

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

**Carta Circular**  
**Núm. 1300-21-10**

**Año Fiscal 2009-2010**  
**15 de enero de 2010**

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

**Asunto: Servicios Médicos Contratados para el  
Año 2010**

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 los pensionados del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

En nuestra Carta Circular Núm. 1300-07-09, se establecen las instrucciones generales a seguir para el trámite y pago de los planes de servicios de salud del personal de Gobierno. De acuerdo con las disposiciones de la citada Ley Núm. 95, se formalizaron los contratos de servicios de salud para el **año 2010 con vigencia del 1 de marzo de 2010 al 31 de diciembre de 2010.**

Esta Carta Circular se emite con el propósito de impartir instrucciones adicionales relacionadas al trámite y pago de los planes de servicios de salud e informarles las entidades aseguradoras y organizaciones de empleados con las cuales el Secretario de Hacienda formalizó contratos de salud para el año 2010, así como las claves que identificarán las mismas.

**DISPOSICIONES ESPECÍFICAS**

1. Todo el personal elegible que interese ingresar a algún plan de servicios de salud contratado por el Secretario de Hacienda deberá enviar el original de la solicitud de ingreso a la entidad aseguradora no más tarde del **7 de febrero de 2010** con acuse

de recibo. El empleado retendrá una copia como evidencia y enviará una 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, 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 misma a la entidad aseguradora dentro de la fecha límite indicada. Será responsabilidad del asegurado pagar directamente a la entidad aseguradora la parte que le corresponda de la prima si entrega su solicitud después de la fecha límite establecida.

2. **La Oficina de Recursos Humanos de la agencia será responsable de retener las copias de las solicitudes de ingreso del personal para verificar las facturas que reciba de la entidad aseguradora.**
3. 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 contratados por el Secretario de Hacienda, pero no tendrá derecho a la aportación patronal establecida en la Carta Circular 1300-07-09. En estos casos, al llenar la solicitud de ingreso, deberán indicar en un área visible de la misma la frase **SIN DERECHO A LA APORTACIÓN PATRONAL**. Estas solicitudes deberán ser entregadas a la entidad aseguradora y copia a la Oficina de Recursos Humanos de su agencia.

La Oficina de Recursos Humanos de cada agencia utilizará las copias de las solicitudes recibidas para preparar una lista del personal, por entidad aseguradora y organización de empleados. Dicha lista incluirá el nombre y seguro social del asegurado principal e **identificará al personal transitorio** sin derecho a la aportación patronal. Bajo ninguna circunstancia incluirán en los medios magnéticos a los empleados transitorios cuyo nombramiento sea menor de seis meses.

4. **Las entidades aseguradoras autorizadas a enviar los cambios directamente al Área de Tecnología de Información (ATI) de este Departamento en los diferentes** medios magnéticos tendrán hasta las 4:00 p.m. del **8 de febrero de 2010** para entregarlos. Bajo ninguna circunstancia incluirán en los mismos a los empleados transitorios cuyo nombramiento sea menor de seis meses.
5. En el Anejo 1 se indican las claves asignadas por ATI para identificar los descuentos por concepto de servicios de salud a efectuarse a favor de las entidades aseguradoras y organizaciones de empleados bajo la Ley 95 contratadas por el Secretario de Hacienda. ATI usará estas claves para identificar en el registro de nómina, la entidad aseguradora u organización de empleados con la cual el funcionario tiene su seguro de servicios médicos.
6. **Las agencias interesadas en que ATI les procese los cambios automáticamente para la primera quincena del mes de marzo de 2009, lo**

**solicitarán por escrito a ATI, antes del cierre para procesar los mismos. Las agencias tendrán hasta las 4:00 de la tarde del 29 de enero de 2010 para someter su solicitud y autorización para que ATI procese sus cambios automáticamente. De no participar en dicho proceso, la agencia será responsable de efectuar los cambios directamente en el sistema RHUM (Recursos Humanos Mecanizados). Las agencias serán responsables de entrar las transacciones del personal transitorio cuyo nombramiento sea menor de seis meses.**

7. En los contratos formalizados con las organizaciones de empleados se acordó que el pago correspondiente a las primas se emitirá a nombre de la entidad aseguradora a través de la cual se prestarán los servicios. En el Anejo 1 le indicamos a favor de quién se emitirán los pagos correspondientes.
8. ATI, al procesar los cambios de servicios médicos enviados por las entidades aseguradoras durante los días del **19 al 22 de febrero de 2010**, preparará y enviará para la acción pertinente de las agencias, un informe del personal que no se le procesó el cambio y la razón de ello. 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 los errores de descuento de nómina.
9. **No están autorizadas las renovaciones automáticas**, con excepción de las cubiertas *Advantage* y Parte D de *Medicare* que para el año contrato 2010 fueron renovadas automáticamente mediante la Carta Circular Núm. 1300-18-10. Todo pensionado con la Cubierta *Advantage* y Parte D de *Medicare* que no desee continuar con el plan médico luego de la renovación automática y aquellos que pertenecen a la Cubierta Complementaria de *Medicare* tendrán hasta el 7 de febrero de 2010 para cambiar de compañía o renovar su cubierta.

De incurrir en el incumplimiento de este inciso el empleado notificará al Área de Seguros Públicos y el Plan de servicios de salud quedará obligado al pago de una penalidad de **\$ 5,000 por ocurrencia pagadero al Secretario de Hacienda.**

10. Cuando el funcionario entregue más de una copia de la solicitud de ingreso a la agencia gubernamental, dicha agencia reconocerá como válida la primera solicitud recibida.
11. La entidad aseguradora deberá emitir las tarjetas de identificación al asegurado, la cual incluirá la fecha de efectividad del Plan, **no más tarde de 15 días** luego de recibir la solicitud del empleado. Como evidencia de que envió las tarjetas, **utilizará el Formulario PS Form 3877, Certificate of Mailing**, que provee la oficina de correo postal. En el mismo indicarán el nombre y la dirección del asegurado 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 15 días luego de recibir la solicitud, y completará el Formulario PS Form 3877, como evidencia del envío de las mismas.

Cuando el asegurado 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 a la entidad aseguradora.

12. Los contratos de servicios de salud tendrán vigencia hasta el **31 de diciembre de 2010**. No obstante, aquellos funcionarios que interesen darse de baja por alguna razón **que no sea la de ingresar a otro plan**, podrán hacerlo en cualquier momento dentro de dicho período, mediante el Modelo SC 1330, Solicitud de Cancelación, (Anejo 2). **En estos casos, el empleado no podrá ingresar a otro plan de salud de los contratados por el Secretario de Hacienda hasta la próxima negociación.**

El Modelo SC 1330 se completará en original y dos copias. Será responsabilidad del asegurado enviar original del referido Modelo a la entidad aseguradora para que tramite el mismo y la copia a la Oficina de Recursos Humanos del organismo para el cual trabaja. Retendrá la última copia como prueba de la solicitud.

13. **La única razón para que la entidad aseguradora no proceda a cancelar el contrato del plan médico será que el funcionario adeude primas. Tan pronto la entidad aseguradora reciba la Solicitud de Cancelación tendrá 5 días para notificarle al asegurado, si dicha cancelación no procede.**

La entidad aseguradora le notificará al empleado que primero tiene que pagar para que proceda su cancelación. De lo contrario, tiene que permanecer en el plan hasta la vigencia del contrato.

14. Si durante la vigencia del contrato, el empleado o sus dependientes son elegibles para ingresar a otro plan médico grupal, 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 en o 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. Si durante la vigencia de este contrato, un empleado o sus dependientes dejan de ser elegibles a otro plan médico, podrá solicitar ingreso al plan contratado por el Secretario de Hacienda. En este caso tendrá treinta (30) días a partir de la fecha de notificación de cancelación para solicitar el cambio. Deberá presentar evidencia

de la fecha de efectividad de la cancelación. El ingreso en estos casos tendrá efectividad el día primero del mes siguiente a aquel en que se somete la misma, siempre que la persona la solicite antes del día diez (10) del mes. Si la persona somete la solicitud después del día diez (10) del mes, la misma tendrá efectividad el día primero del mes subsiguiente a aquel en que sometió la solicitud.

16. Las agencias tienen la obligación de enviar la documentación necesaria que justifique cualquier ajuste hecho en el pago a la aseguradora.
17. **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 periodo de contratación.**
18. En los casos de aquellos empleados con licencia por enfermedad, las agencias vienen obligadas a pagar la aportación patronal tan pronto el plan médico facture y no esperar a que el empleado se reinstale en sus labores.
19. 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 Núm. 158 se permitirá la mancomunación.

#### **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. Para el año 2008 varias organizaciones presentaron al Secretario de Hacienda sus negociaciones con un plan único. Las agencias a las cuales les aplique dicha negociación tendrán que tomar las siguientes medidas:

1. La unión notificará oficialmente a la agencia y a sus unionados que se están acogiendo a dicha Ley Núm. 158 y el nombre del plan médico seleccionado.
2. La agencia solicitará a la unión copia de la solicitud de cada unionado acogido al plan. Dicha agencia no podrá ingresar en bloque a todos los unionados en dicho plan, solo ingresará aquellos que la Unión les presente copia de la solicitud.
3. La agencia acordará con la unión la forma en la cual se harán los descuentos. El pago de éstos descuentos se hará a nombre de la entidad aseguradora o del Plan Médico.

4. La agencia acordará con el Departamento de Hacienda la forma en que realizará los cambios y será responsable de enviar los mismos directamente a ATI en los diferentes medios magnéticos.
5. La unión velará que los descuentos y los servicios le sean prestados a los unionados.
6. El unionado gestionará toda querrela o reclamación directamente con la unión.
7. El Plan Médico seleccionado será compulsorio para todos los unionados, exceptuando las siguientes condiciones:
  - a. Que el empleado presente evidencia de desafiliación a la unión.
  - b. Que el empleado pertenezca a la Reforma (Médico Indigente) o (ELA Puro) de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES). De estar interesado en ingresar al plan médico de la unión deberá solicitar por escrito la cancelación de ASES. Dicha cancelación será efectiva al 31 de diciembre del año contrato.
  - c. En un plan familiar o pareja mancomunado, que el unionado no sea el asegurado principal.
  - d. El empleado sea miembro de la Asociación de Maestros. De estar interesado en ingresar al plan médico de la unión, el empleado se comunicará con la Asociación de Maestros antes de llenar la solicitud de la unión para que éstos lo orienten sobre el proceso a seguir para la cancelación de su plan con la Asociación.
  - e. El empleado no desee acogerse al Plan Médico seleccionado, **de ser así, éste no podrá utilizar su aportación patronal para ningún otro Plan Médico contratado por el Secretario de Hacienda.**
8. El empleado no podrá hacer cambios a otro Plan Médico durante el año.
9. Si durante la vigencia del contrato, el empleado es reclasificado de unionado a gerencial, éste dejará de ser elegible al Plan Médico bajo la Ley Núm. 158. En estos casos, el empleado tendrá 30 días a partir de la fecha en que tiene conocimiento del cambio para acogerse a uno de los planes contratados por el Secretario de Hacienda bajo la Ley Núm. 95. Éste deberá presentar al plan médico una certificación de la agencia que indique que ya no es miembro de la unión bajo esta Ley.

Aquel empleado gerencial que pertenezca a alguna Organización de Empleados bajo la Ley Núm. 158 y pase a ser unionado tendrá también 30 días para acogerse

al plan que le corresponda a dicha Organización. Deberá presentar a la unión una certificación de la agencia que indique que ya no es empleado gerencial.

10. La vigencia de éste contrato será igual a la fecha establecida por el Secretario de Hacienda, así como cualquiera otra fecha establecida por el Secretario.

## **PROGRAMAS DE ADVANTAGE PARA PENSIONADOS**

La efectividad de los planes contratados para los pensionados de Medicare con cubierta de Medicina 9.2, Medicina Parte D o Advantage será del 1 de enero de 2010 al 31 de diciembre del 2010.

### **ENTIDADES ASEGURADORAS PARA PROGRAMAS DE ADVANTAGE PARA PENSIONADOS AÑO 2010**

| Nombre                         | Código de deducción |
|--------------------------------|---------------------|
| FIRST MEDICAL HEALTH PLAN, INC | A27                 |
| HUMANA INSURANCE               | A17                 |
| MCS LIFE INSURANCE             | A14                 |
| MEDICARE Y MUCHO MAS           | A35                 |
| TRIPLE S, INC.                 | A01                 |

### **ENTIDADES ASEGURADORAS PARA PROGRAMAS MEDICINA PARTE-D PARA PENSIONADOS AÑO 2010**

| Nombre                         | Código de deducción |
|--------------------------------|---------------------|
| TRIPLE S, INC.                 | D01                 |
| MCS LIFE INSURANCE             | D14                 |
| FIRST MEDICAL HEALTH PLAN, INC | D27                 |

## **DISPOSICIONES GENERALES**

1. Las entidades aseguradoras serán responsables de las orientaciones e información dada por sus representantes a los funcionarios durante las campañas de orientación. Además, serán responsables de notificar a los asegurados los cambios que ocurran en la cubierta y mantener evidencia de las mismas.
2. El trámite y pago de los planes médicos se registrará por las disposiciones de la **Carta Circular Núm. 1300-07-09.**

3. La Oficina de Recursos Humanos de la agencia, cuando crea conveniente podrá solicitar copia del Certificado de Matrimonio actualizado.
4. Autorizamos a las agencias a reproducir el Modelo SC 1330, Solicitud de Cancelación en sus propias facilidades.
5. Con el propósito de mantener informados a los empleados y agilizar los procesos, preparamos un resumen de los datos más importantes que éstos deben conocer para ingresar o renovar su plan médico del año 2010 (Anejo 3). **Es importante que hagan llegar una copia del mismo a cada uno de los empleados de su agencia.**
6. Próximamente se emitirá una Carta Circular para informarles las Organizaciones de Empleados bajo la Ley 95 y Ley 158 con las cuales el Secretario de Hacienda formalizará contratos de Salud para el año 2010, así como las claves que identificarán las mismas.

Esta Carta Circular deroga la Carta Circular Núm. 1300-11-09 del 18 de noviembre de 2008.

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](http://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,

Juan C. Puig Morales  
Secretario de Hacienda

|                     |
|---------------------|
| PREPARADO POR _____ |
| REVISADO POR _____  |
| APROBADO POR _____  |

Anejos