



Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
**OFICINA DEL CONTRALOR**  
 San Juan, Puerto Rico

**PLAN DE ACCIÓN CORRECTIVA**

Informe de Auditoría o especial: DA-21-13 Número de unidad: 2235 Entidad auditada: Departamento de Salud

Fecha del informe: 12 de marzo de 2021 Período auditado: 1 de enero de 2016 al 30 de septiembre de 2020

Indique:  PAC  ICP - \_\_\_\_\_

Funcionario enlace: \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Funcionario principal o su representante \_\_\_\_\_

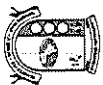
Dr. Carlos Mellado Puesto: Secretario Teléfono: \_\_\_\_\_

**COMPLETADO POR: Dra. Roxana Martínez, Directora Ejecutiva, Junta Evaluadora del Fondo de Enfermedades Catastróficas**  
**CERTIFICO QUE ESTA INFORMACIÓN ES CORRECTA Y COMPLETA**

*[Firma manuscrita]* Firma del funcionario principal o su representante autorizado Fecha: 29/09/2022

RECOMENDACIÓN	ACCIÓN CORRECTIVA	RESULTADO	ESTATUS DE LA RECOMENDACIÓN
a. Actualizar el Reglamento de la Junta Evaluadora del Fondo contra Enfermedades Catastróficas Remediabiles conforme a los cambios operacionales del Fondo	Incorporar las recomendaciones sugeridas y actualizar el reglamento. Se incorpora el lenguaje a tenor con los cambios operacionales del Fondo.	Se implementan cambios mediante borrador. Sometido borrador para la aprobación de la Junta.	Parcialmente Cumplimentada
1) Criterios de elegibilidad para otorgamiento de préstamos a solicitantes.	Establecer los criterios de elegibilidad para otorgar préstamos y para proceso de Evaluación de la Junta.	Por la complejidad del requerimiento, la dirección ejecutiva del Fondo ha establecido colaboración y sostiene reuniones con la Junta del Fondo, la Oficina de Asesores Legales del Dpto. de Salud y la División Legal del	Parcialmente Cumplimentada

(Véase instrucciones al final del modelo)



Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
OFICINA DEL CONTRALOR  
San Juan, Puerto Rico

**PLAN DE ACCIÓN CORRECTIVA**

Informe de Auditoría o especial:

DA-21-13

Número de unidad: 2235

Entidad auditada:

Departamento de Salud

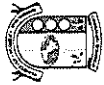
Fecha del informe: 12 de marzo de 2021

Período auditado: 1 de enero de 2016

al 30 de septiembre de 2020

<b>RECOMENDACIÓN</b>	<b>ACCIÓN CORRECTIVA</b>	<b>RESULTADO</b>	<b>ESTATUS DE LA RECOMENDACIÓN</b>
2) a. Documentación requerida sobre los requisitos de personas no residentes.	Redactar documentos con los requisitos de personas no residentes.	Junta. Banco de Desarrollo Económico para establecer los parámetros y mecanismos adecuados para la otorgación de préstamos a solicitantes. A esos efectos, se ha solicitado una nueva reunión con la Junta del Fondo y se espera una reunión con el representante del Secretario de Salud en dicha Junta.	Cumplimentada.
2) b. El desembolso de gastos supletorios: para establecer el límite de pago y la documentación requerida.	Redactar documento para el desembolso de gastos supletorios para establecer el límite de pago y la documentación requerida.	Se incluye lenguaje en el borrador de reglamento que habilita a personas no residentes solicitar los servicios del Fondo. Se establece el límite aprobado mediante Resolución de la Junta de \$4,500. Además, se establece que el solicitante deberá cumplir la tabla de gastos supletorios que provee la Junta y someter evidencia de gastos (recibos, facturas, etc.)	Cumplimentada.
2) c. La formalización de acuerdos con los hospitales, sobre los costos, códigos y	Redactar documento de formalización de acuerdos con los hospitales sobre los costos,	Se han establecido acuerdos tarifarios con los hospitales en	Cumplimentada

(Véase instrucciones al final del modelo)



### PLAN DE ACCIÓN CORRECTIVA

Informe de Auditoría o especial:

DA-21-13

Número de unidad: 2235

Entidad auditada:

Departamento de Salud

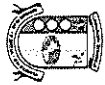
Fecha del informe: 12 de marzo de 2021

Periodo auditado: 1 de enero de 2016

al 30 de septiembre de 2020

<b>RECOMENDACIÓN</b> tratamientos a los beneficiarios.	<b>ACCIÓN CORRECTIVA</b> códigos y tratamientos a los beneficiarios.	<b>RESULTADO</b> cuanto a costos de tratamiento.	<b>ESTATUS DE LA RECOMENDACIÓN</b>
2) d. La reclamación a seguros complementarios, correspondiente a los costos de tratamiento del beneficiario pagados por el Fondo, para establecer la identificación de casos y seguimiento de estos, entre otros.	Redactar documento para establecer los procedimientos relacionados a la reclamación de seguros complementarios correspondiente a los costos de tratamiento del beneficiario pagados por el Fondo, para establecer la identificación de casos y el seguimiento de estos.	Mediante la Certificación del Solicitante de Póliza de Seguro, el beneficiario brinda la información pertinente a la cubierta de seguro complementario, si alguna; autoriza al Fondo a obtener cualquier otra información que sea necesaria de parte de la aseguradora y; se compromete a llevar a cabo todo trámite necesario para la reclamación relacionada al reembolso por los costos de servicios cubiertos por el FSECR.	Cumplimentada
3) Los siguientes documentos o formularios que se utilizan para el proceso de elegibilidad, evaluación y adjudicación de ayuda al solicitante: <ul style="list-style-type: none"><li>• Entrevista inicial</li><li>• Autorización para usar o divulgar información de salud protegida (PHI)</li><li>• Recibo de entrega de los requisitos para la solicitud de asistencia económica</li><li>• Certificación de no interés pecuniario o</li></ul>		Los documentos solicitados por la Auditoría fueron redactados e incluidos en el borrador de reglamento sometido. Se incluyen documentos como parte del presente Plan de Acción Correctiva.	Cumplimentada

(Véase instrucciones al final del modelo)



Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
OFICINA DEL CONTRALOR  
San Juan, Puerto Rico

**PLAN DE ACCIÓN CORRECTIVA**

Informe de Auditoría o  
especial:

DA-21-13

Número de unidad: 2235

Entidad auditada: Departamento de Salud

Fecha del informe: 12 de marzo de 2021

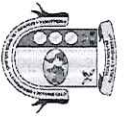
Periodo auditado: 1 de enero de 2016

al 30 de septiembre de 2020

<b>RECOMENDACIÓN</b>	<b>ACCIÓN CORRECTIVA</b>	<b>RESULTADO</b>	<b>ESTATUS DE LA RECOMENDACIÓN</b>
<p>relación con miembros o servidor público del Fondo</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Relevo de responsabilidad</li><li>• Compromiso del solicitante</li><li>• Certificación del solicitante póliza de seguro</li><li>• Certificación de revisión del certificado de nacimiento original</li><li>• Hoja de cotejo - carta médica</li><li>• Cotejo de documentos</li><li>• Notas de progreso de casos- confidencial</li><li>• Reporte de casos sin evaluar</li></ul>		<p>En espera de aprobación de Borrador sometido a la Junta.</p>	<p>Parcialmente cumplimentada.</p>

(Véase instrucciones al final del modelo)





**PLAN DE ACCIÓN CORRECTIVA**

Número del informe de auditoría o especial: DA-21-13      Número de unidad: 2235      Nombre de la entidad auditada: Departamento de Salud

Fecha del informe de auditoría o especial: 12 de marzo de 2021      Periodo auditado: 1 de enero de 2016      al 30 de septiembre de 2020

Indique el informe que remite:       PAC       ICP -      Indique si incluye anejo/s:       Sí       No

Funcionario de enlace: Dra. Roxana Martínez      Puesto: Directora Ejecutiva Junta Evaluadora FSECR      Teléfono: (787) 567-7616

Funcionario principal o su representante autorizado: Dr. Carlos Mellado      Puesto: Secretario de Salud      Teléfono: \_\_\_\_\_

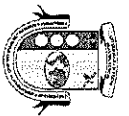
**CERTIFICO QUE ESTA INFORMACIÓN ES CORRECTA Y COMPLETA**

*Roxana Martínez*  
 Firma del funcionario principal o su representante autorizado

Fecha: 30 de junio / 2022

RECOMENDACIÓN	ACCIÓN CORRECTIVA	PERSONA O ÁREA RESPONSABLE	FECHA DE IMPLANTACIÓN	ESTATUS DE LA RECOMENDACIÓN
A. Actualizar el Reglamento de la Junta Evaluadora del Fondo contra Enfermedades Catastróficas Remediabiles conforme a los cambios operacionales del Fondo	Incorporar las recomendaciones sugeridas y actualizar el reglamento. Se incorpora el lenguaje a tenor con los cambios operacionales del Fondo. Se implementan cambios mediante borrador. Sometido borrador para la aprobación de la Junta y, a su vez, se envía con el presente requerimiento a la Oficina del Contralor para aprobación conforme auditoría.	Dra. Roxana Martínez	Se envía borrador a Oficina del Contralor 6/29/22.	Parcialmente Cumplimentada
1) Criterios de elegibilidad para otorgamiento de préstamos a solicitantes.	Por la complejidad del requerimiento, la dirección ejecutiva del Fondo ha establecido colaboración y sostiene reuniones con la Junta del Fondo, la Oficina de Asesores Legales del Dpto. de Salud y la División Legal del Banco de Desarrollo Económico para establecer los parámetros y mecanismos adecuados para la otorgación de préstamos a solicitantes. A esos efectos, se ha solicitado una nueva reunión con la Junta del Fondo y se espera una reunión con el representante del Secretario de Salud en dicha Junta.	Dra. Roxana Martínez junto a la Junta Evaluadora FSECR.	Próxima reunión de Junta 29 de septiembre 2022.	Parcialmente Cumplimentada

(Véanse instrucciones al final).



**PLAN DE ACCIÓN CORRECTIVA**

Número del informe de auditoría o especial: DA-21-13      Número de unidad: 2235      Nombre de la entidad auditada: Departamento de Salud

Fecha del informe de auditoría o especial: 12 de marzo de 2021      Período auditado: 1 de enero de 2016      al 30 de septiembre de 2020

RECOMENDACIÓN	ACCIÓN CORRECTIVA	PERSONA O ÁREA RESPONSABLE	FECHA DE IMPLANTACIÓN	ESTATUS DE LA RECOMENDACIÓN
2) a. Documentación requerida sobre los requisitos de personas no residentes.	Redactar documentos con los requisitos de personas no residentes.	Lcdo. Eliud Rivera de Jesús (Oficina de Asesores Legales Dpto. de Salud)	6/29/22	Cumplimentada
2) b. El desembolso de gastos supletorios: para establecer el límite de pago y la documentación requerida.	Redactar documento para el desembolso de gastos supletorios para establecer el límite de pago y la documentación requerida. Se establece el límite aprobado mediante Resolución de la Junta de \$4,500. Además, se establece que el solicitante deberá cumplimentar la tabla de gastos supletorios que provee la Junta y someter evidencia de gastos (recibos, facturas, etc.)	Dra. Roxana Martínez	6/29/22	Cumplimentada

(Véanse instrucciones al final).

**PLAN DE ACCIÓN CORRECTIVA**

Número del informe de auditoría o especial: \_\_\_\_\_ Nombre de la entidad auditada: \_\_\_\_\_

Fecha del informe de auditoría o especial: \_\_\_\_\_ Período auditado: \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

RECOMENDACIÓN	ACCIÓN CORRECTIVA	PERSONA O ÁREA RESPONSABLE	FECHA DE IMPLANTACIÓN	ESTATUS DE LA RECOMENDACIÓN
2) c. La formalización de acuerdos con los hospitales, sobre los costos, códigos y tratamientos a los beneficiarios.	Redactar documento de formalización de acuerdos con los hospitales sobre los costos, códigos y tratamientos a los beneficiarios: Se han establecido acuerdos tarifarios con los hospitales en cuanto a costos de tratamiento.	Dra. Roxana Martínez		Cumplimentada
2) d. La reclamación a seguros complementarios, correspondiente a los costos de tratamiento del beneficiario pagados por el Fondo, para establecer la identificación de casos y seguimiento de estos, entre otros.	Redactar documento para establecer los procedimientos relacionados a la reclamación de seguros complementarios correspondiente a los costos de tratamiento del beneficiario pagados por el Fondo, para establecer la identificación de casos y el seguimiento de estos: Mediante la Certificación del Solicitante de Póliza de Seguro, el beneficiario brinda la información pertinente a la cubierta de seguro complementario, si alguna; autoriza al Fondo a obtener cualquier otra información que sea necesaria de parte de la aseguradora y; se compromete a llevar a cabo todo trámite necesario para la reclamación relacionada al reembolso por los costos de servicios cubiertos por el FSECR.	Dra. Roxana Martínez		Cumplimentada
3) Los siguientes documentos o formularios que se utilizan para el proceso de elegibilidad, evaluación y adjudicación de ayuda al solicitante: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista inicial</li> <li>• Autorización para usar o divulgar información de salud protegida (PHI)</li> <li>• Recibo de entrega de los requisitos para la solicitud de asistencia económica</li> </ul>	Los documentos solicitados por la Auditoría fueron redactados e incluidos en el borrador de reglamento sometido. Se incluyen documentos como parte del presente Plan de Acción Correctiva.	Dra. Roxana Martínez		Cumplimentada

(Véanse instrucciones al final).

**PLAN DE ACCIÓN CORRECTIVA**

Número del informe de auditoría o especial: \_\_\_\_\_ Número de unidad: \_\_\_\_\_ Nombre de la entidad auditada: \_\_\_\_\_

Fecha del informe de auditoría o especial: \_\_\_\_\_ Período auditado: \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

RECOMENDACIÓN	ACCIÓN CORRECTIVA	PERSONA O ÁREA RESPONSABLE	FECHA DE IMPLANTACIÓN	ESTATUS DE LA RECOMENDACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificación de no interés pecuniario o relación con miembros o servidor público del Fondo</li> <li>• Relevo de responsabilidad</li> <li>• Compromiso del solicitante</li> <li>• Certificación del solicitante póliza de seguro original</li> <li>• Certificación de revisión del certificado de nacimiento</li> <li>• Hoja de cotejo - carta médica</li> <li>• Cotejo de documentos</li> <li>• Notas de progreso de casos- confidencial</li> </ul>				
a. Actualizar el Reglamento conforme a los cambios operacionales del fondo.	En espera de aprobación de Borrador sometido a la Junta y la evaluación del mismo sometido ante la Oficina del Contralor.	Dra. Roxana Martínez, Lcdo. Eliud Rivera de Jesús (Oficina de Asesores Legales)	6/29/22	Parcialmente Cumplimentada

(Véanse instrucciones al final).



**PLAN DE ACCIÓN CORRECTIVA**

Número del informe de auditoría o especial: \_\_\_\_\_ Número de unidad: \_\_\_\_\_ Nombre de la entidad auditada: \_\_\_\_\_

Fecha del informe de auditoría o especial: \_\_\_\_\_ Período auditado: \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

(Véanse instrucciones al final).

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR Y REMITIR EL PLAN DE ACCIÓN CORRECTIVA

### Instrucciones:

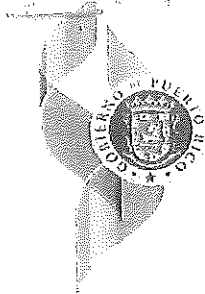
1. Este documento debe estar completado en todas sus partes.
  - a. La primera página debe contener, entre otra información: el número y la fecha del informe de auditoría o especial relacionado; indicación sobre el documento que se remite (*PAC* o *ICP*); el nombre del funcionario de enlace y del funcionario principal; y la firma del funcionario principal o su representante autorizado.
  - b. En las columnas se requiere la siguiente información:
    - 1) **Recomendación:** En esta columna se detallan las recomendaciones. Las recomendaciones se presentan en el mismo orden y con el número de identificación que aparece en el informe de auditoría o especial.
    - 2) **Acción Correctiva:** En esta columna se indican las medidas adoptadas o las que adoptarán para corregir las situaciones señaladas y eliminar las causas de estas. Las acciones correctivas deben ser alcanzables y diseñadas para prevenir que las situaciones se repitan.
    - 3) **Persona o área responsable:** En esta columna se identifica/n el/los funcionario/s o el/las área/s responsable/s de implantar las acciones correctivas.
    - 4) **Fecha de implantación:** En esta columna se indica la fecha probable para cumplir con las acciones correctivas.
    - 5) **Estatus de la recomendación:** En esta columna se indica el nivel de cumplimiento de la recomendación. Esto es:
      - **Cumplimentada:** Recomendaciones para las cuales se tomaron acciones correctivas y se obtuvieron los resultados deseados.
      - **Parcialmente cumplimentada:** Recomendaciones para las cuales se han establecido medidas correctivas, pero quedan algunos asuntos pendientes.
      - **No cumplimentada:** Recomendaciones para las cuales no se han establecido acciones correctivas.

En cada una de los columnas descritas en el apartado del **b.2) al 5)** de esta instrucción se deben ofrecer datos que permitan una evaluación adecuada. Si se objeta alguna recomendación, se deben incluir las razones y una descripción específica de la/s acción/nes correctiva/s alterna/s.

2. Cuando el funcionario principal delegue la función de certificar este documento, antes de remitir el mismo, debe notificar por escrito a la dirección de correo electrónico [AdminPAC@ocpr.gov.pr](mailto:AdminPAC@ocpr.gov.pr) el nombre y el puesto del funcionario en quien delegó la misma.
3. El documento digitalizado debe remitirse a la Oficina mediante la aplicación *Sistema Plan de Acción Correctiva* que esta creó para estos propósitos<sup>1</sup>. Esto, dentro del término de 90 días consecutivos, contados a partir del primer día del mes siguiente a la fecha de publicación del informe de auditoría o especial. Cuando queden recomendaciones pendientes de cumplir, a la fecha del primer informe, se prepararán informes complementarios (*ICP*) cada 90 días, contados a partir del primer día del mes siguiente a la fecha de la notificación del resultado de la evaluación. El envío debe ser en la forma indicada anteriormente.
4. Los documentos que se utilicen para justificar las acciones correctivas informadas deben estar disponibles para examen por esta Oficina.

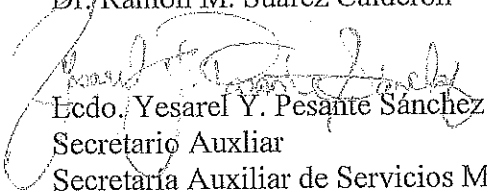
---

<sup>1</sup> La aplicación *Sistema Plan de Acción Correctiva* v1.0 está localizada en nuestra página en Internet: [www.ocpr.gov.pr](http://www.ocpr.gov.pr) bajo la sección Contraloría Digital. Si no tiene una cuenta registrada en dicha aplicación envíe un correo electrónico a [AdminPAC@ocpr.gov.pr](mailto:AdminPAC@ocpr.gov.pr) para solicitar información de cómo registrar una cuenta en la misma.



12 de enero de 2022.

Lcdo. Javier A. Marrero, RT, MPH, MHSA  
Director Ejecutivo  
Centro Cardiovascular de Puerto Rico y del Caribe  
Dr. Ramón M. Suárez Calderón

  
Lcdo. Yesarel Y. Pesante Sánchez  
Secretario Auxiliar  
Secretaría Auxiliar de Servicios Médicos y de Enfermería  
Y Director Interino FSECR

#### **Acuerdo Tarifario – Servicio Programa de Trasplante de Corazón**

En reunión celebrada el 12 de enero de 2022, la Junta (FSECR) validó por unanimidad aprobar el tarifario presentado por el Hospital Cardiovascular para trasplante de corazón. Se incluye la tarifa ajustada para los procedimientos de trasplante de corazón y lo recomendado. La tarifa es la siguiente:

LOS (Estadía): 15 Días                      FEE (Tarifa) \$170,000.00

Incluye:

- Equipo de Cirugía (Cirujanos, Anestesiólogo) y Servicio Sala de Operaciones
- Perfusionista
- Servicios Ancilares (Farmacia, Laboratorios, otros)
- Unidad de Cuidados Intensivos (ICU, SICU) y Uso de Telemetría
- Cuarto Semi-Privado
- Productos Derivados de Sangre y Administración de Sangre
- Servicios Profesionales y Personal durante la estadía
- Recuperación y Órgano (Corazón)

En los casos donde, por necesidad médica se tenga que ampliar las millas náuticas para recuperación de órganos fuera de Puerto Rico, los costos de transporte aéreo podrán ascender a \$25,000.00 adicionales, según establece el Acuerdo Tarifario vigente.



21 de julio de 2021.

Sra. Roxana Martínez Barbosa PCC, Ph.D.  
Directora Ejecutiva  
FSECR

RE:

Estimada señora Martínez:

Sirva la presente para notificarle el costo aproximado de un trasplante de riñón en nuestras facilidades, según usted solicitara.

El costo proyectado de un trasplante de riñón mediante donante vivo o de cadáver incluye, pero no se limita a los siguientes servicios:

- clínica de coordinación de trasplante
- estudios inmunológicos para tipificación de tejidos
- evaluación clínica y médica (work-up)
- consultas con médicos especialistas (Ginecólogos, Psiquiatra, Gastroenterólogos,)
- servicio dietético y de trabajo social
- estudios diagnósticos (Rayos-x, IVP, MRI, Sonograma, lecturas de las anteriores)
- cirugía de trasplante y hospitalización de 6 a 7 días, estadía aproximada cuando no hay complicaciones
- inscripción red "UNITED NETWORK FOR ORGAN SHARING "
- estudios inmunológicos de donantes potenciales
- costo de adquisición de riñón, costo según tarifas de las agencias de recuperación de órganos.
- evaluación clínica (work-up), cirugía y estadía del donante.

Tomando en cuenta los servicios que se cubren durante este proceso, el estimado aproximado de los costos de trasplante en el Hospital y de los servicios profesionales es de \$72,000.00. Los servicios de Anestesiólogos y Cirujanos de Trasplante están incluidos.

Con el propósito de comenzar la evaluación clínica (laboratorio, pruebas y estudios) de este paciente según el protocolo de nuestro programa, solicitamos se realice trámite y envío de pre-autorización correspondiente. La misma deberá incluir garantía de pago por la cantidad antes mencionada.

De surgir cualquier duda o necesitar información adicional, puede comunicarse al 758-2000 ext. 9044, 9022, 9043 con el Sr. José Pabellón, Coordinador de Finanzas del Centro de Trasplante.

José M. Pabellón Santiago, Coordinador de Finanzas  
Centro de Trasplante

525 F.D. Roosevelt  
La Torre de Plaza, Suite 802  
San Juan, Puerto Rico 00908  
787.763.0104  
787.756.8522 fax

Medical Emporium, Suite 101  
Avenida Hostos 351  
Mayagüez, Puerto Rico 00680  
787.834.8811  
787.833.8811  
787.265.1133 fax

22 de marzo del 2021

A quien pueda interesar:

El Sr. [REDACTED] con número de seguro social XXX-XX-0574 es paciente de diálisis y paciente en evaluación para trasplante de Riñón.

A continuación le indicamos los gastos aproximados en los que incurrirá una vez viaje a Dallas, Texas para el trasplante de Riñón. Entiéndase que en los mismos no están incluidos los de viaje aéreo, los cuales fluctúan entre \$625.00 - \$1,500 por persona (una sola vía) dependiendo de la temporada de viaje.

Información Financiera:

Las cantidades indicadas, en todo momento, deberán ser interpretadas como un ESTIMADO SOLAMENTE. Cargos adicionales son formulados de forma particular. El ESTIMADO es basado en casos donde los resultados han sido satisfactorios y con poca o ninguna complicación médica - renal o de otra naturaleza.

- Medicamentos después de ser dado de alta aprox. \$5,000.00 (Medicare Part B - inmunosupresores / antivirales)
- Gastos de hospedaje, tenemos las siguientes opciones :
  - El Hotel tiene un costo aproximado de \$40.00 por noche, para el paciente y un acompañante.
  - Acompañantes adicionales será \$10.00 / por noche- limite 4 personas por cuarto.
- Comidas, transportación, gasto de teléfono, etc. son responsabilidad del paciente. Aproximadamente \$3,000
- Transportación aérea ( no incluida)
- El 20% no cubierto por Medicare Part A - para el hospital y médicos, aprox. \$5,000 a \$7,000.00. (facturas recibidas por correo)

De tener alguna duda, tenga la amabilidad de comunicarse al 787-763-0104 / 787-773-7794.

Atentamente,  
  
**Astrid Morales Marcano RN MSN**  
**Coordinadora de Trasplante**



5 de abril de 2021

Sra. Roxana Martínez Barbosa PCC, Ph.D.  
Directora Ejecutiva  
FSECR

RE: .

Estimada señora Martínez:

Sirva la presente para notificarle el costo aproximado de un trasplante de hígado en nuestras facilidades, según usted solicitara.

El costo proyectado de un trasplante de hígado mediante donante vivo o de cadáver incluye, pero no se limita a los siguientes servicios:

- clínica de coordinación de trasplante
- estudios inmunológicos para tipificación de tejidos
- evaluación clínica y médica (work-up)
- consultas con médicos especialistas (Ginecólogos, Psiquiatra, Gastroenterólogos,)
- servicio dietético y de trabajo social
- estudios diagnósticos (Rayos-x, IVP, MRI, Sonograma, lecturas de las anteriores)
- cirugía de trasplante y hospitalización de 6 a 7 días, estadía aproximada cuando no hay complicaciones
- inscripción red "UNITED NETWORK FOR ORGAN SHARING "
- estudios inmunológicos de donantes potenciales
- costo de adquisición de hígado, costo según tarifas de las agencias de recuperación de órganos.
- evaluación clínica (work-up), cirugía y estadía del donante.

Tomando en cuenta los servicios que se cubren durante este proceso, el estimado aproximado de los costos de trasplante en el Hospital y de los servicios profesionales es de \$209,000.00. Los servicios de Anestesiólogos y Cirujanos de Trasplante están incluidos.

Con el propósito de comenzar la evaluación clínica (laboratorio, pruebas y estudios) de este paciente según el protocolo de nuestro programa, solicitamos se realice trámite y envío de pre-autorización correspondiente. La misma deberá incluir garantía de pago por la cantidad antes mencionada.

De surgir cualquier duda o necesitar información adicional, puede comunicarse al 758-2000 ext. 9044, 9022, 9043 con el Sr. José Pabellón, Coordinador de Finanzas del Centro de Trasplante.

José M. Pabellón Santiago, Coordinador de Finanzas  
Centro de Trasplante

#715 Ave. Ponce de León Pda. 37 ½, Hato Rey, Puerto Rico 00918  
Apartado 191227, San Juan, PR 00919-1227 Tel. (787) 758-2000





Grupo  
HIMA-San Pablo

9 de septiembre de 2019

Sra. Roxana Martínez Barbosa, PCC, PH.D.  
Directora Ejecutiva  
Fondo de Servicios para Enfermedades Catastróficas Remediabiles  
Departamento de Salud  
PO Box 70184  
San Juan, PR 00936

RE:

Estimada Sra. Martínez:

A continuación, le presentamos la cotización para el servicio de trasplante de médula ósea para

**Procedimiento:**

"Package" Trasplante de Médula Ósea .....\$ 100,000.00

**Gran total:           \$ 100,000.00**

Esta cotización es presentada según su solicitud para el procedimiento arriba indicado. Cualquier duda o información adicional puede comunicarse al Centro de Cáncer HIMA al teléfono (787) 653-3434, ext. 7710 con la Sra. Jaluxmi Villegas, Manejadora de Casos.

Cordialmente,

Luis A. Baiz, BBA  
Gerente  
Departamento de Planes Médicos



# Auxilio Mutuo

El Gran Hospital de Puerto Rico

## ACUERDO DE TARIFAS DE SERVICIOS DE TRASPLANTE DE MEDULA OSEA HOSPITAL ESPAÑOL AUXILIO MUTUO, INC Y FONDO CATASTRÓFICO

Fecha: 03/25/2022

Paciente: \_\_\_\_\_

La contratación por los servicios de trasplante médula incluirá los servicios requeridos de acuerdo con los protocolos del hospital basados en las guías clínicas para este tipo de trasplante en todas las fases del procedimiento.

Las partes acuerdan que esta propuesta contiene información para la discusión única y exclusivamente entre Fondo Catastrófico y el Hospital Auxilio Mutuo. La tarifa por parte del hospital correspondiente a este paciente es la siguiente:

       Trasplante de Médula Ósea de tipo autólogo

Cien mil dólares(\$ 100,000).

Estadía del paciente igual o menor a 50 días.

       Trasplante de Médula Ósea de tipo alogénico (donante relacionado)

Doscientos cincuenta mil dólares (\$ 250,000).

Estadía del paciente igual o menor a 45 días.

       Trasplante de Médula Ósea de tipo alogénico (donante NO- relacionado)

Trescientos mil dólares (\$ 300,000).

\*Costo puede aumentar sujeto a los costos del NMDP. En este caso, se solicitaría autorización por la cantidad adicional.

Dentro de esta tarifa contemplamos aquellas hospitalizaciones relacionadas a complicaciones con el procedimiento posterior al alta del trasplante hasta los 100 días de este. La tarifa incluye los siguientes servicios:

1. Evaluación del paciente como candidato a trasplante y del donante.
2. Pruebas confirmatorias de compatibilidad de los posibles donantes
3. Medicamentos durante hospitalización del recipiente.
4. Servicios de psicólogo y equipo multidisciplinario al recipiente.
5. Productos de sangre al recipiente.
6. Servicios relacionados con la movilización, colección e infusión de las células del donante al recipiente.
7. Quimioterapias relacionadas del trasplante al recipiente.
8. Componente Profesional Médico al recipiente.
9. Anestesia (Manejo del dolor) al recipiente.

Se excluye de la tarifa contratada lo siguiente:

1. Pruebas de baja resolución de identificación de donantes de no ser compatibles al recipiente. Se facturarán y negociará con plan primario.
2. Procedimientos invasivos y no invasivos cardiovasculares concurrentes y relacionados con el mantenimiento del paciente mientras espera por el órgano para ser trasplantado.
3. Servicios no relacionados con el trasplante.
4. Servicios dentales.
5. Equipo y suplidos en el hogar.
6. Medicamentos, agentes o suplidos necesarios mientras el paciente no está hospitalizado.
7. Servicios ambulatorios o de hospitalización para rehabilitación.



**Auxilio Mutuo**

El Gran Hospital de Puerto Rico

En caso de estadías prolongadas, se somete para aprobación una tarifa adicional correspondiente a este paciente ya que sobrepasa los días inicialmente acordados.

\_\_\_\_\_ Trasplante de Médula Ósea de tipo autólogo

Cinco mil dólares (\$5,000).

Estadía del paciente sobrepasa los 50 días hasta los 100 días después del trasplante.

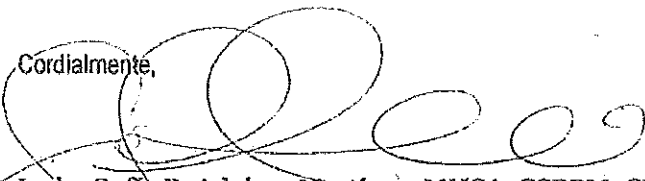
\_\_\_\_\_ Trasplante de Médula Ósea de tipo alogénico (donante relacionado)

Diez mil dólares (\$10,000)

Estadía del paciente sobrepasa los 45 días hasta los 100 días después del trasplante.

El Hospital Español Auxilio Mutuo deberá obtener una carta de autorización para brindar los servicios según desglosados.

Cordialmente,

  
**Leda. Sofia B. Adaime Martínez, MHSA, CSPPM, CHPD**  
Administradora Asociada  
Hospital Español Auxilio Mutuo



FONDO PARA SERVICIOS CONTRA  
ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS REMEDIABLES

**HOJA DE COTEJO CARTA MÉDICA**

- Diagnóstico Principal
- Historial y Examen Físico completo
- Resultados de Laboratorios
- Resultados de Estudios que se le han realizado recientemente
- Tratamiento que se le ha estado brindando hasta el presente
- Informe del progreso de el/la paciente
- ¿Cuál fue la causa de la condición que llevó al paciente a este procedimiento?

\_\_\_\_\_  
Entrevistador

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Directora

REV. OCT. 2021



**CERTIFICACIÓN DE NO INTERÉS PECUNIARIO  
O RELACIÓN CON MIEMBROS; ENTREVISTADOR O  
SERVIDOR PÚBLICO DEL FSECR**

“Bajo pena de nulidad absoluta, Yo \_\_\_\_\_ certifico que como  
(Nombre del paciente y/o Persona Autorizada)  
beneficiario del Fondo para Servicios contra Enfermedades Catastróficas Remediables no tengo  
relación de consanguinidad, de negocios o de contratación o interés alguno para con los  
miembros de la Junta o sus empleados. Tampoco recibo beneficios, ganancias o productos  
como beneficiario del fondo que no sea el servicio médico aprobado por la Junta Evaluadora.

La única consideración para que se me brinden los servicios y/o donativos son que he cumplido  
con los requisitos exigidos en la Ley como en el Reglamento de la Junta Evaluadora”.

Firma: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## Fondo contra Enfermedades Catastroficas Remediabes Autorización para Usar o Divulgar Información de Salud Protegida (PHI)

1ro. Yo, \_\_\_\_\_, con número de seguro social (colocar los últimos cuatro dígitos) \_\_\_\_\_ y dirección postal: \_\_\_\_\_

por este medio autorizo al Fondo contra Enfermedades Catastróficas Remediales del Departamento de Salud a efectuar las siguientes funciones con la información de salud protegida (PHI):

- Utilizar<sup>i</sup> el siguiente PHI (incluyendo fechas):
- Divulgar<sup>ii</sup> mi PHI a las siguientes personas o entidades:
- Solicitar y Recibir<sup>iii</sup> mi PHI de las siguientes fuentes:

El PHI a *utilizar, divulgar y/o solicitar* es el siguiente: Diagnóstico, procedimientos, tratamientos y summary discharge.

2do. El propósito del uso o divulgación del PHI es el siguiente:

- Adquirir los fondos aplicables para tratamientos y/o procedimientos para el paciente.

3ro. Esta autorización es válida durante el período de \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_.

4ro. **NOTA** – Usted puede cancelar esta autorización por escrito. No obstante, usted no podrá pedir que su cancelación aplique retroactivamente a información divulgada durante la vigencia de la autorización. Además, es importante que usted esté consciente de que la información divulgada como resultado de su autorización, pudiera ser divulgada a otros por el que reciba dicha divulgación y no necesariamente estará protegida por las disposiciones federales sobre privacidad.

5to. Al firmar a continuación, certifico que he sido orientado por el Departamento de Salud de Puerto Rico sobre sus prácticas de privacidad y que he leído las disposiciones de esta **autorización**, que las entiendo y que estoy de acuerdo con los términos y condiciones en la misma.

Nombre del paciente

# de Record

Firma del Paciente

Fecha

6to.

**Si usted está firmando como Representante Autorizado del Paciente, lea y firme el párrafo que sigue. Incluya los documentos que lo certifican como "Representante Autorizado".**

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que soy el Representante debidamente autorizado legalmente para firmar esta autorización y estoy de acuerdo que el Fondo Enfermedades Catastróficas del Departamento de Salud de Puerto Rico, use o divulgue la Información de mi representado para los propósitos antes establecidos.

\_\_\_\_\_  
Firma Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

<sup>i</sup> Usar PHI para una investigación científica, estudio, etc.

<sup>ii</sup> Enviar PHI, compartir PHI con otro, proveerle PHI a otro, etc.

<sup>iii</sup> Pedir PHI a una persona o entidad, que la persona o entidad nos envíe PHI, etc.





**Fondo contra Enfermedades Catastróficas Remediabiles**  
**Acuse de Notificación de Prácticas de Privacidad y Consentimiento**

La ley federal "Health Insurance Portability and Accountability Act" (HIPAA) requiere que se le notifique las prácticas de privacidad y confidencialidad de la institución y que se evidencie dicha notificación. La Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente requiere que para poder proveerle nuestros servicios debemos obtener su autorización (*consentimiento* de acuerdo a HIPAA) para utilizar y divulgar su información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago y otras transacciones u operaciones para el cuidado de la salud que lleva a cabo nuestra organización.

Para cumplir con las disposiciones de ley, nuestra entidad le ha notificado el "Aviso Sobre Prácticas de Privacidad del Fondo Enfermedades Catastróficas Remediales" y le solicita que firme este Acuse como evidencia de la notificación de dicho Aviso y su autorización para usar y divulgar su información de salud para efectos de tratamiento, pago y otras operaciones de salud. También autoriza a que la organización, su fuerza trabajadora (que incluye a los empleados, personal voluntario, etc.) y sus asociados de negocio, utilicen y divulguen su información de salud protegida para tratamiento, pago, transacciones y operaciones de salud.

Al firmarlo usted reconoce haber sido notificado sobre nuestras *Prácticas de Privacidad* y consiente al uso y divulgación de su información de salud según se describe en el Aviso. Reviselo detenidamente, firmelo y anote la fecha donde se indica.

Por favor, recuerde que la organización se ha reservado el derecho de revisar, cambiar o enmendar la política y práctica sobre uso y divulgación descrita en el Aviso en cualquier momento.

Yo, , certifico que he leído las disposiciones del "Aviso Sobre Prácticas de Privacidad del Fondo Enfermedades Catastróficas Remediales", lo entiendo, y estoy de acuerdo con los términos y condiciones expresados en el mismo y además consiento y autorizo el uso y divulgación de mi información de salud para tratamiento, pago y otras transacciones y operaciones para el cuidado de mi salud según definidos en ley.

Nombre del Paciente (en letra de molde)

Número de Récord

Firma o Marca del Paciente

Fecha

Nombre del Representante Autorizado (si aplica)

Firma del Representante (si aplica)

Relación con el Paciente

Fecha

Para Uso Oficial Solamente	
Luego de realizar esfuerzos razonables para obtener el Acuse de Recibo de Prácticas de Privacidad y Consentimiento, no fué posible debido a:	
<input type="checkbox"/> Paciente se negó a firmar el Acuse <input type="checkbox"/> Barrera de comunicación <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ _____ _____	
<input type="text"/> Nombre del Representante de Servicio (en letra de molde)	<input type="text"/> Firma del Representante
	<input type="text"/> Fecha







**COPIA DEL PACIENTE**

### RELEVO DE RESPONSABILIDAD

Al suscribir este documento; reconozco que fui debidamente orientado sobre el alcance del donativo que estoy solicitando. Que la Junta Evaluadora del Fondo para Servicios contra Enfermedades Catastróficas Remediabiles ha establecido que **no pagará deudas contraídas, ni servicios médicos recibidos con anterioridad a mi petición y a la aprobación de la Junta;** según establecido en las Resoluciones 002, Serie 2002-2003 y 004; Serie 2003-2004.

En San Juan; Puerto Rico a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Recibí copia del documento sobre relevo de responsabilidad en el día de hoy.

\_\_\_\_\_  
Paciente o Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Firma del Entrevistador - FSECR





FONDO PARA SERVICIOS CONTRA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS REMEDIABLES

**COPIA DEL PACIENTE**

**CERTIFICACIÓN DE ORIENTACIÓN**

Al suscribir este documento; reconozco que fui debidamente orientado sobre:

1. \_\_\_\_\_ Propósito de la entrevista según la Ley 150
2. \_\_\_\_\_ Proceso sobre la solicitud
3. \_\_\_\_\_ Proceso sobre la solicitud Gastos Supletorios (si aplica)
4. \_\_\_\_\_ Alcance del donativo que estoy solicitando
5. \_\_\_\_\_ Proceso de los pagos según aprobación por la Junta Evaluadora del Fondo
6. \_\_\_\_\_ Compromiso del solicitante
7. \_\_\_\_\_ Formulario Póliza de Seguro
8. \_\_\_\_\_ Formulario notas de progreso
9. \_\_\_\_\_ Compromiso del Terapias aural (si aplica)
10. \_\_\_\_\_ Certificación de No interés Pecuniario
11. \_\_\_\_\_ Autorización para usar o divulgar información de Salud Protegida
12. \_\_\_\_\_ Recibo Entrega de los requisitos de solicitud
13. \_\_\_\_\_ Explicación Relevo de Responsabilidad

En San Juan; Puerto Rico a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Recibí copia del documento sobre relevo de responsabilidad en el día de hoy.

\_\_\_\_\_  
Paciente o Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Firma del Entrevistador – FSECR



FONDO ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS REMEDIABLES  
PO BOX 70184, SAN JUAN PR 00936-8184  
WWW.SALUD.GOV.PR (787) 765-2929 Ext. 3803





**FONDO PARA SERVICIOS CONTRA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS REMEDIABLES**

CÓPIA DEL EXPEDIENTE

**CERTIFICACIÓN DE ORIENTACIÓN**

Al suscribir este documento; reconozco que fui debidamente orientado sobre:

1. \_\_\_\_\_ Propósito de la entrevista según la Ley 150
2. \_\_\_\_\_ Proceso sobre la solicitud
3. \_\_\_\_\_ Proceso sobre la solicitud Gastos Supletorios (si aplica)
4. \_\_\_\_\_ Alcance del donativo que estoy solicitando
5. \_\_\_\_\_ Proceso de los pagos según aprobación por la Junta Evaluadora del Fondo
6. \_\_\_\_\_ Compromiso del solicitante
7. \_\_\_\_\_ Formulario Póliza de Seguro
8. \_\_\_\_\_ Formulario notas de progreso
9. \_\_\_\_\_ Compromiso del Terapias aural (si aplica)
10. \_\_\_\_\_ Certificación de No interés Pecuniario
11. \_\_\_\_\_ Autorización para usar o divulgar información de Salud Protegida
12. \_\_\_\_\_ Recibo Entrega de los requisitos de solicitud
13. \_\_\_\_\_ Explicación Relevo de Responsabilidad

En San Juan; Puerto Rico a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

**Recibí copia del documento sobre relevo de responsabilidad en el día de hoy.**

\_\_\_\_\_  
Paciente o Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Firma del Entrevistador – FSECR



FONDO ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS REMEDIABLES  
PO BOX 70184, SAN JUAN PR 00936-8184  
WWW.SALUD.GOV.PR (787) 765-2929 Ext. 3803



## FONDO PARA SERVICIOS CONTRA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS REMEDIABLES

RECIBO ENTREGA DE LOS REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DE ASISTENCIA ECONÓMICA

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Rep. FSECR: \_\_\_\_\_

Fecha de Entrevista: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Estoy solicitando ayuda económica con la intención de participar dentro de las regulaciones y requisitos del Fondo para Servicios contra Enfermedades Catastróficas (FSECR), del Departamento de Salud. Según, Ley 150 de 19 de agosto de 1996. Reconozco he sido debidamente orientado sobre la definición de "fraude y abuso" que ofrece este documento en conformidad con los criterios de elegibilidad de la Ley.

- **FRAUDE:** Engaño intencional o declaración falsa hecha por una persona, lo cual podría ocasionar algún beneficio no autorizado para sí mismo o alguna otra persona. Esto, incluye cualquier acto que constituye fraude bajo leyes federales o ley estatales.
- **ABUSO:** las prácticas de una persona o proveedor que son incompatibles con las prácticas fiscales, de servicios, o las prácticas médicas, que resultan en un costo innecesario. Lo anterior comprende acciones que resultan en un costo adicional hacia alguna compañía de seguros de salud, paciente, o en el reembolso por servicios que no son médicamente necesarios, que no cumplen con las normas profesionalmente reconocidas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) para el cuidado de la salud.

**INSTRUCCIONES:**

La siguiente lista de documentos tiene el propósito de solicitarle información como requisito de la ayuda económica que estará solicitando. Favor de gestionar cada uno de los requisitos incluidos. Al completar todos los documentos llame al (787) 765-2929 Ext. 3803 y solicitar su cita de entrevista para su petición.

\_\_\_\_\_ 1. **Carta del solicitante:** donde se presente detalladamente su solicitud de asistencia económica para cubrir el procedimiento médico (Si es menor de 21 años los padres y/o tutor presentan la solicitud). En el caso que un familiar represente al paciente debe presentar identificación con foto y carta de autorización. Esta solicitud debe incluir nombre, edad, dirección y teléfono, diagnóstico o condición médica, procedimiento indicado, hospital donde será realizado.

\_\_\_\_\_ 2. **Carta del médico especialista que lo refiere** emite solicitud, dirigida al Fondo Catastrófico con la siguiente información: *diagnóstico, indicaciones de procedimiento, resumen del caso, justificación del hospital al que recomienda sea referido y prognosis* (no se aceptarán copias de expedientes médicos). Las enfermedades catastróficas serán identificadas según definición del Índice de Enfermedades (ICD 10).

\_\_\_\_\_ 3. **Carta Aceptación:** Los pacientes que solicitan ayuda económica para trasplante de órganos deben proveer copia de la evaluación pre-trasplante y aceptación del comité evaluador. **Hospital en Estados Unidos: debe proveer carta de aceptación dirigida: al Fondo contra para Servicios contra Enfermedades Catastróficas.**

\_\_\_\_\_ 4. **Evidencia escrita por todos los componentes y costos:** Incluir los costos de la cirugía y/o procedimiento provisto por el hospital, anestesia, patología, etc. Según necesidad de acuerdo a los servicios que se requiere, según justificación de servicio que tenga el caso. Importante incluir el Código del Procedimiento según definición del Índice de Enfermedades. (ICD 10).

(VER CONTINUACIÓN AL DORSO DE ESTE DOCUMENTO)



DEPARTAMENTO DE SALUD

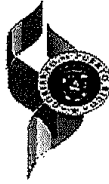


Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**COTEJO DE DOCUMENTOS**

REQUISITOS	ENTREGADO	PENDIENTE	NOTA
1. Carta Petición del Paciente o sus Familiares			
2. Evidencia Médica			
3. Evidencia del Costo y Código de Procedimiento			
4. Certificación Plan Médico			
Póliza de Seguro de Vida			
5. Tarjeta de Seguro Social			
6. Certificado de Nacimiento			
7. <input type="checkbox"/> Planilla Certificada <input type="checkbox"/> SC-2781 <input type="checkbox"/> SC-6088 <input type="checkbox"/> SC- 6096			
8. Evidencia Cuenta Pro-Fondos			
9. Foto			
10. a. INGRESOS Estado Situación Financiera			
PAN/TIANE			
ASUME			
Desempleo			
GASTOS			
b. Renta; Hipoteca; Justificación de vivienda (si aplica)			
Agua			
Luz			
Teléfono			
Préstamos			
c. Declaración Jurada			



**COPIA DEL EXPEDIENTE**

### RELEVO DE RESPONSABILIDAD

Al suscribir este documento; reconozco que fui debidamente orientado sobre el alcance del donativo que estoy solicitando. Que la Junta Evaluadora del Fondo para Servicios contra Enfermedades Catastróficas Remediabiles ha establecido que no pagará deudas contraídas, ni servicios médicos recibidos con anterioridad a mi petición y a la aprobación de la Junta; según establecido en las Resoluciones 002, Serie 2002-2003 y 004; Serie 2003-2004.

En San Juan; Puerto Rico a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Recibí copia del documento sobre relevo de responsabilidad en el día de hoy.

\_\_\_\_\_  
**Paciente o Representante Autorizado**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Entrevistador - FSECR**



Fondo para Servicios contra Enfermedades Catastróficas Remediabiles  
**Entrevista Inicial**

Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_

Fecha Completó Expediente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Lugar de Nac.: \_\_\_\_\_ Ciudad (Pueblo) - País  
Mes Día Año

Teléfono Residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico (E-mail): \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Municipio Código Postal (Zip Code)

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_ Municipio Código Postal (Zip Code)

Plan Médico Primario: \_\_\_\_\_ Plan Médico Secundario: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico que Refiere: \_\_\_\_\_ Núm. Licencia: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tratamiento y/o Solicitud: \_\_\_\_\_

**DESGLOSE DE SERVICIOS**

Ayuda Solicitada: \_\_\_\_\_

Costo del Servicio: \_\_\_\_\_

Gastos Supletorios: \_\_\_\_\_

Cuenta Pro-fondo: \_\_\_\_\_

Cuenta Ahorros: \_\_\_\_\_

Póliza: \_\_\_\_\_

Descripción	Cantidad
Ambulancia Aérea	
Anestesia	
Gastos Supletorios	
Hospital	
Implantes	
Médico	
Médico Asistente	
Otro:	

Hospital o Centro del Servicio: \_\_\_\_\_ Fecha del Tratamiento: \_\_\_\_\_

**TABLA DE COMPOSICIÓN FAMILIAR**

Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación	Ingreso Mensual

**GASTOS MENSUALES**

Hipoteca / Alquiler	Agua	Luz	Teléfono	Alimentos	Préstamos Personales	Educación (Escuela Niños)	Pensión Alimentaria	Otros Gastos	Total

Total de Ingresos: \_\_\_\_\_ Total de Gastos: \_\_\_\_\_ Sobrante Mensual: \_\_\_\_\_

Nombre y Título del Entrevistador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Acción Tomada:

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48

**REGLAMENTO NÚM. N/A**

**REGLAMENTO PARA EL FUNCIONAMIENTO Y LA ADMINISTRACIÓN DEL FONDO PARA SERVICIOS CONTRA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS REMEDIABLES Y SU JUNTA EVALUADORA**

**ARTÍCULO I. TÍTULO**

Este Reglamento se conocerá como "Reglamento para el Funcionamiento y la Administración del Fondo para Servicios contra Enfermedades Catastróficas Remediables y su Junta Evaluadora".

**ARTÍCULO II. BASE LEGAL**

Este Reglamento se adopta conforme a las disposiciones de la Ley Orgánica del Departamento de Salud, Ley Núm. 81 de 14 de marzo de 1912, según enmendada, y la Ley del Derecho a la Salud en Puerto Rico, Ley Núm. 150 de 19 de agosto de 1996, según enmendada, la cual crea el Fondo para Servicios contra Enfermedades Catastróficas Remediables como un ente adscrito al Departamento de Salud. Este Reglamento está exento de cumplir con la Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme de Puerto Rico, Ley Núm. 170 de 12 de agosto de 1988, según enmendada, según se establece en el Art. 17 de la Ley Núm. 150, supra.

**ARTÍCULO III. REGLAMENTACIÓN ANTERIOR**

Este Reglamento sustituye en su totalidad las disposiciones del Reglamento del Secretario de Salud Núm. 7913 de 20 de julio de 2010.

**ARTÍCULO IV. PROPÓSITO Y APLICABILIDAD**

El Fondo para Servicios contra Enfermedades Catastróficas Remediables del Departamento de Salud, en adelante "Fondo", tiene el propósito de ayudar a sufragar los costos de diagnóstico, tratamiento y gastos supletorios, a personas que padezcan de enfermedades catastróficas remediables, según definidas en este Reglamento, que carezcan de los recursos económicos para sufragar los gastos de su enfermedad.

Este Reglamento se aprueba con el propósito de establecer los criterios de elegibilidad de los solicitantes de la ayuda que provee el Fondo, así como para establecer las normas para su administración y el funcionamiento de la Junta Evaluadora.

**ARTÍCULO V. DEFINICIONES**

Para fines de este Reglamento, los siguientes términos tendrán el significado que a continuación se indica:

**1. *Enfermedad Catastrófica Remediable:***

- a. Enfermedad cuyo efecto previsible certificado por un médico, es la pérdida de la vida; para la cual la ciencia médica ha evidenciado con éxito que hay tratamiento que remedia dicha condición al extremo de salvar la vida del paciente; que ese tratamiento, incluyendo su diagnóstico, no sea cubierto o que sea cubierto parcialmente por los planes de seguro de salud disponibles en el mercado, Incluyendo el Plan de Seguro de Salud del Gobierno de Puerto Rico; y que el paciente o los Integrantes de su núcleo familiar o los obligados por ley a alimentar, carezcan de los recursos económicos para asumir los costos o los medios para obtener financiamiento en la banca privada.
- b. También significará aquellas enfermedades que no sean terminales pero que hayan ocasionado o puedan causar un impedimento de carácter permanente, que podría ser seriamente agravado de no intervenir la ciencia médica mediante un tratamiento que haya evidenciado que remedia o impide que se



1           agrave dicha condición. En este caso la Junta podrá autorizar ayuda mediante  
2           donativo, préstamo o una combinación de ambos para este paciente, siguiendo  
3           los requisitos que este Reglamento le impone. La Junta, sin embargo, no podrá  
4           autorizar la ayuda en este tipo de casos mientras esté pendiente la ayuda a  
5           personas cuyo padecimiento se define según lo dispuesto en el inciso (a)  
6           anterior.

7           c. Esta definición no incluye enfermedades epidémicas.

8           d. Las enfermedades catastróficas serán identificadas según la definición que de  
9           éstas haga el índice de Enfermedades ("International Classification of  
10          Diseases" ) en su versión más actualizada o el documento aplicable.

11          2. **Fondo:** Se refiere al Fondo para Servicios contra Enfermedades  
12          Catastróficas Remediabiles adscrito al Departamento de salud y creado al  
13          amparo de la Ley Núm. 150 de 19 de agosto de 1996.

14          3. **Junta Evaluadora:** Ente encargado de recibir y considerar las solicitudes de  
15          asistencia que se presentan al Fondo para Servicios contra Enfermedades  
16          Catastróficas Remediabiles y de establecer las normas de administración del  
17          Fondo.

18          4. **Gastos Supletorios:** Se entenderá que estos gastos podrán incluir el costo de  
19          transportación aérea y terrestre, alojamiento y dieta del paciente beneficiario y  
20          del familiar o tutor que le acompañe, siempre que estos gastos sean necesarios  
21          y razonables para que el paciente reciba el tratamiento y se autorice su  
22          desembolso al presentar evidencia de las facturas según dispuesto en el  
23          Reglamento.

24          5. **Núcleo familiar:** Personas que conviven con el paciente bajo el mismo techo o  
25          que lo reclaman como dependiente en la planilla de contribución sobre ingresos.

26          6. **Opinión Médica Autorizada:** Se refiere a la opinión del médico que atiende al  
27          paciente y de ser necesaria la opinión de un médico especialista en la materia de  
28          la cual se solicita el servicio.

29          7. **Paciente:** Persona para la que se solicita la asistencia del Fondo que cumpla con  
30          los criterios de elegibilidad establecidos en este reglamento.

31          8. **Recursos Económicos:** Incluye los recursos del paciente, los de su  
32          Núcleo familiar, y los de la persona obligada en ley a proveer alimentos

33          9. **Tratamiento Urgente y Necesario:** Se entenderá que incluye diagnósticos,  
34          intervenciones quirúrgicas y otros medios de tratamiento y servicios médicos, que  
35          de no proveerse a tiempo, podría afectar en todos los aspectos de la vida física  
36          del paciente. Se excluye de esta definición el equipo médico.

37          10. **Tutor:** Persona legalmente encargada del paciente y que asume responsabilidad  
38          legal por los compromisos asumidos con el Fondo y la Junta que lo administra.

## 39          **ARTÍCULO VI: JUNTA EVALUADORA DEL FONDO PARA SERVICIOS CONTRA** 40          **ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS REMEDIABLES**

### 41          **A. COMPOSICIÓN DE LA JUNTA EVALUADORA**

#### 42          1. MIEMBROS

43          a. La Junta Evaluadora estará compuesta por el Secretario de Salud o su  
44          representante designado, quien deberá ser médico; el Secretario del  
45          Departamento de la Familia o su representante designado; el Secretario de  
46          Hacienda o su representante designado; el Director Autoridad de Asesoría

- 1 Financiera y Agencia Fiscal de Puerto Rico, o su representante designado;  
2 el Presidente del Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico o su  
3 representante designado, quien deberá ser médico; y cuatro (4) miembros  
4 adicionales que serán nombrados por el Gobernador de Puerto Rico, con el  
5 consejo y consentimiento del Senado, de los cuales dos (2) serán  
6 representantes de la comunidad y dos (2) médicos especialistas o  
7 subespecialistas, con no menos de cinco (5) años de experiencia. Estos  
8 ocuparán dicha posición por un término de seis (6) años y uno de ellos  
9 ocupará el cargo de Presidente de la Junta por designación del Gobernador.
- 10 b. La Junta Evaluadora, a recomendación del Secretario de Salud, designará  
11 un Director Ejecutivo quien será miembro ex-oficio de la misma. El salario  
12 del Director Ejecutivo se establecerá mediante acuerdo adoptado entre la  
13 Junta y el Secretario de Salud.
- 14 c. El Secretario del Departamento de Salud solicitará a los Secretarios de  
15 Agencias la designación de un miembro alterno para sustituir a cualquier  
16 miembro permanente en aquellos casos en que sea necesario asegurar el  
17 "quórum" requerido.

## 18 **B. FUNCIONAMIENTO DE LA JUNTA EVALUADORA**

### 19 **1. REUNIONES**

#### 20 **a. Reuniones Ordinarias**

- 21 i. El Director Ejecutivo de la Junta Evaluadora someterá a la aprobación  
22 del Presidente un calendario de fechas para reuniones ordinarias  
23 mensuales, en las cuales se discutirán asuntos relacionados con la  
24 evaluación de las solicitudes, así como cualquier otro asunto del  
25 Fondo.

#### 26 **b. Reuniones Extraordinarias**

- 27 i. El Presidente de la Junta Evaluadora podrá convocar a reuniones  
28 extraordinarias para cualquier propósito, fijadas con fecha especial o  
29 de emergencia. Una mayoría absoluta de los miembros de la Junta  
30 Evaluadora podrá convocar a reuniones extraordinarias.

#### 31 **c. Modo de convocar**

- 32 i. Las convocatorias a reunión de la Junta Evaluadora serán presentadas por  
33 el Presidente con por lo menos una (1) semana de antelación.
- 34 ii. Las Convocatorias deberán hacerse mediante invitación escrita ya  
35 sea por correo postal o por correo electrónico y se dará seguimiento  
36 mediante llamada telefónica.

- 37 iii. La Convocatoria será firmada por el Director Ejecutivo de la Junta  
38 Evaluadora.

#### 39 **d. Quórum**

- 40 i. Se requerirá la presencia de cuatro (4) miembros de la Junta  
41 Evaluadora en la reunión para que pueda constituirse el quórum.

#### 42 **e. Votación**

- 43 i. Las decisiones de la Junta Evaluadora se tomarán por mayoría de los  
44 miembros presentes, excepto en casos de emergencia en donde se  
45 contactara al menos a dos miembros de junta evaluadora disponibles  
46 que sean médicos.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45

f. Asistencia

- i. Los miembros de la Junta Evaluadora están obligados a asistir a todas las reuniones a las que se le convoque. Las ausencias reiteradas de un miembro de la Junta permitirán la recomendación del Presidente al Secretario del Departamento de Salud para que declare vacante el cargo y designe un nuevo miembro. Las ausencias por enfermedad, por vacaciones o las autorizadas por el Presidente no se contarán para los efectos de esta disposición. *Se mantendrá un Registro de la Asistencia de los miembros de la Junta Evaluadora custodiado por el o la Director(a) Ejecutivo(a).* El Presidente de la Junta Evaluadora lo utilizará cuando sea necesario recomendar que se declare una vacante o cuando así se le requiera.

2. INFORMES DE RESOLUCIÓN

- a. Las decisiones de la Junta Evaluadora sobre las solicitudes ante su consideración, se documentarán en un escrito titulado "Informe de Resolución". Este informe deberá ser firmado por todos los miembros que participaron en la decisión tomada. Cualquier miembro podrá emitir un voto disidente, el cual formará parte del expediente. El Informe de Resolución deberá contener la siguiente información:

- i. Nombre del Paciente
- ii. Número de expediente, edad
- iii. Diagnóstico del paciente
- iv. Fecha de solicitud del paciente
- v. Médico que refiere al paciente
- vi. Lugar a llevar a cabo el procedimiento
- vii. Fecha de aprobación
- viii. Solicitud específica (procedimiento a llevar a cabo)
- ix. Cantidad de dinero aprobada para el procedimiento
- x. Acción de la Junta sobre elegibilidad (aprobado /denegado)
- xi. Fecha acción tomada por la Junta
- xii. Firmada de los miembros de la Junta presentes

3. ACUERDOS DE LA JUNTA

- a. Toda la decisión de la Junta Evaluadora que no conlleve aceptación constará en un documento denominado "Acuerdo". Todo "Acuerdo" contendrá la siguiente información:
  - i. Nombre de los miembros asistentes
  - ii. Fecha, hora y lugar de la reunión
  - iii. Asuntos discutidos
  - iv. Breve exposición del acuerdo
  - v. Resumen de votación
  - vi. Certificación por el Director Ejecutivo con el Visto Bueno del Presidente
- b. Los acuerdos estarán recogidos en un Acta de la Junta que incluya los asuntos discutidos en la reunión y los acuerdos establecidos.

## C. FUNCIONES, DEBERES Y RESPONSABILIDADES DE LA JUNTA EVALUADORA

La Junta Evaluadora tendrá los siguientes deberes y funciones:

1. Recibir y considerar las solicitudes de asistencia del Fondo y emitir respuesta en un término no mayor de treinta (30) días calendario luego de que el paciente someta toda la documentación requerida.
2. Evaluar la condición médica del paciente a tenor con el expediente médico provisto por éste y del criterio necesario, requerir una segunda opinión o asesoría a un especialista o subespecialista. Cuando la Junta requiera el peritaje consignado en el párrafo anterior, contará con la cooperación gratuita de médicos especialistas o subespecialistas, miembros de las distintas secciones del Colegio de Médicos y Cirujanos de Puerto Rico, de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 5 de la Ley Núm. 77 de 13 de agosto de 1994, según enmendada. En este caso, el Colegio de Médicos Cirujanos asignará a dicho especialista o subespecialista, quien deberá, dentro de los diez (10) días siguientes a la petición inicial de la Junta, concluir su estudio del caso. Este término podrá ser prorrogado, si el médico asignado por el Colegio de Médicos Cirujanos así lo entiende. Cualquier análisis, prueba o estudio que requiera dicho médico con el propósito de lograr una determinación, será pagado por la Junta Evaluadora con cargo al Fondo. Bajo ningún concepto se entenderá o interpretará que al evaluar la condición médica del paciente, los médicos de la Junta o aquellos asignados por el Colegio de Médicos, según sea el caso, evaluarán la capacidad del médico que suscribió el expediente médico en primera instancia.
3. Determinar si la condición de salud del paciente solicitante cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos en este Reglamento.
4. Evaluar la condición socio económica y financiera de los pacientes que solicitan asistencia del Fondo y de los integrantes de su núcleo familiar. Para estos propósitos y de ser necesario, el Banco de Desarrollo Económico (BDE) estará obligada a ofrecer apoyo a la Junta cuando esta así lo requiera. Cualquier requerimiento de esta índole deberá ser tramitado al BDE en un término menor de diez (10) días laborables. Los siguientes documentos se utilizan para el proceso de elegibilidad, evaluación y adjudicación de ayuda al solicitante:
  - a. Entrevista inicial
  - b. Autorización para usar o divulgar información de salud protegida (PHI)
  - c. Recibo de entrega de los requisitos para la solicitud de asistencia económica
  - d. Certificación de no interés pecuniario o relación con miembros o servidor público de FSECR.
  - e. Relevé de responsabilidad
  - f. Compromiso del solicitante
  - g. Certificación del solicitante de póliza de seguro de salud
  - h. Certificación del solicitante de póliza de seguro complementarios enfermedades perniciosas, cáncer, cardíaco, etc.
  - i. Certificación de revisión de certificado de nacimiento original.
  - j. Toda persona extranjera que (i) haya residido en Puerto Rico por un periodo mayor a dos (2) años; (ii) que no posea una tarjeta de seguro social ni un documento que verifique que no es elegible o no se le aplica asignarle un número de seguro social; y (iii) que no posea documentación que demuestre que es ciudadano de los Estados Unidos de América, o documentación expedida por el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos de América (United States Citizenship and Immigration Services) que autorice su presencia en los Estados Unidos de América, podrá remitir

- 1 Poseer un pasaporte vigente de su país de ciudadanía o una identificación  
2 consular vigente expedida por un consulado de su país de ciudadanía con  
3 el propósito de identificar a la persona. Para que la identificación consular  
4 sea válida, ésta deberá contener el nombre, fecha de nacimiento, foto y firma  
5 de la persona, así como la fecha de expedición y de expiración de la  
6 identificación. Además, para que la identificación consular sea válida, el  
7 consulado que la expide deberá requerir a la persona prueba de su  
8 ciudadanía e identidad. La identificación consular deberá ser debidamente  
9 certificada por la autoridad consular o competente y deberá estar traducida  
10 al español o inglés.
- 11 k. Hoja de cotejo - carta médica
- 12 l. Tabla de Gastos Supletorios
- 13 m. Hoja de cotejo de documentos
- 14 n. Notas de progreso de casos - confidencial
- 15 5. Determinar si el paciente cumple con los requisitos de tipo económico  
16 establecidos en este Reglamento.
- 17 6. Los pagos de procedimientos se harán después del recibo de las facturas,  
18 verificación del uso y disposición de las cantidades de dinero solicitadas y  
19 aprobadas. Serán certificadas por el contable y la Directora Ejecutiva. De tener  
20 el paciente un seguro complementario, una vez el FSECR realice el desembolso  
21 de los costos de tratamiento del beneficiario, debe reclamar a la aseguradora  
22 del paciente, el reembolso de dichos costos, o lo que aplique.
- 23 7. Autorizar el pago de gastos supletorios al paciente y a un (1) familiar o tutor de  
24 éste, cuando a juicio de la Junta, esos gastos sean necesarios para que el  
25 paciente reciba el diagnóstico y tratamiento. Estos gastos supletorios podrán  
26 incluir el costo de transportación, dietas y alojamiento. El monto de la cantidad  
27 de dinero otorgado se haría siguiendo la Lista de Criterios de Gastos  
28 Supletorios. El reembolso se hará una vez el solicitante cumplimente la Tabla  
29 de Gastos Supletorios provista por la Junta y además, sean presentados los  
30 recibos y verificado el uso y disposición de las cantidades de dinero solicitadas  
31 y aprobadas. La verificación se hará por el contable y la Directora Ejecutiva. El  
32 tope de gastos supletorios será de \$4,500.00 dólares.
- 33 8. Adoptar un sello.
- 34 9. Solicitar el asesoramiento técnico de recursos internos o externos cuando sea  
35 necesario.
- 36 10. Adoptar las normas y procedimientos internos gubernamentales.
- 37 11. Establecer las normas, guías y procedimientos para garantizar el funcionamiento  
38 adecuado del Fondo.
- 39 12. Mantener un registro de todas aquellas instituciones en y fuera de Puerto Rico  
40 debidamente reconocidas que llevan a cabo procedimientos relacionados a  
41 tratamientos dirigidos a tratar enfermedades o padecimientos terminales. Se ha  
42 establecido un tope de \$350,000 por año natural para gastos médicos y  
43 hospitalarios para el paciente sujeto a la asignación presupuestaria.
- 44 13. Negociar con las instituciones médicas, en o fuera de Puerto Rico, que realizan  
45 diagnósticos y tratamientos, el costo de estos con el fin de abaratar el mismo.
- 46 14. Certificar anualmente al Secretario (a) de Hacienda un estimado de los recursos  
47 necesarios para cumplir con los propósitos de la Ley Núm. 150 de 19 de agosto  
48 de 1996.
- 49 15. Certificar anualmente al Director (a) de la Oficina de Gerencia y Presupuesto un

- 1 estimado de los recursos necesarios para cumplir con los propósitos de la Ley  
2 Núm. 150 de 19 de agosto de 1996.
- 3 16. Tendrá a su cargo todos los poderes, deberes, funciones, facultades, contratos,  
4 obligaciones, privilegios y dinero del Fondo de Tratamientos Médicos de  
5 Emergencia para Pacientes Indigentes, creado por la Ley Núm. 11 de 5 de  
6 octubre de 1979, la cual fue derogada por la Ley Núm. 150 de 19 de agosto de  
7 1996.
- 8 17. La Junta Evaluadora será responsable por la coordinación de actividades  
9 dirigidas a gestionar fondos o donativos de organizaciones privadas para los  
10 propósitos de la Ley Núm. 150 de 19 de agosto de 1996.
- 11 18. Realizar todas aquellas funciones dirigidas a cumplir los propósitos de la Ley  
12 Núm. 150 de 19 de agosto de 1996, que no sean contrarias a ninguna ley, regla  
13 o reglamento, ni a las buenas normas de administración pública.

#### 14 **D. FACULTADES Y DEBERES DEL PRESIDENTE DE LA JUNTA EVALUADORA**

15 El Presidente de la Junta Evaluadora tendrá los siguientes deberes y funciones:

- 16 1- Asegurar el funcionamiento normal de la Junta  
17 2. Presidir los procedimientos de la Junta  
18 3. Representar a la Junta Evaluadora en cualquier foro  
19 4. Convocar y presidir las funciones de la Junta Evaluadora  
20 5. Recomendar al Secretario de Salud el nombramiento del Director Ejecutivo de la  
21 Junta Evaluadora y del Fondo para Servicios contra Enfermedades Catastróficas  
22 Remediabiles.  
23 6. Cumplir con todas las funciones y deberes inherentes a su cargo, o que  
24 expresamente se mencionen en otras disposiciones de este Reglamento.

#### 25 **E. FACULTADES Y DEBERES DIRECTOR EJECUTIVO DE LA JUNTA EVALUADORA**

26 El Director Ejecutivo de la Junta Evaluadora, tendrá los siguientes deberes:

- 27 1. Recomendar al Presidente de la Junta Evaluadora los nombramientos del  
28 personal de apoyo que necesite para poder llevar a cabo sus funciones, tales  
29 como oficinista, secretaria, mensajero y otros. El Director Ejecutivo de la Junta  
30 Evaluadora responderá directamente al Presidente de la Junta en aquellos  
31 asuntos referentes a ésta, pero en el ámbito administrativo responderá al  
32 Departamento de Salud.  
33 2. Custodiar todos los libros, expedientas y documentos de la Junta Evaluadora.  
34 3. Mantener un registro de toda la correspondencia recibida o que despacha la  
35 Junta Evaluadora.  
36 4. Asegurar la tramitación adecuada de los asuntos de la Junta Evaluadora.  
37 5. Notificar las convocatorias del Presidente de la Junta Evaluadora para reuniones  
38 ordinarias o extraordinarias.  
39 6. Notificar las aprobaciones y acuerdos de la Junta Evaluadora a las partes  
40 interesadas.  
41 7. Certificar los acuerdos y aprobaciones así como cualquier otro documento de la

- 1 Junta Evaluadora.
- 2 8. Custodiar el sello de la Junta Evaluadora.
- 3 9. Redactar las actas, acuerdos, aprobaciones, minutas e informes para la  
4 aprobación del Presidente de la Junta Evaluadora,
- 5 10. Someter un informe trimestral a la Junta Evaluadora y al Secretario de!  
6 Departamento de Salud o su representante autorizado sobre aquellas solicitudes  
7 recibidas.
- 8 11. Someter todos los informes y recomendaciones adicionales que le solicite el  
9 Secretario de Salud o su representante autorizado.
- 10 12. Asistir junto al Presidente a reuniones donde se convoque para discutir asuntos  
11 inherentes y relacionados con la Junta Evaluadora.
- 12 13. Orientar a los solicitantes.
- 13 14. Cumplir con todas las funciones y deberes inherentes a su cargo que  
14 expresamente se mencione en otras disposiciones de este Reglamento, así  
15 como cualquier gestión relacionada, asignada por el Secretario de Salud.
- 16 15. Dirigir toda labor administrativa que genera la Junta Evaluadora del Fondo, para  
17 cumplir con las funciones delegadas en la Ley que crea el Fondo para Servicios  
18 contra Enfermedades Catastróficas Remediabiles.
- 19 16. Recibir y enumerar todas las solicitudes de asistencia económica a ser  
20 presentadas para evaluación al Fondo en un Reporte de casos sin evaluar.
- 21 17. Verificar que los documentos requeridos a los pacientes estén completos, previo  
22 a la consideración del caso en la Junta Evaluadora.
- 23 18. Preparar los documentos (administrativos, fiscales y presupuestarios) que  
24 garanticen el pago a los diferentes proveedores de servicios médicos y de  
25 transportación aérea a los pacientes.
- 26 19. Coordinar servicios con el personal directivo y administrativo de instituciones  
27 médicas privadas, tanto de Puerto Rico como del extranjero, que brinden  
28 servicios médicos a los pacientes de enfermedades catastróficas remediabiles.
- 29 20. Llevar a cabo los trámites de contabilidad interna correspondientes a la  
30 utilización del dinero asignado al Fondo.
- 31 21. Redactar y presentar los informes que el Departamento de Salud requiera.
- 32 22. Está obligado a entregar a la Legislatura y al Ejecutivo informes sobre el uso de  
33 los fondos asignados para los servicios médicos a pacientes que se benefician  
34 del Fondo.

35 **ARTÍCULO VII. SOLICITUDES AL FONDO PARA SERVICIOS CONTRA ENFERMEDADES**  
36 **CATASTRÓFICAS REMEDIABLES**

37 Toda persona interesada en recibir asistencia del Fondo para Servicios contra  
38 Enfermedades Catastróficas Remediabiles deberá presentar su solicitud a la Junta  
39 Evaluadora acompañado por los documentos establecidos en este Reglamento.

40 **A. INFORMACIÓN REQUERIDA EN LA SOLICITUD:**

- 41 1. La Junta Evaluadora requerirá todos los documentos que entienda necesarios

- 1 para certificar la elegibilidad del solicitante conforme a los criterios establecidos  
2 en este Reglamento.
- 3 2. Si la solicitud estuviera incompleta, se deberá notificar al solicitante para que  
4 éste responda y presente el documento que falta en un término no mayor de  
5 diez (10) días laborables.
- 6 3. La Junta podrá requerir, de entenderlo necesario:
- 7 a. copia de las últimas cinco (5) planillas de contribución sobre ingresos,  
8 b. un informe de crédito de una institución dedicada a proveer dicho servicio,  
9 c. evidencia de deudas, obligaciones y gastos; y  
10 d. cualquier otro documento necesario para determinar la elegibilidad del  
11 paciente.
- 12 4. La información financiera provista por toda persona interesada en recibir  
13 asistencia del Fondo será confidencial y sólo se utilizara para determinar la  
14 elegibilidad del paciente solicitante.
- 15 5. Es responsabilidad de las personas interesadas en recibir asistencia del Fondo  
16 cumplir con aquellos requerimientos relacionados con la solicitud que hacen  
17 ante la Oficina de la Junta Evaluadora.
- 18 6. La Junta Evaluadora no aceptara solicitudes de ayuda económica que sean  
19 exclusivamente para equipo.
- 20 7. Si, al transcurrir doce (12) meses de aprobada la solicitud, la condición del  
21 paciente no le permita recibir el tratamiento médico los dineros aprobados  
22 retornarán al Fondo. Sin embargo, si en el futuro necesita la ayuda económica,  
23 el paciente presentará una nueva solicitud para ser considerada con la  
24 documentación que la Junta Evaluadora del Fondo para Servicios contra  
25 Enfermedades Catastróficas Remediabes le solicite

## 26 **B. REGISTRO DE SOLICITANTES**

27 La Oficina de la Junta Evaluadora mantendrá un Registro de Solicitudes debidamente  
28 organizado con toda aquella información significativa sobre personas-pacientes que  
29 solicitan asistencia del Fondo para recibir los servicios.

## 30 **C. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR ASISTENCIA DEL FONDO**

31 Sera elegible para la asistencia del Fondo para Servicios contra Enfermedades  
32 Catastróficas Remediabes, toda persona que reúna los siguientes requisitos:

- 33 1. Que padezca una enfermedad catastrófica según se define en el presente  
34 Reglamento.
- 35 2. Que su médico certifique que le consta la condición y que la ciencia médica haya  
36 evidenciado con éxito que hay tratamiento que remedie dicha condición al  
37 extremo de salvar la vida del paciente.
- 38 3. Que el tratamiento es urgente y necesario y el mismo sea certificado por el  
39 médico especialista en su condición.
- 40 4. Que el tratamiento se ofrezca en los territorios de la nación americana.
- 41 5. Que dicho tratamiento, incluyendo su diagnóstico, no sea cubierto o que sea  
42 cubierto parcialmente por los planes de seguro de salud disponibles en el  
43 mercado general, incluyendo el Plan de Seguro de Salud del Gobierno de Puerto  
44 Rico. El paciente proveerá una certificación de su plan médico en el cual  
45 establezca que el diagnóstico y tratamiento no es cubierto por dicho plan.
- 46 6. Que el paciente, los integrantes de su núcleo familiar o los obligados por ley a  
47 alimentar al paciente carezcan de los recursos económicos para sufragar los



1 gastos médicos o supletorios y de los medios para lograr financiamiento en la  
2 banca privada. Paciente presentará evidencia de las planillas rendidas y de no  
3 tener los medios para un financiamiento en la banca privada o evidencia de que  
4 ese financiamiento le ha sido denegado.

5 7. Que haya sido domiciliado en Puerto Rico durante, por lo menos, dos (2) años  
6 antes de solicitar asistencia. En el caso de que el paciente sea menor de dos  
7 (2) años de edad, para efectos del cumplimiento de este requisito, se tomará en  
8 consideración el tiempo que sus padres o tutores legales hayan residido en  
9 Puerto Rico. Se exceptúa de esta disposición aquellas personas que, con el  
10 único propósito de recibir tratamiento médico, hayan residido temporariamente  
11 fuera de Puerto Rico y que, debido a su condición, necesiten trasladarse  
12 nuevamente a recibir tratamiento médico y no dispongan de los recursos  
13 económicos para recibir dicho tratamiento ni cubrir los gastos supletorios  
14 asociados al mismo.

15 8. Que acepte y cumpla con los términos y condiciones que le requiera la Junta y  
16 que acepte relevar a la Junta, a sus miembros y al Estado Libre Asociado de  
17 Puerto Rico de cualquier responsabilidad por los resultados del diagnóstico o  
18 del tratamiento a ser utilizado.

19 9. Que acepte exonerar de responsabilidad a la Junta Evaluadora por la decisión  
20 tomada en la evaluación de su solicitud.

21 10. Que acepte y cumpla con someterse a cualquier otro examen médico que sea  
22 requerido por la Junta Evaluadora.

23 11. Que acepte y cumpla la cesión y traspaso al Fondo de todos los sobrantes de  
24 donativos que reciba, sean voluntarios o solicitados por el paciente en su  
25 condición de enfermedad catastrófica, recibido con anterioridad durante o con  
26 posteridad al tratamiento recibido.

27 12. Que autorice a la Junta Evaluadora para obtener toda la información pertinente  
28 a su solicitud.

#### 29 **D. EVALUACION DE LAS SOLICITUDES**

30 La Junta Evaluadora considerará con rapidez la solicitud, cuando entienda que la  
31 misma cumple con los requisitos médicos y económicos de esta Ley y procederá  
32 a determinar lo siguiente:

33 1. Que la institución hospitalaria en o fuera de Puerto Rico, que recomendó el médico  
34 del paciente está reconocida por la Junta Evaluadora. De no estar en el registro  
35 de la Junta la institución recomendada, la Junta podrá reconocer la misma y optar  
36 por autorizar el diagnóstico y tratamiento en algunas de aquellas que haya  
37 reconocido con anterioridad. Cuando los servicios o tratamientos indicados por el  
38 médico, estén disponibles en Puerto Rico, se favorecerá que los mismos se  
39 realicen en instituciones hospitalarias locales. La Junta Evaluadora se reserva el  
40 derecho de enviar al paciente a cualquier institución hospitalaria, recomendada y  
41 aprobada por ésta y no a aquella específica que el paciente o médico haya  
42 solicitado o recomendado.

43 2. Que la asignación a otorgarse al paciente para el tratamiento, incluyendo los gastos  
44 supletorios, se haga de acuerdo al costo del diagnóstico y tratamiento.

45 3- Que el paciente y los integrantes de su núcleo familiar o los obligados por ley a  
46 alimentar carezcan de los recursos económicos o de otra índole incluyendo los  
47 medios para obtener financiamiento total o parcial en la banca privada para  
48 sufragar total o parcialmente el costo del diagnóstico y tratamiento recomendado.

49 4- La autorización, con cargo al Fondo, ya sea mediante donativo, préstamo, o una  
50 combinación de ambos, de toda aquella cantidad de dinero que sea necesaria para  
51 sufragar los gastos del diagnóstico y tratamiento y los gastos supletorios. En  
52 aquellos casos en que determine que proceda en calidad de donativo asistencia  
53 total del Fondo, debe autorizar el pago del diagnóstico y tratamiento, incluyendo

- 1 los gastos supletorios que entienda procedentes y autorizar el desembolso  
2 inmediatamente, el cual se efectuara de acuerdo con el presente reglamento.
- 3 5- Si de la evaluación del caso se desprende que el paciente o los integrantes de su  
4 núcleo familiar pueden sufragar parcialmente el diagnóstico y tratamiento, la Junta  
5 Evaluadora deberá autorizar el desembolso de la cantidad restante para sufragar  
6 el costo total del diagnóstico y tratamiento, incluyendo los gastos supletorios, que  
7 entienda procedentes y podrá autorizar dicho desembolso en calidad de donativo,  
8 préstamo, o una combinación de ambos.

#### 9 **E. GUIAS ÉTICAS GENERALES PARA LA TOMA DE DECISIONES**

- 10 1. El solicitante de ayuda económica debe cumplir con todos los requisitos  
11 establecidos por la Ley que creó el Fondo para Servicios contra Enfermedades  
12 Catastróficas Remediabiles.
- 13 2. La asignación de fondos al ciudadano-paciente no responderá a presiones externas,  
14 ajenas a la encomienda ética del Fondo.
- 15 3. La asignación de fondos se autorizará en función de la información del diagnóstico,  
16 pronóstico, remediabilidad y urgencia del caso.
- 17 4. Cuando haya dudas en torno a cómo interpretar los datos de algún caso, la Junta  
18 Evaluadora aplicará su discreción de solicitar segundas opiniones a profesionales  
19 autorizados, cuya pericia ayude a los miembros de la Junta a tomar decisiones  
20 mejor informadas.
- 21 a) Los miembros de la Junta, de los que se entienda que pudieran  
22 exponerse a una situación de apariencia de posibles conflictos de  
23 intereses, se abstendrán de participar en la toma de decisión sobre el  
24 caso en cuestión.
- 25 b) Si respecto a un caso particular, algún miembro de la Junta expresara  
26 tener reservas, deberá exponer clara y honestamente en que consiste  
27 sus reservas de modo que la decisión final tenga el beneficio de  
28 consenso reflexivo éticamente sustentable.
- 29 c) La información y deliberación que sobre un caso se exprese en las  
30 reuniones de la Junta, así como las expresiones de cualquier persona  
31 invitada a estar presente, serán de naturaleza confidencial. Esto significa  
32 que, por ningún motivo la información debe trascender fuera del salón de  
33 reuniones.
- 34 d) Cuando no haya unanimidad con la decisión que haya que tomar en un caso  
35 particular, la Junta la tomará mediante decisión mayoritaria.

#### 36 **F NOTIFICACION DE NO ELEGIBILIDAD**

- 37 De determinar la Junta Evaluadora que el paciente no es elegible, notificara de ello  
38 con no más de 10 días laborables al paciente o al tutor.

#### 39 **ARTÍCULO VIII. PROHIBICIÓN DE DISCRIMEN**

- 40 El Departamento de Salud, la Junta Evaluadora o sus funcionarios o empleados, no  
41 podrán discriminar en la concesión de beneficios por motivo de raza, color, sexo, edad,  
42 nacimiento, matrimonio, orientación sexual real o percibida, género, identidad de  
43 género, orientación nacional, o condición social, estado civil, ni ideas políticas o  
44 religiosas, por ser víctima o ser percibida como víctima de violencia doméstica,  
45 agresión, agresión sexual o acecho, impedimento físico o condición de veterano.

46

## 1 ARTÍCULO IX. PRÉSTAMOS

2 La concesión de préstamos se regirá por las siguientes normas:

- 3 1. El préstamo a los pacientes o familiares que puedan sufragar parcialmente  
4 el diagnóstico y tratamiento autorizado será a una tasa de interés igual a la  
5 mitad del interés prevaleciente en el mercado, según certificado por el  
6 Comisionado de Instituciones Financieras, al comenzar el paciente el pago  
7 de las mensualidades de dicho préstamo.
- 8 2. El plan de pago y demás condiciones del préstamo estarán consignados en  
9 un Acuerdo o Contrato de préstamo. El paciente comenzará a pagar las  
10 mensualidades de dicho préstamo, según establecido en dicho acuerdo. un  
11 año después del tratamiento, independientemente del resultado del mismo.  
12 No obstante, si la persona responsable por el pago del préstamo es el  
13 paciente y éste queda incapacitado, éste no tendrá que pagar el mismo. Si  
14 el responsable de hacer los pagos es su tutor u otra persona encargada,  
15 ésta deberá hacer los pagos según acordado en el acuerdo o contrato.
- 16 3. El Acuerdo o Contrato establecerá si se requerirá que el paciente, su tutor  
17 o la persona obligada por el préstamo llene un documento para autorizar al  
18 Secretario de Hacienda a realizar descuentos de nómina o si se establecerá  
19 de otra forma el abono mensual de los pagos de dicho préstamo.
- 20 4. Los fondos que se reciban por este concepto ingresarán en una cuenta  
21 especial en el Departamento de Hacienda y sus recaudos serán transferidos  
22 anualmente al Fondo, incluyendo principal e intereses.
- 23 5. Cuando la Junta establezca un plan de pagos, deberá hacerlo tomando en  
24 consideración que el mismo no afecte dramáticamente la capacidad  
25 económica del deudor para continuar con sus obligaciones económicas y  
26 las que conllevara la recuperación o mantenimiento del paciente  
27 intervenido. Los planes de pago para préstamos podrán extenderse de uno  
28 (1) a quince (15) años. Ningún plan de pagos tendrá vigencia hasta por lo  
29 menos, doce (12) meses después del tratamiento o intervención realizada  
30 al paciente. La Junta Evaluadora, previo estudio y consideración socio  
31 económica del caso, a motu propio o por solicitud del paciente o la persona  
32 deudora, podrá cancelar en cualquier momento o re-evaluar el monto del  
33 pago o cancelar el balance pendiente en algún plan de pago para préstamo  
34 establecido por acuerdo a lo dispuesto en este inciso.

## 35 ARTÍCULO X. FONDOS SOBRANTES

36 El remanente del Fondo que al cierre de cada año fiscal la Junta Evaluadora no  
37 haya utilizado o comprometido, permanecerá en el Fondo para Servicios contra  
38 Enfermedades Catastróficas Remediabiles. Igualmente, al cierre de cada año  
39 fiscal, el balance depositado en la cuenta especial del Departamento de Hacienda,  
40 será transferido al Fondo para Servicios contra Enfermedades Catastróficas  
41 Remediabiles sin menoscabo de la cantidad que anualmente se asigna a dicho  
42 fondo.

## 44 ARTÍCULO XI. DONATIVOS DEDUCIBLES

45 Las aportaciones de individuos, corporaciones y sociedades al Fondo, serán  
46 deducibles según lo dispuesto para los Donativos para Fines Caritativos y otras  
47 Aportaciones en la Ley Núm. 120 de 31 de octubre de 1994, según enmendada,  
48 conocida como el "Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 1994".

49 Los empleados y funcionarios del Gobierno de Puerto Rico, incluyendo las  
50 corporaciones públicas y los municipios podrán aportar voluntariamente la  
51 cantidad mínima de un (\$1.00) dólar al Fondo. Dicha aportación se hará mediante  
52 descuento directo y podrá ser deducida en la planilla de contribución sobre

1 ingresos hasta un máximo de cien (100) dólares por año contributivo.

2 **ARTÍCULO XII. SEPARABILIDAD**

3 Las disposiciones de este Reglamento son separables entre si y la nulidad de una  
4 o más secciones o artículos no afectaran a las otras, las que pudran ser aplicadas  
5 independientemente de las declaradas nulas.

6 **ARTÍCULO XIII. ENMIENDAS**

7 Este Reglamento podrá ser enmendado por recomendación de la Junta  
8 Evaluadora, con la aprobación del Secretario de Salud o a solicitud del Secretario  
9 del Departamento de Salud cuando sea necesario. Para toda enmienda propuesta  
10 deberá cumplirse con los requisitos de las leyes que apliquen al momento de la  
11 enmienda.

12 **ARTÍCULO XIV. VIGENCIA**

13 Este Reglamento estará en vigor inmediatamente después de su aprobación.

14 En San Juan, Puerto Rico, hoy \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

15

16  
17  
18

---

Secretario  
Departamento de Salud



**PLAN DE ACCIÓN CORRECTIVA**

Número del informe de auditoría o especial: DA-21-13      Número de unidad: 2235      Nombre de la entidad auditada: Departamento de Salud

Fecha del informe de auditoría o especial: 1 de marzo de 2023      Período auditado: 1 de enero de 2016 al 30 de septiembre de 2020

Indique el informe que remite:       PAC       ICP - 3      Indique si incluye anejo/s:       Sí       No

Funcionario de enlace: Dra. Roxana Martínez      Puesto: Directora Ejecutiva Junta Evaluadora FSECR      Teléfono: (787) 567-7616

Funcionario principal o su representante autorizado: Dr. Carlos Mellado      Puesto: Secretario de Salud      Teléfono: \_\_\_\_\_

**CERTIFICO QUE ESTA INFORMACIÓN ES CORRECTA Y COMPLETA**

*[Firma]*  
 Firma del funcionario principal o su representante autorizado

Fecha: 1 de marzo del 2023

RECOMENDACIÓN	ACCIÓN CORRECTIVA	PERSONA O ÁREA RESPONSABLE	FECHA DE IMPLANTACIÓN	ESTATUS DE LA RECOMENDACIÓN
A. Actualizar el Reglamento de la Junta Evaluadora del Fondo contra Enfermedades Catastróficas Remediabiles conforme a los cambios operacionales del Fondo	Se somete copia actualizada del Reglamento Para el Funcionamiento y la Administración del Fondo Para Servicios Contra Enfermedades Catastróficas Remediabiles y su Junta Evaluadora.	Dra. Roxana Martínez	1/3/23	Cumplimentada
1) Criterios de elegibilidad para otorgamiento de préstamos a solicitantes.	Se incluye Reglamento con criterios de elegibilidad para el otorgamiento de préstamos a solicitantes.	Dra. Roxana Martínez junto a la Junta Evaluadora FSECR.	1/3/23	Cumplimentada
2) a. Documentación requerida sobre los requisitos de personas no residentes.	Documentos redactados.	Ledo. Elinud Rivera de Jesús (Oficina de Asesores Legales Dpto. de Salud)	6/29/22	Cumplimentada
2) b. El desembolso de gastos supletorios para establecer el límite de pago y la documentación requerida.	Redactar documento para el desembolso de gastos supletorios para establecer el límite de pago y la documentación requerida: Se establece el límite aprobado mediante Resolución de la Junta de \$4,500. Además, se establece que el solicitante deberá cumplir la tabla de gastos supletorios que provee la Junta y someter evidencia de gastos (recibos, facturas, etc.)	Dra. Roxana Martínez	6/29/22	Cumplimentada

(Véanse instrucciones al final).

**PLAN DE ACCIÓN CORRECTIVA**

Número del informe de auditoría o especial: \_\_\_\_\_ Número de unidad: \_\_\_\_\_ Nombre de la entidad auditada: \_\_\_\_\_  
 Fecha del informe de auditoría o especial: \_\_\_\_\_ Período auditado: \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

RECOMENDACIÓN	ACCIÓN CORRECTIVA	PERSONA O ÁREA RESPONSABLE	FECHA DE IMPLANTACIÓN	ESTATUS DE LA RECOMENDACIÓN
2) c. La formalización de acuerdos con los hospitales, sobre los costos, códigos y tratamientos a los beneficiarios.	Redactar documento de formalización de acuerdos con los hospitales sobre los costos, códigos y tratamientos a los beneficiarios: Se han establecido acuerdos tarifarios con los hospitales en cuanto a costos de tratamiento.	Dra. Roxana Martínez		Cumplimentada
2) d. La reclamación a seguros complementarios, correspondiente a los costos de tratamiento del beneficiario pagados por el Fondo, para establecer la identificación de casos y seguimiento de estos, entre otros.	Redactar documento para establecer los procedimientos relacionados a la reclamación de seguros complementarios correspondiente a los costos de tratamiento del beneficiario pagados por el Fondo, para establecer la identificación de casos y el seguimiento de estos: Mediante la Certificación del Solicitante de Póliza de Seguro, el beneficiario brinda la información pertinente a la cubierta de seguro complementario, si alguna; autoriza al Fondo a obtener cualquier otra información que sea necesaria de parte de la aseguradora y; se compromete a llevar a cabo todo trámite necesario para la reclamación relacionada al reembolso por los costos de servicios cubiertos por el FSECR.	Dra. Roxana Martínez		Cumplimentada
3) Los siguientes documentos o formularios que se utilizan para el proceso de elegibilidad, evaluación y adjudicación de ayuda al solicitante: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista inicial</li> <li>• Autorización para usar o divulgar información de salud protegida (PHI)</li> <li>• Recibo de entrega de los requisitos para la solicitud de asistencia económica</li> </ul>	Los documentos solicitados por la Auditoría fueron redactados y remitidos a la Oficina del Contralor.	Dra. Roxana Martínez		Cumplimentada

(Véanse instrucciones al final).

**PLAN DE ACCIÓN CORRECTIVA**

Número del informe de auditoría o especial: \_\_\_\_\_

Número de unidad: \_\_\_\_\_

Nombre de la entidad auditada: \_\_\_\_\_

Fecha del informe de auditoría o especial: \_\_\_\_\_

Período auditado: \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

RECOMENDACIÓN	ACCIÓN CORRECTIVA	PERSONA O ÁREA RESPONSABLE	FECHA DE IMPLANTACIÓN	ESTATUS DE LA RECOMENDACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificación de no interés pecuniario o relación con miembros o servidor público del Fondo</li> <li>• Relevo de responsabilidad</li> <li>• Compromiso del solicitante</li> <li>• Certificación del solicitante póliza de seguro</li> <li>• Certificación de revisión del certificado de nacimiento original</li> <li>• Hoja de cotejo - carta médica</li> <li>• Cotejo de documentos</li> <li>• Notas de progreso de casos- confidencial</li> </ul>	<p>a. Actualizar el Reglamento conforme a los cambios operacionales del fondo.</p>	<p>Se incluye reglamento aprobado por el Secretario de Salud.                       Dra. Roxana Martínez, Lcdo. Eliud Rivera de Jesús (Oficina de Asesores Legales)</p>	<p>1/3/23</p>	<p>Cumplimentada</p>

(Véanse instrucciones al final).