



16 de octubre de 2019

Carta Normativa 19-1016-02

A: Secretarios, Directores y Alcaldes del Gobierno de Puerto Rico

Re: Servicios Médicos Contratados al Amparo de la Ley 95 de 29 de Junio de 1963 (Ley 95), Según Enmendada Para el Año Contrato 2020

En la Carta Circular 1300-07-09 remitida por el Departamento de Hacienda se establecen las instrucciones generales a seguir para el trámite y pago de los planes de servicio de salud de los empleados públicos del Gobierno de Puerto Rico. De acuerdo con las disposiciones de la Ley 95, se formalizarán contratos de servicios de salud para el año 2020 con vigencia del **1 de abril de 2020 al 31 de marzo de 2021**. El periodo de orientación y selección de planes médicos para este año contrato 2020 es del **18 de enero de 2020 hasta el 6 de marzo del 2020**.

DISPOSICIONES ESPECÍFICAS:

1. Todo el personal elegible que interese entrar a algún plan de servicios de salud contratado por la Administración de Seguros de Salud (ASES) deberá completar y tramitar su solicitud de ingreso con la entidad aseguradora seleccionada no más tarde del 6 de marzo de 2020 con la debida evidencia de recibo. El empleado retendrá una copia ponchada como evidencia y enviará una copia al área de Recursos Humanos de su agencia. Aquel empleado que alegue que quedó sin cubierta porque la aseguradora extravió o fue negligente con su solicitud, debe poder evidenciarlo con su copia de la solicitud ponchada. Si la solicitud fue completada y enviada por correo, se recomienda que el mismo sea certificado. En su defecto, se tomará como evidencia la fecha del matasello en el sobre para validar que se envió dentro del periodo de campaña. En estos casos, si la solicitud no está ponchada, no se tomará en cuenta. Si el asegurado no cumple con lo antes expuesto, su alegato no será válido. El empleado que se acoja a un plan de servicios de salud auspiciado por una organización de empleados deberá tramitar su solicitud a través de dicha organización. Esta, luego de verificar que el empleado en efecto pertenece a la misma, será responsable de enviar el original de la misma a la entidad aseguradora dentro del periodo establecido para este oficio. Las entidades aseguradoras NO aceptarán solicitudes después de la fecha límite. Procesar solicitudes fuera de fecha podrá conllevar sanciones administrativas para la entidad aseguradora que entre en esta práctica.

2. La Oficina de Recursos Humanos de cada agencia será responsable de retener las copias de las solicitudes ingreso de su personal para verificar las facturas que reciba la entidad aseguradora.
3. El personal que sea de nombramiento transitorio, cuyo contrato de nombramiento sea menor de seis meses, puede ingresar a los planes de servicios de salud contratados por ASES, pero no tendrá derecho a la aportación patronal. En estos casos, al llenar la solicitud de ingreso, deberán incluir en la misma, en un área visible, la frase “SIN DERECHO A APORTACIÓN PATRONAL”. Estas solicitudes serán entregadas a la entidad aseguradora y copia a la Oficina de Recursos Humanos de su agencia. La Oficina de Recursos Humanos utilizará estas copias para preparar una lista del personal, segregada por entidad aseguradora y organización de empleados. Dicha lista contendrá la información del empleado e identificará al personal transitorio sin derecho a aportación patronal. En ninguna circunstancia se incluirá a los empleados transitorios con nombramiento menor de seis meses en los medios magnéticos.
4. Las entidades aseguradoras autorizadas a enviar las afiliaciones y los cambios directamente al Área de Tecnología e Información (ATI) del Departamento de Hacienda tendrán hasta las 2:30 p.m. del **viernes, 13 de marzo de 2020** para entregarlos. En ninguna circunstancia se incluirá en los mismos a los empleados transitorios cuyo nombramiento sea menor de seis meses.
5. Las agencias interesadas en que ATI les procese los descuentos automáticamente para la primera quincena del mes de abril de 2019, lo solicitarán por escrito directamente a ATI. Las agencias tendrán hasta las 2:00 p.m. del **21 de febrero de 2020** para someter su solicitud y autorización para que ATI procese sus cambios automáticamente. De no participar en este 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 de personal transitorio cuyo nombramiento sea menor de seis meses.
6. En los contratos formalizados con las organizaciones de empleados, si alguno, el pago de las primas se emitirá a nombre de la entidad aseguradora a través de la cual se prestarán los servicios. En el Anejo 1 se indica a favor de quien se emitirán los pagos correspondientes.

No están autorizadas las suscripciones automáticas, con excepción de las cubiertas Advantage y Medicare Parte D. El periodo de suscripción de planes Medicare Advantage para este año contrato 2020 culminará el 31 de diciembre de 2019. Si el asegurado presenta evidencia de haber solicitado cancelación de su cubierta durante el periodo de campaña, y aun así la entidad aseguradora renueva su contrato, esta quedará obligada al pago de una penalidad de cinco mil (\$5,000.00) dólares POR OCURRENCIA, pagaderos a ASES.

7. Durante el proceso de suscripción solo se permitirá que el empleado entregue una solicitud de afiliación, es decir que solo podrá suscribirse a un producto de una entidad aseguradora. En la eventualidad de que el empleado entregue más de una solicitud a su agencia, es responsabilidad de este que la Oficina de Recursos Humanos de su agencia complete esta transacción.
8. El asegurador emitirá las tarjetas de identificación al asegurado principal y sus dependientes, incluida la fecha de efectividad del plan, no más tarde de 15 días después de recibida la hoja de suscripción del asegurado. Para evidenciar el envío de tarjetas se utilizará el formulario PS Form 3877, Certificate of Mailing, que provee la oficina del correo. En este se indicará el nombre y la



dirección del asegurado y será certificado por el funcionario del correo. En caso de que por alguna circunstancia imprevista la entidad aseguradora no pueda cumplir con la entrega de tarjetas, esta enviará una certificación de cubierta al asegurado, no más tarde de 15 días después del recibo de la solicitud de suscripción, y completará el formulario PS Form 3877, como evidencia del envío de estas. Si el asegurado no recibe tarjetas o certificación, se comunicará con la entidad aseguradora para solicitar reembolso de cualquier prima pagada por ese mes. La entidad aseguradora queda obligada a reembolsar y/o no facturar los meses que tarde en emitir tarjetas y/o certificaciones. El empleado deberá presentar evidencia de la(s) gestiones realizadas con la entidad aseguradora.

9. La vigencia del contrato será hasta el 31 de marzo de 2021. No obstante, aquellos empleados que voluntariamente deseen darse de baja por alguna razón QUE NO SEA INGRESAR A OTRA DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS CONTRATADAS POR ASES, podrán hacerlo en cualquier momento del año contrato, mediante el formulario SC1330, Solicitud de cancelación. En estos casos, el empleado no podrá ingresar a otro plan de salud de los contratados por ASES hasta el próximo periodo de campaña, ni su aportación patronal estará a su disposición por el resto del año contrato. Es responsabilidad del asegurado presentar evidencia de la cancelación de su cubierta a la Oficina de Recursos Humanos o coordinador de planes médicos de su agencia para que esta no remita pagos adicionales a la entidad aseguradora.

Si el asegurado está afiliado al Plan de Salud del Gobierno (Mi Salud) mediante certificación del Programa Medicaid (ELA MI) y este pierde elegibilidad en algún momento del año contrato POR EXCESO DE INGRESOS, este tendrá los próximos treinta (30) días calendarios a partir de ser notificado de su pérdida de elegibilidad para tramitar un nuevo plan de salud. Sus opciones serán solicitar una cubierta ELA Puro con cualquiera de las aseguradoras de Plan Vital (presentando formulario MA-10 otorgado por Medicaid certificando pérdida de elegibilidad **por exceso de ingresos** y talonario reciente en la oficina de la aseguradora de Vital correspondiente), o comunicarse con ASES para solicitar carta de cancelación de aportación patronal (presentando formulario MA-10 otorgado por Medicaid certificando pérdida de elegibilidad por exceso de ingresos). Con esta carta el asegurado podrá suscribirse a otra de las entidades aseguradoras contratadas por ASES DENTRO DEL PERIODO DE TREINTA DÍAS CALENDARIO ANTES ESTIPULADO. Recalcamos que la pérdida de elegibilidad en Medicaid debe ser por exceso de ingreso en cita de revisión con fecha anterior a la fecha de vencimiento del caso. Ninguna de las opciones antes discutidas aplicará a empleados que hagan cierre voluntario o dejen vencer su caso en Medicaid.

10. La única razón válida para que la entidad aseguradora no proceda a cancelar un contrato a solicitud del asegurado es que este adeude primas. Tan pronto la entidad aseguradora reciba la solicitud de cancelación trabajará la misma. Sin embargo, de surgir alguna controversia que pudiese invalidar el pedido del asegurado, la aseguradora tendrá tres (3) días para notificarle a este que la misma no procede. La entidad aseguradora notificará al asegurado el monto de la deuda y por concepto de qué es. El asegurado será responsable de pagar la deuda en su totalidad. De lo contrario, deberá permanecer con la entidad aseguradora por el restante de año contrato.



11. Si durante la vigencia del año contrato, el empleado o sus dependientes resultan elegibles para otro plan médico grupal que no sea de Ley 95, podrá solicitar la baja del plan contratado por ASES. La cancelación tendrá efectividad el primero del mes siguiente si la misma se somete en o antes del día 10 del mes. Si la cancelación se somete después del décimo día del mes, será efectiva al primero del mes subsiguiente. El asegurado no tendrá su aportación patronal disponible para planes grupales fuera de Ley 95. Además, es responsabilidad del asegurado presentar evidencia de la cancelación de su cubierta a la Oficina de Recursos Humanos o coordinador de planes médicos de su agencia para que esta no remita pagos adicionales a la entidad aseguradora.
12. Si al inicio del año contrato un asegurado deja de ser elegible a otro plan médico, podrá solicitar ingreso a uno de los planes contratados por ASES. En caso del asegurado principal, su aportación no puede haber estado comprometida con otro plan de Ley 95 o mancomunado como dependiente en algún plan bajo alguna otra Ley aplicable. En otras palabras, se estaría utilizando la aportación patronal por vez primera en el año contrato. La solicitud debe ser presentada en un periodo no mayor de treinta días después de la notificación de cancelación del plan anterior. La fecha de efectividad de cancelación se aplicará bajo las mismas condiciones expuestas en el inciso trece.
13. Las agencias tienen la obligación de hacer llegar la documentación necesaria que justifique cualquier ajuste hecho en el pago a la entidad aseguradora.
14. Las agencias no podrán utilizar el sistema de RHUM para hacer reembolsos a entidades aseguradoras una vez vencido el periodo de contratación.
15. En casos de asegurados que estén en licencia por enfermedad, las agencias tienen que efectuar el pago una vez se recibe la gestión de cobro del plan y no pueden esperar hasta que el empleado regrese a funciones.
16. En caso de fallecimiento del asegurado principal, sus dependientes tendrán derecho al beneficio de plan de salud mediante aportación patronal siempre y cuando el deceso ocurre una vez completada la primera quincena del mes. Esto es cónsono con la Carta Circular 1300-07-09 del 12 de noviembre de 2008, año fiscal 2008-2009, página 2, inciso 4 que establece que todo empleado que trabaje 15 días o más durante el mes tiene derecho a la aportación patronal completa del mes. Esto aplicará de igual manera cuando el fallecido haya estado mancomunando su aportación patronal.

LEY 158 DE AGOSTO DE 2006:

Esta Ley dispone que los empleados que hayan optado por la sindicación conforme a lo dispuesto en la Ley 45-1998, según enmendada, mejor conocida como la *Ley de Sindicalización de Empleados Públicos*, tendrán derecho a que el representante exclusivo negocie directamente a nombre de estos, el plan de servicios de salud para sus respectivas matrículas. Las agencias con empleados con cubierta médica al amparo de la Ley 158 tomarán las siguientes medidas:

1. La unión notificará oficialmente a la agencia, a ASES y a sus unionados que se están acogiendo a la mencionada Ley 158 y la entidad aseguradora seleccionada.



2. La agencia solicitará a la unión copia de la solicitud de afiliación de cada empleado. La agencia no podrá ingresar en bloque a todos los unionados del plan, solo aquellos cuya solicitud sea presentada por la unión.
3. La agencia acordará con la unión la forma en que se realizarán los descuentos. El pago de estos descuentos será a favor de la entidad aseguradora seleccionada.
4. La agencia acordará con la ASES la forma en que realizará los cambios y será responsable de enviar los mismos a ATI en los medios magnéticos requeridos.
5. La unión velará que los descuentos sean realizados a su matrícula y que los servicios de salud sean prestados a esta.
6. El unionado gestionará toda reclamación o querrela directamente con la unión o persona/entidad que este designe para este oficio.
7. El plan médico será seleccionado será compulsorio par todos los unionados, exceptuando los siguientes escenarios:
 - a. Que el asegurado presente evidencia de desafiliación de la unión.
 - b. Si el asegurado está afiliado al Plan de Salud del Gobierno (Mi Salud) mediante certificación del Programa Medicaid (ELA MI) y este pierde elegibilidad en algún momento del año contrato POR EXCESO DE INGRESOS, este tendrá los próximos treinta (30) días calendarios a partir de ser notificado de su pérdida de elegibilidad para tramitar un nuevo plan de salud. Sus opciones serán solicitar una cubierta ELA Puro con la misma aseguradora de Mi Salud (presentando formulario MA-10 otorgado por Medicaid certificando pérdida de elegibilidad por exceso de ingresos y talonario reciente en la oficina de la aseguradora Mi Salud correspondiente más cercana), o comunicarse con ASES para solicitar carta de cancelación de aportación patronal (presentando formulario MA-10 otorgado por Medicaid certificando pérdida de elegibilidad por exceso de ingresos). Con esta carta el asegurado podrá suscribirse a la entidad aseguradora seleccionado la unión DENTRO DEL PERIODO DE TREINTA DÍAS CALENDARIO ANTES ESTIPULADO. Recalamos que la pérdida de elegibilidad en Medicaid debe ser por exceso de ingreso en cita de revisión con fecha anterior a la fecha de vencimiento del caso. Ninguna de las opciones antes discutidas aplicará a empleados que hagan cierre voluntario o dejen vencer su caso en Medicaid.
 - c. En un plan familiar o pareja mancomunado, que el unionado no sea el asegurado principal.
 - d. El empleado no desee acogerse a la entidad aseguradora seleccionada. De ser así, este no tendrá su aportación patronal disponible para acogerse a ninguna de las entidades contratadas por ASES ni para pago de cubierta de pago directo.
8. El asegurado no podrá hacer cambios de plan médico durante el año, salvo el escenario discutido en el punto (b) de las excepciones; empleados que pierden elegibilidad a Mi Salud por exceso de ingresos en algún momento del año contrato.

9. En caso de haber una desafiliación de la unión según ilustrado en el inciso (a), y en cumplimiento con el dictamen del Tribunal Supremo en el caso *Janus v. AFCSME*, 585 U.S. ____ (2018), el asegurado sí podrá disponer de la aportación patronal que le corresponda para acogerse a cualquiera de los planes negociados por ASES al amparo de la Ley Núm. 95.
10. Si durante la vigencia del contrato el asegurado es reclasificado y pasa a ser gerencial, este dejará de ser el elegible al plan médico negociado al amparo de la Ley 158. En estos casos, el empleado tendrá los próximos treinta (30) días calendario **a partir de la fecha en que tiene conocimiento del cambio** para acogerse a cualquiera de las entidades aseguradoras contratadas por ASES al amparo de la Ley 95. El empleado debe presentar a la aseguradora la certificación de la agencia evidenciando que ya no es unionado y la evidencia de la cancelación de la cubierta de servicios de salud que tenía bajo la Ley 158.

Aquel empleado que comience al año contrato como gerencial y luego sea reclasificado como unionado tendrá los próximos treinta (30) días calendario a partir de la fecha en que tiene conocimiento del cambio para cogerse a la entidad aseguradora seleccionada por la unión a la que ahora pertenece. Debe presentar a la unión certificación de la agencia que indique que ya no es gerencial y la evidencia de la cancelación de la cubierta que tenía al amparo de la Ley 95.

LEY 117 DE AGOSTO DE 2016:

Esta Ley dispone que aquellas organizaciones bona fide que representen pensionados del Gobierno, sus agencias, corporaciones públicas, dependencias e instrumentalidades podrán convocar a sus miembros en asamblea, para que sean éstos por el voto expreso de la mayoría que constituya quórum convocada para estos efectos, tomar la determinación de negociar los beneficios del plan de salud. La organización bona fide nombrará un Comité Evaluador de Planes de Salud, que sea representativo de los distintos sectores e intereses de los miembros de su matrícula. Este Comité será responsable de analizar y evaluar todos los planes de salud en el mercado para seleccionar aquéllos que ofrecen las primas más bajas o razonables, las mejores cubiertas y beneficios de servicios de salud, y la mejor cubierta de medicamentos. Las agencias con empleados con cubierta médica al amparo de la Ley 117 tomarán las siguientes medidas:

1. La organización bona fide notificará oficialmente a la agencia, a ASES y a sus miembros los productos a ser ofrecidos al amparo de la mencionada Ley 117 y la entidad aseguradora seleccionada.
2. La agencia solicitará a la organización copia de la solicitud de afiliación de cada empleado. La agencia no podrá ingresar en bloque a todos los miembros de la organización, solo aquellos cuya solicitud sea presentada por la esta.
3. La agencia acordará con la organización la forma en que se realizarán los descuentos. El pago de estos descuentos será a favor de la entidad aseguradora seleccionada.
4. La agencia acordará con la ASES la forma en que realizará los cambios y será responsable de enviar los mismos a ATI en los medios magnéticos requeridos.

5. La organización velará que los descuentos sean realizados a su matrícula y que los servicios de salud sean prestados a esta.
6. El miembro de la organización gestionará toda reclamación o querrela directamente con la organización o persona/entidad que este designe para este oficio.
7. El plan médico seleccionado **NO** es de carácter compulsorio para los miembros de la organización. La suscripción a cualquiera de los productos ofrecidos al amparo de esta Ley será de manera libre y voluntaria.
8. El calendario de vigencia, suscripción, procesos administrativos y cualquier otro menester estará sujeto al establecido por ASES para estos menesteres. ASES es la entidad facultada en Ley para establecer el mismo para todos los productos ofrecidos al amparo de la Ley Núm. 95-1963 y sus enmiendas.

LEY 88 DEL 7 DE JUNIO DE 2011:

Esta Ley detalla la disponibilidad de las aportaciones patronales de aquellos cónyuges que sean empleos activos o pensionados en cualquier rama del Gobierno de Puerto Rico, sus agencias, departamentos, municipios, corporaciones públicas, o la Universidad de Puerto Rico y deseen mancomunar la misma.

1. La Ley 88 establece que “Cuando el Juez Presidente del Tribunal Supremo, el Presidente del Senado de Puerto Rico o la Presidenta de la Cámara de Representantes, respectivamente, negocien un plan de seguros de salud o se acoja a alguno de los planes que seleccione la Administración, y ambos cónyuges sean empleados o pensionados en cualquier rama del Gobierno de Puerto Rico, sus agencias, departamentos, municipios, corporaciones públicas o la Universidad de Puerto Rico, estos podrán acogerse para sí y su familia el plan de su preferencia, y tendrán derecho a que se les apliquen las aportaciones patronales de ambos a dicho plan hasta el máximo de la referida aportación.”
2. El empleado, independientemente de su ubicación en el Gobierno, tendrá derecho a mancomunar, hasta el máximo del beneficio otorgado, su aportación patronal para allegar un plan médico para sí y su familia.
3. En el caso de los pensionados con Medicare Partes A y B, ambos cónyuges tienen que cumplir con este requisito. Anteriormente existían productos híbridos en los que el principal tenía Partes A y B de Medicare y podía tener a su cónyuge como dependiente aun cuando este(a) no tuviera Medicare. Estos productos ya no están disponibles, por lo que se hace la salvedad en esta Carta Circular.

DISPOSICIONES GENERALES:

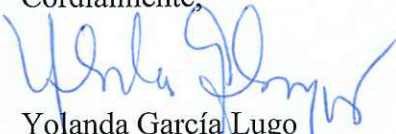
1. Las entidades aseguradoras serán responsables de ofrecer orientaciones, adiestramiento e información a sus representantes y funcionarios, antes y durante la campaña de orientación y selección de planes médicos. Además, serán responsables de notificar a los asegurados cualquier cambio en cubierta y mantener evidencia de estos. Todo cambio en cubierta contemplado por la entidad aseguradora deberá ser sometido anteriormente a ASES para su evaluación y aprobación. No se hará cambio en cubierta alguno sin satisfacer este requisito.

El trámite y pago de las entidades aseguradoras se regirá por las disposiciones de la Carta Circular 1300-07-09 emitida por el Departamento de Hacienda. También estará sujeto a que las entidades sometan el informe de utilización mensual por producto (Anejo 15) al Área de Asuntos Fiscales de ASES. Esto es esencial para preparar la Carta de Autorización de Pago de Primas al Área del Tesoro del Departamento de Hacienda. Sin este documento, las entidades no recibirán el pago correspondiente de primas para el mes correspondiente.

2. La Oficina de Recursos Humanos de cada agencia solicitará el certificado de matrimonio actualizado, en los casos que este aplique. En caso de las personas cohabitantes, solicitará la declaración jurada conocida como "Certificado de Elegibilidad" con todas las disposiciones o requerimientos que este conlleva, según establecido en el Artículo 13 del Reglamento Núm. 8398 para la *Contratación de los Planes de Beneficios de Salud para los Empleados Públicos* del 31 de octubre de 2013.
3. Autorizamos a las agencias y entidades aseguradoras contratadas a reproducir el Modelo SC 1330, Solicitud de Cancelación, en sus propias facilidades. Es importante que hagan llegar copia de este a cada uno de los empleados.
4. Será responsabilidad de las agencias entregar esta Carta Circular a cada uno de sus empleados, incluidos los que pertenecen a los distintos Sistemas de Retiro, especialmente al Director de la Oficina de Recursos Humanos o Coordinadores de Planes Médicos.

De tener cualquier duda en relación con el contenido de esta Carta Circular pueden comunicarse con el Sr. Carlos Guzmán al 787-474-3300 ext. 2344 o por correo electrónico a la dirección cguzman@asespr.org.

Cordialmente,


Yolanda García Lugo
Directora Ejecutiva Interina



Anejo 1

INFORMACIÓN PARA INGRESAR O RENOVAR PLANES MÉDICOS AÑO 2020

1. Las solicitudes de ingreso a los planes de salud deben entregarse a la entidad aseguradora no más tardes del 6 de marzo de 2020 para garantizar efectividad al 1 de abril de 2020.
2. El personal que tenga un contrato transitorio cuyo nombramiento sea menor de seis meses es elegible para afiliarse a las entidades aseguradoras contratadas por ASES, pero sin derecho a la aportación patronal. En este caso, indicará en su solicitud de ingreso la frase SIN DERECHO A PORTACIÓN PATRONAL.
3. El empleado 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 aseguradora será responsable de emitir las tarjetas de identificación del asegurado y se compromete a trabajar las solicitudes de cancelaciones o bajas al momento de esta ser solicitada por el asegurado.
5. De no recibir la tarjeta o, en su defecto, certificación de cubierta, el asegurado deberá comunicarse con la entidad aseguradora. El asegurado podrá recibir el reembolso o la no facturación del mes o los meses que la entidad aseguradora se demore en emitir las tarjetas o certificaciones. Para esto, presentará pruebas de las gestiones hechas con la aseguradora.
6. Al empleado completar su solicitud de ingreso, deberá llenar todas las partes con la información requerida, según aparece en la agencia.
7. Cuando un empleado desee mancomunar su aportación patronal y su cónyuge presta servicios en otra entidad, completara el modelo SC 1335, Certificación Para Acogerse a Plan Mancomunado. Toda instrumentalidad del Gobierno de Puerto Rico tiene que hacer el arreglo que permita la mancomunación de los cónyuges, independientemente de su ubicación en el Gobierno.
8. Después del 6 de marzo de 2020 no se tramitará solicitud de ingreso alguna, con las siguientes excepciones:
 - a. Personal de nuevo nombramiento. Estos tendrán sesenta (60) días a partir de la fecha de efectividad de su nombramiento.
 - b. Personal que comenzó el año como unionado y pasó a ser gerencial y viceversa.
 - c. Personal que luego del 6 de marzo de 2020 se acoja a beneficios de Retiro, que interesen continuar o renovar con alguna de las entidades aseguradoras contratadas por ASES. Esto aplica a los empleados que se acogen a Retiro sin el beneficio de la aportación patronal según dispuesto en la Ley 3-2013. Estas solicitudes deberán tramitarse a la entidad

correspondiente con no menos de sesenta días de antelación a la fecha en que cesará funciones.

9. Si el asegurado cesa en sus funciones tendrá la opción de seguir o no con el mismo, mediante pago directo. De continuar con este, retendrá sus tarjetas y le informará su decisión a su supervisor inmediato mediante el Formulario SC 1339, Certificación de Conversión de Plan Médico en Casos de Renuncia o Cesantía. Si el empleado opta por no continuar con el plan médico, deberá notificarlo directamente a la entidad aseguradora. Además, entregará a su supervisor su tarjeta y toda aquella de sus dependientes. **Este beneficio se aplica tan solo hasta el final del año contrato vigente en ese momento y será responsabilidad del asegurado pagar la prima completa del plan médico.**
10. Si el asegurado principal cesa, sea por defunción, renuncia o cesantía, pero prestó servicios por un periodo menor de 15 días de cualquier mes, salvo por licencia autorizada, no se le contará dicho periodo como trabajado para pago de aportación patronal. La misma será pagada en su totalidad por el asegurado.
11. El asegurado viene a notificar por escrito a su plan médico los siguientes cambios:
 - a. Destitución o suspensión de empleo y sueldo – iniciará la fecha de efectividad de la destitución o suspensión y su dirección. En los casos de suspensión, indicará, también la fecha de vencimiento de la misma. Si su plan es mancomunado, enviará copia de la comunicación a la agencia donde preste servicios el 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 empleado hará los pagos correspondientes a prima de manera total, incluyendo la aportación patronal, directamente a la entidad aseguradora u organización de empleados. Cuando el funcionario se reincorpore al trabajo, de continuar con el seguro, la agencia hará los ajustes para reembolsarle lo pertinente a la aportación patronal por el periodo de cesantía o suspensión, de acuerdo a la sección 9(c) de la Ley 95. En caso 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 el cónyuge que recién se reincorpora a labores.

- b. Licencia sin sueldo, Licencia Militar sin sueldo o Licencia Familiar o Médica (Formulario SC 1334) – Indicará la fecha en que comienza y termina la misma y si continuará o no con el contrato. En caso de ser mancomunado, enviará copia de esta comunicación a la agencia donde preste servicios el cónyuge, para la acción correspondiente.

Si continúa con el contrato, en los casos de **licencia por enfermedad sin sueldo**, la cubierta continuará en vigor por un periodo que no excederá un año para licencias bajo Ley 95 o por un periodo que no excederá doce (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.

Cuando un empleado suscrito a un plan de beneficios de salud se acoge a una **licencia por enfermedad sin sueldo** y determina continuar con el plan de seguro, tendrá derecho al pago de la aportación patronal que no excederá los doce (12) meses, siempre y cuando se reintegre al servicio público al finalizar dicho periodo. Si al cumplirse el año desde la fecha en que se concede la licencia sin sueldo, el empleado no se ha reintegrado a sus labores, habiendo disfrutado de la aportación patronal del Gobierno al plan de beneficios de salud, vendrá obligado a restituir esa cantidad a su agencia. Sin embargo, se podrá eximir de la obligación de restitución de la mencionada aportación, a todo aquel empleado que se acoja a los beneficios de Retiro por una condición de salud debidamente documentada.

Cuando un militar suscrito a un beneficio de servicios 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 al Área de Recursos Humanos de su dependencia. 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 directamente a la entidad aseguradora a u organización de empleados dentro de los treinta días siguientes de haber recibido el talonario o alguna notificación de cobro. Solo una de estas condiciones es requisito para que comience el plazo de los treinta días calendario.
13. En los casos de renuncia del cónyuge del asegurado principal en un plan mancomunado, se aplicará al mismo principio que en los casos de destitución o suspensión.
14. Si durante la vigencia del contrato, el funcionario o sus dependientes son elegibles para ingresar a otro plan médico que no sea uno de los contratados por ASES, podrá solicitar la cancelación a la entidad aseguradora a la que pertenece. En estos casos, la fecha de cancelación dependerá de la fecha en que se solicite la misma. Si se somete en o antes del día diez del mes, será efectiva al primero del mes siguiente. Si la solicitud se radica después del día diez, la cancelación será efectiva el día primero del mes subsiguiente.
15. Los empleados que se acojan a un plan médico auspiciado por una organización de empleados deberán canalizar su solicitud de ingreso directamente a la organización que corresponda.
16. Las reclamaciones de servicios se tramitan por escrito directamente a la entidad aseguradora u organización de empleados correspondiente, dentro de los sesenta (60) días siguientes de haber recibido algún servicio cubierto por su póliza.