

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

16^{ta} Asamblea
Legislativa

1^{ra} Sesión
Ordinaria

SENADO DE PUERTO RICO

P. del S. 958

25 de junio de 2009

Presentado por los señores *Martínez Santiago* y *García Padilla*

Referido a las Comisiones de Banca, Asuntos del Consumidor y Corporaciones Públicas; y de Salud

LEY

Para derogar la Ley 104 de 19 de julio de 2002 que adicionó un nuevo Capítulo 30 a la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como “Código de Seguros de Puerto Rico” e incluir un nuevo Capítulo 30, a los fines de disponer para el *pago inmediato* de los honorarios médicos (escribiría “pago inmediato a los Proveedores”) cuando estos son prestados por conducto de un plan médico; disponer el procedimiento para objetar las reclamaciones; establecer penalidades; y para otros fines.

EXPOSICION DE MOTIVOS

Garantizar el acceso y velar por el ofrecimiento eficiente de servicios de salud es responsabilidad vital del Estado. Esta función está revestida de un alto interés público, manifiesto en la Constitución de Puerto Rico, mediante la creación del Departamento de Salud y las garantías de servicios de salud que aseguren el bienestar mental y físico de la ciudadanía. Un Pueblo saludable contribuye al fortalecimiento y desarrollo del país.

Los servicios de salud en Puerto Rico son ofrecidos por proveedores de servicios, entre los cuales se encuentran: médicos, dentistas, hospitales, laboratorios, farmacias, compañías de equipos médicos, ambulancias y otros proveedores, los cuales atienden directamente las necesidades del Pueblo. En la mayoría de las ocasiones, dichos proveedores, mediante previa negociación y contratación, obtienen el pago por su trabajo de manos de aseguradoras u organizaciones de servicios de salud, las cuales ofrecen a la ciudadanía cubierta de seguro de salud.

En la Isla existen alrededor de 3.3 millones de personas aseguradas por un plan de cuidado de salud o un seguro de salud. Alrededor de 138 aseguradoras de salud han sido autorizadas por el Comisionado de Seguros para hacer negocios en la Isla. De éstas, el 94.75% de las primas suscritas corresponden a aseguradoras locales, tales como: Triple-S, Inc., ahora en proceso de adquirir a La Cruz Azul de Puerto Rico, Inc., Humana Health Plan of Puerto Rico, Inc., First Medical y MCS, en proceso de adquirir a COSVI, entre otras. El restante 5.75% corresponde a aseguradoras norteamericanas autorizadas a hacer negocios en Puerto Rico. Las primas suscritas sobrepasan los \$3.0 billones de dólares.

El pago tardío, incumplimientos contractuales, ofertas de pago por debajo de la cantidad reclamada y la falta de pago por insolvencia económica, son algunos de los problemas enfrentados por los proveedores de servicios, trayendo como consecuencia que éstos opten por no participar dentro de ciertos planes de cuidado de salud, entre ellos el de la Reforma de Salud. Esta situación ha alterado el sistema de salud en el país. Mientras unos asegurados ven aumentados los costos de sus primas de seguros de salud, otros ven frustradas sus promesas de libre selección de servicios. La prestación de servicios de salud de calidad a la población puertorriqueña está revestida del mayor interés público. Incumbe al Estado velar para que el ofrecimiento de tales servicios no se interrumpa, ni se menoscabe. Motivados por esta preocupación, casi la totalidad de los estados de la nación norteamericana han legislado para establecer parámetros a la relación asegurador y proveedor de servicios.

En Puerto Rico se debe reconocer la necesidad de regular dicha relación, a fin de garantizar los mejores servicios de salud para todos los puertorriqueños. Aunque la Ley 104, supra, intentó subsanar la situación descrita, la realidad es que se ha quedado corta y todavía tenemos el mismo sistema burocrático y anacrónico de procesamiento de facturas por servicios médicos que está diseñado para birlar el pago a los proveedores mediante artificios contractuales. Esto no es correcto y hay que radicalmente eliminarlo. A pesar de que se reconoce la libertad contractual preceptuada en nuestro Código Civil, no hay duda que dicha libertad encuentra como límite la propia ley, la moral, la ética y el orden público. La situación que sufren médicos y demás proveedores con los sistemas actuales de facturación es sin duda subvertidora del orden público, de la propia ley, de la moral y de la ética. Birlar el producto del trabajo del trabajador es

contrario a todo precepto o norma en cualquier sociedad que se respete. Hasta en la propia Biblia se reconoce el derecho del obrero a su salario. 1 Cor 9:8-14.

Propiciar y reglamentar el *pago inmediato* a los proveedores de salud promoverá la estabilidad y la confianza en los servicios ofrecidos y en el sistema de salud del país. De esta forma, se incentiva un modelo que no niega acceso, ni servicios, dentro de un esquema responsable de cobro y pago, en el cual equitativa y efectivamente puedan colaborar todos sus integrantes.

El *pago inmediato* es una realidad que vive el mundo desde hace ya décadas. Así, cuando se utilizan tarjetas de crédito o de débito, cuando se hacen transferencias electrónicas o cuando de manera general se realizan las transacciones a que todo el mundo está acostumbrado, se lleva a cabo un intercambio de patrimonios de un lado hacia el otro. Así debe y tiene que ser cuando un médico o proveedor de servicio brinda un servicio a los pacientes. El pago debe realizarse al momento que termine la consulta. Así sucede en los salones de belleza, en las estaciones de servicio de gasolina, en las tiendas por departamentos, en los restaurantes, en los talleres mecánicos, en las líneas aéreas, en los hoteles, en las farmacias y en prácticamente toda actividad de donde se paga por un bien o por un servicio ya recibido. En el caso que aquí concierne sería mediante la instalación de una tirilla magnética colocada en la correspondiente tarjeta del paciente.

Resulta desde todo punto de vista inaceptable el que nuestros profesionales tengan que esperar, en muchos casos largos meses, para que se les reintegre, en la mayoría de los casos solo alguna fracción, de lo que legítimamente ameritan se les pague como producto de su trabajo honrado, fecundo y creador en beneficio del cuidado de salud a los seres humanos que habitan Puerto Rico. Peor aun, resulta patentemente injusto y a todas luces inmoral que se utilice sistema de facturación actual para diseñar esquemas que propician que no se pague por el trabajo realizado o se pague solo una fracción de ello. Así, existe toda una infraestructura para tramitación de facturas médicas que es tan complicada que provoca que los médicos sean los únicos profesionales que necesiten de otra profesión para cobrar por los servicios que prestan. Se llega al absurdo de que el proceso de facturación provoca la denegación de pago por servicios legítimamente prestados y convierte en realidad la servidumbre involuntaria que representa trabajar sin recibir compensación. Este tipo de servidumbre fue abolida de jure hace alrededor de 150 años.

Numerosos sectores de nuestra sociedad ya se han expresado a favor de este acto de justicia. No sólo los proveedores sino que también algunos ejecutivos de las principales compañías de seguros se han unido al discurso público endosando el *pago inmediato*. El Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico, creado a partir de la Ley 77 de 13 de agosto de 1994, según enmendada, ha sido pionero en esta iniciativa y ha dado profuso despliegue al asunto. Ha logrado aglutinar sectores y opiniones diversas en un consenso para la urgente implantación del *pago inmediato*.

Tecnológicamente hoy en día prácticamente todo es posible y está al alcance de su realización e implementación prácticamente por cualquier adolescente en Las Piedras o en Nueva Delhi con conocimientos razonables de computadoras. De aquí que no se debe, ni puede utilizar la propia tecnología como excusa para no hacer lo que hay que hacer. Lo que sí tiene que ser tecnológicamente posible es adjudicarle un pago instantáneo de 18 dólares por medio de pasar una tarjeta con una tirilla magnética a un médico en Juncos luego de haber examinado y tratado a un paciente con cáncer terminal complicado con diabetes mellitus y fallo cardíaco. En la actualidad, ese médico después de haberse dedicado con esmero y cariño a ese paciente, amén de 15 años de su vida al estudio de la medicina y sus especialidades, deberá de llenar formularios y esperar pacientemente a que se le pague por sus servicios. Probablemente muchas semanas o meses después, se le deniegue dicho pago por cualquier minuciosidad o tecnicismo, o se le adjudique solo una fracción de los 18 dólares, digamos 6.50 invitándole a que si no está de acuerdo proceda a hacer la reclamación correspondiente. Esto le tomará otros 3 meses e incontables inconvenientes y malos ratos, amén de complicadas vistas en sub-comités, comités y juntas de planes médicos que requieren de hasta asistencia de abogado. Si no se somete al proceso entonces no recibe pago por los servicios prestados.

Diariamente se observan nuevas iniciativas de ley para adjudicar el pago los profesionales de la salud en forma justa, tales como Pago Puntual, Pago Triple por Retardo, Negociación Colectiva de Proveedores de Salud y vendrán decenas más con sus respectivas reglamentaciones, directrices, enmiendas y en fin, todas al final del día intrascendentes. Esto es así pues en la práctica, es solo letra muerta que solo tiene algún significado si los casos son por cantidades importantes y se llevan en forma legal con los consecuentes gastos y complejidades. La solución está a nuestro alcance hoy mismo, es sencilla, obvia, evidente, fácil, justa, razonable, sensata, prudente, respetuosa. Es idéntica a la de la dama que le paga a su peinadora 30 dólares al

salir bella y radiante del salón de belleza o la de la que recibe el mecánico después de un cambio de filtros y aceite, o la que recibe el restaurante después de una cena, es el *pago INMEDIATO* por los servicios prestados. En estas áreas existen los mecanismos para atender las reclamaciones por pagos que no sean realizados conforme a las normas, y de igual manera se pueden implantar con el sistema de *pago inmediato* a los proveedores de servicios de salud. Sólo así se dispensa trato justo mediante la adjudicación a tiempo y con el debido respeto y consideración a tan sacrificados profesionales.

Es preciso consignar además que es una triste realidad ver en las antecámaras de los planes médicos a muchos médicos o sus cónyuges esperando humilde y pacientemente a que les revisen decenas, si no cientos de facturas, para que se les “conceda” el pago. Con ello es que entonces éstos pueden proceder a pagar los salarios de sus enfermeras y empleados, sostener sus prácticas, pagar la luz y el agua atrasadas, pagar las deudas producto del diario vivir o llevar la mensualidad a la escuela de sus hijos. Las caras de los actores en este drama humano irradian, dolor, tristeza, frustración, impotencia y sobre todo, injusticia.

Es necesario que esta Asamblea Legislativa intervenga para cambiar esta situación y este proyecto tiene la intención de poner fin a la misma.

DECRETASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

1 Artículo 1.- Se deroga la Ley 104 de 19 de julio de 2002 que adicionó un nuevo Capítulo
2 30 a la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como “Código de
3 Seguros de Puerto Rico” y se incluye un nuevo Capítulo 30 que sustituye el anterior para que
4 se lea como sigue:

5 “Artículo 30.010.- Título

6 Esta Ley se conocerá como “Ley para el Pago Inmediato de Reclamaciones a
7 Proveedores de Servicios de Salud”

8 “Artículo 30 .020.- Definiciones:

9 A los fines de este Capítulo, los siguientes términos y frases tendrán el significado que
10 se indica a continuación:

1 (a) “Asegurador”: Significa entidad dedicada al negocio de otorgar contratos de
2 seguros, según se define en este Código.

3 (b) “Plan de Cuidado de Salud”: Significa aquél definido como “Plan de Cuidado de
4 Salud” en el Artículo 19.020 de este Código; cualquier seguro contra incapacidad o gastos
5 por enfermedad, o cualquier plan de salud que opere en Puerto Rico, aunque opere como una
6 asociación que incluye beneficios médicos, irrespectivamente de la ley del Estado Libre
7 Asociado de Puerto Rico bajo la cual esté organizado o autorizado para hacer negocios.

8 (c) “Pago inmediato”: Significa la transferencia electrónica a la cuenta del proveedor
9 de servicios, al momento de proveer los servicios, mediante la lectura de una tirilla magnética
10 colocada en la correspondiente tarjeta del plan de salud del paciente o (cualquier otro
11 mecanismo de adjudicación para el pago inmediato).

12 (d) “Comisionado”: Significa el Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

13 (e) “Proveedor Participante”: Significa todo médico, hospital, centro de servicios
14 primarios, centro de diagnóstico y tratamiento, dentista, laboratorios, farmacia, podiatras,
15 quiroprácticos, optómetras, servicios médicos de emergencia pre-hospitalarios o cualquier
16 otra persona autorizada en Puerto Rico para proveer servicios de cuidado de salud, que bajo
17 contrato con un Asegurador u Organización de Servicio de Salud preste servicios de salud a
18 suscriptores o beneficiarios de un plan de cuidado de salud o seguro de salud.

19 (f) “Suscriptor”: Significa cualquier persona que reciba los beneficios de un plan de
20 cuidado de la salud o seguro de salud.

21 (g) “Organización de Servicios de Salud”: Significa cualquier persona que ofrezca o
22 se obligue a proveer a uno o más suscriptores de planes de cuidado de salud, conforme a la

1 Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como “Código de
2 Seguros de Puerto Rico”.

3 (h) “Seguro de Salud”: Es el seguro para gastos incurridos por razón de daños
4 corporales, incapacidad o enfermedad, según la definición de "seguros por incapacidad"
5 dispuesta en el Artículo 4.030 de este Código.

6 Artículo.- 30.030.- Término para el Pago de Reclamaciones

7 El pago provisto a los proveedores participantes deberá hacerse mediante una
8 transferencia electrónica a la cuenta del proveedor concernido.

9 En los casos en que el proveedor no sea participante, pero que el servicio prestado caiga
10 dentro de la cubierta del paciente, entonces el proveedor deberá someter su reclamación de
11 pago por servicios prestados dentro de los noventa (90) días siguientes de haber prestado los
12 mismos, y el Asegurador u Organización de Servicios de Salud está obligado a pagar la tarifa
13 correspondiente al servicio que de ordinario pagaría a un proveedor participante dentro del
14 término de treinta (30) días calendario, a partir de la fecha en que el Asegurador u
15 Organización de Servicios de Salud reciba la misma.

16 La coordinación de pago entre planes médicos que sirvan de primarios y secundarios será
17 realizada (entre Aseguradoras y Organizaciones de Salud) como parte de su relación interna,
18 y en nada incidirá sobre el pago inmediato a los proveedores participantes o el pago de la
19 reclamación descrita para proveedores no participantes. Si por error u omisión de un
20 Proveedor se le factura al Plan Secundario del Asegurador teniendo este un Plan Primario, el
21 Plan Secundario recobrará la cantidad pagada al Proveedor del Plan Primario, y nunca hará el
22 recobro al Proveedor.

1 Si por error u omisión de la Aseguradora u Organización de Servicios de
2 Salud, se le autoriza a un Proveedor el prestar un servicio para que luego resulte que el
3 Asegurado tenía un Plan Primario, la Aseguradora u Organización de Servicios de Salud,
4 recobrará el servicio del Plan Primario y nunca al Proveedor

5 Artículo 30.040.- Reclamaciones Procesables para Pago

6 Los proveedores participantes someterán sus reclamaciones mediante la
7 correspondiente transacción utilizando la tarjeta del plan del paciente (cualquier otro
8 mecanismo de adjudicación para el pago inmediato). Tendrán la obligación de retener los
9 récords de facturación que acrediten los servicios prestados. Estos récords deberán estar
10 disponibles para examen y auditoria de los planes médicos por el periodo máximo de un año.
11 El expediente médico del paciente se retendrá conforme las leyes y reglamentos vigentes. Las
12 tarjetas de los planes médicos contendrán información actualizada de la elegibilidad del
13 portador, la cubierta de servicios, la vigencia del plan y toda la demás información necesaria
14 para procesar el pago inmediato por los servicios (o cualquier otro mecanismo de
15 adjudicación para el pago inmediato). Corresponde al proveedor de servicios verificar dicha
16 información antes de proveer el servicio para ser acreedor al pago inmediato y si el servicio
17 requiere de alguna pre autorización, excepto los servicios de emergencias, según definidos
18 por la Ley 194 de 2000.

19 Los proveedores no participantes someterán las reclamaciones en el formulario de
20 pago uniforme dispuesto por el Asegurador u Organización de Servicios de Salud, el cual
21 indicará la información que deberá acompañarse, conforme con lo establecido en el Health
22 Insurance Portability and Accountability Act of 1996, y en la reglamentación de la Oficina

1 del Comisionado de Seguros. La reclamación será procesable si cumple, además, con los
2 siguientes requisitos:

3 a) corresponde a un servicio de salud prestado por un proveedor a una persona
4 asegurada por cuyo servicio está cubierto por un seguro de salud o plan de cuidado de salud
5 del Asegurador u Organización de Servicios de Salud al cual se dirige la reclamación;

6 b) incluye la información completa y correcta requerida por el Asegurador u
7 Organización de Servicios de Salud siempre y cuando el Asegurador u Organización de Salud
8 haya notificado al proveedor participante la información requerida; y

9 c) no hay disputa en cuanto a la cantidad reclamada.

10 Si el Asegurador u Organización de Servicios de Salud no notifica objeción alguna a una
11 reclamación de pago de un proveedor no participante dentro del término de cuarenta (40)
12 días, conforme con el Artículo 30.050 de esta Ley, se entenderá que dicha reclamación es
13 procesable para pago.

14 El Asegurador u Organización de Servicios de Salud podrá solicitar el reembolso de
15 una reclamación no procesable pagada al proveedor, sea participante o no participante, dentro
16 del término de tres (3) años a partir del momento en que el Asegurador u Organización de
17 Servicios de Salud efectuó el pago, conforme con el procedimiento que establezca mediante
18 reglamento el Comisionado y luego recurrir al Tribunal correspondiente en revisión judicial,
19 si así lo desea.

20 **Artículo 30.050.- Reclamaciones No Procesables para Pago**

21 El Asegurador u Organización de Servicios de Salud notificará a los proveedores
22 participantes y a los no participantes, por escrito o por medios electrónicos, aquellas
23 reclamaciones o pagos que objete dentro del término de treinta (30) días calendario, luego de

1 recibida la reclamación o el pago, según corresponda. La notificación indicará
2 claramente las razones por las cuales el Asegurador u Organización de Servicios de Salud
3 considera que la reclamación no es procesable para pago o fue pagada indebidamente,
4 indicando los documentos o información adicional que deba someterse para que pueda
5 procesarse o para legitimar el pago.

6 Dentro de los siguientes noventa (90) días de haber recibido la notificación del
7 Asegurador u Organización de Servicios de Salud, el proveedor participante deberá responder
8 a la misma. La omisión a ello se entenderá como una admisión a los señalamientos
9 notificados. Una vez el proveedor participante someta la información o documentación
10 requerida, el Asegurador u Organización de Servicios de Salud deberá proceder al pago de la
11 reclamación aun no pagada dentro de los treinta (30) días siguientes al recibo de la
12 información o documentación. En el caso de aquellos que recibieron el pago inmediato éstos
13 recibirán notificación dejando sin efecto la objeción.

14 Desde la fecha en que el Asegurador u Organización de Servicios de Salud reciba una
15 reclamación sometida por el proveedor no-participante decursan simultáneamente dos (2)
16 términos, uno de treinta (30) días para el pago de reclamaciones procesables, según lo
17 establece el Artículo 30.030 de esta Ley y otro de treinta (30) días para que el Asegurador u
18 Organización de Servicios de Salud envíe la notificación de reclamación no procesable para
19 pago al proveedor no-participante o de objeción al pago realizado al que recibe el pago
20 inmediato. Aquella reclamación o parte de la reclamación no objetada por el Asegurador u
21 Organización de Servicios de Salud, dentro del término de treinta (30) días antes indicado, se
22 considerará una reclamación bonafide. Dicho acto conlleva la no interrupción del término
23 antes indicado de treinta (30) días para el pago de reclamaciones.

1 La notificación errónea de reclamaciones no procesables no interrumpirá el término de los
2 treinta (30) días para el pago, debiendo proceder el Asegurador u Organización de Servicios
3 de Salud a pagar la cantidad reclamada, más los intereses, según lo dispuesto en los Artículos
4 30.060 y 30.070 de este Capítulo.

5 Ningún Asegurador u Organización de Servicios de Salud podrá negarse al pago
6 inmediato o a pagar una reclamación por servicios prestados por un proveedor no-
7 participante por razón de que se hubieren efectuado alteraciones o enmiendas unilaterales a
8 los términos del contrato entre Asegurador u Organización de Servicios de Salud y suscriptor,
9 o entre Asegurador u Organización de Servicios de Salud y proveedor, incluyendo enmiendas
10 a las tarifas.

11 Artículo 30.060.- Reclamaciones Excluidas: No estarán sujetas a las disposiciones de
12 esta Ley aquellas reclamaciones por servicios prestados que correspondan a proveedores
13 fuera de Puerto Rico o a personas que no residen en Puerto Rico, a menos que exista una
14 autorización previa para la prestación del servicio y las reclamaciones que sean sometidas por
15 el proveedor más allá de los términos de prescripción provistos en el Código Civil de Puerto
16 Rico para reclamaciones por servicios prestados.

17 Artículo 30.070.- Intereses: Cualquier reclamación procesable que no sea pagada
18 dentro del término dispuesto, o que haya sido pagada pero objetada y deducida del pago
19 inmediato, devengará intereses a favor del proveedor participante, sobre el importe total no
20 pagado de dicha reclamación o de aquella parte de la misma que sea procesable para el pago o
21 la deducida en el caso de pago inmediato hasta la fecha de su saldo total, según el interés
22 legal prevaleciente fijado por el Comisionado de Instituciones Financieras. Dichos intereses
23 comenzarán a devengarse el día siguiente a la expiración del término para el pago o al día

1 siguiente de cualquier deducción y serán pagaderos al proveedor participante
2 conjuntamente con la reclamación procesable para pago o mediante reembolso en el caso de
3 pago inmediato.

4 Los intereses se computarán hasta el momento en que se emita el pago, siempre y cuando
5 dicho pago sea enviado al proveedor participante dentro de los próximos tres (3) días de
6 haber sido emitido. De no ser enviado en este término, los intereses serán computados hasta
7 la fecha en que el proveedor reciba el pago correspondiente.

8 Artículo 30.080.- Facultades y Deberes del Comisionado

9 A fin de asegurar el cumplimiento de las disposiciones de esta Ley, el Comisionado
10 tendrá las siguientes facultades y deberes:

11 a) Imponer multas administrativas o sanciones por violación a las disposiciones de
12 este Capítulo, conforme con las disposiciones de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957,
13 según enmendada, conocida como “Código de Seguros de Puerto Rico”, a iniciativa del
14 Comisionado o luego de presentada una querrela por un proveedor participante por motivo de
15 dicho incumplimiento. Disponiéndose que, el proveedor tendrá un término de un (1) años
16 para radicar la querrela, contados a partir de la fecha en que expire el término para el pago de
17 una reclamación procesable o deducción del pago inmediato.

18 b) Adoptar, dentro de los ciento veinte (120) días siguientes a la aprobación de esta
19 Ley, los reglamentos necesarios para la implantación de la misma, de conformidad con la Ley
20 Núm. 170 de 12 de agosto de 1988, según enmendada, conocida como “Ley de
21 Procedimiento Administrativo Uniforme”.

22 c) El Comisionado tendrá la jurisdicción original respecto a las controversias que
23 surjan entre proveedores participantes y aseguradores u organizaciones de servicios de salud,

1 al amparo de esta Ley. La parte adversamente afectada por la determinación del
2 Comisionado podrá recurrir mediante revisión ante el Tribunal de Circuito de Apelaciones del
3 Estado Libre Asociado de Puerto Rico, conforme a las disposiciones de la Ley Núm. 170 de
4 12 de agosto de 1988, según enmendada, conocida como “Ley de Procedimiento
5 Administrativo Uniforme”.

6 Artículo 30.090.- Reclamaciones de Pago en Tránsito

7 Toda reclamación procesable para pago que al momento de entrar en vigor esta Ley, haya
8 sido sometida por proveedores participantes y no participantes y que esté pendiente de
9 procesar, deberá ser pagada por el Asegurador u Organización de Servicios de Salud dentro
10 del término de cincuenta (50) días calendario a partir de la vigencia de esta Ley para el caso
11 de los proveedores no-participantes y dentro del término de 30 días para los proveedores
12 participantes. Las reclamaciones que al momento de la vigencia de esta Ley estén en
13 controversia, estarán sujetas a las disposiciones de esta Ley”.

14 Artículo 2 – Prohibición

15 Se prohíbe términos, condiciones y cláusulas contractuales que vayan en contra, o que tengan
16 el efecto de menoscabar, lo aquí dispuesto.

17 Artículo 3.- Separabilidad

18 Si cualquier cláusula, párrafo, artículo o parte de esta Ley fuere declarada nula o
19 inconstitucional por un tribunal en competencia, la sentencia a tal efecto no afectará,
20 perjudicará, ni invalidará el resto de esta Ley. El efecto de dicha sentencia quedará limitado a
21 la cláusula, párrafo, artículo o parte de la misma que así hubiese sido declarada nula o
22 inconstitucional.

23 Artículo 4.- Sobreseimiento:

1 Cualquier ley o parte de la misma, resolución conjunta o disposición
2 administrativa que vaya en contra de alguna disposición de esta Ley, quedará suplantada por
3 ésta. Las normas jurisprudenciales o legales no específicamente revocadas o que no estén en
4 conflicto con lo expresado en esta ley continuarán en vigor.

5 Artículo 5.- Vigencia

6 Esta Ley comenzará a regir inmediatamente después de su aprobación a los únicos fines de
7 que el Comisionado de Seguros adopte la reglamentación necesaria para su implantación y
8 que las compañías de planes médicos hagan los arreglos correspondientes en sus sistemas y
9 en las tarjetas de sus suscriptores (o cualquier otro mecanismo de adjudicación para el pago
10 inmediato). Sus restantes disposiciones entrarán en vigor ciento veinte (120) días después de
11 su aprobación.