



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
**OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS**

---

29 de julio de 2013

**CARTA NORMATIVA NÚMERO: CN-2013-155-AS**

**A TODAS LAS ORGANIZACIONES DE SEGUROS DE SALUD Y ASEGURADORES QUE SUSCRIBEN PLANES MÉDICOS EN PUERTO RICO QUE NO SEAN MEDICARE ADVANTAGE O PLANES SUPLEMENTARIOS A MEDICARE**

**NORMAS EN TORNO A LAS DISPOSICIONES DEL CÓDIGO DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO**

Estimados señoras y señores:

El Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, Ley Núm. 194-2011, según enmendada faculta a la Oficina del Comisionado de Seguros (en adelante, la OCS) a disponer mediante cartas normativas, normas que permitan implementar las disposiciones del Código. En el ejercicio de dichas facultades emitimos la presente Carta Normativa para atender los siguientes temas:

- Certificación Actuarial sobre cumplimiento del asegurador con el Artículo 10.050 y el resto del Capítulo 10, reglamentos y cartas normativas aplicables.
- Características para establecer las tarifas y las normas aplicables a los cambios en las tarifas producto de los ajustes por concepto de características y diseño de los beneficios.
- Forma y nivel de cubierta del plan médico básico en sus diversos niveles metálicos.
- Informe de la Razón de Pérdida por Servicios Médicos ("Medical Loss Ratio")
- Requisitos de contenido de la Certificación de Cubierta Acreditable.
- Procedimientos sobre los periodos de suscripción cuando no se suscribe dentro del periodo de suscripción fijo.
- Autorización del paciente para la divulgación de su expediente clínico en caso de una auditoría de reclamaciones.

**Certificación Actuarial sobre cumplimiento del asegurador con el Artículo 10.050 y el resto del Capítulo 10, reglamentos y cartas normativas aplicables. - (Artículo 10.030(G))**

Todas las organizaciones de seguros de salud y aseguradores deberán procurar al 31 de marzo de cada año una certificación actuarial en la que se certifique que el asegurador cumple con las disposiciones del Capítulo 10 y que los métodos de tarifaje que utiliza son actuarialmente razonables. Para estos fines, deberá utilizarse como modelo la forma CSS-AS-10-001, que se incluye como Anejo A. El Asegurador deberá mantener esta certificación disponible para la inspección del Comisionado de Seguros y deberá constar en su página electrónica en la Internet para ser accedida por cualquier persona. Así también, este documento deberá incluir cualquier otra certificación que mediante esta carta se requiere sea emitida por un actuario.

**Características para establecer las tarifas y las normas aplicables a los cambios en las tarifas producto de los ajustes por concepto de características y diseño de los beneficios. (Artículo 10.050 (A) y (B) y Artículo 8.050)**

**I. Restricciones a las Tarifas**

A. Con respecto la prima cobrada por las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que ofrecen planes médicos en el mercado de seguros individuales o de grupos pequeños:

1. La tarifa de una cubierta particular solamente podrá variar conforme a los siguientes criterios:

- a) Si la cubierta es individual o familiar; según las alternativas de composición familiar indicadas en el Anejo B de esta carta;
- b) La edad según los rangos que establece la tabla federal sobre la curva de edad, incluida como Anejo C de esta carta y que en síntesis dispone los siguientes rangos:
  - i. Un solo rango para las edades 0 a 20;
  - ii. Rangos de un año cada uno para las personas desde los 21 años hasta los 63 años de edad y
  - iii. Un solo rango para las personas de 64 años de edad o mayores.
- c) Uso del tabaco, salvo que la tarifa no podrá variar en una proporción mayor de 1.5:1 y sólo se podrá aplicar a las

personas que pueden fumar o consumir tabaco legalmente bajo las leyes estatales;<sup>1</sup>

d) No podrá variar por área tarifaria geográfica, dado que en Puerto Rico sólo existe un área geográfica.

2. La tarifa de determinada cubierta no podrá variar en función de criterios que no estén descritos en este inciso.

B. Con respecto a la cubierta familiar, las variaciones en las tarifas que se permiten según los incisos A(1)(b) y (c) se aplicarán a la porción de la prima atribuible a cada miembro de la composición familiar que esté cubierto.

1. El total de las primas de la cubierta familiar se determinará sumando las primas de cada uno de los miembros de la familia.

2. Con respecto a los miembros de la unidad familiar menores de 21 años de edad, solo las tarifas de los tres (3) hijos mayores cubiertos se tomarán en cuenta al determinar el total de la prima familiar.

C. Los incisos A y B anteriores no son aplicables a la cubierta de los planes médicos exentos, protegidos o "Grandfathered".

## **II. Plan de Beneficios de Salud Esenciales (EHB Benchmark Plan)**

A. A tenor con el Artículo 2.050, para que se considere que un plan médico para individuos o para grupos pequeños, provee los beneficios de salud esenciales, éste deberá proveer el "Conjunto de Beneficios de Salud Esenciales". Ello significa que el plan médico incluye como mínimo lo siguiente:

1. La cubierta estandarizada provista en el producto Optimo Plus PPO que aprobó el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS)<sup>2</sup>, como el "plan de beneficios de salud

---

<sup>1</sup>"Uso de tabaco" significa el uso de tabaco un promedio de cuatro (4) o más veces a la semana dentro de un periodo de no más de seis (6) meses. Esto incluye el uso de productos de tabaco, exceptuando el uso de tabaco para fines religiosos o ceremoniales. Además, el uso tabaco se definirá en función de la última vez en que se usó el producto de tabaco.

<sup>2</sup> El 20 de febrero de 2013, HHS aprobó la regla "Standards Related to Essential Health Benefits, Actuarial Value and Accreditation" donde se desprende que el EHB Benchmark Plan seleccionado por Puerto Rico es el Optimus Plus PPO. Podrá encontrar copia del "PR EHB Benchmark Plan" y de los "Puerto Rico State Requirements" en la página electrónica de la OCS.

esenciales” o “EHB Benchmark Plan”, y para los servicios pediátricos de visión deberá proveer la cubierta del “Federal Employees Dental and Vision Insurance Program”.

2. Las limitaciones a la imposición de los requisitos de compartir costos a los servicios de cuidado preventivos descrito en la Sección IV que se encuentra en la página 5 de esta carta.
  3. Se provea en alguno de los niveles de cubierta metálicos descritos en el Artículo 2.050(D) del Código de Seguros de Puerto Rico.
- B. El plan médico no excluirá un asegurado de la cubierta de alguna categoría de beneficios de salud esenciales.
- C. Los planes médicos incluyendo los planes protegidos o “Grandfathered” que contengan cualquier cubierta que ofrezca los beneficios de salud esenciales o EHB no podrán imponer límites de por vida para dichos beneficios.
- D. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que ofrecen planes médicos en el mercado individual con beneficios de salud esenciales no podrán incluir y requerir como beneficios de salud esenciales los siguientes servicios:
1. servicios dentales de rutina no pediátricos;
  2. exámenes de la vista de rutina no pediátricos; ni
  3. cuidado a largo plazo o prolongado en hogares de cuidado.
- E. Cuando los aseguradores de salud tenga la certeza razonable que la persona haya obtenido cubierta dental pediátrica en otra póliza mediante un plan dental autorizado por el Comisionado, no se entenderá que la organización de seguros de salud o el asegurador haya dejado de proveer los beneficios de salud esenciales si éstos ofrecen un plan médico individual que al combinarse con un plan dental autorizado asegure una cubierta plena de los beneficios de salud esenciales. Para dejar de proveer la cubierta dental pediátrica será necesario emitir un endoso a esos efectos.

### **III. Prohibición de discrimen en el ofrecimiento de beneficios de salud esenciales**

- A. Se entenderá que una organización de seguros de salud o un asegurador no está proveyendo beneficios de salud esenciales si el

diseño de los beneficios o la implementación del mismo discrimina por motivo de edad, expectativa de vida, impedimento presente o previsible, grado de dependencia médica, calidad de vida u otras condiciones de salud de la persona.

- B. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores tampoco podrán discriminar a base de raza, color, origen nacional, impedimento, edad, sexo, identidad de género u orientación sexual.
- C. No se interpretará que estas disposiciones coartan la capacidad de las organizaciones de seguros de salud o aseguradores de implementar procedimientos para la administración de los servicios de cuidado salud.

#### **IV. Requisitos para los costos compartidos (cost-sharings)**

- A. Toda organización de seguros de salud o asegurador que suscriba planes médicos en Puerto Rico proveerá cubierta para los siguientes servicios de cuidado preventivo, sin imponer requisitos de costos compartidos (cost-sharing), costo adicional, coaseguro o deducible:
  - 1. Servicios de cuidado preventivo que hayan recibido una clasificación de "A" o "B" en las recomendaciones más recientes del "United States Preventive Services Task Force"<sup>3</sup>.
  - 2. Inmunizaciones recomendadas por el "Advisory Committee on Immunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention".
  - 3. Con respecto a infantes, niños y adolescentes hasta los veintiún (21) años, servicios de cuidado preventivo y discernimiento recomendados, según su edad, por el "Health Resources and Services Administration".
  - 4. Con respecto a mujeres, servicios de cuidado preventivo y de discernimiento, recomendados por el "Health Resources and Services Administration".

---

<sup>3</sup> Para una lista completa y actualizada de los servicios de cuidado preventivo recomendados, acceda a la dirección electrónica:

<http://www.healthcare.gov/center/regulations/prevention/recommendations.html>.

- B. Los servicios de cuidado preventivo recomendados deberán ser provistos sin imponer requisitos de costos compartidos, costo adicional, copago, coaseguro o deducible, cuando sean ofrecidos por proveedores que formen parte de la red contratada por la organización de seguros de salud o asegurador. En aquellos casos en que la organización de seguros de salud o asegurador no cuente con un proveedor que ofrezca alguno de los servicios de cuidado preventivo o con una red de proveedores adecuada que provea acceso razonable al asegurado a dicho servicios, la organización de seguros de salud o asegurador cubrirá los servicios, aun cuando éstos sean ofrecido por un proveedor que no forme parte de la red contratada sin imponer los requisitos de costos compartidos ni otros costos relacionados.
- C. Reconociendo el hecho de que los servicios de cuidado preventivo podrían ser proporcionados como parte de las visitas a oficinas, en donde se provean otros servicios de cuidado de salud, se han establecido las siguientes reglas relacionadas con los requisitos de costos compartidos ("cost-sharing"):
1. Si el servicio de cuidado preventivo es facturado separadamente de la visita a la oficina, se podrá imponer una obligación de costos compartidos con respecto a la visita a la oficina (esto no aplicará a los servicios de cuidado preventivo).
  2. Si el servicio de cuidado preventivo no es facturado separadamente de la visita a la oficina y el propósito primordial de la visita es recibir los servicios de cuidado preventivo, no se podrá imponer la obligación de costos compartidos por la visita a la oficina, ni por los servicios de cuidado preventivo.
  3. Si el servicio de cuidado preventivo no es facturado separadamente de la visita a la oficina y el propósito primordial de la visita no es recibir los servicios de cuidado preventivo, se podrá imponer la obligación de costos compartidos por la visita a la oficina.
- D. Los requisitos de servicios de cuidado preventivo mencionados en los incisos A, B y C, aplican a los contratos del mercado individual y a los contratos del mercado grupal que no tengan el estatus de plan protegido ("grandfathered plan").
- E. El Comisionado dispondrá cualquier cambio, si alguno, en el límite de los costos compartidos aplicable a los planes médicos que comiencen después del año 2014.

- F. En el caso de un plan de red preferida, los costos compartidos pagados por o a nombre de un asegurado por servicios provistos fuera de la red contarán para el límite anual de los costos compartidos, según se definen en el inciso E anterior.
- G. La cubiertas de emergencia se proveerá como sigue:
  - 1. Cuando el proveedor está fuera de la red, no se podrá imponer requisito alguno para la autorización previa de los servicios de emergencia. En estos casos tampoco se podrá imponer limitación alguna de la cubierta que resulte más restrictiva que las aplicables a los servicios de emergencia recibidos por un proveedor de la red.
  - 2. Si se proveen los servicios fuera de la red, los costos compartidos se limitarán según se dispone en el Artículo 24.110 del Capítulo sobre "Revisión de Utilización y Determinación de Beneficios" del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.

**Forma y Nivel de Cubierta del plan médico básico en sus diversos niveles metálicos.**

**I. Cálculo del valor actuarial para determinar los niveles de cubierta<sup>4</sup>**

- A. La organización de seguros de salud o asegurador usará el Calculador de Valor Actuarial (VA) desarrollado y provisto por HHS para calcular el VA de un plan médico. Se deberá presentar una certificación actuarial preparada por un actuario miembro de la Academia Americana de Actuarios, certificando que se utilizó este mecanismo para calcular el Valor Actuarial del plan médico.
- B. El VA que se calcula según el inciso A y dentro de una variación mínima según se define en el inciso D a continuación, determinará si el plan médico ofrece un nivel de cubierta metálica; bronce, plata, dorado o platino.
- C. Los niveles de cubierta metálicos conforme al Artículo 2.050 son:
  - 1. El plan bronce es el plan médico que tenga un VA de 60%.
  - 2. El plan plata es el plan médico que tenga un VA de 70%.
  - 3. El plan oro es el plan médico que tenga un VA de 80%.
  - 4. El plan platino es el plan médico que tenga un VA de 90%.

---

<sup>4</sup> Valor Actuarial" o "VA" significa el porcentaje promedio que paga un plan médico del total de los costos de beneficios permitidos.

- D. La variación permitida en el VA del plan médico que no produce una diferencia en el valor real en dólares del plan médico es de +/-2 puntos porcentuales.

## **II. Resumen de beneficios y cubierta (SBC, por sus siglas en ingles); Glosario uniforme**

- A. Las organizaciones de seguros de salud y aseguradores que ofrecen planes médicos en el mercado individual proveerán sin costo alguno, un resumen por escrito de los beneficios y la cubierta (SBC)<sup>5</sup> de los planes médicos, al suscriptor o asegurado a la fecha del periodo de renovación. En el caso del solicitante de un plan médico se le proveerá el SBC, tan pronto sea posible luego del recibo de la solicitud del SBC o la solicitud del plan médico, lo cual no excederá los siete (7) días laborables luego de recibirse la solicitud, excepto que hubiera algún cambio en la información antes del primer día de la cubierta, en cuyo caso se proveerá un SBC actualizado a más tardar al primer día de la cubierta.
- B. El SBC se proveerá como sigue:
1. En caso de renovaciones del plan médico:
    - a) Si el asegurador requiere que se presente la solicitud para la renovación del plan médico por escrito (papel o electrónico), el SBC se proveerá a más tardar en la fecha en que distribuyan los materiales de la solicitud.
    - b) Si la renovación del plan es automática, el asegurador proveerá el RBC con por lo menos 30 días de antelación al periodo de renovación.
  2. Se entenderá que el asegurador cumple con el requisito de proveer un SBC al asegurado y sus dependientes si envía un SBC a la última dirección conocida del asegurado principal. Sin embargo, si consta una dirección para un dependiente diferente a la del asegurado principal; el asegurador también enviará un SBC a la última dirección conocida del dependiente.

---

<sup>5</sup> El resumen de los beneficios y la cubierta o "Summary of Benefits and Coverage" (SBC por sus siglas en inglés)

3. El SBC se entregará a la mano, por correo postal, o si consta una autorización por escrito del solicitante o asegurado, mediante correo electrónico o acceso a la página de internet si el formato utilizado se puede grabar e imprimir. No se podrá cobrar por entregar el SBC en papel impreso.

C. Requisitos de contenido del SBC:

1. Definiciones uniformes de los términos de seguros y términos médicos de manera que los consumidores puedan comparar los planes médicos y comprender los términos o excepciones de la cubierta;
2. Una descripción de la cubierta que incluya los costos compartidos para cada categoría de beneficios de servicios, las obligaciones de deducibles, coaseguro y copago;
3. Las excepciones, reducciones y limitaciones de cubierta;
4. Disposiciones sobre la renovación y continuación de la cubierta;
5. Declaración que indique que la cubierta provee los beneficios de salud esenciales conforme al Código de Seguros de Salud y las cartas normativas correspondientes, y sobre el color correspondiente al nivel de cubierta metálica que provee;
6. Declaración afirmando que el SBC entregado es sólo un resumen por lo cual deberá consultarse la póliza, certificado o contrato del plan médico para determinar las disposiciones contractuales que rigen la cubierta;
7. La información de contacto del área de servicios al cliente para aclarar preguntas y para obtener una copia física o electrónica de:
  - a. la póliza, certificado o contrato de plan médico
  - b. la lista de proveedores de la red;
  - c. la lista de medicamentos recetados cubiertos;
  - d. las definiciones uniforme, requeridas en el inciso C(1) anterior.
8. Resumen de la cubierta y los beneficios provistos fuera de Puerto Rico, si alguno, o una dirección de Internet (o información de contacto similar) donde pueda obtenerse esta información;

9. El SBC se proveerá en un formato uniforme en español, con una terminología que pueda entender una persona promedio. El SBC se proveerá como un documento separado que no excederá 4 páginas impresas en ambos lados en una letra de 12 puntos o mayor.

### **III. Normas y procedimientos para la presentación de los planes médicos individuales, grupos pequeños y de patronos de PYMES ante el Comisionado de Seguros para su aprobación.**

#### **A. Presentación de las Tarifas y Formularios de los Planes Médicos Individuales grupos pequeños y de Patronos PYMES y de los cambios en las tarifas.**

A tenor con las disposiciones sobre requisitos de inscripción de tarifas y formularios establecidas en la Sección 1003 de la Ley Federal "Patient Protection and Affordable Care Act" (ACA), así como de los Artículos 8.070(B), 10.050(A), (B), (H), (M) y 10.090 del Código de Seguros de Salud, las organizaciones de seguros de salud y los aseguradores tendrán que presentar ante la consideración de la OCS cualquier tarifa y formulario que vayan a mercadear para individuos, grupos pequeños y patronos de PYMES y que no tengan el estatus de plan protegido o "Grandfather Plan". La presentación de la tarifa y los formularios se realizará a través del "System for Electronic Rate and Form Filing", mejor conocido como SERFF, de lo contrario se devolverá y no será evaluado.

Debemos aclarar que en todo aquello que no sea incompatible con el nuevo Código de Seguros de Salud o con esta Carta Normativa, seguirán vigentes las disposiciones de los Artículos 11.110, 12.020(2) y 19.080, del Código de Seguros de Puerto Rico. En el caso de los planes médicos individuales, la organización de seguros de salud o asegurador podrá usar el plan médico presentado ante la consideración de la OCS una vez transcurrido el periodo de 90 días desde la presentación a menos que el Comisionado lo desapruébe.

En cuanto a la presentación ante la consideración y aprobación del Comisionado de cualquier tarifa, revisión o modificación de las mismas relacionada a los planes médicos, aplicarán las normas establecidas en la Carta Normativa 2011-128-AV y los procedimientos dispuestos en la Carta Circular Núm. 2012-1822-AV.

#### **B. Modificación de Formularios de Pólizas o Evidencias de Cubierta para incluir las disposiciones relacionadas a Beneficios de Salud Esenciales.**

Se requiere que los formularios de póliza o evidencia de cubierta que estén aprobados por esta Oficina sean debidamente modificados para incluir los Beneficios de Salud Esenciales según definidos en el Código y en esta Carta Normativa. Las organizaciones

de seguros de salud y aseguradores deberán presentar ante esta Oficina prueba fehaciente de haber cumplido con este requerimiento en o antes del 1 de octubre de 2013. Aclaremos que las modificaciones solicitadas deberán incluir todos los beneficios de salud esenciales y mandatorios requeridos por las diferentes leyes estatales y federales aplicables a pólizas o evidencias de cubierta de planes médicos en Puerto Rico.

En aquellos casos en que las pólizas o evidencias de cubierta aprobadas por esta Oficina provean los beneficios de salud esenciales, que incluye los beneficios mandatorios requeridos por las diferentes leyes estatales y federales, se deberá presentar una certificación a tales efectos dentro del término antes dispuesto. La certificación deberá hacer referencia al número de identificación del formulario y su correspondiente fecha de aprobación.

Se apercibe que, excepto aquellos planes protegidos como “Grandfather Plans”, todo formulario que no sea modificado para incluir los EHB y los beneficios mandatorios o que no sea certificado a estos efectos, se entenderá automáticamente retirado.

#### **Informe de la Razón de Pérdida por Servicios Médicos (“Medical Loss Ratio”)**

El Artículo 2.050(K) del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico establece la obligación de las organizaciones de seguros de salud y de los aseguradores de utilizar directamente un 80% y 85% de las primas correspondientes a planes médicos individuales y de patronos PYMES, y a planes médicos de grupos grandes, respectivamente y reembolsar al asegurado la diferencia entre dicha cantidad y lo realmente gastado en caso de que sea menor. Así también, la Sección 2718 del “Public Health Service Act”, según enmendada por la Ley Federal “Patient Protection and Affordable Care Act” (“ACA”), dispone la obligación de todas las organizaciones de seguros de salud y aseguradores que suscriben planes médicos, de realizar un reembolso a sus asegurados o suscriptores, cuando la razón de pérdidas por servicios médicos (conocida en inglés como “medical loss ratio”) obtenida para el año anterior resulte menor de 80%.

Para monitorear el cumplimiento con este requisito, la ley federal ACA requiere a estas entidades que presenten ante el Secretario de Salud Federal un informe sobre la razón de pérdida por servicios médicos, (“medical loss ratio”). Este informe deberá ser presentado en o antes del 1 de junio de cada año, e incluirá los datos correspondientes al año natural previo a la fecha de presentación del mismo.

A tenor con el deber impuesto al Comisionado por el Artículo 2.030(2) del Código de Seguros de Puerto Rico, de velar el cumplimiento de nuestros regulados con las normas estatales y federales, y conforme a la autoridad que le confiere el Artículo 2.030(12) del

referido Código para obtener información se requiere a todas las organizaciones de seguros de salud y aseguradores que suscriben planes médicos en Puerto Rico, presentar ante la Oficina del Comisionado de Seguros una copia del informe sobre la Razón de Pérdida por Servicios Médicos ("Medical Loss Ratio"), en o antes del 10 de agosto de 2013, y para años subsiguientes, en la misma fecha en que vienen obligados a presentarlo ante el Secretario de Salud Federal. De igual forma, estas entidades deberán informar, en un documento por separado, el monto total, si alguno, que le corresponde reembolsar, el segmento del mercado al que aplicarán los reembolsos, la fecha en que se realizarán los pagos de los reembolsos y el método que se utilizará para desembolsar los mismos.

**Requisitos de Contenido de la Certificación de Cubierta Acreditable. (Artículo 10.100 y Artículo 8.080)**

- A. Este artículo es aplicable a todas las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que ofrecen planes médicos en el mercado individual, de grupos pequeños y medianos, y a patronos de PYMES.
- B. Se proveerá una certificación sin costo alguno a las personas que están cubiertas, o que estuvieron cubiertas, bajo un plan médico como sigue:
  - 1. Se proveerá una certificación automática al momento en que la persona deje de estar cubierta por el plan médico, y
  - 2. Dentro del periodo de 24 horas después de haber sido solicitada por la persona. Las solicitudes de las certificaciones pueden hacerse por la persona o a nombre de éste dentro de los veinticuatro (24) meses de la terminación de cubierta.
  - 3. El asegurador proveerá la certificación por escrito al asegurado o de así solicitarlo éste, se podrá enviar a otra organización de seguros de salud o asegurador, que acepte recibir la información
  - 4. La certificación debe incluir lo siguiente:
    - a. La fecha en que se expidió la certificación;
    - b. El nombre de la persona o del dependiente sobre la cual se certifica la cubierta
    - c. Otra información necesarias para la identificación como: número de identificación del asegurado en la póliza y el

nombre del asegurado principal, si la certificación es para un dependiente o incluye a un dependiente;

- d. El nombre, la dirección y el número de teléfono de la organización de seguros de salud o asegurador que emite la certificación, disponibles para para obtener más información sobre la certificación;
  - e. Una declaración:
    - i. de que la persona tuvo por lo menos dieciocho (18) meses de cubierta acreditable, sin considerar los días de cubierta acreditable antes de alguna interrupción sustancial de la cubierta, o
    - ii. La fecha en que la persona solicitó la cubierta por primera vez, la fecha en que comenzó la cubierta acreditable y la fecha en que terminó la cubierta acreditable, a menos que la certificación indique que la cubierta acreditable todavía continúa a la fecha de la certificación.
  - f. Dicha declaración versará sobre el último periodo de cubierta continua que termina en la fecha que cesó la cubierta. Si la persona solicita una certificación conforme al inciso 2 anterior, y de así especificarlo, se proveerá una certificación para cada periodo de cubierta ininterrumpida dentro del periodo de 24 meses que termina a la fecha de la solicitud o que continúa a la fecha de la solicitud. Se proveerá una certificación separada para cada periodo de cubierta ininterrumpida.
  - g. La organización de seguros de salud o asegurador podrá incluir en una sola certificación a la persona y sus dependientes. Ello, si la certificación provee toda la información necesaria para cada persona, y se indica por separado la información que no es idéntica.
5. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores deberán establecer un procedimiento para que las personas y sus dependientes soliciten y reciban las certificaciones de cubierta acreditable.

- C. En aquellos casos en que se cuestiona la precisión de la certificación o no está disponible la certificación cuando la persona lo necesita, la persona tiene el derecho de demostrar la cubierta acreditable (y los periodos de espera o de afiliación) por otros medios.
1. Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores tomarán en cuenta, la declaración del asegurado y toda la información que se presente a nombre de la persona para tomar la determinación, con respecto a si la persona tiene o no los dieciocho (18) meses de cubierta acreditable
  2. La organización de seguros de salud o asegurador podrá negarse a acreditar la cubierta si la persona se niega a autorizarlo a solicitar o recibir la certificación de cubierta acreditable.
  3. No se podrá considerara como evidencia de la ausencia de cubierta acreditable, la inhabilidad de la persona para obtener una certificación.
  4. Entre la evidencia que pudieran establecer la cubierta acreditable y los periodos de espera o de afiliación en la ausencia de una certificación se incluyen los siguientes documentos: las explicaciones de beneficios (EOB), reclamaciones u otra correspondencia del plan médico donde se indique la cubierta, talonarios de cheques de nómina donde conste la retención para la cubierta del plan médico, una tarjeta de identificación del plan médico, una certificación de cubierta de un plan médico grupal, expedientes de los proveedores de cuidado médico donde se indique la cubierta, declaraciones de terceros en que se verifiquen los periodos de cubierta y cualquiera otra documentación pertinente que evidencie los periodos de cubierta del plan médico. También sirve como evidencia, llamadas telefónica del asegurador a un tercero para verificar la cubierta acreditable.

**Los procedimientos sobre los periodos de suscripción cuando no se suscribe dentro del periodo de suscripción fijo. (Artículo 10.150)**

- A. Las organizaciones de seguros de salud y aseguradores en Puerto Rico estarán obligados a proveer cubierta a todo individuo que la solicite, sin sujetarlos a evaluación de riesgo ni a periodo de espera por condiciones preexistentes. El individuo tendrá derecho a suscribirse en los planes médicos que la organización de seguros de salud o

asegurador tenga disponibles para el mercado de planes médicos individuales.

- B. La suscripción garantizada a los planes médicos se provee dentro de periodos de suscripción fijos; un periodo de suscripción inicial y posteriormente periodos anuales de suscripción. El periodo de suscripción inicial transcurre desde el 1ro de octubre de 2013 hasta el 31 de marzo de 2014, disponiéndose que si se recibe una solicitud de seguro en o antes del 31 de diciembre de 2013, la misma se procesará y el plan médico será efectivo al 1ro de enero de 2014. Posteriormente, los periodos de suscripción anuales transcurrirán desde el 1 de octubre al 15 de diciembre de cada año. En cualquier caso, si la solicitud se recibe entre los días 1 y 15 del mes, la cubierta será efectiva al 1<sup>er</sup>o del mes siguiente. Si la solicitud se recibe entre el día 16 al 31 del mes, la cubierta será efectiva el primer día del segundo mes en que se recibió la solicitud.
- C. Un plan individual que se haya suscrito en el periodo de suscripción inicial o durante cualquier periodo de suscripción fijo anual descritos en el inciso anterior, deberá renovarse durante los periodos fijos anuales subsiguiente, es decir del 1 de octubre al 31 de diciembre de cada año. De no renovarse dentro de ese periodo, este plan se entenderá renovado retroactivamente al 1 de enero si el asegurado renueva el mismo en o antes del 31 de enero.
- D. Si el solicitante del plan médico no opta por suscribirse dentro del periodo de suscripción fijo aquí dispuesto, no tendrá derecho a la suscripción garantizada al plan médico individual hasta el próximo periodo de suscripción anual. Como excepción a lo anterior una organización de seguros de salud o asegurador vendrá obligado a extender cubierta en los periodo de suscripción especiales<sup>6</sup> o en cualquier momento de no disponerse por ley un periodo de suscripción especial, en las siguientes circunstancias: 1) las situaciones contempladas en los inciso C y D del Artículo 10.150 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, 2) si ocurre un evento calificador según se definen en el Artículo 603 de ERISA, o 3) en cualquiera de las circunstancias descritas a continuación:

---

<sup>6</sup> "Periodo especial de suscripción" significa el periodo durante el cual una persona o persona cubierta puede suscribirse o cambiar su suscripción a un plan médico, fuera de los periodos iniciales o de suscripción anual, cuando ocurran determinados eventos que cualifiquen a la persona para dicha suscripción.

1. La persona elegible o su dependiente pierde la cubierta mínima con los beneficios de salud esenciales;
  2. La persona elegible adquiere un dependiente por medio de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción;
  3. La persona elegible se inscribió o dejó de inscribirse en un plan médico de manera no intencional, inadvertida o errónea y como resultado del error, tergiversación o falta de acción de algún oficial, empleado o agente de los aseguradores de salud o HHS o sus instrumentalidades, según sea evaluado y determinado por la organización de seguros de salud o asegurador. En dichos casos, la organización de seguros de salud o asegurador podrá tomar las medidas necesarias para corregir o eliminar los efectos de dicho error, tergiversación o falta de acción;
  4. La persona cubierta le demuestra a la organización de seguros de salud o asegurador que el plan médico en el que está inscrita violó sustancialmente los términos del contrato con dicha persona;
  5. La persona es elegible por primera vez o adviene elegible nuevamente. En aquellos casos, en que la cubierta existente bajo un plan grupal patronal elegible ya no sea costeable o ni siquiera proveerá un valor mínimo para el próximo año del plan médico patronal, la organización de seguros de salud o asegurador permitirá que las personas elegibles tengan acceso a la cubierta en un periodo de suscripción especial antes de que termine la cubierta bajo dicho plan patronal; y
  6. Una persona elegible o una persona cubierta solicita un plan médico nuevo debido a un cambio de residencia.
- E. En esos casos aplicarán las mismas reglas sobre la efectividad de la cubierta, dispuestas en el inciso B anterior y en Art. 10.150 (B), excepto en el caso de nacimiento o adopción, en cuyo caso se regirán por las normas establecidas en el Artículo 54.060. En el caso de matrimonios o que la persona pierde cubierta de los beneficios esenciales mínimos, el plan deberá ser efectivo el primer día del mes siguiente.
- F. La suscripción garantizada es una garantía adicional que se le ofrece al asegurado y nada de lo anteriormente dispuesto, se entenderá como una prohibición o limitación a la capacidad de un asegurador a suscribir un plan médico individual fuera de dicho periodo. Así

tampoco, deberá entenderse que los periodos aquí dispuestos requieren que se cancelen los planes médicos o se modifiquen los periodos de renovación para los planes médicos individuales que actualmente están vigentes y que cumplen con la ley.

Autorización del paciente para la divulgación de su expediente clínico en caso de una auditoría de reclamaciones. (Artículo 6.090(C))

El Capítulo 6 del CSSPR titulado “Auditoría de Reclamaciones Presentadas a las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores” tiene el objetivo de estandarizar las normas para conducir las auditorías de reclamaciones por servicios de cuidado de salud presentadas a las organizaciones de seguros de salud o aseguradores y terceros administradores. Dichas auditorías se realizan para determinar si la información en los expedientes clínicos del proveedor concuerda con los servicios que figuran en la reclamación de pago presentada por un asegurado o proveedor. Así también, el Capítulo 6 establece disposiciones tendentes a mitigar los conflictos que pueden surgir como resultado del uso de los expedientes clínicos.

A estos efectos, el Artículo 6.090 titulado “Confidencialidad y Autorización”, dispone que los participantes de una auditoría de reclamaciones, cumplirán con todas las leyes federales y estatales y todos los acuerdos contractuales relacionados con la confidencialidad de la información de los pacientes. Dicho artículo requiere además, que se obtenga una autorización particular para la auditoría de reclamaciones, en aquellos casos en que no conste en la declaración de condición que solicita el proveedor al admitir el paciente, la autorización del paciente para divulgar su expediente clínico. Para obtener esta autorización del paciente sobre la divulgación del expediente clínico para las auditorías de reclamaciones deberá utilizarse la Forma CSS-I-06-001 que se incluye como Anejo D de esta carta.

Cartas Circulares y Normativas sustituidas por esta Carta Normativa

Se incorporan en la presente carta normativa, las normas previamente establecidas en las siguientes cartas:

1. Carta Normativa Núm. 2011-132-AV
2. Carta Circular Núm. 2013-1825-D
3. Carta Circular Núm. 2011-1817-AV

**Apercibimientos**

Se le apercibe que el incumplimiento con alguna de las normas aquí dispuestas, será sancionado de conformidad con las disposiciones del Código de Seguros de Salud Puerto Rico.

Se ordena por la presente, el cumplimiento estricto con la disposición de esta carta normativa.

Cordialmente,



Ángela Weyne-Roig  
Comisionada de Seguros

**Anejo A****CERTIFICACIÓN ACTUARIAL  
SOBRE CUMPLIMIENTO DE LAS TARIFAS CON LAS DISPOSICIONES DEL CAPÍTULO 10**

YO, \_\_\_\_\_ basado en el examen de los registros correspondientes, certifico que las tarifas relacionadas a las primas de los planes médicos individuales que provee la organización de servicios de salud o asegurador \_\_\_\_\_, fueron establecidas utilizando supuestos y métodos de tarifaje actuarialmente razonables, y además, cumplen con los requisitos establecidos en el Artículo 10.050, el resto del Capítulo 10 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, sobre Planes Médicos Individuales y Suscripción Garantizada, los reglamentos y cartas normativas interpretativas y las leyes y reglamentos federales aplicables.

Y PARA QUE ASI CONSTE: suscribo la presente Certificación Anual de Cumplimiento en \_\_\_\_\_ Puerto Rico, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección y Teléfono

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico

**DIRECCIÓN Y TELÉFONO DE LA ORGANIZACIÓN DE SEGUROS DE SALUD**

**Categorías de Composición Familiar**

1. Suscriptor Individual
2. Suscriptor más Esposo(a) - 2 adultos
3. Suscriptor más Niño - 1 adulto y 1 niño
4. Familiar
5. Niño solamente
6. Niños solamente
7. Dependiente Opcional o Colateral

## Factores de Edad

### Curva de Edad Federal

| Edad | Factor | Edad | Factor | Edad     | Factor |
|------|--------|------|--------|----------|--------|
| 0-20 | 0.635  | 35   | 1.222  | 50       | 1.786  |
| 21   | 1      | 36   | 1.23   | 51       | 1.865  |
| 22   | 1      | 37   | 1.238  | 52       | 1.952  |
| 23   | 1      | 38   | 1.246  | 53       | 2.04   |
| 24   | 1      | 39   | 1.262  | 54       | 2.135  |
| 25   | 1.004  | 40   | 1.278  | 55       | 2.23   |
| 26   | 1.024  | 41   | 1.302  | 56       | 2.333  |
| 27   | 1.048  | 42   | 1.325  | 57       | 2.437  |
| 28   | 1.087  | 43   | 1.357  | 58       | 2.548  |
| 29   | 1.119  | 44   | 1.397  | 59       | 2.603  |
| 30   | 1.135  | 45   | 1.444  | 60       | 2.714  |
| 31   | 1.159  | 46   | 1.5    | 61       | 2.81   |
| 32   | 1.183  | 47   | 1.563  | 62       | 2.873  |
| 33   | 1.198  | 48   | 1.635  | 63       | 2.952  |
| 34   | 1.214  | 49   | 1.706  | 64 ó más | 3      |

**Anejo D**

**AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LA DIVULGACIÓN DEL  
EXPEDIENTE CLÍNICO RELACIONADO A LAS  
AUDITORIAS DE RECLAMACIONES POR SERVICIOS DE CUIDADO DE SALUD**

Yo \_\_\_\_\_, núm. de paciente \_\_\_\_\_, mayor de edad, y vecino de \_\_\_\_\_, Puerto Rico, en ausencia de una autorización para divulgar mi expediente clínico, por la presente autorizo a que el proveedor, o la persona o entidad designada \_\_\_\_\_, en adelante "proveedor", comparta y/o divulgue aquella información contenida en mi expediente clínico necesaria para llevar a cabo la auditoria de reclamaciones por los servicios de cuidado de salud recibidos.

Esta autorización se extiende a las auditorías realizadas por una entidad o su representante autorizado conforme a las disposiciones del Capítulo 6 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico y a las leyes federales y estatales que sean aplicables.

En testimonio de lo cual, firmo la presente en \_\_\_\_\_, Puerto Rico a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente o  
capacidad bajo la cual comparece

Si usted comparece como representante de la persona cuya información se solicita, ya sea un menor de edad o un incapacitado, deberá proporcionar documentación que demuestre su autoridad legal. (Por ejemplo: un formulario de autorización, poder debidamente constituido, documentos de tutela, orden del tribunal, etc.)