Estado Libre Asociado de Puerto Rico
DEPARTAMENTO DE HACIENDA
Área de Contabilidad Central de Gobierno

Carta Circular **Año Fiscal 2008-2009**
1300-07-09 **12 de noviembre de 2008**

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

Asunto: Servicios médicos para los funcionarios y empleados públicos

Estimados señores:

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

El personal de las corporaciones públicas y de la Universidad de Puerto Rico que opten por acogerse a los planes contratados por el Secretario de Hacienda, tendrá derecho a la aportación patronal que se fije en el presupuesto de cada una de las corporaciones públicas o de la Universidad de Puerto Rico. En los casos de municipios la aportación patronal será la que se establezca en su presupuesto general de gastos.

Esta Circular se emite para establecer las instrucciones relacionadas con el trámite y pago de los planes de servicios de salud al personal que contrate bajo la Ley Núm. 95.

APORTACIÓN PATRONAL

1. La aportación patronal del Gobierno Central para los servicios de salud no será menor de $100 mensuales por cada asegurado principal o el pago total, lo que sea menor. El personal cuyo cónyuge trabaje en el servicio público o sea pensionado, podrá acogerse a los beneficios de un plan familiar mancomunado para sí y su familia. En estos casos, la aportación gubernamental será de acuerdo al inciso 5 de esta sección.

2. La aportación patronal de la Ley Núm. 95 será exclusivamente para los planes contratados por el Secretario de Hacienda.

3. Cuando el asegurado principal cese, pero prestó servicios por un período menor de 15 días durante cualquier mes, excepto por razón de licencia autorizada, no se contará dicho período como trabajado para los efectos del pago de la aportación patronal. La prima será pagada en su totalidad por el asegurado. En los casos mancomunados, el cónyuge podrá solicitar convertirse en asegurado principal. La prima será pagada en su totalidad por éste luego de restar la aportación patronal.

4. Cuando el empleado es nombrado regular, probatorio o transitorio de seis (6) meses o más, tendrá derecho a la aportación patronal luego de haber trabajado 15 días o más durante un mes.

5. En los casos de planes mancomunados, cada organismo será responsable del pago de la aportación patronal. Estos procederán de la siguiente forma:

    a. Si ambas aportaciones patronales no cubren la totalidad de la prima a pagar, la diferencia a pagar se le descontará a la persona que se acoja al plan mancomunado como asegurado principal.

    b. Si la prima es menor o igual que ambas aportaciones, la entidad aseguradora dividirá la prima a pagar y le facturará a cada organismo en partes iguales.

    c. Si son diferentes aportaciones y la prima es menor que ambas aportaciones la diferencia se facturará a la agencia de mayor aportación.

    d. Cuando haya un aumento en la aportación patronal para el empleado que no sea el asegurado principal y se cree una deuda en el pago de dicha diferencia, la agencia que aumentó la aportación patronal reembolsará ésta a su empleado. El empleado presentará copia de su talonario y el de su cónyuge para solicitar el reembolso a la agencia. El asegurado principal será responsable de notificar al plan el cambio en la aportación patronal.

6. Las agencias bajo la Ley Núm. 45 de sindicalización con aportación patronal diferente para los empleados unionados versus los no unionados serán responsables de corregir los cambios del grupo. ATI procesará una sola aportación patronal por agencia.

SOLICITUD DE INGRESO

1. El personal que ocupe un puesto regular, probatorio o un puesto transitorio cuyo nombramiento sea de seis meses o más, es elegible para ingresar a los planes de servicios de salud contratados por el Secretario de Hacienda.

2. El personal que tenga un nombramiento transitorio, cuyo contrato sea menor de seis meses, es elegible para ingresar a los planes de servicios de salud contratados por el Secretario de Hacienda, **pero no tendrá derecho a la aportación patronal.** El personal por contrato y el personal irregular o por jornal no son elegibles a ingresar a dichos planes de salud. En aquellos casos en que el sueldo del personal irregular se pague de fondos federales y el programa federal que asigna los fondos provea para el pago de beneficios marginales, incluyendo el de servicios médicos, dicho personal podrá recibir beneficios similares a los de la referida Ley Núm. 95.

3. A los planes de servicios de salud auspiciados y administrados por organizaciones de empleados, solamente podrá acogerse el personal que sea o se haga socio de la organización. El personal que sea socio de una organización de empleados puede elegir entre acogerse al plan de servicios de salud que auspicia su organización o a cualquiera de las entidades aseguradoras contratadas por el Secretario de Hacienda.

4. El personal, al llenar su solicitud de ingreso a cualquier plan de servicios de salud, deberá usar el nombre que aparece en su cheque de sueldo y número de seguro social, **así como la agencia y programa al que pertenece**. **Enviará el original de la solicitud a la entidad aseguradora con acuse de recibo y copia a la Oficina de Recursos Humanos donde presta servicios**. El personal que se acoja a un plan médico auspiciado por una organización de empleados, deberá tramitar su solicitud de ingreso a través de dicha organización. Ésta, luego de verificar que el empleado pertenece a la organización, será responsable de enviar el original de la solicitud a la entidad aseguradora y copia de la misma a la Oficina de Recursos Humanos a la cual pertenece el empleado.

5. La Oficina de Recursos Humanos de la agencia utilizará las copias de las solicitudes recibidas para preparar una lista del personal, por entidad aseguradora u organización de empleados, que solicitó los servicios de salud. Dicha lista incluirá: el nombre y seguro social del asegurado principal e identificarán al personal transitorio sin derecho a la aportación patronal. Conservará dichas solicitudes por una posible reclamación de la Ley de Medicare Pagador Secundario.

6. Cuando las solicitudes de ingreso a los planes de servicios de salud no provean para indicar el status del personal en el puesto que ocupa, transitorio o regular, dicha información se indicará, en un sitio visible, en la parte superior de la misma.

7. Después de la fecha límite que establezca la Carta Circular que emita el Secretario de Hacienda para informar los planes de servicios de salud con los cuales contrató, no se tramitará solicitud de ingreso con excepción de las siguientes:

    a. Solicitudes correspondientes al personal de nuevo nombramiento siempre y cuando la entreguen dentro de los **60**[*] días calendarios siguientes a la fecha de su nombramiento. 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.

    b. Solicitudes correspondientes al personal que para acogerse al plan de servicios de salud que ofrece una organización de empleados, ingrese en alguna de las organizaciones de empleados contratadas por el Secretario de Hacienda.

    c. Solicitudes correspondientes al personal que se acoja a los beneficios de retiro durante el año.

PERSONAL QUE SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE RETIRO

1. El personal 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 el Secretario de Hacienda bajo las disposiciones de la Ley Núm. 95 del 29 de julio de 1963, según enmendada, **deberá entregar una nueva solicitud directamente a la entidad aseguradora seleccionada dentro de los 60 días calendarios siguientes a la fecha en que 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.

---

[*] La limitación de 60 días calendarios no es aplicable a los que se acojan a la Asociación de Maestros de Puerto Rico, del Secretario de Hacienda contratar con éstos.

2. El personal 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 entidad aseguradora con la cual tiene su plan médico dentro de los 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 retirado no podrá hacer cambios de entidad aseguradora, ni de cubierta en ese momento. El retirado pagará directamente a la entidad aseguradora el costo total de la prima, incluyendo la aportación patronal. Tan pronto como reciba su primer pago como pensionado podrá solicitar, con evidencia certificada del pago, al Sistema de Retiro que pertenece, el reembolso de las aportaciones patronales pagadas y notificar a la entidad aseguradora para que ésta comience a facturar al Sistema de Retiro.

3. 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 entidad aseguradora con la cual tiene su plan médico dentro de los 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.

RENOVACIÓN ANUAL

1. Anualmente, este Departamento notificará, mediante Carta Circular, los nombres de las entidades aseguradoras y organizaciones de empleados con las cuales el Secretario de Hacienda formalice contratos de servicios de salud. Les notificará, además, las claves asignadas en RHUM para identificar dichas entidades y las fechas límite para radicar las solicitudes de ingreso o solicitar cambios o bajas a planes de servicios de salud.

2. La Oficina de Recursos Humanos de cada agencia coordinará con las distintas entidades aseguradoras y organizaciones de empleados, la fecha y lugar en que éstas ofrecerán orientación sobre los seguros médicos que ofrecerán al personal de su agencia. Será responsabilidad de la agencia velar que dicha fecha sea por lo menos una semana antes de la fecha establecida por el Secretario de Hacienda para ingresar a un plan de servicio de salud para que su personal pueda hacer la selección del plan de servicio de salud que interese. Además, será responsable de otorgar a todas las entidades aseguradoras y organizaciones de empleados igual oportunidad de ofrecer dichas orientaciones.

3. Toda entidad aprobada deberá solicitar al Área de Seguros Públicos autorización previa para ofrecer seminarios, ferias de salud u orientaciones a los coordinadores o encargados de los planes de servicios de salud en las agencias, municipios o instrumentalidades públicas, de acuerdo con las disposiciones establecidas en la Carta Circular emitida por dicha Área.

4. La Oficina de Recursos Humanos de cada agencia o municipio deberá solicitar al Área de Seguros Públicos del Departamento de Hacienda autorización para efectuar las ferias de salud. Las mismas se ofrecerán gratuitamente a todos los empleados de la agencia o municipio y no se podrán limitar a un plan médico contratado.

5. No se permitirán renovaciones o envío de tarjetas automáticamente al suscriptor. De incurrir en el incumplimiento de este inciso el Plan Médico quedará obligado al pago de una penalidad de **$5,000** por ocurrencia, pagadero al Secretario de Hacienda. Dicha acción deberá notificarse inmediatamente al Área de Seguros Públicos.

6. Todas las agencias que deseen participar en el proceso de renovación de contratos de servicios médicos que el Área de Tecnología de Información (ATI) de este Departamento efectúa para la primera quincena del mes de enero deberán solicitarlo por escrito a dicha Área, antes del cierre del proceso de renovación.

7. Las agencias podrán autorizar a aquellas entidades aseguradoras que así lo soliciten, a enviar los cambios directamente a ATI en los diferentes medios magnéticos.

8. Para el mes de enero, ATI, utilizará como base los cambios de servicios médicos que reciba directamente de las agencias o de las entidades aseguradoras, a través de los diferentes medios magnéticos, para crear un nuevo récord de descuentos para cada funcionario o empleado que se acoja a un plan médico, utilizando las claves **APM – Aportación Patronal**, **60 – Descuento de Empleado, 61 – Descuento de la Aportación Patronal** y la clave específica que identifica a la entidad aseguradora u organización correspondiente**.** En los casos de traslados entre agencias, será responsabilidad de ambas agencias entrar el cambio en RHUM.

9. ATI, al procesar los cambios de servicios médicos enviados por las entidades aseguradoras en diciembre, preparará una lista del personal asegurado y la prima a procesar. Además, en dicha lista indicará el personal que no se le procese el cambio y la razón por la cual no se pudo procesar el cambio y la enviará a la agencia correspondiente para la acción pertinente. Por otro lado, al procesar la nómina, producirá otra lista con el personal al cual se le efectuó el descuento. Dicha lista la enviará a las agencias para que verifiquen la misma

contra la factura ajustada que utilizaron para informar los cambios. La agencia será responsable de realizar los cambios para corregir estos errores.

10. **Aquellas agencias que durante el año presupuestario efectúen cambios en la aportación patronal a sus empleados deberán informarlo, mediante carta, a la División de Análisis y Programación de ATI.**

PLANES MANCOMUNADOS

1. El personal que se acoja a un plan de servicios de salud mancomunado al llenar su solicitud de ingreso al plan médico de su selección, deberá indicar que es un plan mancomunado. Si la solicitud no provee para este dato, la frase **Póliza Mancomunada** deberá aparecer en un sitio visible de la parte superior de la solicitud, además de toda la información que se requiere en la misma.

2. Aquellas agencias que tengan convenios colectivos certificados notificarán a los planes de servicios de salud la aportación patronal correspondientes a cada empleado.

3. El cónyuge del asegurado principal deberá llenar en original y dos copias el Modelo SC 1335, Certificación para Acogerse al Plan de Salud Mancomunado, (Anejo 1) indicarán la aportación patronal del asegurado principal y la del cónyuge. Ambas agencias retendrán copia de dicho Modelo. Una vez complete el Modelo mencionado, lo enviará a la Oficina de Recursos Humanos donde presta servicios para que certifiquen el mismo en la parte correspondiente. **Junto a dicho Modelo enviará un original de su Certificado de Matrimonio con no menos de 60 días de expedido**.

4. La Oficina de Recursos Humanos del organismo, al recibir el Modelo, verificará si se acompañó un original del Certificado de Matrimonio y que la información que se indica en el Modelo esté correcta. De estar todo bien, procederá a firmar la misma y retendrá una copia del Modelo, junto con una copia del Certificado de Matrimonio, para sus récords. Entregará el original y la copia del Modelo al personal que le entregó el mismo. Con la copia del Modelo preparará una lista de las certificaciones expedidas para verificar la factura que recibe de la aseguradora, según se indica adelante en esta Carta Circular.

5. El cónyuge del asegurado principal retendrá la copia del Modelo y entregará el original del mismo a su cónyuge (asegurado principal) para que éste lo entregue a la entidad aseguradora u organización de empleados junto con su solicitud de ingreso.

6. Cuando ambos prestan servicios en el mismo organismo, cada uno deberá completar el Modelo SC 1335 y presentar un original del Certificado de Matrimonio a la Oficina de Recursos Humanos del mismo.

7. En los casos donde trabajen en distintos organismos, será responsabilidad del organismo donde presta servicios el asegurado principal que se acoja al plan familiar, preparar una lista, en original y por lo menos dos copias, por entidad aseguradora u organización de empleados. Dicha lista debe incluir: nombre del asegurado principal que se acoja al plan y su número de seguro social; nombre del cónyuge que presta servicios en el otro organismo y su número de seguro social, y nombre del organismo donde presta servicios el cónyuge del asegurado principal, según aparece en el Modelo SC 1335.

   El organismo donde trabaja el asegurado principal enviará el original de la lista, a la entidad aseguradora u organización de empleados**,** una copia al organismo donde trabaja el cónyuge del asegurado principal y retendrá una copia. Las copias se usarán para verificar la facturación de la aportación patronal al organismo donde el cónyuge del asegurado principal presta sus servicios.

8. El plan familiar mancomunado no aplica al personal y sus familiares que pertenecen a la Asociación de Maestros de Puerto Rico. Tampoco aplica al personal de las corporaciones públicas o entidades gubernamentales cuyos servicios de salud no estén contratados bajo las disposiciones de la citada Ley Núm. 95. Sin embargo, para las uniones que contraten bajo la Ley 158 se permitirá la mancomunación.

FACTURACIÓN

1. Las entidades aseguradoras u organizaciones de empleados, según sea el caso, aprobarán las solicitudes y enviarán a los organismos una factura en original y copia. Para facilitar la identificación del personal acogido a un plan de servicios de salud mancomunado, éstas podrán enviar facturas separadas o colocar un asterisco (*) al lado del asegurado principal.

2. Las agencias verificarán la factura o facturas para determinar si todo el personal incluido en las mismas tienen derecho al plan médico. En los casos mancomunados verificarán, además, que la prima esté correcta. El organismo donde trabaja el cónyuge del asegurado principal verificará que proceda el pago de la aportación patronal. Los ajustes se harán en el original y la copia de la factura.

3. Una vez ajustada la factura o las facturas, la agencia devolverá a la entidad aseguradora u organización correspondiente la copia de la misma con los

ajustes acompañada con los documentos que justifiquen los mismos. Será responsabilidad de las entidades aseguradoras realizar la corrección en las facturas que enviarán mensualmente. Cualquier cambio que ocurra después de enviada la copia de la factura y que afecte los descuentos del mes se notificará por escrito para que el cambio se refleje en la factura del mes siguiente y evitar un ajuste posterior.

PAGOS

1. Luego de la confirmación de la segunda quincena, ATI preparará el informe mensual de Distribución de Pagos a Entidades de Servicios Médicos. El mismo incluye los descuentos por servicios médicos efectuados al personal por entidad aseguradora u organización de empleados. En dicho informe el total de descuento contiene las retenciones hechas y cancelaciones procesadas durante el mes.

2. También preparará el informe de Registro de Servicios Médicos por agencia, entidad aseguradora u organización de empleados y lo enviará a la agencia correspondiente. El mismo incluirá el nombre del empleado, seguro social y la cantidad descontada.

3. Dichos informes se enviarán a la Secretaría Auxiliar del Área del Tesoro de este Departamento no más tarde del 1ro de cada mes. Dicha Secretaría enviará una copia a la entidad aseguradora junto con el cheque correspondiente dentro de los primeros cinco días laborables del próximo mes al que correspondan los descuentos.

   Se emitirá un solo cheque mensual, por el importe neto que emite el informe, a cada entidad aseguradora el cual incluirá el total de los descuentos en nómina efectuados al personal más la aportación patronal. Para cancelar dicho cheque se seguirán las instrucciones establecidas para cancelar cheques emitidos por PRIFAS.

4. Las entidades aseguradoras utilizarán la copia de la lista que le envía este Departamento para preparar y enviar a las agencias, antes del 10 de cada mes, la lista con las diferencias en descuentos. Las agencias anotarán al lado del nombre del personal que aparece en la lista, el status de éstos, la razón por la cual se le descontó de más o de menos o cualquier otro cambio. Después de realizados los ajustes devolverán la lista de diferencias a la entidad aseguradora, no más tarde del día 15 de cada mes.

5. **Las agencias no podrán utilizar el Sistema RHUM para efectuar reembolso de planes de servicios de salud a empleados ni a entidades, una vez vencido su período de contratación.**

TRASLADOS, SUSPENSIONES, RENUNCIAS O CESANTÍAS

1. Las agencias ajustarán la factura o facturas que reciban de la entidad aseguradora para informar traslados a otras agencias, suspensiones, renuncias o licencias sin sueldo del asegurado principal. En estos casos, procederá como sigue:

    a. Cuando el asegurado se traslade a otra agencia, el descuento de la prima mensual lo efectuará la agencia a la cual éste se traslada. Tanto la agencia de la cual se traslada el asegurado como la que lo recibe, deberán indicar en su factura o lista de diferencias, los datos referentes al traslado. Dichos datos serán: la fecha de efectividad del traslado, nombre de las agencias envueltas, nombre y número de seguro social del asegurado, importe y fecha del descuento hecho en la agencia de la cual se traslada el asegurado a favor de la entidad aseguradora. **Será responsabilidad de la Agencia a donde se trasladó el asegurado pagar la aportación patronal.**

    b. En los casos en que se destituya o se suspenda de empleo y sueldo a cualquier asegurado, la agencia notificará por escrito inmediatamente a la entidad aseguradora u organización de empleados con la cual dicho empleado tiene contratados los servicios de salud, indicando la fecha en que comienza la misma, la dirección del asegurado y en los casos de suspensión de empleo y sueldo, la fecha de vencimiento. Si el asegurado tiene un plan de servicios de salud mancomunado, le enviará copia de la comunicación a la agencia donde preste servicios el cónyuge del asegurado para la acción correspondiente.

    c. Con relación a la suspensión o destitución, la entidad aseguradora u organización de empleados se comunicará con el asegurado para determinar si interesa continuar en el contrato. De continuar con el contrato, éste hará sus pagos de primas, incluyendo la parte patronal, directamente a la entidad aseguradora correspondiente. Si no interesa continuar en el seguro, éste le quedará cancelado tan pronto sea efectiva la destitución o suspensión. Cuando la persona se reincorpore al trabajo, si continúa con el seguro, la agencia notificará por escrito a la entidad aseguradora u organización de empleados, según sea el caso, para la acción pertinente. En los casos de restitución la agencia reembolsará al asegurado la aportación patronal por el período de su cesantía o suspensión, de acuerdo con la Sección 9 (c) de la referida Ley Núm. 95.

d. En los casos en que se destituya o se suspenda de empleo y sueldo al cónyuge de un asegurado principal en un plan mancomunado, la agencia concernida procederá según lo antes indicado. No obstante, en estos casos la entidad aseguradora deberá comunicarse con el asegurado principal, a los fines de informarle que le aumentará el descuento al plan médico por el tiempo que dure dicha destitución o suspensión de empleo y sueldo. En los casos de restitución, la entidad aseguradora deberá hacer los ajustes correspondientes para rebajar el descuento al asegurado principal y facturar a la agencia donde preste servicios el cónyuge del asegurado principal.

2. Cuando el asegurado principal renuncie, el supervisor inmediato deberá exigirle a éste que le entregue, junto con la propiedad a su cargo, la tarjeta de identificación del plan de servicios de salud y la de sus dependientes, incluyendo la correspondiente a su cónyuge si tenía un plan de servicios de salud mancomunado. La agencia y el empleado vendrá obligada a notificar por escrito y devolver dicha tarjeta a la entidad aseguradora u organización de empleados correspondiente.

3. En estos casos, el supervisor será responsable de requerirle a éste que llene el Modelo SC 1339, Certificación de Conversión de Plan Médico en Casos de Renuncia o Cesantía (Anejo 2), para eximir a la agencia de toda responsabilidad con la entidad aseguradora. El personal que cese en sus funciones tendrá la opción de continuar con su plan médico mediante pago directo o no continuar con el mismo. Si decide continuar con su plan médico, retendrá sus tarjetas y le informará su decisión al supervisor inmediato. Enviará el Modelo SC 1339 a la Oficina de Recursos Humanos de su agencia**. La agencia y el empleado serán responsables de notificar por escrito a la entidad aseguradora u organización de empleados correspondiente.**

4. Es importante que se cumpla con esta disposición para evitar que se afecten las funciones de las entidades aseguradoras o de las organizaciones de empleados. La agencia, una vez efectúe dicha notificación, no será responsable de pagar las reclamaciones correspondientes a servicios médicos utilizados por el personal que haya renunciado o cesado en sus funciones.

LICENCIA SIN SUELDO

1. Si el asegurado principal se acoge a una **licencia sin sueldo deberá completar el Modelo SC 1334, Notificación de Licencia sin Sueldo, Licencia Militar sin Sueldo o Licencia Médico Familiar, (Anejo 3) en original y copia. El original lo enviará a la Oficina de Recursos Humanos y la copia a la entidad**

aseguradora. Si el plan de servicios de salud es mancomunado, preparará una copia adicional la cual enviará a la Oficina de Recursos Humanos de la agencia donde trabaje el cónyuge mancomunado.

2. La agencia para la cual trabaja el asegurado principal, al recibir el mencionado Modelo, se comunicará por escrito con la entidad aseguradora u organización de empleados con quien tiene su plan de servicios de salud para indicarle la fecha en que comienza y termina la misma. Además, le indicará si el asegurado continuará o no con el contrato. Si el asegurado principal tiene un plan de servicios de salud mancomunado, enviará copia de dicha comunicación a la agencia donde preste servicios el cónyuge del asegurado para la acción correspondiente.

3. Si el asegurado principal determina continuar con el contrato tendrá derecho al pago de la aportación patronal por un período que no excederá de 12 meses, siempre y cuando se reintegre al servicio al finalizar dicho período. De no reintegrarse finalizado dicho período, éste vendrá obligado a rembolsar al Secretario de Hacienda los desembolsos incurridos para el pago de las aportaciones patronales. Sin embargo, el Secretario de Hacienda podrá excluir de la obligación de rembolsar las aportaciones mencionadas a todo aquel empleado que se acoja a los beneficios del retiro por una condición de salud.

4. Si el asegurado se reintegra al servicio público luego de terminada la licencia sin sueldo y no está acogido a un plan de servicios de salud éste tendrá hasta 60 días calendarios siguientes a la fecha del reingreso para solicitar ingresar a uno de los planes médicos contratados por el Secretario de Hacienda.

5. Si la licencia sin sueldo fue concedida bajo la Ley de Licencia Familiar y Médica de 1993, la cual entró en vigor el 5 de agosto de 1993 (Public Law 103-3) y el empleado determina continuar con el contrato, la cubierta podrá continuar en vigor por un período que no excederá de doce (12) semanas y tendrá derecho al pago de la aportación patronal correspondiente por el referido período.

6. En estos casos, la entidad aseguradora u organización de empleados le cobrará directamente al empleado la aportación individual, si alguna, y una vez reciba la misma le facturará a la agencia por la aportación patronal correspondiente. Si el asegurado tiene un plan mancomunado, le facturará, además, la parte correspondiente a la aportación patronal del cónyuge a la agencia para la cual éste presta sus servicios.

7. Un empleado que esté en licencia sin sueldo y no puede cubrir las primas del contrato vigente, podrá modificar dicha cubierta para reducir las mismas. Dicho cambio lo hará directamente con la entidad aseguradora y no está sujeto a las fechas límite para hacer cambios.

8. Cuando un militar suscrito a un plan de beneficios de salud se acoge a una licencia militar sin sueldo y determina continuar con el contrato de seguros, deberá notificarle a la Oficina de Recursos Humanos de su agencia. **La licencia militar sin sueldo es hasta que la persona regrese y no tiene que devolver la aportación patronal siempre y cuando sea activado para una necesidad específica.**

9. Las licencias sin sueldo deben ser solicitadas por el empleado a la agencia, no se concederán automáticamente.

10. Cuando una agencia otorga una licencia sin sueldo a un empleado para que trabaje en otra agencia la aportación patronal le corresponde pagarla a la agencia para la cual éste presta sus servicios.

REFORMA DE SALUD

1. El empleado o pensionado que esté bajo RHUM podrá seleccionar entre la Reforma de Salud o los planes contratados por el Secretario de Hacienda. Aquellos empleados que opten por la Reforma de Salud como Entidad Contratante, no tienen derecho a los beneficios de salud otorgados por la Ley Núm. 95. Aquellos empleados que se beneficien de la Reforma de Salud y a la misma vez se acojan algún plan de beneficios de salud bajo la Ley Núm. 95 están violando la Ley, por lo tanto, deberán reponer al Gobierno todo el dinero por concepto de aportación patronal recibida de forma indebida.

2. Cuando un empleado o pensionado médico indigente que esté en la Reforma y en su revisión no cualifica como médico indigente y ésto ocurre durante el periodo de contrato que no sea el periodo de cambio o subscripción, la Oficina de Asistencia Médica del Departamento de Salud vendrá obligada a orientar al empleado que de éste interesar en continuar con la aportación patronal, solicite el Plan de la Reforma (ELA Puro) hasta el periodo de cambio o subscripción que establece el Secretario de Hacienda. Para ésto deberá presentar una certificación (MA-10) que indique que no pertenece a la Reforma y tendrá que pagar la diferencia en costo. En estos casos, la Reforma le facturará a la agencia la aportación patronal de dichos empleados. Dicho plan cancelará automáticamente al 31 de diciembre del año en curso.

   Si al empleado o pensionado no médico indigente le interesa seguir con el (ELA Puro) u otro plan de servicio de salud contratado por el Secretario, llenará una solicitud en el periodo de subscripción establecido para éste propósito. Las agencias serán responsables de orientar al personal sobre este requerimiento.

3. Si el empleado durante el año de contrato quiere cambiar de un plan de salud contratado por el Secretario de Hacienda a Reforma de Salud, (ELA Puro) o viceversa, tendrá que seguir las disposiciones de cancelación que se indican en esta Carta Circular.

4. Al empleado público que se acoja a la Reforma de Salud (ELA Puro) le aplican todas las disposiciones de esta Carta Circular.

ASEGURADOR SECUNDARIO (MEDICARE)

1. La Ley de Seguridad Social (Social Security Act), según enmendada, establece las condiciones bajo las cuales Medicare será responsable como asegurador secundario (Medicare Secondary Payer, MSP). La misma dispone que funcionarios activos o sus dependientes directos cubiertos por Medicare por incapacidad o condición renal crónica tendrán derecho a acogerse a la Entidad Contratante Grupal. En estos casos, la entidad aseguradora que el funcionario seleccione será el asegurador primario y Medicare el asegurador secundario (MSP). Esta disposición aplica, además, a los casos en que el funcionario activo o sus dependientes directos se acogen al Medicare por edad.

2. Será responsabilidad de la Oficina de Recursos Humanos de la agencia orientar al personal activo que esté acogido a la cubierta A y B de Medicare sobre la conveniencia de ingresar él y sus dependientes directos a la Entidad Contratante Grupal, de acuerdo a las disposiciones del MSP o el mantener su cubierta de Medicare o Advantage como plan primario renunciando a la aportación patronal. **La agencia viene obligada a verificar que ningún empleado activo obtenga un contrato de servicios de salud complementario o advantage para el cónyuge o dependiente directo.** Aquellos empleados que opten por ingresar a los planes médicos contratados por el Secretario de Hacienda no pueden escoger la cubierta complementaria o advantage. Las cubiertas complementarias o advantage son para los pensionados que tengan cubierta A y B de Medicare.

3. Si el funcionario prefiere no acogerse a la Entidad Contratante Grupal deberá firmar una certificación relevando a su agencia de toda responsabilidad y renunciando a la aportación patronal. Para este propósito usará el Modelo SC 1338, Certificación de Relevo, (Anejo 4). Para facilitarles el determinar los casos en que Medicare será el asegurador secundario y las entidades aseguradoras las primarias, le acompañamos una Tabla de Aplicabilidad de la Ley MSP (Anejo 5).

4. Los pensionados o dependientes padres o suegros de empleados que se acojan a uno de los Programas de Medicare Advantage deberán dirigir sus reclamaciones directamente al “Center for Medicare and Medicaid Services” (CMS), teléfono 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o a la dirección electrónica www.medicare.gov.

CANCELACIONES

1. Los contratos de servicios de salud tienen vigencia hasta el 31 de diciembre del año en curso. No obstante, el asegurado principal que interese darse de baja del plan podrá hacerlo en cualquier momento dentro de dicho periodo, mediante el Modelo SC 1330, Solicitud de Cancelación (Anejo 6). El Modelo se completará en original y dos copias. Será responsabilidad del asegurado enviar el original a la entidad aseguradora u organización de empleados para que tramite el mismo y una copia a la Oficina de Recursos Humanos del organismo para el cual trabaja. Retendrá la última copia como prueba de la solicitud.

2. Si la razón para darse de baja del plan es para ingresar a otro plan, el asegurado tendrá que regirse por las fechas establecidas para este propósito en la Carta Circular de los Servicios Contratados para el año en curso emitida por el Secretario de Hacienda. En estos casos, el asegurado principal enviará el original del Modelo SC 1330 a la entidad aseguradora a darse de baja. Enviará una copia del referido modelo, con copia de las tarjetas, junto con el original de la solicitud de ingreso a la nueva entidad aseguradora con acuse de recibo. Enviará la otra copia, junto con la copia de la solicitud de ingreso, a la Oficina de Recursos Humanos para la cual trabaja. Retendrá una copia del Modelo SC 1330 como evidencia para la acción correspondiente.

DEUDA ADMITIDA

1. Cuando un empleado adeude primas a una entidad aseguradora podrá llegar a un acuerdo escrito con ésta para que le haga un plan de pago.

2. La entidad aseguradora enviará evidencia del plan de pago a la Oficina de Recursos Humanos de la agencia donde trabaja el empleado para que ajuste el sueldo. Este plan de pago no excederá de la vigencia del contrato.

APORTACIÓN PATRONAL ADEUDADA CON ENTIDADES ASEGURADORAS

1. La agencia que adeude el importe correspondiente a la aportación patronal de planes médicos deberá efectuar el pago directamente a la entidad aseguradora. Las entidades aseguradoras enviarán a la agencia una factura en la cual indicarán:
    a. número de la agencia según Sistema RHUM
    b. nombre de la agencia
    c. mes facturado
    d. total subscriptores

e. aportación patronal
f. aportación subscriptores
g. aportación patronal pagada
h. aportación subscriptores pagada
i. aportación patronal adeudada
j. aportación subscriptores adeudada

En estos casos la factura deberá estar certificada por la entidad aseguradora y será responsabilidad de la agencia verificar que el importe facturado esté correcto. Dicha verificación la hará contra el informe que le provee ATI. El pago lo hará mediante un Comprobante de Pago, Modelo SC 735. Si el pago se efectúa después del 30 de junio, éste lo hará contra la obligación de cierre de año presupuestario.

DESCUENTO DE APORTACION PATRONAL DEL SUELDO DEL ASEGURADO

1. En los casos, donde la agencia pagó la aportación patronal del sueldo del asegurado, éste deberá solicitar el reembolso a la agencia para la cual trabaja. Será responsabilidad de la agencia efectuar el reembolso en el próximo período de nómina.

2. Cuando la agencia pagó la aportación patronal de la cuenta de gasto provista para ello y a la vez la descontó del sueldo del asegurado, será responsabilidad de la entidad aseguradora efectuar el reembolso al asegurado. En estos casos, éste solicitará a su agencia, luego de mostrar copia del talonario de cheque, una certificación en la cual se indique el importe descontado. Antes de emitir la certificación, la agencia verificará si se realizó el descuento. El asegurado entregará a la aseguradora dicha certificación junto con su solicitud de reembolso. También será responsabilidad de la **entidad aseguradora rembolsar** al asegurado las primas descontadas en exceso. El asegurado tramitará esta solicitud de reembolso igual a lo establecido para los casos de aportación patronal.

PLANES COMPLEMENTARIOS*

1. Los funcionarios o empleados que interesen acogerse a planes de salud complementarios deberán radicar una Solicitud de Autorización para Deducción de Prima (PDA) que le proveerá la entidad aseguradora. Dicha autorización la entregarán a la agencia en la cual prestan servicios, para que se le haga el descuento de sueldo.

---

* No se refiere a planes complementarios de Medicare

2. Las agencias que preparan sus propias nóminas considerarán el descuento para planes de salud complementarios como una deducción miscelánea.

3. Cuando el empleado quiera cambiar la cubierta será su responsabilidad informarlo a la aseguradora. Esta le notificará a la agencia mediante una autorización para el descuento de la cubierta.

4. Las agencias cuyas nóminas se preparan en el Área de Tecnología de Información de este Departamento procederán como sigue:

    a. El descuento se considerará como una deducción fija miscelánea y utilizarán la deducción número 70.

    b. No se utilizará la aportación patronal para el plan de salud complementario y el costo total de la prima del seguro será descontado del sueldo mensual del empleado.

DISPOSICIONES GENERALES

1. La cubierta básica de los servicios de salud contratados bajo las disposiciones de la Ley Núm. 95 será la que determine el Secretario de Hacienda durante el proceso de contratación. La Oficina de Recursos Humanos de las agencias deberá verificar que la literatura e información que les provean las entidades aseguradoras u organizaciones de empleados esté en armonía con lo aquí señalado. De no estar en armonía, la misma no será válida y la agencia deberá enviar al Área de Seguros Públicos de este Departamento copia de la literatura para que ésta tome acción.

2. La entidad aseguradora informará a la agencia donde trabaja el asegurado principal los cambios que surjan después de la fecha de vigencia del contrato que afecten la prima a pagar por éste. Además, informará los ingresos a ese plan de servicios de salud. Esto lo hará en la próxima factura mediante notificaciones individuales de cambio.

3. Cuando por alguna razón en un mes no se efectúe al asegurado principal el descuento por servicios médicos, la agencia deberá notificárselo por escrito a la entidad aseguradora u organización de empleados y al empleado afectado. **Este, le indicará a la agencia si va a hacer el pago directo o solicitará un plan de pago a la entidad aseguradora u organización de empleados.**

    El empleado también es responsable de verificar en su talonario que se le hagan los descuentos correctamente. De no efectuarse el descuento por servicios

médicos, deberá comunicarse inmediatamente con su plan y con su agencia para indicar cómo hará el pago.

4. En los casos de renuncias o de cesantías, será responsabilidad de las agencias recobrar del asegurado principal los pagos indebidos de primas, incluyendo la parte patronal a entidades aseguradoras. En los casos de renuncia del cónyuge del asegurado principal en un plan mancomunado, se seguirá el mismo procedimiento indicado en el apartado para traslados, suspensiones, renuncias o cesantías. **En un plan mancomunado en la cual el asegurado principal no tiene derecho a la aportación patronal por cese, el cónyuge podrá solicitar a la entidad aseguradora ser el asegurado principal para que el descuento se le efectúe a él.**

5. Cualquier reclamación del asegurado principal a la entidad aseguradora u organización de empleados deberá tramitarse por escrito, dentro de los 90 días siguientes de recibir algún servicio cubierto por la póliza, con copia a la Oficina de Recursos Humanos de la agencia para la cual trabaja.

6. En los casos de organizaciones de empleados, el descuento por concepto de cuota por ser miembro de dicha organización, no puede incluirse como parte del descuento por servicios de salud.

7. La Asociación de Maestros de Puerto Rico deberá enviar, mensualmente, a las agencias una factura certificada para cobrar la aportación patronal de los miembros de la Asociación a los cuales no se les efectuó el descuento de nómina para servicios de salud y que tienen derecho a la misma. Al preparar dicha factura, verificarán que todo el personal que se incluye en la misma es miembro de dicha Asociación. Bajo ningún concepto incluirá personal que se dió de baja.

8. El personal que se acoja a un plan médico mancomunado o que se acoja al mismo a través de una organización de empleados públicos, deberá canalizar cualquier cambio y solicitud de ingreso directamente a la organización que corresponda. Esta a su vez, será responsable de enviar a la Oficina de Recursos Humanos de la agencia a la cual pertenece el empleado, cualquier cambio o ingreso al plan de servicios de salud.

9. La Oficina de Recursos Humanos de la agencia, cuando crea conveniente podrá solicitar un original del Certificado de Matrimonio actualizado.

10. Cuando un asegurado se acoge a la jubilación efectiva al día 15 del mes, le corresponde a la agencia de donde se retira pagar la aportación patronal de dicho mes.

11. En caso de que se descubra que algún asegurado dio información fraudulenta para acogerse a un plan mancomunado, la agencia tomará las medidas disciplinarias, establecidas en la reglamentación emitida para ello por su Oficina de Recursos Humanos.

12. El personal de los municipios que optare por acogerse a los planes contratados por el Secretario de Hacienda, deberá seguir las disposiciones que establezca el municipio para el pago de los planes de servicios de salud.

13. Autorizamos a las agencias a producir los Modelos SC 1330, Solicitud de Cancelaciones, SC 1334, Notificación de Licencia sin Sueldo, Licencia Militar sin Sueldo o Licencia Médico Familiar, SC 1335, Certificación para Acogerse al Plan de Salud Mancomunado (Cónyuge), SC 1339, Certificación de Conversión de Plan Médico en casos de Renuncia o Cesantía y SC 1338, Certificación de Relevo, en sus propias facilidades.

14. Es absolutamente necesario que se cumplan las disposiciones de esta Carta Circular para que el trámite de las solicitudes de ingreso a los planes de servicios de salud, los descuentos en nóminas y el pago de los mismos se agilice, para que las entidades aseguradoras puedan ofrecer un servicio adecuado al personal de la agencia.

Esta Carta Circular deroga la Carta Circular Núm. 1300-04-06 del 9 de agosto de 2005.

El texto de esta carta circular está disponible en nuestra página de Internet en la dirección www.hacienda.gobierno.pr/publicaciones/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,

Ángel Ortiz García
Secretario de Hacienda

Anejos