alternos para la Solución de Conflictos adscrito a la Oficina de la Jueza Presidente del Tribunal Supremo de Puerto Rico;
- iii. Experto en el área de servicios de salud, que no tenga conflicto de intereses con ninguna de las partes.

F. El Tribunal, en caso de serle peticionado por cualquiera de las partes, nombrará uno o más árbitros en los casos siguientes:

- a. Cuando las partes no logren ponerse de acuerdo con el árbitro a nombrar.
- b. Cuando el árbitro nombrado no actúe, deje de actuar o se encuentre imposibilitado de actuar, y su sucesor no haya sido acordado.
- c. Cuando la naturaleza de la controversia lo amerite, el tribunal podrá nombrar un panel compuesto por tres (3) árbitros para atender el proceso de arbitraje. Cuando exista un panel de tres (3) o más árbitros, un árbitro será designado como presidente del panel.

G. El Tribunal una vez realice la designación, notificará la misma, solicitando su aceptación por escrito.

H. La aceptación del cargo por el árbitro dará derecho a las partes a compelerlos a cumplir con su encargo, recibiendo éstos la compensación que hayan convenido las partes, o en su defecto, el tribunal, conforme dispone el Art. 4.11 de esta Regla.

ARTÍCULO 4.04.- IMPARCIALIDAD Y EL DEBER DE LOS ÁRBITROS DE INVESTIGAR LA INFORMACIÓN

- A. El o los árbitros deberán revelar, antes de su aceptación del cargo, cualquier circunstancia que pudiese generar dudas justificadas sobre su imparcialidad e independencia, incluyendo cualquier parcialidad o cualquier interés financiero o personal en el resultado del arbitraje o cualquier relación pasada o presente con las partes o sus representantes. Semejante obligación permanecerá vigente durante todo el arbitraje, pudiendo dejarse sin efecto la designación.
- B. El árbitro nombrado deberá someter una declaración jurada a los efectos de establecer que no tiene conflicto de interés alguno con alguna de las partes, conforme requiere el Artículo 31.050 del Código de Seguros.
- C. Del mismo modo, antes de tomar posesión de su cargo el o los árbitros(s) seleccionado(s) por las partes o por el Tribunal deberán prestar declaración jurada a los efectos de establecer que no tiene(n) conflicto de interés alguno que pueda afectar el desempeño de sus funciones de manera imparcial y objetiva y actuar conforme al Artículo 2.09 de la Ley Núm. 147-2024.
- D. A partir de su designación, ya sea por las partes o el Tribunal, el árbitro deberá revelar a las partes, sin demora, cualquier circunstancia sobrevenida que pueda comprometer su imparcialidad e independencia.

ARTÍCULO 4.05. - JURISDICCIÓN DEL ÁRBITRO

- A. El o los árbitros(s) tendrá(n) jurisdicción sobre los asuntos y las controversias relacionadas a la negociación colectiva que se planteen en el caso ante su consideración por razón de un punto muerto en la negociación o impase, y deberá resolverlos en su totalidad. En caso de intervención judicial, se hará con sujeción a lo dispuesto en la Ley Núm. 147-2024 en cuanto a las salas del tribunal con jurisdicción, la competencia y la revisión judicial.
- B. El (los) árbitro(s) tendrá(n) la facultad de decidir sobre su propia jurisdicción, incluyendo cualquier objeción con respecto a la existencia, alcance o validez del

arbitraje, acuerdo o la arbitrabilidad de cualquier reclamación o reconvención, sin necesidad alguna de remitir tales asuntos primero al tribunal.

- C. Una parte debe oponerse a la jurisdicción del árbitro o a la arbitrabilidad de una demanda o reconvención a más tardar a la presentación de la contestación a la alegación que dio origen a la objeción. El árbitro podrá decidir sobre tales objeciones como cuestión preliminar o como parte del laudo final.

ARTÍCULO 4.06.- PROCEDIMIENTO

- A. Una vez realizada la notificación conforme el Artículo 3.08 (C) e iniciado el arbitraje, cualquier solicitud de intervención judicial con relación al mismo, se realizará bajo las disposiciones de la Ley Núm. 147-2024, y se radicará en la sección del Tribunal de Primera Instancia con competencia (Sala de San Juan) conforme exige el Artículo 1.13 de la Ley Núm. 147-2024.
- B. Si cualquiera de las partes en la negociación incoare alguna acción o cualquier otro recurso en derecho para reclamar que la(s) controversia(s) no es susceptible de arbitraje, el tribunal ante el cual dicha acción o recurso estuviere pendiente, una vez satisfecho el requisito de que la controversia envuelta en dicha acción o recurso haya sido sometido a arbitraje al amparo del Artículo 31.050 del Código de Seguros de Puerto Rico, dictará, a moción de cualquiera de las partes, la suspensión de la acción o recurso hasta tanto se haya procedido al arbitraje de conformidad con el mencionado artículo y esta Regla.
- C. Cualquiera de las partes que se oponga, alegare negligencia o negativa de la otra a proceder con el arbitraje de conformidad al Artículo 31.050 del Código de Seguros de Puerto Rico podrá acudir al Tribunal mediante moción para compeler al arbitraje conforme dispuesto en el Artículo 2.05 de la de la Ley 147-2024.

ARTÍCULO 4.07.- SUSTITUCIÓN DE ÁRBITROS

- A. Cualquiera que sea la causa por la que haya que designar un nuevo árbitro, se hará mediante el mismo procedimiento que se haya utilizado para designar el árbitro que se sustituye.
- B. Una vez nombrado el sustituto, el o los árbitros, previo acuerdo de las partes, decidirá(n) si procede repetir los trámites ya realizados. En caso de se decida repetir algún trámite, las partes deberán acordar la prórroga del plazo necesarios para la realización de dicho trámite.
- C. Tanto en los casos donde se haya nombrado un panel de tres (3) árbitros o en los casos de un (1) solo árbitro designado, las partes harán referencia al proceso de designación del sustituto que se contempla el Artículo 2.09 (h) de la Ley Núm. 147-2024.

ARTÍCULO 4.08.- FACULTADES DEL ÁRBITRO

En todos los casos ante su consideración, los árbitros podrán:

- a. Señalar fecha, hora y lugar de las vistas de arbitraje; o señalar reunión inicial en los casos de arbitraje abreviado a los fines de determinar si:
 - (i) se celebrarán vistas orales conforme el Artículo 3.09 de la Ley Núm. 147-2024 o si el proceso se basará en escritos conforme el Artículo 3.08 de la Ley Núm. 147-2024;
 - (ii) si el laudo será motivado o dispositivo;
 - (iii) si, en caso de vista, ésta se mantendrá mediante récord;
- b. Notificar, celebrar y dirigirlas vistas de arbitraje;
- c. Emitir órdenes de citación de testigos;
- d. Autorizar la toma de deposiciones y los límites o condiciones de éstas;
- e. Autorizar el descubrimiento de prueba oral y documental que estimen apropiado;

- f. Emitir y hacer constar por escrito las instrucciones y órdenes necesarias para lograr la más eficiente, ordenada y pronta tramitación del proceso sujeto a los términos fijados por ley;
- g. Conceder recesos y posposiciones que sean solicitados por las partes siempre que medie y se demuestre justa causa para tal solicitud, y tomando en consideración los límites de tiempo fijados para la conclusión del arbitraje;
- h. Celebrar conferencias con antelación a la vista sobre asuntos interlocutorios;
- i. Disponer de asuntos sumariamente, a solicitud de parte y mediando debida notificación a la parte promovida;
- j. Imponer sanciones a las partes o sus representantes por incomparecencia o incumplimiento con sus órdenes; incluyendo la emisión de laudo en rebeldía en el proceso abreviado conforme el Artículo 3.13 de la Ley 147-2024;
- k. Resolver los asuntos relativos al descubrimiento de prueba y ordenar la producción de evidencia o el descubrimiento de prueba adicional al efectuado por las partes;
- l. Emitir órdenes de protección para evitar la divulgación de información privilegiada, confidencial, secretos comerciales o cualquier otra información protegida;
- m. Emitir laudo(s).

ARTÍCULO 4.09.- VISTA DE ARBITRAJE

- A. El o los árbitros fijará(n) la fecha, lugar, hora y método (incluido video, audio u otros medios electrónicos cuando corresponda) para la vista de arbitraje y avisarán a las partes con al menos diez (10) días calendario de antelación.
- B. Las partes podrán acordar mutuamente el lugar donde se celebrará el arbitraje.
- C. Las partes deberán responder a las solicitudes de fechas de audiencia vistas de manera oportuna, ser cooperativo en programar la fecha más temprana posible y

cumplir con la audiencia vista establecida en el programa o calendario. También podrá(n) celebrar conferencias con antelación a la vista en caso de considerarlo útil para decidir asuntos interlocutorios. En el caso del procedimiento arbitral abreviado, los árbitros deberán utilizar los términos del Artículo 3.09 de la Ley Núm. 147-2024.

- D. Los árbitros solo podrán suspender la vista cuando medie justa causa, previa solicitud de cualquiera de las partes **por escrito** que se haya notificado con por lo menos tres (3) días de antelación a la fecha para la cual se solicita suspensión. Disponiéndose, además, que negarse a posponer una vista habiéndose mostrado causa suficiente es razón para anular un laudo de conformidad con el Artículo 1.09 (a)(3) de la Ley Núm. 147-2024.
- E. En el caso del proceso arbitral abreviado, cualquier solicitud de extensión a los términos del Artículo 3.09 de la Ley Núm. 147-2024 deberá justificarse por razones extraordinarias e imprevistas, entendiéndose que cualquier conflicto por compromisos en el calendario de los abogados no se considerarán como tales.
- F. En caso de ser más de un árbitro, éstos se reunirán y actuarán juntos durante la vista, ejerciéndose el poder por mayoría conforme exige el Artículo 2.10 de la Ley Núm. 147-2024.
- G. En el proceso ordinario, las partes someterán un informe breve en el cual identificarán todas las cláusulas o *ítems* en controversia, la prueba documental, oral y testifical, que se propongan presentar en la vista, por lo menos siete (7) días calendario de antelación a la fecha señalada para la vista. Dentro del mismo término, dicho escrito deberá notificarse a todas las partes. Los árbitros podrán negarse a recibir en evidencia cualquier prueba que no se haya incluido en el informe.
- H. Los procedimientos serán informales. Las Reglas de Evidencia para el Tribunal General de Justicia podrán utilizarse como guía, pero se aplicarán flexiblemente. No obstante, las reglas sobre privilegios aplicarán estrictamente. Los hechos, las controversias y las teorías legales del caso se presentarán principalmente por

medio de las argumentaciones y los planteamientos de las partes y la evidencia documental o real. En el procedimiento abreviado, la admisibilidad de prueba se delimitará a lo dispuesto en el Artículo 3.12 de la Ley Núm. 147-2024.

- I. La presentación de la prueba testimonial en las vistas de arbitraje deberá utilizarse lo menos posible. Antes de declarar, todo testigo expresará su propósito de decir la verdad mediante juramento. En caso de que un testigo falte a su juramento, quedará sujeto a perjurio de conformidad a las disposiciones del Código Penal de Puerto Rico. Las partes tendrán derecho a contrainterrogar a los testigos que se presenten en el procedimiento.
- J. La incomparecencia de alguna de las partes no será motivo para suspender una vista de arbitraje. Los árbitros podrán emitir el laudo a base de una relación bajo juramento de los fundamentos en los que la parte compareciente apoye su posición, de declaraciones juradas o de cualquier otra prueba que, a juicio de los árbitros, sea suficiente para demostrar los méritos de la posición de dicha parte.
- K. La negativa de cualquier parte a cooperar o actuar conforme a la buena fe en el curso del procedimiento de arbitraje, se considerará como un acto de temeridad. En cualquier momento durante el curso del procedimiento, el árbitro, a solicitud de parte o motu proprio, podrá notificar este hecho al Tribunal. El Tribunal, en el ejercicio de su discreción, podrá tomar aquellas medidas razonables para proteger a la parte perjudicada por las acciones u omisiones temerarias.

ARTÍCULO 4.10.- CIERRE DE LA VISTA

- A. El árbitro deberá preguntar específicamente a todas las partes si tienen más pruebas que ofrecer o testigos que deben ser oídos. Al recibir respuestas negativas o si satisfecho de que el expediente está completo, el árbitro declarará la vista cerrada.
- B. El plazo dentro del cual el árbitro deberá dictar el laudo comenzará, en ausencia de otros acuerdos entre las partes, al cierre de la vista.
- C. La vista podrá reabrirse por iniciativa del árbitro, o por orden del árbitro a solicitud de una de las partes, en cualquier momento antes de que se dicte el laudo.

Si reabrir la vista impediría dictar el laudo dentro del plazo específico de tiempo acordado por las partes en el acuerdo de arbitraje, el asunto no podrá reabrirse a menos que las partes acuerden una prórroga del plazo.

ARTÍCULO 4.11. - HONORARIOS DE LOS ÁRBITROS

El pago de los árbitros serán responsabilidad de las partes por partes iguales. La aceptación del cargo por los árbitros dará derecho a cada una de las partes para compelerlos a que cumplan con su encargo y dichos árbitros recibirán la compensación que acuerden las partes, o que, en su defecto, les fijare el tribunal.

ARTÍCULO 4.12.- LAUDO

El árbitro podrá conceder cualquier remedio o reparación que considere justo y equitativo y dentro del alcance del acuerdo de las partes.

El Laudo se emitirá dentro del término especificado por el tribunal.

En el proceso arbitral abreviado el laudo se emitirá dentro de los quince (15) días siguientes a que la controversia quede sometida para decisión, aunque el árbitro no pierde jurisdicción por el transcurso de este plazo.

ARTÍCULO 4.13.- CONTENIDO Y FIRMA DEL LAUDO

El tribunal arbitral emitirá el laudo por escrito, firmado o autenticado por el o los árbitros que estén de acuerdo con la decisión. El laudo deberá notificarse a cada una de las partes, sus representantes y/o abogados, y, además, se notificará a la Oficina del Comisionado de Seguros.

Cuando se dilucide una reclamación sobre tarifas, el laudo contendrá un desglose conciso de—las tarifas que fueron determinadas. De tratarse de controversias no-monetarias, el tribunal arbitral incluirá una disposición separada de cada controversia resuelta que no envuelva una reclamación sobre tarifas.

ARTÍCULO 4.14.- DERECHO A ABOGADO

Toda parte en un proceso de arbitraje podrá ser representada por abogado si así lo desea.

ARTÍCULO 4.15.- ANULACIÓN DEL LAUDO

El Laudo podrá anularse a petición de partes por las causas y en los términos establecidos en el Artículo 1.09 de la Ley Núm. 147-2024. El término para presentar la petición de anulabilidad será de noventa (90) días posteriores a la notificación del Laudo, o noventa (90) días de la modificación o corrección del laudo conforme al Artículo 1.10 de la Ley Núm. 147-2024.

ARTÍCULO 4.16. - MODIFICACIÓN, CORRECCIÓN Y CONFIRMACIÓN DEL LAUDO

El Laudo podrá modificarse o corregirse mediante moción presentada por cualquiera de las partes por las causas y en los términos establecidos en el Artículo 1.07 (por el árbitro) o por las causas y en los términos establecidos en el Artículo 1.10 de la Ley Núm. 147-2024 (por el tribunal).

Todo laudo podrá ser confirmado por el Tribunal a solicitud de parte y en los términos dispuestos en el Artículo 1.08 de la Ley Núm. 147-2024. El Tribunal emitirá una orden de confirmación a menos que el laudo se modifique o corrija de conformidad con los Artículos 1.07 y 1.10 o se anule de conformidad con el Artículo 1.09 de la Ley Núm. 147-2024.

ARTÍCULO 4.17.- CONFIDENCIALIDAD

A menos que la ley aplicable, una orden judicial o el acuerdo de las partes exijan lo contrario, el árbitro mantendrá confidencialidad de todos los asuntos relacionados con el arbitraje o el laudo.

Por acuerdo de las partes o a petición de cualquiera de ellas, el árbitro podrá dictar órdenes relativas a la confidencialidad del procedimiento arbitral o de cualquier otro asunto relacionado con el arbitraje, y podrá tomar medidas para proteger secretos comerciales e información confidencial.

ARTÍCULO 4.18.- FINALIDAD DEL LAUDO EN EL PROCESO ARBITRAL ABREVIADO

Los términos del laudo en el proceso arbitral abreviado advendrán vinculantes y obligatorios para ambas partes, y el mismo será final e inapelable desde su emisión, salvo por: (1) las causas y en los términos dispuestos en los Artículos 1.09 y 1.10 de la Ley Núm.

147-2024 o; (2) se presente una moción de enmienda por las causas y en el término dispuesto en el Artículo 3.16 de la Ley Núm. 147-2024.

ARTÍCULO 4.19.- REVISIÓN DE ÓRDENES DEL TRIBUNAL DE PRIMERA INSTANCIA

Serán revisables los laudos, tanto en el proceso ordinario como en el proceso arbitral abreviado, mediante recurso discrecional de *certiorari* ante el Tribunal de Apelaciones las órdenes emitidas por el Tribunal de Primera Instancia conforme las causas dispuestas en el Artículo 1.14 de la Ley Núm. 147-2024.

Las revisiones contempladas en este Artículo se canalizarán mediante solicitud de *certiorari* cuya expedición será discrecional por parte del Tribunal de Apelaciones que, decida o no expedir el auto de *certiorari*, las tramitará de forma expedita y resolverá, en cualquier caso, dentro de los seis (6) meses de interpuesta. Siempre que proceda en derecho, el Tribunal de Apelaciones promoverá que su sentencia imparta finalidad al asunto.

ARTÍCULO 4.20.- PRESENTACIÓN ANTE EL COMISIONADO DE SEGUROS

El laudo junto a la sentencia final y firme que confirme el mismo, emitido sobre la(s) controversia(s) bajo punto muerto o impase sometidas a arbitraje será integrado al contrato propuesto en la negociación colectiva y será presentado ante el Comisionado de Seguros conforme dispuesto en el Artículo 3.10 de esta Regla.

ARTÍCULO 4.21.- SALVEDAD

Si cualquier artículo o parte de este Capítulo (IV) fuese incompatible con la letra de la Ley 147-2024, prevalecerá el lenguaje contenido en dicha Ley.

CAPÍTULO V. REVISIÓN DE TARIFAS

ARTÍCULO 5.01.- PROPÓSITO

El propósito de este capítulo es establecer los criterios de revisión de la razonabilidad de cambios tarifarios presentado por un asegurador u organización de servicios de salud por causa o resultado de un proceso de negociación colectiva conforme a lo dispuesto en esta Regla. El proceso de revisión de las bases tarifarias deberá, no sólo garantizar y proteger la solvencia de los aseguradores y organizaciones de seguros de

salud como resultado del proceso de negociación colectiva, sino también promover el bienestar público y la razonabilidad de todo ajuste tarifario con el fin de que éstos no sean excesivos, inadecuados ni injustamente desiguales.

ARTÍCULO 5.02.- SOLICITUD DE CAMBIOS EN LAS TARIFAS DE PLANES MÉDICOS

Cualquier cambio en la tarifa de planes médicos individuales o de grupos pequeños o grandes que conlleve aumentos de un diez por ciento (10%) o más de la tarifa vigente por causa o resultado de un proceso de negociación colectiva, deberá contar con la aprobación previa del Comisionado. El procedimiento a seguirse para presentar el cambio tarifario ante la OCS se realizará conforme lo siguiente, a través del sistema SERFF:

1. La solicitud deberá presentarse ante el Comisionado para aprobación en un término mínimo de sesenta (60) días previo a su vigencia.
 2. La prima cobrada por un plan médico no puede ajustarse más de una vez
 3. La tarifa por cargar del plan médico no podrá ajustarse más de una (1) vez por año contrato.
- A. La documentación necesaria de respaldo en SERFF, en la presentación del aumento tarifario, deberá incluir lo siguiente:
1. Justificación Preliminar Parte II: Explicación escrita de cualquier aumento de tarifa que sea del 10% o más.
 2. Memorando Actuarial - este deberá cumplir con los requisitos de Puerto Rico, y las instrucciones de la Parte III Memorando Actuarial y Certificación.
 3. Certificación Actuarial de Puerto Rico por un actuario cualificado, sobre la adecuacidad de las tarifas, basadas en asunción razonable. Tal certificación estará basada en un examen realizado por dicha persona que incluya una revisión de los registros apropiados, los supuestos y métodos actuariales usados por el asegurador u organización de seguros de salud para establecer la tarifa aplicable.

4. Información adecuada en apoyo de la petición, que incluya, entre otras cosas, el análisis de la experiencia, las tendencias de los costos, la utilización, datos estadísticos y el análisis de las proyecciones.
5. Capturas de pantalla de la Calculadora de Valor Actuarial (solo para planes metálicos).
6. Plantilla de Tarifas SERFF en Excel y PDF conforme a la curva de edad estándar federal (solo para planes metálicos).
7. Manual de tarifas, el cual deberá incluir lo siguiente:
 - i. Desarrollo cuantitativo del proceso completo para determinar la tarifa final. Este deberá incluir una explicación detallada del proceso desde la tarifa base hasta la tarifa final de cada uno de los planes presentados;
 - ii. Cada factor utilizado en el desarrollo de las tarifas;
 - iii. Cada factor de ajuste utilizado para determinar las tarifas;
 - iv. La curva de edad estándar federal (solo para planes metálicos), y;
 - v. Un ejemplo ilustrativo del cálculo de la tarifa familiar.
8. Mapa de Beneficios de Puerto Rico en Excel y PDF.
9. Lista de Cotejo de presentación de tarifas de Puerto Rico. Deberá incluir los siguientes datos:
 - i. Tabla Comparativa del Aumento en Tarifa;
 - ii. Demostración del Cálculo del Aumento en Tarifa;
 - iii. Distribución de edades Corriente y Propuesta;
 - iv. Desarrollo Cuantitativo de los Factores para tarifar;
 - v. Tabla Comparativa de Cambios en el Costo Compartido;
 - vi. Desarrollo Cuantitativo de nuevos beneficios esenciales;
 - vii. Desarrollo Cuantitativo de beneficios adicionales opcionales;
 - viii. Desarrollo Cuantitativo del diseño del costo compartido del beneficio de medicamentos recetados;

- ix. Demostración cuantitativa del factor Pagado a Permitido (*Paid to Allowed*);
- x. Desarrollo Cuantitativo de la tarifa índice ajustada nivel plan;
- xi. Desarrollo Cuantitativo de la tarifa ajustada nivel consumidor;
- xii. Formulario público de la información de presentación de tarifas que se colocará en el sitio web de la Oficina del Comisionado de Seguros;
- xiii. Certificación de Diseño de Plan Único (si aplica) (solo para planes metálicos);
- xiv. Tabla de Copagos, Coaseguros y Deducibles;
- xv. Plantilla unificada de revisión de tarifas (URRT) (solo para planes metálicos);
- xvi. El Anexo del Informe Anual más reciente titulado "*Supplemental Health Care Exhibit*".

ARTÍCULO 5.03.- APROBACIÓN DE TIPOS TARIFARIOS

Sujeto a la aprobación del Comisionado, todo aumento en prima, copago, deducible o reducción de cubierta cuya justificación se dé como resultado de un proceso de negociación colectiva con proveedores deberá evidenciar cumplimiento con los siguientes requisitos adicionales, incluyendo, pero sin limitarse a:

- a. Evidencia del acuerdo logrado entre el asegurador u organización de servicios de salud y el grupo autorizado de proveedores junto con las tarifas negociadas entre dichas partes para el pago de los servicios que se presten.
- b. Descripción textual del impacto en la tarifa o prima a cobrar por el plan médico en el memorando actuarial.
- c. Desarrollo cuantitativo del impacto de la negociación colectiva en la tarifa o prima final del plan médico, considerando los siguientes factores:
 - i. Características de la población impactada;
 - ii. Cantidad de suscriptores o asegurados impactados;

- iii. Efecto de la negociación colectiva en la utilización total del plan médico;
- iv. Impacto en el factor de tendencia de los costos médicos a nivel general del plan médico;
- v. El impacto en la experiencia de pérdida total del plan médico;
- vi. Proyecciones de las reclamaciones;
- vii. Evidencia de que el establecimiento de la tarifa o prima a cobrar se realizó tomando en consideración un fondo común para riesgos “*single risk pool*”;
- viii. Cualquier otro aspecto que el Comisionado entienda pertinente considerar.

ARTÍCULO 5.04.- SUBSANACIÓN DE OBJECIONES SEÑALADAS

Una vez presentados los tipos o tarifas ante la Oficina del Comisionado de Seguros, la determinación final sobre su razonabilidad recaerá sobre el Comisionado para que se apruebe o desaprobe su utilización.

- A. Si de la evaluación del archivo sometido se determina que existe un aumento irrazonable en la tarifa o en cualquier otro elemento, que sea producto de un acto unilateral, cuyo efecto se refleje en la prima, el Comisionado notificará por escrito la objeción al interesado. En tales casos, la presentación no podrá entrar en vigor sin la subsanación de la objeción señalada por el Comisionado. El Comisionado concederá un término no menor de diez (10) días para realizar la subsanación de la objeción.
- B. Si, mediando objeción, la parte interesada no subsana la misma dentro del término expresado en la notificación; y se sostiene en su solicitud o archivo al Comisionado, la presentación podrá ser desaprobada. La desaprobación por parte del Comisionado deberá expresar las razones en que se funda. La determinación que éste tome en su día podrá ser revisada en toda su extensión, previa solicitud de cualquiera de las partes, en el término dispuesto en el Artículo 5.05 de esta Regla.

- C. Luego de emitida la determinación del Comisionado al archivo (tras ser evaluado), toda modificación como resultado de la negociación colectiva (en forma de aumento en prima o copago o deducible), que fuese aprobada no entrará en efecto hasta la fecha de renovación de cada contrato o póliza de seguro de salud.

ARTÍCULO 5.05.- REVISIÓN DE LA DETERMINACIÓN

La parte adversamente afectada por la determinación del Comisionado de Seguros podrá volver a presentar el archivo subsanando las deficiencias señaladas en éste. También podrá solicitar vista administrativa dentro de los veinte (20) días siguientes a la notificación de la determinación adversa, según dispuesto en el Artículo 2.190 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A. sec. 251. De la determinación que tome el Comisionado tras el proceso de adjudicación administrativo, la parte adversamente afectada podrá recurrir en revisión ante el Tribunal de Apelaciones conforme dispone la Ley Núm. 38-2017, *supra*.

ARTÍCULO 5.06.- EXCLUSIONES

Quedan excluidas de la aplicación de este Capítulo de la Regla las siguientes entidades:

- A. Tarifas correspondientes a seguros de la Asociación de Empleados del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, según creada por la Ley Núm. 9-2013, según enmendada, conocida como “Ley de la Asociación de Empleados del Estado Libre Asociado de Puerto Rico de 2013”;
- B. Tarifas correspondientes al Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, según creado por la Ley Núm. 72-1993, *supra*;
- C. Tarifas correspondientes al seguro emitido por la Corporación del Fondo del Seguro del Estado, según creado por la Ley Núm. 45-1935, según enmendada, conocida como “Ley del Sistema de Compensaciones por Accidentes del Trabajo”, 11 L.P.R.A. secs. 1 *et seq.*;
- D. Tarifas correspondientes al programa *Medicare Advantage*, Public Law 108-173 y su Reglamentación (42 CFR Part. 422);

- E. Tarifas correspondientes a los planes médicos de patrono auto asegurados y todos aquellos organizados bajo el “Employee Retirement Income Security Act” (“ERISA”), Public Law 93-406 y su Reglamentación (29 CFR Chapter XXV);
- F. Tarifas correspondientes a los planes médicos bajo la Ley Núm. 95-1963, conocida como “Ley de Beneficios de Salud para Empleados Públicos”, según enmendada, 3 L.P.R.A. secs. 729 *et seq.*;
- G. Tarifas correspondientes a planes médicos producto de negociaciones colectivas con patronos gubernamentales o privados;
- H. Tarifas correspondientes a cualquier otro plan médico cuyo emisor no esté bajo la jurisdicción de la Oficina del Comisionado de Seguros.

CAPÍTULO VI. DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 6.01. - CLÁUSULA DEROGATORIA

Este Reglamento deroga el Reglamento 7646 de 23 de diciembre de 2008, y sustituye el mismo, y deja sin efecto toda norma, pauta, procedimiento o parte de estos que estén en conflicto con sus disposiciones, salvo se disponga en contrario.

ARTÍCULO 6.02 - CLÁUSULA DE SALVEDAD

Cualquier asunto no cubierto por este Reglamento será resuelto por el Comisionado de Seguros, el Secretario de Salud y el Secretario(a) de Justicia, de conformidad con las leyes, reglamentos y órdenes ejecutivas aplicables. Todo aquello que no esté previsto por los mismos se regirá por las normas de sana administración pública y la política pública vigente.

ARTÍCULO 6.03 - CLÁUSULA DE SEPARABILIDAD

Si cualquier artículo, parte o párrafo de este Reglamento o de cualquiera de las enmiendas que en el futuro se efectúen a la misma, fuese declarado inconstitucional, inválido o nulo por un tribunal competente, dicha determinación no afectará la validez de las restantes disposiciones de este, sino que su efecto se limitará a la palabra, inciso, oración, artículo o parte específica declarada nula o inconstitucional.

CAPÍTULO VII - VIGENCIA

Las disposiciones de este Reglamento entrarán en vigor a los treinta (30) días de su presentación con el Departamento de Estado de Puerto Rico, conforme a las disposiciones de la Ley Núm. 170, supra.

CAPÍTULO VIII - ENMIENDAS

Este Reglamento podrá ser enmendado conjuntamente por el Comisionado de Seguros, el Secretario de Salud y el Secretario de Justicia de Puerto Rico.


LCDR. SUZETTE DEL VALLE LECÁROZ
COMISIONADA DE SEGUROS


LCDR. LOURDES L. GÓMEZ TORRES
SECRETARIA DE JUSTICIA

*Sec. Justicia
Interina*


DR. VÍCTOR M. RAMOS OTERO
SECRETARIO DE SALUD

Fecha de Aprobación: 20 de agosto de 2024

Fecha de Presentación al Departamento de Estado:

Fecha de Presentación a la Biblioteca de la Legislatura: