



3 de junio de 2024.

CARTA CIRCULAR 2024-06-03-02

A LOS SECRETARIOS, DIRECTORES Y ALCALDES DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

ASUNTO: SERVICIOS MÉDICOS CONTRATADOS AL AMPARO DE LA LEY NÚM. 95 DE 29 DE JUNIO DE 1963, SEGÚN ENMENDADA PARA EL AÑO CONTRATO 2024.

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 Núm. 95 de 29 de Junio de 1963 (Ley 95-1963), se formalizarán contratos de servicios de salud para el año 2024 con vigencia del 1 de septiembre de 2024 al 31 de agosto de 2025. El periodo de orientación y selección de planes médicos para este año contrato será desde el lunes, 15 de julio de 2024 hasta el lunes, 12 de agosto del 2024.

mas
ASES ha tomado la determinación de retomar el proceso de suscripción activa de los asegurados elegibles. Esto sustituye el proceso de suscripción pasiva que se había llevado por los pasados años. Las aseguradoras NO podrán suscribir de manera automática a todos los empleados suscritos actualmente a alguno de sus productos. De esta manera, se garantiza que el empleado público se suscriba al producto que seleccione con previo conocimiento del costo de la prima y los beneficios contemplados en la cubierta. En los casos en que el asegurado desee solicitar un cambio de aseguradora, será responsable de solicitar la correspondiente carta de cancelación.

La fecha brindada por el Departamento de Hacienda para que las aseguradoras entreguen el archivo de suscripción es el martes, 13 de agosto de 2024 antes de mediodía. Todo asegurado que no haya completado el proceso de suscripción en o antes del lunes 12 de agosto de 2024 se quedará sin cubierta de plan médico efectivo al 1 de septiembre de 2024. Los asegurados luego tendrán la oportunidad para suscribirse de manera tardía hasta el viernes 13 de septiembre de 2024. Estos cambios serán efectivos al 1 de octubre de 2024. La aseguradora enviará este archivo de cambios el lunes 16 de septiembre de 2024 a las agencias para el trámite correspondiente.

Así las cosas, con este periodo adicional se garantiza que todo empleado público quedará suscrito en algún plan médico sin la necesidad de hacer desembolso alguno. Las aseguradoras comenzarán a recibir tanto la aportación patronal como la individual cuando entren en vigor las suscripciones según enviadas al Departamento de Hacienda. **No se permitirán suscripciones adicionales a partir del 13 de septiembre de 2024.** Las únicas excepciones serán casos de nuevo



nombramiento, casos de cambios de estatus del empleado y cualquiera otro según expresado en las Cartas Normativas remitidas anteriormente por ASES relacionadas a este menester.

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 12 de agosto de 2024 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 la organización de empleados será responsable de enviar el original de la solicitud 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 solicitud, 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



mediodía del martes 13 de agosto de 2024 antes de mediodía 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 septiembre de 2024, lo solicitarán por escrito directamente a ATI. Las agencias tendrán hasta las 2:00 p.m. del 26 de julio de 2024 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.
7. No están autorizadas las suscripciones automáticas (pasivas). Si el asegurado presenta evidencia de haber solicitado cancelación durante el periodo de campaña o el subsiguiente periodo de cambio, y aun así la aseguradora procede a renovar su contrato, esta quedará obligada al pago de una penalidad de cinco mil dólares (\$5,000.00) POR OCURRENCIA, pagaderos a ASES. **El asegurado tiene que haber solicitado su carta de cancelación antes de completar el cambio a otra aseguradora. Las aseguradoras también serán responsables de orientar y solicitar la carta de cancelación al asegurado en los casos que aplique.**
8. 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.**
9. 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.

10. La vigencia del contrato será hasta el 31 de agosto de 2025. 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. La única excepción a esta regla son casos previamente aprobados por ASES por justa causa.

Si el asegurado está afiliado al Plan de Salud del Gobierno (Vital) 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 que entre en vigor 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 de Notificación de Decisión 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. 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.**

11. 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.

12. Si durante la vigencia del año contrato, el empleado o sus dependientes resultan elegibles para otro plan médico grupal que no sea de Ley Núm. 95-1963, 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 Núm. 95-1963. 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.
13. Si durante el 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 calendario 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.
14. Las agencias tienen la obligación de hacer llegar la documentación necesaria que justifique cualquier ajuste hecho en el pago a la entidad aseguradora.
15. Las agencias no podrán utilizar el sistema de RHUM para hacer reembolsos a entidades aseguradoras una vez vencido el periodo de contratación.
16. 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.
17. 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 ocurra 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. Esta regla de los 15 días será aplicable en otras instancias en las que se compute el tiempo trabajado por el empleado para determinar elegibilidad al beneficio de aportación patronal.



LEY 158 DE AGOSTO DE 2006:

Esta Ley dispone que las uniones que están bajo la Ley Núm. 45 del 25 de febrero de 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 Núm. 158-2006 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 Núm. 158-2006 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 (Vital) 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 que entre en vigor su pérdida de elegibilidad para tramitar un nuevo plan de salud. Sus opciones serán solicitar una cubierta ELA Puro con la misma aseguradora de 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 Vital 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. Cuando mancomuna con el cónyuge, según dispuesto en la Ley Núm. 88 del 7 de junio de 2011.

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 Vital 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 vs 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. 95-1963 según enmendada.

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 Núm. 158-2006. 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 Núm. 158-2006.

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 NÚM. 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 Núm. 117-2016 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 Núm. 117-2016 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 NÚM. 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 Núm. 88-2011 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.

Entidades Medicare Advantage para Pensionados con Medicare A y B año 2024	Entidades Medicare Advantage para empleados activos y pensionados sin partes A y B de Medicare año contrato 2024
HUMANA Insurance	SSS Salud
MCS Advantage, Inc.	First Medical
MMM Holdings, LLC	PROSSAM
Triple – S Advantage	Plan de Salud Menonita

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

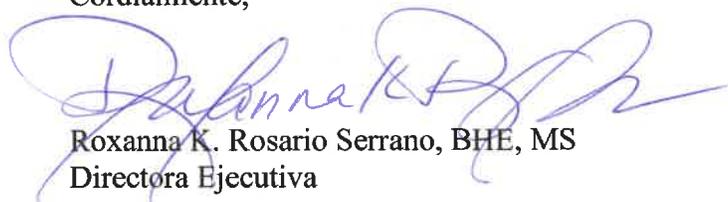


contemplado por la entidad aseguradora deberá ser sometido con anterioridad a ASES para su evaluación y aprobación. No se hará cambio en cubierta alguno sin satisfacer este requisito.

2. El trámite y pago de las entidades aseguradoras se registrará por las Disposiciones de la Carta Circular 1300-07-09 remitida 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 ese mes.
3. 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, páginas 21 a la 23 del Reglamento para la Contratación de los Planes de Beneficios de Salud.
4. 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.
5. 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 con relación al contenido de esta Carta Circular pueden comunicarse con el Sr. Carlos Guzmán al 787-474-3300 ext. 2008 o por correo electrónico a la dirección cguzman@ases.pr.gov.

Cordialmente,



Roxanna K. Rosario Serrano, BHE, MS
Directora Ejecutiva



Anejo 1

INFORMACION PARA INGRESAR O RENOVAR PLANES MÉDICOS AÑO 2024

1. Las solicitudes de ingreso a los planes de salud deben entregarse a la entidad aseguradora no más tarde del 12 de agosto de 2024 para garantizar efectividad al 1 de septiembre de 2024.
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, completará 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. Esto, según dispuesto en la Ley 88 de 7 de junio de 2011.
8. Después del 13 de septiembre de 2024 no se tramitará solicitud de ingreso alguna, con las siguientes excepciones:



- a. Personal de nuevo nombramiento. Estos tendrán sesenta 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 12 de agosto de 2024 se acoga 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 del 4 de abril de 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 de enfermedad 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 esta. 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 con 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 Núm. 95-1963 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.