



16 de diciembre de 2013

CARTA CIRCULAR 16-12-13-L95.1

A TODOS LAS ENTIDADES GUBERNAMENTALES Y MUNICIPIOS DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO CUYOS EMPLEADOS ACTIVOS Y PENSIONADOS ESTAN COBIJADOS BAJO LA LEY 95 DE 29 DE JUNIO DE 1963, SEGÚN ENMENDADA.

A tenor con la responsabilidad conferida bajo el Plan de Reorganización Número Tres de 2010 del Gobierno de Puerto Rico, y la Ley 95 de 1963, ASES tiene la responsabilidad de convocar, seleccionar y negociar la cubiertas de beneficios de salud para los funcionarios, empleados municipales, estatales y pensionados del Gobierno de Puerto Rico. Según reza nuestro contrato ASES también podrá reservarse el derecho de abrir un nuevo proceso de certificación de potenciales Aseguradores. Incoando dicho derecho ASES ha tomado la decisión de extender el presente contrato que finaliza el 31 de diciembre de 2013 hasta el 28 de febrero de 2014.

Las Aseguradoras contratadas para el 2014 serán las mismas contratadas para el pasado año contrato 2013. La efectividad para el año contrato 2014 comenzará el 1 de marzo de 2014 y finalizará el 31 de diciembre de 2014. El pasado 13 de septiembre de 2013, las Aseguradoras fueron notificadas mediante Carta Circular 09-13-13L95 de esta decisión, requiriéndoles someter sus propuestas el pasado 27 de septiembre de 2013.

En cumplimiento con el Artículo 10 del Reglamento para la Contratación de los Planes de Beneficios de Salud para los Empleados Públicos, ASES evaluó todas las propuestas sometidas por las Aseguradoras. En dicha evaluación se ponderó entre otros factores, que la tarifa que se cobre refleje razonable y equitativamente el costo de los beneficios que se proveen. Además, se requirió la inclusión de los beneficios requeridos por el gobierno federal bajo el *Patient Protection Affordable Care Act*.

Como parte de esta Circular se incluye información sobre las Compañías contratadas para la cubierta de 2014, con sus respectivos productos y primas (ver Anejo I). Además, de incluir información del proceso de ingreso a los planes y cancelaciones. Hemos extraído del Reglamento para la Contratación de los Planes de Beneficios de Salud para los Empleados Públicos, las partes concernientes a las responsabilidades de las Agencias, Municipios y sus empleados.



A continuación se ofrece calendario con las fechas de interés:

9 DICIEMBRE 2013- LUNES	COMIENZA CAMPAÑA
22 ENERO 2014- MIÉRCOLES	FECHA LIMITE PARA QUE UNIONES Y MUNICIPIOS DECLAREN ANTE ASES SELECCIÓN DE PLAN MEDICO
24 ENERO 2014- VIERNES	FECHA LIMITE ASES CONFIRMAR PARTICIPACION ASEGURADORAS A TRAVES DEL RHUM
28 ENERO 2014- MARTES	FECHA LIMITE EMPLEADOS HACER SELECCIÓN ASEGURADORA
4 FEBRERO 2014- MARTES	FECHA LIMITE PARA PLANES MEDICOS ENTREGAR ARCHIVOS DE SUSCRIPCION A HACIENDA
28 FEBRERO 2014- VIERNES	FECHA TERMINACION CUBIERTA ACTUAL
1 MARZO 2014- SÁBADO	FECHA EFECTIVIDAD NUEVOS

1- **Aplicabilidad:**

Este es un compendio de las disposiciones contenidas en el Reglamento para la Contratación de los Planes de Beneficios de Salud para los Empleados Públicos y que aplicarán a los(as) empleados(as) que presten servicios en dependencias gubernamentales y en los municipios, y en las corporaciones públicas, la Rama Judicial, la Rama Legislativa, la Oficina del Contralor y en la Universidad de Puerto Rico, si éstos(as) optaren por ello, para las cuales ASES contrate los planes de beneficios de salud de conformidad con la Ley Núm. 95.

Las corporaciones públicas, la Rama Judicial, la Rama Legislativa, la Oficina del Contralor y la Universidad de Puerto Rico podrán gestionar sus planes de beneficios de salud sin la intervención de ASES. Disponiéndose, que en los casos que los empleados de las corporaciones públicas la Rama Judicial, la Rama Legislativa, la Oficina del Contralor y la Universidad de Puerto Rico, según fuere el caso, optaren por acogerse a los planes contratados por ASES, la aportación patronal para éstos será aquella que se fije en el presupuesto de cada una de las corporaciones públicas, la Rama Judicial, la Rama Legislativa, la Oficina del Contralor o de la Universidad de Puerto Rico.

Los Municipios están facultados para contratar directamente con las aseguradoras los planes de salud de sus empleados, sujeto a lo que dispone la Ley Núm. 63 de 21 de junio de 2010 que enmendó la Ley de Municipios Autónomos. En caso de que los Municipios decidan hacer uso de esta facultad, deben enviar a ASES copia de la Resolución u Ordenanza Municipal en la que conste la determinación de contratar directamente la cubierta de salud de sus empleados conforme a la Ley Núm. 63. La determinación del



Municipio será efectiva para el siguiente año contrato a la fecha en que se notifique la misma a ASES. Los Municipios que no deseen hacer uso de la facultad conferida por la Ley Núm. 63 continuarán ofreciendo el seguro de salud a sus empleados a través de las entidades de planes servicios de salud contratadas por ASES.

Los empleados que hayan optado por la sindicalización en virtud de la Ley Núm. 45 del 25 de febrero de 1998, según enmendada, podrán negociar directamente lo concerniente a beneficios de salud y contratación de un plan médico a través de su representante exclusivo y conforme a lo dispuesto por la Ley 158 del 10 de agosto de 2006.

La aportación patronal en el caso de los empleados de las otras agencias dependencias y municipios será la incluida en el presupuesto general de gastos correspondiente o la fijada por la ley u orden ejecutiva.

2- Procedimiento a Seguir para Tramitar las Solicitudes de Ingreso:

Cada dependencia tramitará las solicitudes ingreso de conformidad con lo aquí dispuesto y con las instrucciones que a los efectos pueda emitir ASES. Las solicitudes de ingreso de los pensionados se tramitarán por cada uno de los Sistemas de Retiro de conformidad con lo aquí dispuesto y con las instrucciones que a los efectos pueda emitir ASES.

Cuando un(a) empleado(a) interese solicitar cubierta bajo uno de los planes calificados y/o contratados por ASES, procederá a llenar una solicitud de ingreso en los formularios que se proveerán a la Unidad de Personal de cada dependencia o al Sistema de Retiro correspondiente por la Aseguradora, Organización de Empleados u Organización de Servicios de Salud.

Toda solicitud de ingreso se tramitará a partir de la fecha que promulgue ASES y deberá radicarse en la Unidad de Personal de la dependencia donde trabaja el(la) empleado(a) o en el Sistema de Retiro que le corresponda donde trabaja el(la) empleado(a) o en el Sistema de Retiro que le corresponda al (a la) pensionado(a) en o antes de la fecha establecida por ASES.

La Unidad de Personal de la dependencia o el Sistema de Retiro no tramitarán ninguna solicitud de ingreso a un plan de salud radicada con posterioridad a la fecha límite para solicitudes que promulge ASES. Disponiéndose, que lo anterior no es aplicable en las siguientes situaciones:

- Empleados de nuevo nombramiento: Cualquier empleado(a) de nuevo nombramiento o que sea elegible para ingresar a uno de los planes contratados por ASES, deberá radicar su solicitud de ingreso dentro del período de sesenta (60) días siguientes a la fecha de su ingreso al servicio público.



- Empleados que se den de baja en un plan para ingresar a otro: Cualquier empleado(a) o dependiente del(de la) empleado(a) que deje de ser elegible a otro plan médico, podrá solicitar ingreso al plan de salud que provee la Ley Núm. 95 dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación de la no elegibilidad para continuar asegurado(a) bajo otro plan. Deberá presentar evidencia de la fecha de efectividad de la no elegibilidad.
- Solicitudes radicadas por aquellos empleados que con posterioridad a la fecha indicada ingresen en alguna de las organizaciones de empleados con las cuales ASES ha contratado y se acogen a los planes de salud que ofrecen las mismas.
- Empleados que se acogen a los beneficios de retiro: El (la) empleado(a) que se acoja a los beneficios de retiro de cualquiera de los Sistemas de Retiro e interese ingresar en uno de los planes de servicios de salud contratados por ASES bajo la Ley Núm. 95 deberá entregar una nueva solicitud ante la Aseguradora seleccionada dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes a la fecha en que se recibe su primer pago del Sistema de Retiro. En estos casos, el ingreso tendrá efectividad el día primero del mes siguiente si se somete antes del día 10. Si la solicitud de ingreso se efectúa después del día 10, el ingreso tendrá efectividad el día primero del mes subsiguiente al que se someta la solicitud.

El(la) empleado(a) que se acoja a los beneficios de retiro de cualquiera de los Sistemas de Retiro e interese continuar sin interrupción de servicios deberá comunicarse directamente con la Aseguradora con la cual tiene su plan médico dentro de los treinta (30) días calendarios antes de la fecha de separación de la instrumentalidad gubernamental para notificarle la fecha en que se acogerá al retiro. Además, enviará copia de la renuncia ya aceptada por la instrumentalidad gubernamental. El(la) pensionado(a) no podrá hacer cambios de Aseguradora, ni de cubierta en ese momento. El(la) pensionado(a) pagará directamente a la Aseguradora el costo total de la prima, incluyendo la aportación patronal. Tan pronto como reciba su primer pago como pensionado(a) podrá solicitar, con evidencia certificada de pago, al Sistema de Retiro que pertenece, el reembolso de las aportaciones patronales pagadas y notificar a la Aseguradora para que ésta comience a facturar al Sistema de Retiro.

El personal que se acoja a los beneficios de retiro de cualquiera de los Sistemas de Retiro y decida no continuar con su plan médico deberá comunicarse directamente con la Aseguradora con la cual tiene sus plan médico dentro de los treinta (30) días calendarios antes de la fecha de separación de la instrumentalidad gubernamental para notificarle la fecha en que se acogerá al retiro, además, enviará copia de la renuncia ya aceptada por la instrumentalidad gubernamental, junto con las tarjetas. Del retirado no entregar las tarjetas será responsable del pago de la prima o de los servicios utilizados.

Toda solicitud de ingreso o cambios que se reciba por el Asegurado en o antes del décimo (10mo) día de cualquier mes será efectiva el día 1ro. del mes siguiente. Solicitudes de ingreso que se reciban después del décimo (10mo) día de cualquier serán efectivas el día 1ro. del mes subsiguiente.



Bajo ningún concepto el(la) empleado(a) o pensionado(a) radicará solicitud de ingreso directamente con el Asegurador u Organización de Servicios de Salud. En los casos en que el plan seleccionado sea ofrecido a través de una Organización de Empleados, la solicitud de ingreso se enviará primeramente a la Organización de Empleados. La organización luego de hacer las verificaciones de rigor, someterá las solicitudes a la Unidad de Personal de la dependencia correspondiente o al Sistema de Retiro, según sea el caso.

La Unidad de Personal de la dependencia o el Sistema de Retiro, al recibir las solicitudes de ingreso verificará que estén debidamente cumplimentadas y que indiquen correctamente el número de empleado(a) o de seguro social, según aparece en su cheque de sueldo. La Unidad de Personal o el Sistema de Retiro preparará una lista por Aseguradora, Organización de Empleados u Organización de Servicios de Salud, de los(las) empleados(as) que se acojan al plan de su selección y enviará las solicitudes a las entidades aseguradoras u organizaciones correspondientes, para su aprobación.

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

La dependencia o el Sistema de Retiro cotejará la factura o factura contra las listas de las solicitudes previamente remitidas, con el propósito de constatar que todos(as) aquellos(as) empleados(as) o pensionados(as) que solicitaron su ingreso a un plan fueron incluidos en las mismas. Al recibir la factura, la Unidad de Personal de cada dependencia del Sistema de Retiro, según corresponda, verificará que la misma cumple con el Reglamento para la Contratación de los Planes de Beneficios de Salud para los Empleados Públicos y que la tarifa, incluyendo la aportación patronal o la aportación de retiro, es correcta. Se indicará en cada factura cualquier omisión hecha sobre dicha información. De igual forma, se realizarán los ajustes correspondientes a las facturas, como consecuencia de cualquier cambio en el estatus del empleado tales como, traslados, licencias sin sueldos, suspensiones o renunciaciones.

ASES podrá requerir, previa notificación de carta circular, que toda solicitud de ingreso se tramite a través de un sistema electrónica u otra tecnología que pueda adoptarse en el futuro.

3- Ingresos, Cambios O Cancelación del Plan:

Cualquier empleado(a) de nombramiento o elección en servicio activo, cuyo nombramiento sea de seis (6) meses o más y todo(a) pensionado(a) de cualquiera de los Sistemas de Retiros, sin considerar la edad, auspiciados, por el Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, podrá acogerse en la fecha y bajo las condiciones establecidas en



el Reglamento para la Contratación de los Planes de Beneficios de Salud para los Empleados Públicos, con absoluta libertad de selección, a uno de los planes contratados por ASES.

Empleados(as) por contrato, personal irregular o por jornada cuyo nombramiento sea menor de seis (6) meses no son elegibles para ingresar a un plan de servicios de salud bajo la Ley Núm. 95. Sin embargo, los(as) empleados(as) transitorios(as) cuyo nombramiento sean menos de seis (6) meses podrán ingresar a los planes de servicios de salud contratados por ASES, pero sin derecho alguno a la aportación patronal. No obstante, lo anterior, en aquellos casos en que la retribución del personal irregular o por jornada sea pagada con fondos federales y el gobierno federal al asignar estos provea para el pago de beneficios marginales y de servicios médicos, dicho personal podrá recibir los beneficios bajo la Ley Núm. 95.

Cualquier empleado(a) o pensionado(a) podrá apelar ante ASES la decisión de una dependencia de no permitirle ingresar a un Plan, efectuar cambios en su cubierta, cambiar de plan o cualquier otro tipo de cambio que el Asegurado desee hacer de acuerdo con el Reglamento para la Contratación de los Planes de Beneficios de Salud para los Empleados Públicos. Cualquier persona adversamente afectada por una decisión de ASES en virtud del Reglamento para la Contratación de los Planes de Beneficios de Salud para los Empleados Públicos, podrá apelar dicha decisión al Tribunal de Apelaciones conforme a la Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme, Ley Núm. 170 de 12 de agosto de 1988, según enmendada, cumplidas las disposiciones del Reglamento adoptado por ASES.

Cuando a un(a) empleado(a) se le apruebe una licencia sin sueldo, la agencia y el(la) empleado(a) se comunicarán por escrito con la Aseguradora u Organización con la cual este(a) tiene su contrato de Servicios de Salud para indicarle la fecha en que comienza y termina la licencia. Todo(a) empleado(a) que cumpla un año de licencia sin sueldo y no se reinstale a su trabajo, pero desee continuar con el plan, pagará su plan por completo, hasta su renuncia, cesantía o reinstalación. El(la) empleado(a) notificará a su Agencia y al Asegurador u Organización de Servicios de Salud inmediatamente su reinstalación para el trámite correspondiente con éste último.

La cubierta de todo(a) empleado(a) que cumpla un año de estar en licencia sin sueldo, se cancelará a esa fecha. En caso de cesantía, la cubierta se cancelará dentro de los cinco (5) días siguientes a la cesantía. La fecha de efectividad de la cancelación o terminación estará sujeta a los términos dispuestos en la Ley Núm. 194 del año 2000, según enmendada, mejor conocida como la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente. Si el(la) empleado(a) reingresa al servicio público luego de terminada la cubierta por una de dichas razones, deberá tramitar su reingreso dentro del período de sesenta (60) días siguientes a la fecha de reingreso al servicio público.



Cualquier asegurado(a) podrá cambiar su cubierta individual a la de pareja o grupo familiar y viceversa, dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha del cambio en el estado civil o familiar.

Todo oficial de la Policía del Estado Libre Asociado de Puerto que se acoja al plan de beneficios de salud que provee la Ley Núm. 95 tendrá derecho a un (1) cambio de asegurador o cubierta de salud durante el año contrato siempre y cuando hayan transcurrido al menos seis (6) meses desde la fecha de efectividad del Plan. No se tramitará más de un (1) cambio durante el año contrato, salvo en la circunstancias establecidas en este Artículo.

El(la) empleado(a) acogido a un plan de salud no podrá darse de baja e ingresar a otro Plan de los contratados por ASES, luego de la fecha de efectividad para ingresar al Plan, salvo en las circunstancias establecidas en este Artículo.

Se considerarán miembros del contrato de grupo familiar para los fines de los beneficios de salud que provee la Ley Núm. 95 el cónyuge o cohabitante del(de la) empleado(a) y los dependientes que cumpla con la siguiente definición:

- **Dependiente:** podrán considerarse dependientes del(de la) empleado(a) los(las) siguientes:
 - el (la) cónyuge;
 - un hijo(a) biológico(a), hijo(a) adoptivo(a) o colocado(a) para adopción menor de veintiséis (26) años;
 - un hijo(a) biológico(a), hijo(a) adoptivo(a) o colocado(a) para adopción que, independientemente de la edad, no pueda sostenerse a sí mismo(a) por razón de incapacidad mental o física existente antes de cumplir veintiséis (26) años, a tenor con lo dispuesto en la Ley Pública 111-148, conocida como "*Patient Protection and Affordable Care Act*", la Ley Pública 111-152, conocida como "*Health Care and Education Reconciliation Act*" y los reglamentos promulgados al amparo de estas;
 - hijastros(as);
 - hijos de crianza que han vivido desde su infancia bajo el mismo techo con el asegurado principal, en una relación de padre/madre e hijo/hija, y que es y continuará siendo totalmente de la familia del(de la) asegurado(a) principal para recibir alimento según se establece en el Artículo 16.330 del Código de Seguros de Puerto Rico;
 - menor no emancipado(a) cuya custodia haya sido adjudicada al asegurado(a) principal;
 - persona de cualquier edad que haya sido judicialmente declarada incapaz y cuya tutela haya sido adjudicada al(la) asegurado(a) principal;
 - familiar del(de la) asegurado(a) principal o su cónyuge o persona cohabitante mientras viva permanente bajo el mismo techo del asegurado(a) principal y que dependa sustancialmente de éste(a) para su sustento, quienes podrán ser clasificados en la categoría de dependientes opcionales o colaterales, según este término es comúnmente aceptado y definido en el mercado de los seguros de salud;
 - padre y madre del(de la) asegurado(a) principal, o los de su cónyuge o cohabitante, aunque no vivan bajo el mismo techo, quienes podrán ser clasificados en la categoría de



dependientes opcionales o colaterales, según este término es comúnmente aceptado y definido en el mercado de los seguros de salud;

En caso de controversia sobre la existencia de la dependencia sustancial (dependencia económica y directa en virtud de la cual una persona depende de forma regular de las aportaciones económicas de otra para su sostenimiento y no de mera ayuda económica), y para propósitos de evidenciar la misma, el Asegurador, Organización de Empleados u Organización de Servicios de Salud podrá solicitar al(a la) empleado(a) asegurado(a) uno o más de los siguientes documentos, entre otros según determine ASES:

- Planilla de contribución sobre ingresos del alegado dependiente;
- Planilla de contribución sobre ingresos del (de la) empleado(a);
- Evidencia de aportaciones económicas del(de la) empleado(a) al alegado dependiente;
- Estatus de beneficios y solicitudes de ayudas económicas al Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico por parte del alegado dependiente.

Cualquier empleado(a) cubierto(a) por un plan auspiciado por una organización empleados que termine su afiliación en dicha organización, puede ingresar a otro de los planes contratados por ASES durante el período de sesenta (60) días siguientes a fecha de terminada la cubiera bajo el plan auspiciado por la organización de empleados.

4- Principios Generales para las Personas Cohabitantes:

Se define como **cohabitación**: acción de habitar juntamente con otra persona en las circunstancias de **personas cohabitantes**: dos personas solteras, adultas, con plena capacidad legal, que no están relacionadas por lazos familiares dentro del cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, sujetas a convivencia sostenida y afectiva de manera voluntaria, estable, pública y continua durante un plazo no menor de un (1) año, que cohabitan en una residencia común sin estar casadas entre sí y que tienen la intención de continuar con la situación cohabitacionales indefinidamente.

Bajo el Plan de Salud de los Empleados del Estado Libre Asociado de Puerto Rico creado en virtud de la Ley Núm. 95, las personas cohabitantes tendrán los mismos beneficios y obligaciones que los cónyuges del(de la) empleado(a) asegurado(a).

Para el ingreso de un(a) cohabitante de un(a) empleado(a), sus hijos(as), o familiares al plan de salud, el Asegurador, Organización de Empleados o la Organización de Servicios de Salud requerirá al(a la) empleado(a) una declaración jurada con cada ingreso o renovación de contrato, la cual se conocerá como "Certificado de Elegibilidad" donde se establecerá lo siguiente:

- que la cohabitación existe hace un (1) año o más;
- que las personas cohabitantes cumplen con la definición indicada anteriormente en este documento;



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO

Administración de Seguros
de Salud de Puerto Rico (ASES)

- que los declarantes entienden que cualquier información falsa brindada en dicha declaración conlleva la comisión del delito de perjurio y delito de fraude en contra del Estado Libre Asociado de Puerto Rico;
- que los declarantes entienden que cualquier información falsa brindada en dicha declaración conlleva sanciones disciplinarias y el recobro de las cantidades desembolsadas en virtud de los servicios de salud recibidos, incluyendo honorarios de abogado, por parte del Departamento de Hacienda, el Asegurador, Organización de Empleados u Organización de Servicios de Salud. El certificado debe establecer además que a discreción de ASES se podrá cobrar un 10% de interés sobre las cantidades a recobrar por brindar información falsa.

En casos de controversia sobre la existencia de la situación de cohabitación, y para propósitos de evidenciar la misma el Asegurador, Organización de Empleados u Organización de Servicios de Salud podrá solicitar al(a la) empleado(a) asegurado(a) uno o más de los siguientes documentos, entre otros que determine ASES:

- escrituras de hipoteca o compraventa;
- contratos de alquiler otorgados conjuntamente por el(la) empleado(a) y su cohabitante;
- contrato sobre comunidad de bienes;
- cuentas bancarias conjuntas;
- póliza de seguro de vida con designación del(de la) cohabitante como beneficiario(a) principal;
- planes de retiro con designación del(de la) cohabitante como beneficiario(a) principal;
- facturas de prestación de servicios públicos del lugar de residencia de los cohabitantes.

En el caso de la disolución de la cohabitación, independientemente de las razones para ello, el(la) empleado(a) asegurado(a) deberá presentar a la Aseguradora, Organización de Empleados u Organización de Servicios de Salud dentro del término de treinta (30) días a partir de la ocurrencia de la disolución, una declaración jurada haciendo constar dicha situación o, en caso de muerte del cohabitante, un certificado de defunción emitido por el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

En el caso de la disolución de la cohabitación, los(las) cohabitantes podrán ejercer el derecho a conversión bajo el Plan de Salud de los Empleados del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

El empleado que cohabite con una persona cumpliendo con la definiciones anteriormente expresadas y quiera acogerse a una cubierta de pareja o grupo familiar tendrá sesenta (60) días a partir de la fecha de vigencia de este Reglamento para el cambio.

La falsa representación por parte de cualquier empleado(a) asegurado(a), con el propósito de tratar de establecer la existencia de la cohabitación fraudulentamente, conllevará la restitución al Estado Libre Asociado de Puerto Rico de todo dinero aportado por éste al plan de salud. El(la) empleado(a) podrá ser referido por ASES o el Departamento de Hacienda, al Departamento de Justicia para la investigación de los cargos penales que procedan y la radicación de los mismos. De igual forma, el(la) empleado(a) que con el



propósito de acogerse al beneficio de las aportaciones gubernamentales bajo un plan mancomunado y/o para ingresar a un plan, someta cualquier documento o información fraudulenta; o el(la) funcionario(a) o e(la) empleado(a) que a sabiendas permita que un(a) empleado(a) someta documentos o información fraudulenta para acogerse a un plan de beneficios de salud o que permita que personas no cubierta por el plan, con el propósito de recibir los servicios cubiertos por el plan, utilice la tarjeta que se le provee al(a) empleado(a) como evidencia de cubierta, estará sujeto(a) a que se le impongan las medidas disciplinarias, incluyendo la destitución de empleo que establece la Ley Núm. 5 aprobada el 14 de octubre de 1975, según enmendada, Ley de Personal del Servicio Público de Puerto Rico.

5- Procedimiento a Seguir por El(La) Empleado(a) Para Solicitar las Aportaciones Gubernamentales Cuando su Cónyuge o Cohabitante es Empleado(a) Público(a):

Cuando un(a) empleado(a) público(a), cuyo cónyuge o cohabitante trabaje en el servicio público, interese que se le aplique la aportación gubernamental de ambos al plan familiar o de pareja de su selección, añadirá a la solicitud de ingreso, en un lugar visible en la parte superior de la misma, la frase "Plan Mancomunado", indicando el número de seguro social de su cónyuge o cohabitante.

El cónyuge o cohabitante del(de la) empleado(a) que se acoja al plan, deberá llenar el Modelo en original y dos copias. Dicho Modelo se someterá a la Unidad de Personal de la dependencia donde presta servicios para que ésta certifique el original y las copias en la parte correspondiente. Junto con el Modelo el cónyuge o cohabitante acompañará el original y una copia del Certificado de Matrimonio o Certificado de Elegibilidad, según aplique.

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

Cuando ambos cónyuges o cohabitantes presten servicios para la misma dependencia, el(la) empleado(a) que solicite un plan mancomunado someterá junto con la solicitud de ingreso únicamente el Certificado de Matrimonio o Certificado de Elegibilidad, según aplique.

6- Procedimiento a Seguir por la Unidad de Personal de las Dependencias en los Casos de Planes Mancomunados:



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

La Unidad de Personal retendrá una copia certificada del Modelo junto con el Certificado de Matrimonio o Certificado de Elegibilidad y entregará al(a) empleado(a) el original y copia del Modelo debidamente certificado. Con la copia certificada retenida, preparará una relación de las certificaciones expedidas, la cual utilizará para corroborar éstas con las facturas que remita el Asegurador u Organización de Empleados.

La Unidad de Personal de cada dependencia en la que haya empleados(as) que radicaron una solicitud para un plan de pareja o familiar bajo un mancomunado, cuyos cónyuges o cohabitantes trabajan en distintas dependencias, preparará una relación indicando el nombre del cónyuge o cohabitante y la dependencia donde éste(a) presta servicios, según surge del Modelo. Dicha relación se someterá a las Aseguradoras u Organizaciones Empleados, junto con las solicitudes para acogerse al plan familiar o de pareja, identificada como planes mancomunados. La misma será utilizada por éstos para facturar por la aportación patronal a la dependencia del cónyuge o cohabitante del(de la) asegurado(a) donde éste(a) presta servicios.

Cada dependencia tramitará las solicitud de ingreso y cambios al plan de conformidad con lo aquí expuesto y las instrucciones que a los efectos emita ASES y retendrá los originales del Modelo y/o las copias de los certificados de matrimonio o elegibilidad, según sea el caso, para sus récords.

Las dependencias al recibir la factura de los Aseguradores y Organizaciones de Empleados, además de verificar que la misma cumple con lo aquí expuesto y con cualquier otra directriz emitida por ASES, verificará que la prima o cualquier aportación patronal que se está cobrando en los casos de planes mancomunados es correcta. La dependencia donde preste servicios el cónyuge o cohabitante del (de la) empleado(a) que se acoge al plan familiar verificará que procede el que se efectuó el pago de la aportación utilizando la copia certificada retenida, preparará una relación de las certificaciones de matrimonio o elegibilidad expedidas, la cual utilizará para corroborar éstas con las facturas que remita la Aseguradora u Organización de Empleados.

7- Pago de las Aportaciones Gubernamentales Para Planes Mancomunados:

En los casos de cónyuges o cohabitantes que prestan servicios en distintas dependencias para las cuales ASES haya contratado los planes de salud, el Departamento de Hacienda o cada dependencia, según sea el caso, remitirá a la Aseguradora u Organización de Empleados o Servicios el pago de la aportación patronal correspondiente con base a las facturas que reciban de éstos luego de verificarlas.



Cuando la aportación patronal de ambos cónyuges o cohabitantes no cubra la totalidad de la prima a pagar, la diferencia de la prima a pagar se le descontará al(a la) empleado(a) que se acoja como asegurado al plan familiar o de pareja bajo un plan mancomunado. En caso de que la prima a pagar sea menor que el total de ambas aportaciones, el Asegurador u Organización de Empleados según fuere el caso, dividirá la prima y la facturará en partes iguales a cada dependencia.

8- Obligaciones de las Aseguradoras y Organizaciones de Servicios de Salud Contratadas por ASES:

El Artículo 11 del Reglamento para la Contratación de los Planes de Beneficios de Salud para los Empleados Públicos, establece que todo Asegurador, incluyendo las organizaciones de servicios de salud (HMO) y las organizaciones de empleados vendrán obligados a lo siguiente:

- Cumplir con las obligaciones de la Ley 95 y el Reglamento para la Contratación de los Planes de Beneficios de Salud para los Empleados Públicos.
- Aceptar el ingreso al plan de cualquier(a) empleado(a) o pensionado(a) elegible sin excluir a ninguno por motivos de raza, sexo, estado de salud, estatus civil, edad al tiempo de ingresar por primera vez o la naturaleza peligros de su trabajo.
- Ofrecer a cada empleado cuya suscripción al plan haya terminado por alguna razón que no sea cancelación voluntaria de su cubierta o por fraude, una prórroga provisional de su cubierta que no excederá de treinta (30) días durante la cual dicho empleado pueda hacer uso de su derecho de conversión.
- Proveer una tarjeta de identificación al suscriptor (asegurado) y a los familiares y dependientes cubiertos por el plan. Dicha tarjeta, es evidencia que el poseedor de la misma está incluido en la relación de empleados(as) elegibles al Plan y del derecho de éste(a) a recibir los servicios de salud cubiertos por el Plan. Se expedirá una certificación en sustitución de dicha tarjeta cuando al entrar en vigor el Plan el(la) empleado(a) no hay recibido su(s) tarjeta(s).
- Mantener debidamente orientados a todos(as) los(as) empleados(as) y pensionados(as) que se acojan al Plan de su selección.
- Entregar a cada empleado(a) o pensionado(a) acogido(a) al Plan una "Guía del Suscriptor", en la que se harán constar beneficios, terminos y condiciones del Plan, incluyendo las condiciones relativas a la prestación de servicios y reembolsos por costos de estos.
- Proveer a cada empleado(a) o pensionado(a) acogido(a) al Plan un Directorio que incluya información con relación a su red de proveedores contratados, como hospitales, farmacias, laboratorios, facilidades rayos-x, médicos, especialistas y subespecialistas, etc.; incluyendo sus respectivas direcciones, teléfonos y horarios de servicio. Así como notificación de cualquier que surja en la red de proveedores.



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO

Administración de Seguros
de Salud de Puerto Rico (ASES)

- En los casos que la Aseguradora, organización de servicios de salud u organización de empleados no hubiera recibido el pago de prima de algún(a) empleado(a), incluyendo la aportación patronal, será responsabilidad de éstos contactar la agencia en la que el empleado(a) presta servicios o el sistema de retiro correspondiente, para verificar la razón por la que no se ha remitido dicha prima, antes de solicitar al empleado(a) el pago total de la prima.
- Si el(la) empleado(a) ha continuado prestando servicios en la misma Agencia o ha sido trasladado(a) a otra Agencia, o al Sistema de Retiro, según sea el caso y no se ha efectuado la correspondiente deducción del salario o pensión, el Asegurador procederá a facturar a la Agencia o Sistema de Retiro concernido por la aportación patronal y la del (de la) empleado(a) o pensionado(a). De haber transcurrido un término razonable a partir de la fecha en que se remite la factura, el cual no excederá de treinta (30) días, sin recibirse la prima, entonces se le podrá requerir al(al) empleado(a) o pensionado(a) el pago de dicha prima, teniendo éste(a) el derecho de solicitar el reembolso ante la Agencia o Sistema de Retiro correspondiente.
- La Aseguradora, Organización de Servicios de Salud u Organización de Empleados deberá notificar con por lo menos treinta (30) días de anticipación, de cualquier situación o actuación que se proponga realizar que afecte o pueda afectar la debida prestación de los servicios cubiertos para los(as) funcionarios(as), empleados(as) públicos(as) y pensionados(as).
- Garantizar la cubierta del Plan será igual para todos los dependientes o miembros del grupo familiar incluidos en la póliza.

De tener cualquier duda en lo relacionado a este particular puede comunicarse con la Sra. Migdalia Lugo, Coordinadora Ley 95, a través del número de teléfono 1(800)981-2737 o a través del correo electrónico mlugo@asespr.org.

Cordialmente,

Sandra V. Peña Pérez, PT, MHSA
Sub-Directora Ejecutiva

c: Lcda. Yamilca Ortiz
Sra. Migdalia Lugo
Sra. Angie Ávila
Sra. Olga Rosario



ANEJO I

**Planes Contratados por ASES
para Brindar su Cubierta
a los Empleados Públicos Campaña 2014**

- **MI SALUD**
- **FIRST MEDICAL**
- **RYDER**
- **MAPFRE**
- **PROSSAM**
- **TRIPLE-S SALUD**
- **MENONITA**





Cont. ANEJO I
Planes Contratados por ASES ...
Medicare Advantage

Medicare y Mucho Mas

American Health Medicare

MCS Advantage

Humana Group

SSS-Medicare

First Plus



ANEJO I

LEY 95 PRIMAS MI SALUD 2014

REGIÓN	PRIMA PM/PM
NORTE	\$117.84
METRO-NORTE	\$135.56
NORESTE	\$129.56
SAN JUAN	\$149.53
OESTE	\$113.55
ESTE	\$158.69
SURESTE	\$144.64
SUROESTE	\$142.33



Insurer	Individual Premium	Couple Premium	Familiar (3) Premium	Familiar (2,4) Premium	Optional Premium
PROSSAM					
PROSSAM Submitted for 2014	185.00	278.00	329.00	379.00	92.00
PROSSAM-FIT Submitted for 2014	144.00	N/A	N/A	N/A	N/A
Triple-S Salud					
MANDATORIA (Alternativa I) PPO Submitted for 2014	488.00	976.00	1,461.00		590.00
CUBIERTA MODIFICADA (Alternativa II) PPO Submitted for 2014	420.00	840.00	1,251.00		509.00
Cuidado Coordinado / CCI Submitted for 2014	166.00	332.00	494.00		201.00
Plan de Cuidado Integrado Submitted for 2014	150.00	300.00	446.00		181.00
First Medical Health Plan					
MANDATORIA (Uniforme) Submitted for 2014	214.00	445.00	564.00		557.00
CUBIERTA MODIFICADA (Uniforme modificada) ELA II Submitted for 2014	175.00	407.00	515.00		379.00
Premium ELA Submitted for 2014	159.00	372.00	472.00		351.00
PLAN MEDICO HOSP GENERAL MENONITA					
Alternativa I (PPO) Submitted for 2014	275.88	655.82	880.88		444.87
MENONITA MANDATORIA EPO Submitted for 2014	175.15	417.51	561.82		355.82
MENONITA MANDATORIA POS Submitted for 2014	162.18	386.58	520.20		329.46
Ryder Health Plans, Inc.					
CUBIERTA PLUS Submitted for 2014	115.00	223.00	354.00		222.00
CUBIERTA COMPLETE Submitted for 2014	100.00	186.00	298.00		200.00
HAPFRE LIFE INS				Dep.Opc <65 años*	Dep.Opc >=65 años*
MANDATORIA (Uniforme) Submitted for 2014	313.75	615.95	767.06	524.15	832.26
Alternativa I Submitted for 2014	230.12	448.70	559.99	381.95	606.49
Alternativa II Submitted for 2014	191.89	372.22	464.39	316.90	503.24
ALTERNATIVA III Submitted for 2014	168.51	336.40	417.61	285.21	448.18



ANEJO I

Ley 95 Planes Medicare Advantage Autorizados por ASES para el año contrato 2014

MEDICARE Y MUCHO MAS (MMM)	
ELA FLEX	
Propuesta 2014	100.00
ELA RELAX (New)	
Propuesta 2014	100.00

AMERICAN HEALTH MEDICARE	
ELA PREMIER	
Propuesta 2014	100.00

MCS Advantage	
MCS ELA CREDITO (Anterior ELA I)	
Propuesta 2014	100.00
ELA AHORRO (Anterior ELA II)	
Propuesta 2014	100.00

HUMANA GROUP	
Tradicional LPPO Custom Medical with Custom RX (PR only)	
Propuesta 2014	97.24
HMO Custom Medical with Custom RX 076 238 P.R. (Reembolso Pat B \$50 mo. PR only) New	
Propuesta 2014	99.68
HMO 076 938 with Custom RX (Reembolso Pat B \$20 mo. PR only)	
PROPUESTA 2014	98.74
HMO 076 152 with Custom RX (FLORIDA only)	
Propuesta 2014	97.48
Humana Medicare Employer Sponsor Plan (VARIES STATES)	
Propuesta 2014 Minimo	33.00
Propuesta 2014 Maximo	99.00

Triple - S	
Triple S Medicare Optimo ELA	
Propuesta 2014	100.00
PROSSAM Plus	
Propuesta 2014	100.00

First Plus	
First Plus Gobierno Premium	
Propuesta 2014	100.00
Gobierno Premium II	
Propuesta 2014	100.00
Gobierno Plus	
Propuesta 2014	0.00