

**ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO**  
**DEPARTAMENTO DE HACIENDA**  
Área de Contabilidad Central del Gobierno

**Carta Circular**  
**Núm. 1300-06-10**

**Año Fiscal 2009-2010**  
**31 de julio de 2009**

**A los Secretarios de Gobierno, Directores de Dependencias y Alcaldes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico**

**Asunto: Liquidación del Plan de Salud Preferred Health efectivo al 31 de julio de 2009**

Estimados señores y señoras:

La Ley Núm. 95 del 29 de junio de 1963, según enmendada (3 LPRa sección 729 a), faculta al Secretario de Hacienda a contratar y administrar los planes médicos para el personal del Gobierno de Puerto Rico, sus Municipios, Instrumentalidades y los Pensionados del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

En nuestra Carta Circular Núm. 1300-11-09, se establecieron las instrucciones generales a seguir para el trámite y pago de los planes de servicios de salud del personal del Gobierno. De acuerdo con las disposiciones de la citada Ley Núm. 95, se formalizaron los contratos de servicios de salud para el **año 2009 con vigencia del 1 de enero de 2009 al 31 de diciembre de 2009.**

Efectivo el 30 de julio de 2009, el Tribunal de Primera Instancia, Sala de San Juan inició un procedimiento de liquidación contra la Organización de Servicios de Salud, Preferred Health, Inc., en adelante (Preferred). Por virtud de una Orden emitida todo contrato que estuviese en vigor a la fecha queda cancelado.

Esta Carta Circular se emite con el propósito de informarles que todo empleado y pensionado afectado por dicha cancelación tendrá derecho a seleccionar un nuevo Plan de salud de entre los contratados por el Secretario de Hacienda, a partir del **31 de julio de 2009.** Además, se imparten las instrucciones a seguir relacionadas al trámite de la selección del nuevo plan médico.

**DISPOSICIONES ESPECÍFICAS**

1. El empleado o pensionado suscrito con Preferred en adelante (suscriptor elegible), que interese continuar con un plan de servicios de salud de los contratados por el

Secretario de Hacienda, tendrá que someter su solicitud al nuevo plan seleccionado no más tarde del **martes, 25 de agosto de 2009**.

2. El asegurado elegible solicitará las tarifas de los planes a su respectiva oficina de Recursos Humanos. Ese listado de tarifas son las previamente acordadas con el Secretario de Hacienda para la contratación 2009. Las mismas están disponibles para su evaluación en la página de Hacienda.
3. El suscriptor elegible entregará el original de la solicitud de ingreso al asegurador u organización de servicios de salud elegida, y una copia de la tarjeta de Preferred, para la cual solicitará acuse de recibo del Plan seleccionado.
  - a) El suscriptor elegible que lleve a cabo los trámites **en o antes del 14 de agosto**, el Sistema RHUM procesará el mes de septiembre de 2009, por lo cual tendrá que efectuar el pago correspondiente a su aportación individual del mes de agosto.
  - b) El suscriptor elegible que lleve a cabo los trámites entre el **15 al 25 de agosto** tendrá que efectuar el pago correspondiente a su aportación individual de los meses de agosto y septiembre de 2009. Por lo que tendrá que hacer sus provisiones económicas a esos efectos.
4. La cubierta seleccionada tendrá que ser igual a la cubierta que tenía con Preferred y las Tarifas a pagar serán las del nuevo Plan seleccionado.
5. El suscriptor elegible entregará copia de su solicitud y su tarjeta a la Oficina de Recursos Humanos de su Agencia, Instrumentalidad o Municipio.
6. El suscriptor elegible retendrá una copia como evidencia de haber hecho su solicitud.
7. La Oficina de Recursos Humanos de la agencia o municipio será responsable de retener las copias de solicitudes de ingreso de los suscriptores elegibles para verificar las facturas que reciba del asegurador u organización de servicios de salud. Utilizará las copias de las solicitudes recibidas para preparar una lista de suscriptores elegibles, por asegurador y por organización de servicios de salud. Dicha lista incluirá el nombre y seguro social del suscriptor elegible que ha seleccionado un plan entre aquellos contratados por el Secretario de Hacienda.
8. El asegurador u organización de servicios de salud autorizado a enviar los cambios directamente al Área de Tecnología de Información (ATI) de este Departamento, podrán hacerlo a través de los diferentes medios magnéticos. Estos tendrán hasta las 3:00pm del martes **18 de agosto de 2009**, para entregar la mencionada lista.
9. Las agencias interesadas en que ATI les procese los cambios automáticamente para el mes de septiembre de 2009, lo solicitarán por escrito antes de las 3:00 de la

tarde del **18 de agosto de 2009**. De no participar el mencionado proceso, la agencia será responsable de efectuar los cambios directamente en el sistema RHUM (Recursos Humanos Mecanizados). Los municipios serán responsables de efectuar los cambios directamente.

10. En el Anejo 1, de la Carta Circular 1300-11-09 del 18 de noviembre del 2008, se indica las claves asignadas por ATI, para identificar descuentos por concepto de servicios de salud a efectuarse a favor de los aseguradores, organizaciones de servicios de salud y organizaciones de empleados contratados por el Secretario de Hacienda.
11. Cuando el funcionario entregue a la agencia gubernamental más de una copia de la solicitud de ingreso, dicha agencia reconocerá como válida la primera solicitud recibida. Del funcionario interesar la última solicitud como solicitud válida, este deberá hacer las gestiones para cancelar la primera.
12. El asegurador u organización de servicios de salud deberá emitir las tarjetas de identificación al suscriptor elegible, la cual incluirá la fecha de efectividad del Plan, **que será el 31 de julio de 2009, no más tarde de 5 días** luego de recibir la solicitud. Como evidencia de que envió las tarjetas, **utilizará el Formulario PS Form 3877, Certificate of Mailing**, (Certificado de Envío) que provee la oficina de correo postal. En el mismo indicarán el nombre y dirección del suscriptor elegible y deberá ser certificado por el funcionario del correo. En los casos donde no pueda cumplir con el envío de las referidas tarjetas, enviará una certificación de cubierta al asegurado, no más tarde de 5 días luego de recibir la solicitud, y completará el Formulario PS Form 3877, como evidencia del envío de la misma.
13. Cuando el suscriptor elegible no reciba las tarjetas o las certificaciones, se comunicará con la entidad aseguradora para solicitar el reembolso o la no-facturación del mes o los meses en que la entidad tarde en emitir las tarjetas o certificaciones. En estos casos, deberá presentar evidencia de las gestiones de solicitud hechas por él o ella ante el asegurador u organización de servicios de salud.
14. El nuevo contrato de servicios de salud o seguro de salud seleccionado por el suscriptor elegible es uno extraordinario, por lo que el mismo tendrá vigencia hasta el **31 de diciembre de 2009**. Aquellos suscriptores elegibles tendrán para acogerse a un nuevo plan de salud o seguro de salud, hasta el **viernes, 25 de agosto de 2009**. **En estos casos, el suscriptor elegible no podrá ingresar a otro plan de salud o seguro de salud de los contratados por el Secretario de Hacienda hasta la próxima negociación.**

## **LEY NÚM. 158 DEL 10 DE AGOSTO DE 2006**

Dicha Ley dispone que las uniones que están bajo la Ley Núm. 45 del 25 de febrero de 1998, según enmendada, mejor conocida por Ley de Sindicalización de Empleados Públicos, tendrán derecho a que el representante exclusivo negocie directamente a nombre de éstos, todo lo concerniente a los beneficios relacionados al plan de servicio de salud.

El representante exclusivo negociará directamente con un asegurador la cubierta para sus unionados o en su defecto, éstos se acogerán a algún plan de servicios de salud contratado por el Secretario de Hacienda.

El representante exclusivo notificará al Secretario de Hacienda lo acordado. Deberá enviar el original de la solicitud de ingreso al asegurador u organización de servicios de salud y una copia a la oficina de Recursos Humanos de su agencia, instrumentalidad o municipio no más tarde del **martes, 25 de agosto de 2009**, con acuse de recibo.

### **DISPOSICIONES GENERALES**

1. El Secretario de Hacienda, en beneficio de los empleados y pensionados, permitirá los siguientes cambios:
  - a. De cubierta de Libre Selección a cubierta de Cuidado Dirigido.
  - b. De Complementaria de Medicare a un Programa Advantage.
  - c. De seleccionar un Programa Advantage. El Pensionado deberá acogerse a la fecha establecida en esta Carta Circular, 31 de julio de 2009, de lo contrario, Medicare (CMS) le impondrá una penalidad.
2. El cambio de plan médico no tiene el propósito de añadir límites de farmacia a la cubierta básica de farmacia. Los balances se transferirán al nuevo plan a través del oficial liquidador.
3. Esta Carta Circular no tiene el efecto de derogar la Núm. 1300-11-09.

El texto de esta carta circular está disponible en nuestra página de Internet en la dirección [www.hacienda.gobierno.pr/publicaciones/cartas\\_cartas\\_circulares\\_cont.html](http://www.hacienda.gobierno.pr/publicaciones/cartas_cartas_circulares_cont.html).

Es responsabilidad de las agencias hacer llegar las disposiciones de esta Carta Circular a cada uno de su personal, especialmente a los de la Oficina de Recursos Humanos encargados de los planes médicos.

Cordialmente,

Juan Carlos Puig  
Secretario de Hacienda