

Núm. 2994
10 de junio de 1973. 1:05 p.m.
Fecha
Aprobado: Carlos S. Quirós
Secretario de Estado

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
DEPARTAMENTO DE HACIENDA
San Juan, Puerto Rico
Laura de Palma
Secretaría Auxiliar de Estado

REGLAMENTO

REGLAMENTO PARA LA CONTRATACION DE LOS PLANES
DE BENEFICIOS DE SALUD PARA LOS EMPLEADOS
PUBLICOS

ARTICULO 1.- TITULO BREVE

Este Reglamento se conocerá con el nombre de "Reglamento sobre Planes de Beneficios de Salud para Empleados Públicos".

ARTICULO 2.- BASE LEGAL

Este Reglamento se promulga en virtud de la autoridad conferida al Secretario de Hacienda por el apartado (g) de la Sección 4 y el apartado (a) de la Sección 9 de la Ley Núm 95, aprobada el 29 de junio de 1963, según enmendada, Ley de Beneficios de Salud para Empleados Públicos.

ARTICULO 3.- DEFINICIONES

Para efectos de este Reglamento los términos que a continuación se expresan tendrán el siguiente significado:

- a- "Secretario".- El Secretario de Hacienda.
- b- "Empleado". - Todo funcionario o empleado, de nombramiento o elección, en servicio activo o pensionado de cualquier rama del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y de sus agencias, departamentos y municipios, pero excluyendo a los funcionarios y empleados de las corporaciones públicas y de la Universidad de Puerto Rico, quienes podrán acogerse a los planes que contrate el Secretario de Hacienda si así lo desean y si la corporación pública y dichos funcionarios y empleados cumplen con las disposiciones de la Ley Núm. 95, aprobada el 29 de junio

de 1963, según enmendada, Ley de Beneficios de Salud para Empleados Públicos. El término "empleado" incluye, además, a funcionarios y empleados que estuvieren temporalmente fuera de Puerto Rico en servicio activo.

c- "Dependencia" - Todo departamento, agencia, las subdivisiones políticas del gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, los Sistemas de Retiro del Gobierno de Puerto Rico y los municipios para cuyos funcionarios, empleados y pensionados el Secretario de Hacienda contrate con aseguradores, organizaciones de servicios de salud (HMO) y organizaciones de empleados para ofrecer servicios médico-quirúrgicos y de hospitalización; las corporaciones públicas y la Universidad de Puerto Rico en los casos en que sus funcionarios y empleados decidan acogerse a los planes que contrate el Secretario de Hacienda, siempre que éstas cumplan con las disposiciones de la Ley Núm. 95, supra.

d- "Organización de empleados" - Una asociación u organización de empleados de alcance estatal en Puerto Rico, cuya matrícula esté abierta para todos los empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, sus agencias, departamentos, municipios y corporaciones públicas que sean elegibles para ingresar en un plan de beneficios de salud.

e- "Asegurador" - Un asegurador comercial o privado, una asociación de tipo Cruz Azul o Escudo Azul, una cooperativa de seguros, una organización de servicios de salud (HMO) autorizados para contratar seguros en Puerto Rico, o una organización de empleados con los cuales el Secretario de Hacienda formalice contratos para ofrecer planes de beneficios de salud para los empleados públicos.

f- "Ley" - Ley Núm. 95, aprobada el 29 de junio de 1963, según enmendada, Ley de Beneficios de Salud para Empleados Públicos.

g- "Póliza Mancomunada" - La póliza que se expide en casos de funcionarios o empleados cuyos cónyuges trabajan en el servicio público y se acojan a los beneficios de un contrato de grupo familiar para sí y su familia para lo cual cada uno de ellos recibirá la aportación patronal del Gobierno hasta el máximo de dicha aportación.

h- "Miembro de la familia" - La o el cónyuge de un empleado o empleada y cualquier hijo (1) menor de diecinueve años incluyendo (A) hijo adoptivo y (B) hijastro o hijo natural reconocido que viva con el empleado o funcionario en la relación corriente de padre e hijo y/o (2) independientemente de la edad que no pueda sostenerse a sí mismo por razón de incapacidad mental o física existente desde antes de cumplir diecinueve años y familiares del empleado o su cónyuge que vivan permanentemente bajo el mismo techo del empleado y que dependan sustancialmente de éste para su sustento.

i- "Dependiente" - Cualquier hijo soltero del empleado, de diecinueve (19) años o más y otros familiares que dependan de éste para su sostenimiento y que vivan bajo el mismo techo. Los padres del empleado y su cónyuge no tienen que vivir bajo el mismo techo.

j- "Cónyuge"- Marido y mujer respecto del otro, casados entre sí.

k- "Certificado de matrimonio" - documento expedido por el Secretario de Salud o su representante en el impreso especial, en el cual se certifica de acuerdo a la información que

obra en el Registro Demográfico del Departamento de Salud la celebración de un matrimonio. En los casos de matrimonio contraído en los Estados Unidos o en país extranjero, el documento expedido por autoridad competente y debidamente certificado por el "county clerk", si se tratare de matrimonio contraído en Estados Unidos, o por los funcionarios diplomáticos o consulares de los Estados Unidos en el extranjero.

l- "Modelo" - El Modelo SC 1335, Certificación para Acogerse a los Beneficios de la Ley Núm. 23 de Iro. de junio de 1982.

m- "Plan" -El plan de salud seleccionado por el funcionario o empleado asegurado.

n- "Empleado Elegible" - Un empleado declarado elegible por el Secretario para a ingresar a un plan de beneficios de salud.

o- "Negociado" -El Negociado de Seguros Públicos del Departamento de Hacienda.

p- "Asegurado" o "Suscriptor"- El empleado que se acoge a un plan de beneficios de salud.

q- "Proveedor de servicios"- Todo hospital, laboratorio, centro radiológico, médico, etc. bajo contrato para ofrecer servicios médico quirúrgicos de hospitalización.

ARTICULO 4 - COMITE ASESOR PARA LA EVALUACION DE LAS PROPUESTAS PARA PROVEER UN PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD PARA LOS EMPLEADOS PUBLICOS

a- El Comité Asesor para la evaluación de las propuestas sobre planes de beneficios de salud estará compuesto de la siguiente manera:

l- El Secretario de Hacienda quien será su Presidente, o el funcionario en quien él delegue de conformidad con

la facultad que le confiere la Ley Núm. 41, aprobada el 9 de junio de 1956, (3 LPRA 231a).

2- El Comisionado de Seguros.

3- El Director de la Oficina Central de Administración de Personal

4- El Secretario de Salud.

b- El Comité Asesor, durante el proceso de evaluar las propuestas que se sometan a su consideración, podrá consultar y citar a sus reuniones a los siguientes funcionarios:

1- El Director del Negociado de Seguros Públicos o su representante.

2- El Asesor Legal del Secretario o su representante.

3- El Director de la Administración de Facilidades de Salud o su representante.

4- El Director del Negociado de Sistemas de Contabilidad del Departamento de Hacienda o su representante.

c- El Comité Asesor se reunirá en la fecha, hora y lugar previa convocatoria al efecto del Secretario, o a solicitud de cualesquiera de sus miembros. Las decisiones se tomarán por mayoría de los miembros presentes. De los acuerdos tomados en cada reunión se levantará un acta la cual será aprobada en la siguiente reunión que se convoque.

d- El quorum lo constituirá tres (3) de sus miembros.

e- El Comité Asesor llevará una minuta exacta y concisa de los procedimientos ante su consideración. Disponiéndose, además, que dichos procedimientos, incluyendo la apertura de las propuestas en la fecha, hora y lugar señalado, serán gravados en cinta magnetofónica.

ARTICULO 5. - EVALUACION DE LAS PROPUESTAS POR EL COMITE ASESOR

El Comité Asesor evaluará todas las propuestas sobre planes de beneficios de salud que sometan los aseguradores. En su evaluación tomará en consideración que la tarifa que se cobre refleje razonable y equitativamente el costo de los beneficios que se proveen. Para realizar dicho análisis tomará en consideración las estadísticas compiladas por el Secretario de Salud y el Comisionado de Seguros. Dichas estadísticas reflejarán los costos de funcionamiento de los distintos planes por grupo contratados por el Secretario, así como los ingresos obtenidos por cada uno de los asegurados bajo contrato.

b- Si el Comité Asesor considerare que la tarifa o tarifas propuestas es o son excesivas y que no reflejan razonable y equitativamente el costo de los beneficios que se proveen, podrá citar a cualesquier asegurador, (incluyendo la organización de servicios de salud y las organizaciones de empleados,) para discutir su propuesta, o recomendar que se deje sin efecto la convocatoria y emita otra convocatoria para someter nuevas propuestas.

c- El Comité Asesor rendirá al Secretario un informe escrito en el que hará recomendaciones sobre los aseguradores, organizaciones de empleados y organizaciones de servicios de salud (HMO) que han cumplido con todos los requisitos de la Ley y de este Reglamento. Cualquier miembro del Comité Asesor podrá someter objeciones y/o recomendaciones por separado.

ARTICULO 6.- CONVOCATORIA PARA SOMETER PROPUESTAS PARA LOS PLANES DE BENEFICIOS DE SALUD

a- El Secretario enviará a los aseguradores, organizaciones de salud (HMO) y organizaciones de empleados, una convocatoria por escrito, invitándoles a someter propuestas para ofrecer

planes de beneficios de salud para los empleados y pensionados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, sus instrumentalidades y sus municipios. La convocatoria se notificará con por lo menos treinta (30) días de anticipación a la fecha fijada para someter las propuestas.

b- El Secretario, podrá requerir que se someta como parte de la propuesta, una póliza que contenga aquellas disposiciones específicas que a su mejor entender beneficie a los empleados.

c- La convocatoria se anunciará en un periódico de circulación general en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, con no menos de diez (10) días de antelación a la fecha fijada para someter las propuestas.

d- Las propuestas se entregarán personalmente en sobres cerrados con cinta adhesiva (tape) y/o lacrados, en la fecha, horas y lugar que indique el Secretario en su convocatoria. Las mismas serán recibidas por el Comité Asesor. Disponiéndose que el estudio actuarial requerido por el Artículo 7 de este Reglamento se incluirá en un sobre separado de la propuesta, cerrado con cinta adhesiva (tape) y/o lacrado. Dicho sobre será entregado al Comisionado de Seguros como miembro del Comité Asesor en la fecha, hora y lugar especificado en la convocatoria y será sellado con expresión de la hora y fecha de recibido y debidamente iniciado por el Comisionado de Seguros y el Secretario. El Comisionado de Seguros será el custodio del referido estudio actuarial.

e- No se aceptarán propuestas que se reciban con posterioridad a la fecha y hora indicada en la convocatoria.

f- Las propuestas que se sometan sin estar acompañadas del estudio actuarial y del informe estadístico requeridos por los artículos 7 y 8 de este Reglamento serán rechazadas.

g- El Comité Asesor, al recibir las propuestas verificará que cada una esté en sobre debidamente cerrado según se dispone en el apartado (c) de este Artículo.

h- Cada propuesta será sellada con expresión de la hora, fecha de recibida y debidamente iniciada por el Secretario.

i- Luego de sellada e iniciada, cada propuesta será leída en voz alta en la fecha, hora y lugar fijado en la convocatoria.

ARTICULO 7.- PROPUESTAS

a- Cada propuesta estará acompañada de cinco (5) copias del borrador del folleto y/o resumen explicativo de los servicios o beneficios y condiciones principales de la misma, (limitaciones y exclusiones incluyendo modelos, endosos, certificados, originales y copia del contrato y cualquier otro documento relacionado.

En los casos en que la propuesta la somete una organización de empleados, se acompañará una copia certificada del contrato o contratos suscrito con el asegurador u organización de servicios de salud o del proveedor según fuere el caso a través de quien se prestarán los servicios

b- Cuando la propuesta la somete una organización de empleados, en la tarifa no se incluirá como parte de ésta la cuota mensual que le corresponda pagar al funcionario o empleado como miembro de la organización.

c- Toda propuesta vendrá acompañada del estudio actuarial debidamente certificado que justifique la tarifa aplicable para cada cubierta.

d- El borrador del folleto y/o resumen incluirá lo siguiente:

1. Relación por pueblo de las facilidades médico-hospitalarias, laboratorios y otras, contratadas y disponibles para los futuros asegurados.

2. Un resumen explicativo en el que se deberá exponer los servicios y beneficios a que los empleados, pensionados y los miembros de su familia tendrán derecho bajo el plan de beneficios de salud propuesto.

3. Los procedimientos a seguir para recibir los servicios y beneficios.

4. Deberá contener información clara y precisa sobre los límites máximos, exclusiones y limitaciones del plan propuesto.

e- Cada propuesta explicará detalladamente los beneficios que ofrece, especificando la tarifa a cargarse por tales beneficios. No serán consideradas propuestas que se sometan haciendo referencia a tarifas archivadas en la Oficina del Comisionado de Seguros, o cotizaciones a base de un porcentaje de tales tarifas.

f- Toda enmienda, tachadura o borrón deberá ser iniciada.

g- Toda propuesta debe ser sometida a nombre del proponente y deberá estar firmada por su representante autorizado e iniciada cada una de sus páginas.

h- Se acompañará el endoso para negociar con la Administración de Facilidades de Servicios de Salud (AFAS) a los fines de facturar por los servicios prestados en sus facilidades hospitalarias a los suscriptores de los distintos planes.

i- En los casos en que la propuesta se somete a través de una organización de empleados, se acompañará la Resolución de la Junta de Directores, autorizando la contratación de los planes y la certificación de Organización Bonafide expedida por el Secretario del Departamento del Trabajo y Recursos Humanos.

j- Todo asegurador que someta sus propuestas, (incluyendo las organizaciones de servicios de salud (HMO) y las organizaciones de empleados) acompañarán con éstas, dos (2) copias de los Estados Financieros certificados por un Contador Público Autorizado por los últimos dos (2) años de operación. Someterán, además, los nombres de los miembros de sus respectivas Juntas de Directores. Esta información deberá incluir el nombre del Presidente, Secretario y Tesorero, así como sus respectivas direcciones, teléfono de oficina y residencia.

k- Los aseguradores someterán con sus propuestas una certificación del Comisionado de Seguros acreditativa de su solvencia económica, de que no se encuentra bajo una orden de menoscabo, y de haber estado activos por lo menos durante los tres (3) años anteriores a la fecha de contratación con el Secretario.

l- La organización de servicios de salud (HMO) acompañará con su propuesta una certificación del Comisionado de Seguros acreditativa de su solvencia económica, de que no se encuentra bajo una orden de menoscabo, que ha cumplido con lo dispuesto en el Artículo 19.140 del Código de Seguros de Puerto Rico, relativo al depósito de activos elegibles para la protección contra insolvencia y de que ha estado activo durante los tres (3) años anteriores a la fecha de contratación con el Secretario.

m- Incluirán copia de todos los anuncios alusivos a los beneficios se que proyectan ofrecer, así como otro material publicitario para revistas, periódicos y televisión que sean dirigidos a los empleados públicos. El Secretario someterá dichos anuncios al Comisionado de Seguros para su aprobación.

n- Ningún asegurador podrá comenzar la publicidad de los planes a través de la radio, prensa, televisión o distribución de material impreso entre los empleados hasta tanto el Secretario dé su autorización por escrito para que todos inicien la publicidad a la misma vez. Dicha autorización se emitirá conjuntamente con la notificación del Secretario aprobando la propuesta sometida.

Todo asegurador que comience su publicidad sin autorización del Secretario estará sujeto a que se le descualifique para ofrecer el plan de salud propuesto.

o- Se deberá especificar el nombre de la persona o entidad a quien se le harán los pagos mensuales por concepto de primas.

p- Toda entidad registrará el nombre, dirección y teléfono de la persona u oficial autorizado a representar, firmar, endosar o certificar los documentos a ser enviados, e informará todos los cambios que surjan al Secretario a través del Negociado.

q- La propuesta incluirá una descripción del procedimiento que se utilizará para la atención de las querellas, de las cuales se mantendrá un record.

ARTICULO 8.- INFORME ESTADISTICO QUE SE ACOMPAÑARA CON CADA PROPUESTA

Toda propuesta, incluyendo las propuestas de organizaciones de empleados, vendrá acompañada de un informe estadístico, por

grupo contratante, demostrativo de su experiencia con respecto a los planes contratados por el Secretario, para el año económico anterior, incluyendo el primer semestre del año económico del contrato vigente. Dicho informe incluirá:

1. Grupo Contratante
2. Ingreso por asegurado
3. Número de Empleados Cubiertos
4. Número de Familiares Cubiertos
5. Total Recibido en Primas
6. Total de Beneficios Pagados
7. Número de Hospitalizaciones
8. Costo total de servicios médicos a pacientes hospitalizados.
9. Costo total de hospitalizaciones
10. Costo Promedio de hospitalizaciones
11. Días-Pacientes
12. Estadía Promedio
13. Visitas a Médicos en Oficinas y Dispensarios
 - a. Número Total de Visitas
 - b. Costo Total de Visitas
14. Exámenes de Laboratorios
 - a- Número Total de Exámenes
 - b- Costo Total de Exámenes
15. Exámenes de Rayos X
 - a- Número Total de Exámenes
 - b- Costo Total de Exámenes
16. Costo Total de las cubiertas opcionales por cubierta; número de empleados por cubierta opcional
17. Cualquier otra información que el Secretario estime pertinente requerir.

ARTICULO 9.- REQUISITOS MINIMOS DE LOS ASEGURADORES

El Secretario tomará en consideración la capacidad financiera de los proponentes para responder por los riesgos; las facilidades para proveer, pagar o reembolsar los costos de los servicios a contratarse, y su historial en la liquidación de las reclamaciones y el cumplimiento de los contratos con el Gobierno. Igualmente tomará en consideración cualquier otro requisito especificado en la Ley. Por ello, cada asegurador deberá:

a- Estar autorizado por el Comisionado de Seguros de Puerto Rico para contratar seguros de salud en Puerto Rico.

b- Haber estado autorizado (activos) por el Comisionado de Seguros por lo menos durante los tres (3) años anteriores a la fecha de contratación con el Secretario. El requisito de tres (3) años no será aplicable cuando una organización de empleados someta su propuesta para prestarse los servicios a través de una organización de servicios de salud (HMO) o de un asegurador.

c- Tener la solvencia económica de conformidad con lo dispuesto en el Código de Seguros.

d- Mantener los récords estadísticos y financieros necesarios relacionados con el plan y suministrar aquellos informes que el Secretario considere necesarios.

ARTICULO 10.- DEBERES Y OBLIGACIONES DE LOS ASEGURADORES, ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD Y ORGANIZACIONES DE EMPLEADOS

a- Cumplir con las disposiciones de la Ley y de este Reglamento.

b- Aceptar el ingreso al plan de cualquier empleado o pensionado elegible sin excluir a ninguno por motivos de raza,

sexo, estado de salud, edad al tiempo de ingresar por primera vez o la naturaleza peligrosa de su trabajo.

c- Ofrecer a cada empleado cuya suscripción al plan haya terminado por alguna razón que no sea cancelación voluntaria de su cubierta o por fraude, una prórroga provisional de su cubierta que no excederá de treinta (30) días durante la cual dicho empleado pueda hacer uso de su derecho de conversión sin prueba de buena salud.

d- Entregar a los proveedores de los servicios (hospitales, médicos, etc.) una relación de todos los empleados (suscriptores) y sus dependientes, elegibles para recibir los servicios de salud que requiera el paciente. Dicha relación se utilizará por el proveedor para verificar si el paciente que presenta la tarjeta de identificación tiene derecho a recibir los servicios de salud que éste solicita.

e- Proveer una tarjeta de identificación a cada suscriptor (asegurado) y los dependientes cubiertos por el plan. Dicha tarjeta, además de estar incluido en la relación de empleados elegibles a que se hace referencia en el apartado (d) de este Artículo, servirá como evidencia de su derecho a recibir los servicios de salud cubiertos por el plan. Se expedirá una certificación en sustitución de dicha tarjeta cuando al entrar en vigor la póliza el empleado no haya recibido su tarjeta (s).

f- Mantener datos estadísticos relacionados con el plan.

g- Mantener debidamente orientados a todos los empleados y pensionados que se acojan al plan de su selección.

h- Entregar a cada empleado o pensionado acogido al plan una "GUIA DEL SUSCRIPTOR", en la que se hará constar los benefi-

cios, términos y condiciones del plan. Además, se incluirán las condiciones relativas a la prestación de servicios, reembolsos por reclamaciones. Dicha "GUIA DEL SUSCRIPTOR" será archivada conjuntamente con el contrato que se otorgue, en el Negociado y copia de los mismos se radicará en la Oficina del Comisionado de Seguros, de conformidad con lo dispuesto en la Ley Núm. 77, aprobada el 19 de junio de 1957, según enmendada, Código de Seguros de Puerto Rico.

i- Notificar por escrito al Secretario o a la persona en quien éste delegue una relación de los hospitales, consultorios médicos, laboratorios, centros radiológicos contratados y cualesquiera otros servicios que sirvan al programa con sus respectivas direcciones y teléfonos y los cambios que surjan durante la vigencia de dichos contratos.

j- En caso de una organización de empleados, suministrar cualquier información, que a requerimiento del Comisionado de Seguros, del Secretario de Salud o el Secretario le haya sido sometida por los proveedores para evaluar los costos de funcionamiento y tarifas de los planes de conformidad con lo dispuesto en las Secciones 4 y 10 de la Ley.

k- En los casos en que la prima, incluyendo la aportación patronal, de algún empleado no se haya recibido por el asegurador, organización de servicios de salud u organización de empleados, según fuere el caso, antes de uno de éstos solicitar del empleado el pago total de la prima, se comunicará con la agencia en la que el empleado presta servicios o el sistema de retiro correspondiente, si se tratare de un pensionado, para verificar la razón por la que no se ha remitido dicha prima. Si el empleado ha continuado prestando servicios en la misma

agencia o ha sido trasladado a otra agencia, o el sistema de retiro, según sea el caso, y no se ha efectuado la correspondiente deducción del salario o pensión, procederá a facturar a la agencia o sistema de retiro concernido por la aportación patronal y la del empleado o pensionado. Disponiéndose, que si ha transcurrido un término razonable a partir de la fecha en que se remite la factura, el cual no excederá de treinta (30) días, no se ha recibido la prima, entonces se le podrá requerir al empleado o pensionado el pago de dicha prima, teniendo éste el derecho de solicitar el reembolso correspondiente.

l- Suministrar, dentro de los treinta (30) días siguientes a la terminación de cada mes, al Secretario de Salud y al Secretario el "Informe Mensual de Planes Médicos" en el que se certificará bajo juramento que no se adeuda dinero alguno a los proveedores por concepto de los servicios médico-quirúrgicos y de hospitalización, sobre los cuales el Secretario haya desembolsado la prima correspondiente y que las estadísticas suministradas son correctas. Dicho informe será requisito indispensable para que el Secretario haga el desembolso de cualquier mensualidad pendiente de pago.

m- Notificar al Secretario con por lo menos treinta (30) días de anticipación, de cualquier situación o propuesta actuación que afecte o pueda afectar la debida prestación de los servicios médico-quirúrgicos y de hospitalización a los funcionarios y empleados públicos.

n- Notificar al Secretario cualquier cambio, cancelación, rescisión de un contrato con los que prestan los servicios tales como dispensarios, médicos, hospitales, etc., dentro de un término razonable que no excederá de quince (15) días a partir de

la fecha en que ocurra el cambio. Se notificará, además, a cada suscriptor del plan dentro de un término razonable. Disponiéndose, que si se tratase de una rescisión originada por un proveedor, se notificará al Secretario y a la organización de empleados, en el caso en que medie este tipo de organización antes de la fecha de efectividad de la rescisión. Disponiéndose, además, que antes de la fecha de efectividad de la rescisión se deberá notificar a los suscriptores el nuevo proveedor.

o- La cubierta del plan será igual para todos los miembros del grupo familiar incluidos en la póliza.

p- Reembolsar a todo suscriptor (asegurado) que utilizare los servicios de un hospital que a la fecha en que el Secretario contrató figure como proveedor de los servicios y que posteriormente fuera cancelado como tal, una cantidad igual al Per-Diem que se le estuviera pagando al hospital a la fecha de cancelación o el Per-Diem promedio que se estableciere para hospitales no asociados, la que fuere mayor. Cuando esta situación ocurra con otros proveedores de servicios tales como médicos, laboratorios y dispensarios, se le reembolsará al suscriptor una cantidad igual a la que se le hubiera pagado a un proveedor contratado para la prestación de los servicios.

ARTICULO 11.- REQUISITOS DE LA ORGANIZACION DE EMPLEADOS

a- Las organizaciones de empleados que deseen someter propuestas para planes de beneficios de salud de acuerdo con las disposiciones de la Ley, deberán cumplir con los siguientes requisitos:

1- Estar debidamente registrada en el Departamento del Trabajo y Recursos Humanos.

2- Su matrícula deberá ser de alcance estatal y deberá estar disponible para todos los empleados y pensionados del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y sus Municipios.

3- Utilizar una organización de servicios de salud o un asegurador debidamente autorizado por el Comisionado de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el Código de Seguros de Puerto Rico. Deberá incluir la certificación a estos efectos, así como los Estados Financieros de los últimos dos (2) años, certificados por un Contador Público Autorizado.

4- Permitir la continuación de la cubierta sin el requisito de afiliación a cualquier empleado que se acoja a los beneficios de retiro.

b- Al momento de otorgar el contrato con el Secretario, acompañarán copia de los contratos con los aseguradores, organización de servicios de salud (HMO) según fuere el caso, y será responsable de notificar los cambios que surjan durante la vigencia de dichos contratos por el término del año fiscal.

c- No podrán hacer cambios unilaterales para que los miembros reciban servicios a través de otro otro asegurador u organización de servicios de salud (HMO) sin que se notifique previamente y se obtenga la autorización del Secretario. Dicha notificación estará acompañada de una certificación bajo juramento del asegurador o proveedor en la que se certifique que no se le adeuda suma alguna por concepto de primas por servicios médico-quirúrgicos y de hospitalización prestados a los miembros de la organización de empleados.

d- Las organizaciones de empleados no podrán contratar los servicios con organizaciones de servicios de salud (HMO) y/o aseguradores por un término que exceda la vigencia del

contrato suscrito por el Secretario y la organización de empleados.

ARTICULO 12.- INGRESO A LOS PLANES; CAMBIOS O CANCELACION DEL PLAN

a- Cualquier empleado de nombramiento o elección en servicio activo, cuyo nombramiento sea de seis (6) meses o más y todo pensionado de cualesquiera de los sistemas de retiro, sin considerar la edad, auspiciados por el Gobierno podrá acogerse en la fecha y bajo las condiciones de elegibilidad que se establecen en este Reglamento, con absoluta libertad de selección a uno de los planes contratados por el Secretario. La fecha de efectividad para ingresar a los planes será el 1ro. de julio.

b- El empleado acogido a un plan de salud que interese darse de baja e ingresar a otro plan de los contratados, deberá solicitar el cambio a la Unidad de Personal de su dependencia en o antes del 30 de noviembre del año económico cubierto por el contrato. La fecha de efectividad de la cancelación será el 31 de diciembre y de ingreso será el 1 de enero del año económico cubierto por el contrato.

c- Cualquier empleado de nuevo nombramiento o elección que sea elegible para ingresar a uno de los planes contratados por el Secretario, deberá radicar solicitud de ingreso dentro del período de sesenta (60) días siguientes a la fecha de su ingreso al servicio público. Disponiéndose, que la limitación de sesenta (60) días no es aplicable a los empleados que se acojan al Programa de Servicios Médicos-Hospitalarios que opera la Asociación de Maestros de Puerto Rico y al Plan de Salud de la Federación de Maestros de Puerto Rico.

d- Los empleados por contrato, el personal irregular o por jornal y los empleados transitorios cuyo nombramiento sea menor de seis (6) meses no son elegibles para ingresar a un plan. En aquellos casos en que la retribución del personal irregular o transitorio sea pagada con fondos federales y el Gobierno Federal al asignar estos fondos provea para el pago de beneficios marginales, incluyendo los servicios médicos, este tipo de personal podrá recibir beneficios de la Ley.

e- Cualquier empleado o pensionado podrá apelar ante el Secretario de la decisión de una dependencia de no permitirle ingresar a un plan, de efectuar cambios en su cubierta, de cambiar de plan, o cualquier otro tipo de cambio que el asegurado desee hacer de acuerdo con este Reglamento.

f- La cubierta se cancelará para todo empleado que cumpla un año de licencia sin sueldo; en caso de cesantía, dentro de cinco días siguientes a la cesantía. Si el empleado reingresa al servicio público luego de terminada la cubierta por alguna de dichas razones, deberá tramitar su reingreso al seguro dentro del término establecido en el apartado (d) de este Artículo.

g- Cualquier asegurado podrá cambiar su cubierta de individuo a la de esposo y esposa o grupo familiar, dentro de los sesenta (60) días siguientes al cambio en el estado civil. De igual forma un empleado o pensionado puede cambiar su cubierta de esposo y esposa a grupo familiar dentro del período de sesenta (60) días posteriores a la fecha de un cambio en el estado de la familia.

h- Cualquier empleado cubierto por un plan auspiciado por una organización de empleados, que termine su afiliación en dicha organización, puede ingresar a otro de los planes contra-

tados por el Secretario durante el período de sesenta (60) días siguientes a la fecha de terminada la cubierta bajo el plan auspiciado por la organización de empleados.

i- Cuando un empleado cubierto por uno de los planes contratados por el Secretario se acogiere a los beneficios de licencia sin sueldo, la cubierta podrá continuar en vigor por un período que no excederá de un (1) año. En estos casos será obligación del empleado hacer arreglos con el asegurador para pagar directamente la prima total de los beneficios contratados de conformidad con las directrices que establezca el Secretario.

j- Se considerarán miembros del contrato de grupo familiar para los fines de los beneficios de salud que provee la Ley, los siguientes: esposo o esposa del empleado y sus hijos solteros menores de 19 años, incluyendo hijos legalmente adoptados que vivan con el empleado en la relación corriente de padre e hijo. Se considerará también miembro del contrato de grupo familiar los familiares del empleado o su cónyuge (incluyendo hijos menores de veinticinco (25) años que estudien a tiempo completo en una institución educativa reconocida) que vivan permanentemente bajo el mismo techo del empleado y que dependan sustancialmente de éste para su sustento. Disponiéndose que los padres del empleado y su cónyuge no tienen que vivir bajo el mismo techo. También se considerará miembro del contrato de grupo familiar cualquier hijo mayor de 19 años que esté física o mentalmente incapacitado. Dicha incapacidad deberá existir con anterioridad a la fecha en que cumpla los 19 años. Se considerará incapacitado un miembro de familia cuando se pueda presumir razonablemente que dicha incapacidad continuará por espacio de por lo menos un (1) año; o cuando la persona

por motivo de su incapacidad no puede desempeñar ningún empleo. La determinación de incapacidad física se basará en opinión médica.

k- Cuando un empleado se acoja a la cubierta familiar e incluya un hijo incapacitado de 19 años, la dependencia le requerirá al empleado que presente un certificado médico que pruebe la condición de incapacidad del dependiente. La certificación de incapacidad del dependiente deberá contener el nombre del hijo, la naturaleza de su incapacidad y su posible duración.

ARTICULO 13.- PROCEDIMIENTO A SEGUIR PARA TRAMITAR LAS SOLICITUDES DE INGRESO

a- Cuando un empleado interese solicitar cubierta bajo uno de los planes contratados por el Secretario, procederá a llenar una solicitud de ingreso en los formularios que se proveerá a la Unidad de Personal de cada dependencia por el asegurador, organización de empleados u organización de servicios de salud (HMO).

b- Toda solicitud de ingreso se tramitará durante el mes de junio y deberá radicarse en la Unidad de Personal de la dependencia donde trabaja el empleado en o antes del 30 de junio. Después de esta fecha no se tramitará solicitud de ingreso alguna excepto en los casos que se especifican en el apartado (g) de este Artículo. Bajo ningún concepto el empleado radicará solicitud de ingreso directamente con el asegurador u organización de servicios de salud (HMO). En los casos en que el plan seleccionado sea ofrecido a través de una organización de empleados, la solicitud de ingreso se enviará primeramente a la organización de empleados. La organización luego de hacer verificaciones de rigor someterá las solicitudes a la Unidad de Personal de la dependencia correspondiente.

c- La Unidad de Personal de la dependencia, al recibir las solicitudes de ingreso verificará que estén debidamente cumplimentadas y que se indique correctamente en cada solicitud de ingreso, el número de empleado o de seguro social según aparece en su cheque de sueldo. Preparará una lista, por asegurador, organización de empleados u organización de servicios de salud (HMO), de los empleados que se acojan al plan de su selección y enviará las solicitudes a las entidades aseguradoras u organización correspondiente, para su aprobación.

d- Una vez las entidades aseguradoras y organizaciones correspondientes aprueben las solicitudes, remitirán a las dependencias cuyas nóminas se preparan en el Negociado de Sistemas Electrónicos del Departamento de Hacienda, una factura en original y cuatro copias de todos aquellos empleados que quedarán asegurados junto a los dependientes incluidos en la solicitud.

e- La dependencia cotejará la factura o facturas contra las listas de las solicitudes que se expresa en el apartado (c) de este Artículo a fin de determinar si todos aquellos empleados que solicitaron su ingreso a un plan están incluidos en las mismas.

La Unidad de Personal de cada dependencia al recibir la factura, además de verificar que la misma cumple con este Reglamento, verificará que la tarifa, incluyendo la aportación patronal es correcta. De surgir alguna omisión en las facturas se harán las indicaciones necesarias en las mismas. Se ajustará, además, las facturas por cualquier cambio que surja en el personal tales como traslados, licencias sin sueldos, suspensiones o renunciaciones.

f- Cada dependencia tramitará las solicitudes de ingreso de conformidad con las instrucciones que a los efectos emita el Secretario.

g- La Unidad de Personal de la dependencia no tramitará solicitudes de ingresos a un plan de aquellos empleados que al 30 de junio no habían radicado dicha solicitud. Disponiéndose, que lo anterior no es aplicable para las solicitudes de aquellos empleados de nuevo nombramiento según se dispone en el apartado (c) del Artículo 12 de este Reglamento; los empleados que se den de baja en un plan para ingresar a otro según se dispone en el apartado (b) del referido Artículo 12; las solicitudes radicadas por aquellos empleados que con posterioridad a la fecha indicada ingresen en alguna de las organizaciones de empleados con las cuales el Secretario ha contratado y se acogen a los planes de salud que ofrecen las mismas.

Para estos casos toda solicitud de ingreso que se reciba por el asegurador antes del décimo (10) día de cualquier mes será efectiva el día 1ro. del mes siguiente. Las solicitudes de ingreso que se reciban después del décimo (10) día de cualquier mes serán efectivas el día 1ro. del segundo mes siguiente.

ARTICULO 14.- TERMINACION DE LA CUBIERTA

La cubierta terminará:

- 1- A la fecha de expiración del contrato suscrito entre el Secretario y el asegurador u organización de empleados.
- 2- En los casos de separación del servicio, el último día de cobro.
- 3- Al cumplirse un año desde la fecha en que se le concede la licencia sin sueldo.

4- En los casos de pensionados, el último día de pago a que tenga derecho como pensionado. En los casos en que el pensionado sea reinstalado o reingresado al servicio su cubierta continuará sin interrupción.

5- Cuando el empleado permita que otras personas utilicen indebidamente o fraudulentamente la tarjeta que se le provee a éste como evidencia de su derecho a recibir los servicios bajo el plan, para recibir servicios médicos.

ARTICULO 15.- APORTACION GUBERNAMENTAL Y DEDUCCION DE SUELDO

a- El Secretario desembolsará la cantidad que se fije por ley u orden ejecutiva como aportación patronal para cada empleado que se acogiere a los beneficios de la Ley.

b- En los casos de los maestros y los familiares de éstos acogidos al Programa de Servicios Médico-Hospitalarios que opera la Asociación de Maestros de Puerto Rico, se pagará a ésta por tal servicio una cuota por cada maestro o familiar, en servicio activo o pensionado, igual a la establecida para los demás empleados de conformidad con la Ley.

La Asociación suministrará los documentos correspondientes que prueben que dichos familiares tienen contratos mediante los cuales hacen una aportación individual independiente de la aportación del maestro asociado. La aportación de los maestros en servicio activo se descontará del sueldo de éstos en la manera y en igual medida que se realiza en virtud de lo dispuesto en la Ley Núm. 23, aprobada el 3 de junio de 1960 (18 LPRA 382).

c- La aportación patronal del Gobierno con respecto a los empleados en servicio activo se fijará en el presupuesto de

cada una de las agencias, dependencias y municipios del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y la correspondiente a los pensionados se consignará en partida especial en el presupuesto del sistema de retiro correspondiente.

d- Del sueldo o pensión de los empleados o pensionados que voluntariamente se acogieren a los beneficios que provee la Ley, se deducirá la suma de dinero necesaria para satisfacer el costo de la prima correspondiente al plan seleccionado luego de deducir de ésta la aportación patronal.

e- La aportación patronal de los empleados que disfrutan de licencia sin sueldo y de los que se acogen a retiro, durante el periodo que transcurre desde la fecha en que cesa hasta que se le apruebe la pensión, se hará de conformidad con las instrucciones que emita el Secretario.

f- Cuando un empleado cese o haya prestado servicios por un periodo menor de quince (15) días durante cualquier mes, excepto por razón de licencia autorizada, no se contará dicho servicio a los efectos de la aportación patronal. La totalidad de la prima será pagada por el empleado.

ARTICULO 16.- PROCEDIMIENTO A SEGUIR POR EL EMPLEADO PARA SOLICITAR LAS APORTACIONES GUBERNAMENTALES CUANDO SU CONYUGE ES EMPLEADO PUBLICO

a- Cuando un empleado público, cuyo cónyuge trabaje en el servicio público, interese que se le aplique la aportación gubernamental de ambos al plan familiar de su selección, al llenar la solicitud de ingreso, indicará en un lugar visible en la parte superior de la misma, además de toda la información requerida en dicha solicitud, la frase "Póliza Mancomunada" e indicará el número de seguro social de su cónyuge.

b- El cónyuge del empleado que se acoja al plan, deberá llenar el Modelo en original y dos copias, (Certificación para Acogerse a los Beneficios de la Ley Núm. 23 de lro. de junio de 1982.) Dicho Modelo se someterá a la Unidad de Personal de la dependencia donde presta servicios para que ésta certifique el original y las copias en la parte correspondiente. Junto con el Modelo acompañará el original y una copia del Certificado de Matrimonio.

c- Una vez la Unidad de Personal certifique el original y una copia del Modelo, el empleado retendrá la copia del mismo junto con el Certificado de Matrimonio y entregará el original y copia del Modelo al cónyuge que se va a acoger al plan familiar como asegurado para que éste la entregue a la Unidad de Personal de la dependencia donde presta servicios junto con su solicitud de ingreso al plan familiar de su selección.

d- Cuando ambos cónyuges prestan servicios para la misma dependencia el empleado que solicite una póliza mancomunada someterá junto con la solicitud de ingreso únicamente el Certificado de Matrimonio. Si el cónyuge del empleado que radica la solicitud presta servicios en otra dependencia, verificará que con la solicitud se acompañe el Modelo.

ARTICULO 17.- PROCEDIMIENTO A SEGUIR POR LA UNIDAD DE PERSONAL DE LAS DEPENDENCIAS EN LOS CASOS DE POLIZAS MANCOMUNADAS

a- La Unidad de Personal de la dependencia, al recibir el Modelo verificará que se acompañe con éste el Certificado de Matrimonio y que la información que se indica en el Modelo es la correcta.

b- La Unidad de Personal retendrá una copia certificada del Modelo junto con el Certificado de Matrimonio y entregará

al empleado el original y copia del Modelo debidamente certificado. Con la copia certificada retenida, preparará una relación de las certificaciones expedidas la cual utilizará para corroborar éstas con las facturas que remita el asegurador u organización de empleados.

c- La Unidad de Personal de cada dependencia en la que haya empleados que radicaron una solicitud para un plan familiar bajo una póliza mancomunada, cuyos cónyuges trabajan en distintas dependencias, preparará una relación indicando el nombre del cónyuge y la dependencia donde éste presta servicios, según surge del Modelo. Dicha relación se someterá a los aseguradores u organizaciones de empleados, junto con las solicitudes para acogerse al plan familiar identificadas como pólizas mancomunadas. La misma será utilizada por éstos para facturar por la aportación patronal a la dependencia donde el cónyuge del asegurado presta servicios.

d- Cada dependencia tramitará las solicitudes de ingreso al plan de conformidad con las instrucciones que a los efectos emita el Secretario y retendrá los originales del Modelo y/o las copias de los certificados de matrimonio, según sea el caso, para sus récords.

e- Las dependencias al recibir la factura de los aseguradores u organizaciones de empleados, además de verificar que la misma cumple con este Reglamento y con cualquier directriz emitida por el Secretario, verificará que la prima o la aportación patronal que se está cobrando en los casos de pólizas mancomunadas es correcta. La dependencia donde preste servicios el cónyuge del empleado que se acoge al plan familiar verificará

que procede el que se efectúe el pago de la aportación patronal utilizando la relación que se indica en el apartado (b) del Artículo 17 de este Reglamento.

ARTICULO 18.- PAGO DE LAS APORTACIONES GUBERNAMENTALES PARA POLIZAS MANCOMUNADAS

a- En los casos de cónyuges que prestan servicios en distintas dependencias para las cuales el Secretario haya contratado los planes de salud, cada dependencia remitirá al asegurador u organización de empleados el pago de la aportación patronal correspondiente con base a las facturas que reciban de éstos luego de verificarlas.

b- Cuando la aportación patronal de ambos cónyuges no cubra la totalidad de la prima a pagar, la diferencia de la prima a pagar se le descontará al empleado que se acoja como asegurado al plan familiar bajo una póliza mancomunada. En caso de que la prima a pagar sea menor que el total de ambas aportaciones, el asegurador u organización de empleados según fuere el caso, dividirá la prima a pagar y la facturará en partes iguales a cada dependencia.

ARTICULO 19.- RENUNCIA O TRASLADO DE EMPLEADOS CUBIERTOS POR UNA POLIZA MANCOMUNADA

El empleado al que se le ha emitido una póliza mancomunada, cuyo cónyuge renuncie o sea trasladado a una dependencia en la cual los servicios médicos no se contratan por el Secretario en virtud de las disposiciones de la Ley, será responsable de notificarle al asegurador u organización de empleados correspondiente a través de la dependencia en que presta servicios. En estos casos se discontinuará el pago de la aportación patronal que corresponda al cónyuge que renuncie o traslade.

ARTICULO 20.- RENUNCIA, TRASLADO, DESTITUCION O SUSPENSION DE EMPLEADOS CUBIERTOS POR UN PLAN

a- Cuando un empleado cesa en sus funciones por motivo de renuncia o destitución confirmada por la Junta de Apelaciones del Sistema de Administración de Personal, la Unidad de Personal de la Dependencia deberá requerirle a éste que entregue junto con la propiedad a su cargo la tarjeta de identificación a que se hace referencia en el apartado (e) del Artículo 10 de este Reglamento. La dependencia vendrá obligada a enviarla al asegurador u organización según corresponda, dentro de los próximos cinco (5) días.

b- La Unidad de Personal de cada dependencia notificará inmediatamente al asegurador u organización que corresponda, de cualquier cambio en el status de empleado (no más tarde de cinco días siguientes a la fecha de dicho cambio de status) por motivo de traslado, renuncia, renuncia para acogerse a los beneficios de retiro o destitución del empleado.

c- Los empleados que se trasladen a trabajar fuera de Puerto Rico y los que sean destituidos o suspendidos de sus empleos que recurran ante la Junta de Apelaciones del Sistema de Personal pueden continuar acogidos al plan pagando directamente al asegurador la prima, incluyendo la aportación patronal.

d- Cuando la Junta de Apelaciones del Sistema de Personal revocare la determinación de la dependencia de destituir o suspender un empleado se procederá de conformidad con lo dispuesto en la Sección 9 de la Ley.

ARTICULO 21.- MEDIDAS DISCIPLINARIAS

El empleado que con el propósito de acogerse al beneficio de las aportaciones gubernamentales bajo una póliza mancomunada y/o para ingresar a un plan, someta cualquier documento o información fraudulenta; o el funcionario o empleado que a sabiendas

permita que un empleado someta documentos o información fraudulenta para acogerse a un plan de beneficios de salud; o que permita que personas no cubiertas por el plan con el propósito de recibir los servicios cubiertos por el plan, utilicen la tarjeta que se le provee al empleado como evidencia de cubierta, estará sujeto a que se le impongan las medidas disciplinarias, incluyendo la destitución de empleo, de conformidad con lo dispuesto en la Ley Núm.5 aprobada el 14 de octubre de 1975, según enmendada, Ley de Personal del Servicio Público de Puerto Rico.

ARTICULO 22.- PROCEDIMIENTO DE QUERELLAS

a- Para solucionar a nivel administrativo cualquier controversia que surja sobre los servicios objeto de este contrato, se establece el procedimiento administrativo que a continuación se describe, el cual deberá ser agotado antes de recurrir ante el Tribunal Superior. No se cancelará el contrato al suscriptor hasta tanto se dilucide la controversia.

(1)- Toda querella deberá radicarse de la siguiente manera:

- A) Ante el Comisionado de Seguros - las querellas relacionadas con los servicios y la cubierta.
- B) Ante el Secretario de Salud - las querellas relacionadas con la calidad de los servicios que ofrecen dichos proveedores de los servicios.
- C) Ante el Secretario - las querellas relacionadas con los pagos y descuentos de primas; las querellas entre organizaciones de empleados y aseguradores por el incumplimiento

de las condiciones contenidas en el contrato suscrito con el Secretario.

(2)- Si se tratase de una organización de servicios de salud (HMO), la querella se radicará de la siguiente manera:

A) Se establecerá un Comité de Querellas el cual deberá ser aprobado por el Comisionado de Seguros. La composición de dicho comité representará justamente a los empleados que se acojan al plan grupal.

B) Toda querella se radicará en primera instancia ante el Comité de Querellas.

C) Dentro de los próximos quince (15) días de emitida la decisión de dicho "Comité", la parte afectada, de no estar conforme, tramitará su querella según se expresa en el párrafo (a)(1) de este Artículo.

b- Tanto la parte querellante como la querellada someterán por escrito un resumen de los hechos, así como los fundamentos de su contención acompañado de la evidencia correspondiente y cualquier otro documento que sea pertinente para la solución de la controversia. En los casos en que la querella se ha radicado en primera instancia ante el Comité de Querellas, éste, deberá radicar copia de la decisión emitida así como un resumen de los procedimientos llevados ante su consideración y de la evidencia sometida.

c- De la determinación del Comisionado de Seguros, del Secretario de Salud, o del Secretario, según fuere el caso, la parte afectada, de no estar conforme, podrá recurrir ante el Tribunal Superior.

ARTICULO 23.- EXTENSION TEMPORERA DE LA CUBIERTA Y DERECHO DE CONVERSION

Cualquier empleado, pensionado o miembro del grupo familiar cuya cubierta hubiere terminado por razón que no fuere cancelación voluntaria o fraude, tendrá derecho a una prórroga por un período no menor de 30 días siguientes a la fecha de terminación de su cubierta. Durante dicha prórroga podrá hacer uso de la opción de convertir, sin prueba de buena salud, a un plan no grupal que provea beneficios de salud. El empleado que haga uso de esta opción deberá pagar el monto total de todos los cargos periódicos del contrato no grupal.

ARTICULO 24.- APLICABILIDAD DE OTRAS LEYES

a- El Asegurador que tuviere deudas vencidas, líquidas y exigibles con el Estado Libre Asociado de Puerto Rico por cualesquier concepto, le serán aplicables las disposiciones del apartado (j) del Artículo 9 de la Ley Núm 230, aprobada el 23 de junio de 1974, según enmendada, LEY DE CONTABILIDAD DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO. El Secretario retendrá de la aportación patronal que le corresponda remitir las sumas necesarias para ser aplicadas a la deuda del asegurador.

b- Cuando los miembros suscriptores del asegurador, organización de empleados u organización de servicios de salud (HMO) utilicen los servicios de las facilidades de beneficencia pública del Estado y adeuden a éstas dinero por concepto de un Per Diem justo y razonable establecidos por el Estado, les serán aplicables las disposiciones de la Ley Núm. 230, aprobada el 23 de junio de 1974, según enmendada, LEY DE CONTABILIDAD DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO, y de la Ley Núm. 56, aprobada el 21 de junio de 1969, según enmendada, LEY DE SISTEMAS INTEGRADO DE ASISTENCIA MEDICO-HOSPITALARIA.

ARTICULO 25.- APLICABILIDAD

Las disposiciones de este Reglamento aplicarán a los empleados que presten servicios en dependencias gubernamentales, los municipios (y para aquellas corporaciones públicas y la Universidad de Puerto Rico, si optaren por ello) para los cuales el Secretario contrate los planes de beneficios de salud de conformidad con la Ley Núm 95, aprobada el 29 de junio de 1963, según enmendada.

Las corporaciones públicas y la Universidad de Puerto Rico podrán gestionar sus planes de beneficios de salud sin la intervención del Secretario. Disponiéndose, que en los casos en que los empleados de las corporaciones públicas y de la Universidad, según fuere el caso, optaren por acogerse a los planes contratados por el Secretario, la aportación patronal para éstos no podrá ser mayor que la aportación patronal fijada por ley u orden ejecutiva para los empleados de las otras dependencias.

ARTICULO 26.- CLAUSULA DE SEPARABILIDAD

Si cualquier artículo o parte de este Reglamento fuere declarado inconstitucional o nulo por un Tribunal de jurisdicción competente, la sentencia dictada a esos efectos no afectará, perjudicará, limitará o invalidará las demás disposiciones de este Reglamento.

ARTICULO 27.- DISPOSICION ADICIONAL

Las disposiciones de este Reglamento se complementarán por las cartas circulares y procedimientos de carácter administrativo que de tiempo en tiempo emita el Secretario para hacer efectiva las disposiciones de la Ley.

ARTICULO 28.- CLAUSULA DEROGATORIA

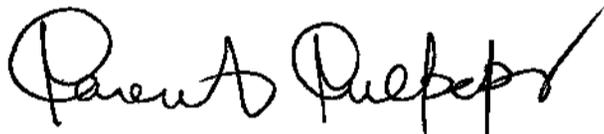
Se deroga el Reglamento titulado "REGLAMENTO PARA FIJAR LAS NORMAS QUE REGIRAN LA APORTACION PATRONAL GUBERNAMENTAL CUANDO

AMBOS CONYUGES SEAN EMPLEADOS PUBLICOS", aprobado el 2 de febrero de 1983 y cualquier reglamento o parte de cualquier otro reglamento, carta o procedimiento administrativo que esté en conflicto con las disposiciones de este Reglamento.

ARTICULO 29. -VIGENCIA

Este Reglamento comenzará a regir en la fecha de su radicación en la Oficina del Secretario de Estado del Estado Libre Asociado de Puerto Rico de conformidad con las disposiciones de la Ley Núm. 112, aprobada el 30 de junio de 1957, según enmendada, Ley sobre Reglamentos de 1958, pero las disposiciones de los Artículos 16, 17, 18, 19, 20, y 21 inclusive, tendrán efecto retroactivo al 1ro. de junio de 1982, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 3 de la Ley Núm. 23, aprobada el 1ro. de junio de 1982, la cual enmendó el apartado (b) de la Sección 7 de la Ley Núm. 95, aprobada el 29 de junio de 1963, según enmendada..

Aprobado en San Juan de Puerto Rico, hoy 19 de abril de 1983.



Carmen Ana Culpeper
Secretaria de Hacienda