

INFORMACIÓN PARA INGRESAR O RENOVAR PLANES MÉDICOS AÑO 2009

1. Las solicitudes de ingreso a los planes de salud deben llegar a la entidad aseguradora no más tarde del **7 de febrero de 2010**, para garantizar la efectividad al **1 de marzo de 2010**.
2. El personal que tenga un nombramiento transitorio cuyo contrato de nombramiento sea menor de seis meses es elegible para ingresar a los planes de servicios de salud, pero sin derecho a la aportación patronal. En este caso, indicará en su solicitud de ingreso la frase **SIN DERECHO A LA APORTACIÓN PATRONAL**.
3. El asegurado enviará la solicitud de ingreso a la entidad aseguradora y copia a la Oficina de Recursos Humanos de su agencia. El personal que se acoja a un plan de servicios de salud auspiciado por una organización de empleados tramitará su solicitud de ingreso a través de dicha organización.
4. La entidad aseguradora deberá emitir las tarjetas de identificación al asegurado y se compromete a trabajar las solicitudes de cancelaciones o bajas no más tarde de 15 días luego de recibir la solicitud del empleado.
5. De **no recibir** las tarjetas o las certificaciones de cubierta, dentro del período establecido en el Apartado 4, el asegurado deberá comunicarse con la entidad aseguradora. El asegurado podrá solicitar el reembolso o no facturación del mes o los meses en que la entidad tarde en emitir las tarjetas o certificaciones y presentará pruebas de las gestiones hechas por él a la entidad aseguradora.
6. Al llenar la solicitud de ingreso, deberá completar todas sus partes con la información, según aparece en la Agencia.
7. Cuando un empleado interese acogerse a un plan médico mancomunado y su cónyuge presta servicios en otro organismo llenará el Modelo SC 1335, **Certificación para Acogerse al Plan de Salud Mancomunado**. 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 u 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 Núm. 158 se permitirá la mancomunación.

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

8. Después del **7 de febrero de 2010** no se tramitará solicitud de ingreso alguna, con las siguientes excepciones:
 - a. Personal de nuevo nombramiento. Estos tendrán 60 días a partir de la fecha de efectividad de su nombramiento.
 - b. Personal que ingrese en alguna de las organizaciones de empleados, con las cuales se haya contratado, con el fin de acogerse a los planes de salud que ofrecen dichas organizaciones.
 - c. Personal que luego del 7 de febrero se acoja a los beneficios de retiro, de cualquiera de los Sistemas de Retiro, que interesen continuar o ingresar en uno de los planes médicos contratados por el Secretario de Hacienda. Dichas solicitudes deberán tramitarse a la entidad aseguradora correspondiente con no menos de 60 días de antelación a la fecha en que cesará.
9. Si el asegurado cesa en sus funciones, tendrá la opción de continuar con su plan médico, mediante pago directo o no continuar con el mismo. De continuar con su plan médico, retendrá sus tarjetas, le informará su decisión al supervisor inmediato y al Área de Recursos Humanos de su agencia y completará el Modelo SC 1339, Certificación de Conversión de Plan Médico en Casos de Renuncia o Cesantía. **De no continuar con el plan médico el empleado es responsable de notificarlo a la entidad aseguradora.** Además, deberá entregar, a su supervisor inmediato, su tarjeta y la de sus dependientes, incluyendo la correspondiente a su cónyuge si tenía plan médico mancomunado. El supervisor enviará el Modelo SC 1339 y copia de la renuncia al Área de Recursos Humanos de la Agencia, quien a su vez la enviará a la entidad aseguradora.
10. **Cuando el asegurado principal cese, pero prestó servicios por un periodo menor de 15 días durante cualquier mes, excepto por razón de licencia autorizada, no se le contará dicho periodo como trabajado para los efectos del pago de la aportación patronal. La prima será pagada en su totalidad por el asegurado.**

11. El asegurado está obligado a notificar, por escrito, a su plan médico los siguientes cambios:

- a. Destitución y suspensión de empleo o sueldo** - Indicará la fecha de efectividad de la destitución o suspensión y su dirección. En los casos de suspensión indicará, además, la fecha de vencimiento de la misma. Si tiene un plan médico mancomunado, le enviará copia de la comunicación a la dependencia donde preste servicios su cónyuge para la acción correspondiente. Al cónyuge del asegurado principal, se le hará el descuento del asegurado principal por el tiempo que dure dicha destitución o suspensión de empleo y sueldo.

En caso de suspensión o destitución no confirmada, de continuar con el contrato, el funcionario hará sus pagos de primas, incluyendo la parte patronal, directamente a la entidad aseguradora u organización de empleados. Cuando el funcionario se reincorpore al trabajo, de continuar con el seguro, se harán los ajustes para reembolsarle la aportación patronal por el período de su cesantía o suspensión, de acuerdo con la Sección 9 (c) de la Ley Núm. 95. En los casos de planes mancomunados, cuando el cónyuge del asegurado principal se reincorpore al trabajo, la entidad aseguradora hará los ajustes para rebajar el descuento al asegurado principal y facturar a la dependencia donde preste servicios su cónyuge.

- b. Licencia sin Sueldo, Licencia Militar sin Sueldo o Licencia Familiar y Médica (Modelo SC 1334)** – Indicará la fecha en que comienza y termina la misma y si continuará o no con el contrato. Además, si tiene un plan mancomunado, enviará copia de dicha comunicación a la dependencia donde preste servicios su cónyuge, para la acción correspondiente.

Si continúa con el contrato, la cubierta continuará en vigor por un período que no excederá de un año para licencias bajo la Ley Núm. 95, o por un periodo que no excederá de 12 semanas en los casos de licencias bajo la Ley de Licencia Familiar y Médica de 1993, (Public Law 103-3), y tendrá derecho al pago de la aportación patronal correspondiente por el referido periodo. Si el funcionario se reintegra al servicio público luego de terminada la licencia y no está acogido a un plan médico, tendrá 60 días siguientes a la fecha de su reingreso para solicitar ingreso a uno de los planes médicos contratados por el Secretario de Hacienda.

Cuando un empleado suscrito a un plan de beneficios de salud se acoge a una licencia sin sueldo y determina continuar con el contrato de seguro, tendrá

derecho al pago de la aportación patronal por un período que no excederá de 12 meses, siempre y cuando se reintegre al servicio público al finalizar dicho período. Si al cumplirse el año desde la fecha en que se le concede la licencia sin sueldo, el empleado no se ha reintegrado a sus labores, habiendo disfrutado del pago de la aportación del Gobierno al plan de beneficios de salud, vendrá obligado a reembolsar dicha cantidad a su agencia. Sin embargo, el Secretario de Hacienda podrá excluir de la obligación de reembolsar las aportaciones mencionadas, a todo aquel empleado que se acoja a los beneficios del retiro por una condición de salud.

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 entidad aseguradora y 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.

12. Los funcionarios tramitarán por escrito cualquier reclamación por errores en descuentos directamente a la entidad aseguradora u organización de empleados dentro de los 30 días siguientes de haber recibido el talonario o alguna notificación de cobro.
13. En los casos de renuncia del cónyuge del asegurado principal en un plan mancomunado, se procederá igual que en los casos de destitución.
14. Si durante la vigencia del contrato, el funcionario o sus dependientes son elegibles para ingresar a otro plan médico, podrá solicitar la baja del plan contratado por el Secretario de Hacienda. En estos casos, la cancelación tendrá efectividad el día primero del mes siguiente si se somete antes del día 10. Si la solicitud de baja se efectúa después del día 10, la cancelación tendrá efectividad el día primero del mes subsiguiente al que se someta la solicitud.
15. Los funcionarios que se acojan a un plan médico auspiciado por una organización de empleados públicos deberán canalizar su solicitud de ingreso directamente a la organización que corresponda.
16. Las reclamaciones de servicios se tramitarán por escrito directamente a la entidad aseguradora u organización de empleados correspondiente, dentro de los 60 días siguientes de haber recibido algún servicio cubierto por la póliza.