

Puerto Rico

Ley 72 de 1993, Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico

Sección 3. — Beneficiarios del Plan de Salud. (24 L.P.R.A. § 7029)

Todos los residentes de Puerto Rico podrán ser beneficiarios del Plan de Salud que se establecen por la implantación de esta ley, siempre y cuando cumplan con los siguientes requisitos, según corresponda:

(a) Sean identificadas y certificadas por el Departamento, según lo provisto por la Sección 1 de este Artículo (24 L.P.R.A. § 7025). Disponiéndose, que las personas elegibles a recibir beneficios de salud federales obtendrán sus servicios, según lo dispuesto por la legislación o reglamentación federal aplicable, teniendo, además, derecho a los servicios de salud estatales disponibles y adecuados para su condición que no estén cubiertos bajo los beneficios de salud federales.

(...)

(b) Los miembros de la Policía de Puerto Rico, sus cónyuges e hijos, conforme a lo dispuesto en la Ley Núm. 53 de 10 de Junio de 1996, según enmendada (25 L.P.R.A. § 3001 et seq.).

(...)

(c) Aquellos empleados públicos y sus dependientes que, por su condición económica, cualifiquen como beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, tendrán derecho a recibir este beneficio. Los empleados públicos, cuyo nivel de ingresos no les permite ser elegibles para el Plan, podrán optar por acogerse, con sus dependientes, al Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico o continuar acogidos al plan privado de su preferencia. En caso de acogerse al Plan de Salud del Gobierno, la diferencia entre la aportación del gobierno y el costo de la prima será sufragada por los empleados.

(...)

(d) Los pensionados del Gobierno Central del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, según el Plan de Implantación establecido por la Administración. El Secretario de Hacienda transferirá a la Administración el monto correspondiente a la aportación patronal de los pensionados de las agencias del Gobierno Central. Los pensionados tendrán la opción de extender la cubierta médica- hospitalaria a sus dependientes directos y opcionales y el pensionado sufragará en su totalidad el costo de la cubierta

(...)

(e) Las pequeñas y medianas empresas (mejor conocidas como PYMES), que interesen acogerse al plan establecido por este Capítulo, y que transfieran a la Administración o al Asegurador el monto correspondiente por concepto de la aportación patronal de los empleados que así lo autoricen, más el pago de la aportación del empleado hasta cubrir el costo de la prima del seguro para la cubierta de beneficios médico-hospitalarios, tanto para la cubierta individual como familiar (...)

(f) Los veteranos, sus cónyuges e hijos, certificados por el Programa Federal de Asistencia Médica, conforme a lo dispuesto en la Ley Núm. 13 de 2 de Octubre de 1980, según enmendada [Nota: Actual Ley 203-2007, según enmendada “Carta de Derechos del Veterano Puertorriqueño del Siglo XXI”].

(g) Los veteranos, sus cónyuges e hijos menores de veintiún (21) años que dependan de sus padres para su cuidado y manutención, que de interesarlo paguen a la Administración o al Asegurador el monto correspondiente por concepto del costo de la prima del seguro para la cubierta de beneficios médico-hospitalarios, tanto para la cubierta individual como la familiar.

(h) Los individuos en su carácter personal, independientemente de su posición laboral, los empleados cuyos patronos no les proveen un plan médico, así como las personas con un autoempleo, y sus dependientes.
(...)

(i) Los miembros de las asociaciones, las cooperativas, las asociaciones o los colegios de personas licenciadas por el Gobierno de Puerto Rico para dedicarse a una profesión reconocida, las asociaciones o colegios de oficios, las asociaciones de empleados federales, estatales o municipales, y la Asociación Americana de Personas Retiradas, (AARP, por sus siglas en inglés), que interesen beneficiarse del mismo, y le transfieran a la Administración o al Asegurador el monto correspondiente por concepto de la prima del seguro para la cubierta de beneficios médico hospitalarios, tanto para la cubierta individual como familiar.
(...)

Sección 6. — Cubierta y Beneficios Mínimos. (24 L.P.R.A. § 7032)

Los planes de salud tendrán una cubierta amplia, con un mínimo de exclusiones. No habrá exclusiones por condiciones preexistentes, como tampoco períodos de espera, al momento de otorgarse la cubierta al beneficiario.

Cubierta A. La Administración establecerá una cubierta de beneficios a ser brindados por los aseguradores contratados o proveedores participantes. La

cubierta comprenderá, entre otros beneficios, los siguientes: servicios ambulatorios, hospitalizaciones, salud dental, salud mental, vacunaciones y tratamientos para el virus del Papiloma Humano, estudios, pruebas y equipos para beneficiarios que requieran el uso de un ventilador para mantenerse con vida, un mínimo de un (1) turno diario de ocho (8) horas por paciente, de servicios de enfermeras(os) diestros con conocimientos en terapia respiratoria o especialistas en terapia respiratoria con conocimientos en enfermería, los suplidos que conllevan el manejo de los equipos tecnológicos, terapia física y ocupacional necesaria para el desarrollo motor de éstos pacientes, laboratorios, rayos X, así como medicamentos mediante prescripción médica, los cuales deberán ser despachados en una farmacia participante, libremente seleccionada por el asegurado, y autorizada bajo las leyes de Puerto Rico. La cubierta dispondrá para que cada beneficiario tenga a su alcance anualmente los exámenes de laboratorio e inmunización apropiados para su edad, sexo y condición física (...)

Cubierta B. La cubierta de los servicios hospitalarios estará disponible (24) horas al día, todos los días del año.

Cubierta C. En su cubierta ambulatoria los planes deberán incluir, sin que esto constituya una limitación, lo siguiente:

(1) Servicios de Salud Preventivos:

- (a) Vacunación de niños y adolescentes hasta los dieciocho (18) años de edad.
- (b) Vacunación contra la influenza y pulmonía de personas mayores de sesenta y cinco (65) años de edad, y/o niños y adultos con enfermedades de alto riesgo como enfermedades pulmonares, renales, diabetes y del corazón, entre otras.
- (c) Visita al médico primario para examen médico general una vez al año.
- (d) Exámenes de cernimiento para cáncer ginecológico, de mama y de próstata, según las prácticas aceptables.
- (e) Sigmoidoscopia en adultos mayores de cincuenta (50) años a riesgo de cáncer del colon, según las prácticas aceptables.
- (f) el suministro de un monitor de glucosa cada tres (3) años y un mínimo de ciento cincuenta (150) tirillas y de ciento cincuenta (150) lancetas cada mes para pacientes menores de veintiún (21) años de edad diagnosticados con diabetes mellitus tipo I por un especialista en endocrinología pediátrica o endocrinología.

(2) Evaluación y tratamiento de beneficiarios con enfermedades conocidas:
(...)

(4) Acceso al tratamiento de vacunación para El virus del Papiloma Humano, cual consiste de tres (3) dosis que se administrará conforme a lo establecido por el profesional de la salud. Esta cubierta no se limitara únicamente al tratamiento expuesto en este inciso, y se extenderá a cualquier otro tratamiento

o vacuna que surja para el tratamiento y prevención del virus del Papiloma Humano.

Sección 14. — Derechos de los Beneficiarios. (24 L.P.R.A. § 7036b)

Todo beneficiario tendrá, entre otros, derecho a:

- (1) Recibir los servicios médicos de calidad cuando los necesiten.
- (2) Fácil acceso a los servicios médicos.
- (3) Seleccionar su organización de cuidado de salud.
- (4) Seleccionar su médico primario o de cabecera.
- (5) Seleccionar, en conjunto con su médico primario, su médico especialista.
- (6) Cambiar su médico primario o su organización de cuidado de salud.
- (7) Que no se le nieguen los servicios bajo la cubierta.
- (8) Acceso fácil e inmediato a servicios de emergencia.
- (9) Recibir la educación e información necesarias para conocer todos los beneficios que ofrece el seguro de salud.
- (10) Que no se discrimine en su contra,
- (11) Iniciar un procedimiento formal de querrela ante el asegurador si tiene una queja o preocupación sobre los servicios de cuidado de salud que le son ofrecidos bajo el plan.
- (12) Apelar cualquier determinación final de la aseguradora ante la Administración.
- (13) Seleccionar su farmacia y laboratorio.

4

Sección 18. — Negación de Servicios de Hospitalización y Pagos Facturados. (24 L.P.R.A. § 7036f)

Se establece que ninguna compañía de seguros de salud, asegurador, organización de servicios de salud u otro proveedor de planes de salud autorizado en Puerto Rico, por sí o por medio de sus agentes, empleados o contratistas, que contrate con la Administración para el manejo o implantación del Plan de Salud Gubernamental al amparo de esta Ley, negará la debida autorización para los procesos de hospitalización de un paciente, incluyendo el largo del periodo de dicha hospitalización y los pagos por servicios facturados tanto por el tratamiento, medicamentos y la debida prestación de servicios de salud al mismo, cuando medie una recomendación médica a estos fines, basada en la premisa de necesidad médica, en los casos en que estos servicios sean parte de la cubierta del plan médico del asegurado, el servicio sea prestado mientras la póliza se encuentre vigente y el servicio se encuentre dentro de las categorías de servicios cubiertos por dicha póliza.