



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

26 de noviembre de 2014

CARTA NORMATIVA: CN-2014-185-D

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

EXTENSIÓN DEL PROCESO DE TRANSICIÓN HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2016

Estimados señoras y señores:

La Oficina del Comisionado de Seguros ("OCS"), mediante Carta Normativa CN-2014-178-D, adoptó la segunda extensión opcional al periodo transitorio (la "Segunda Extensión") promulgada por el Departamento de Salud y Recursos Humanos federal ("HHS") en marzo de 2014 para permitir la renovación de ciertos planes médicos del mercado individual y de grupos pequeños, aun cuando éstos no cumplieran con ciertas disposiciones del Affordable Care Act ("ACA") que entraron en vigor durante el año 2014. A la luz de la autoridad conferida por HHS, nuestra Oficina determinó extender el periodo de transición por un término adicional hasta el 30 de septiembre de 2015.

No obstante, la Segunda Extensión promulgada por HHS permitía que el periodo transitorio de cumplimiento fuese extendido hasta el año 2016. Luego de un análisis cuidadoso y de conformidad con la autoridad conferida por HHS, hemos determinado extender nuevamente el periodo transitorio hasta el 31 de diciembre de 2016. Es decir, la OCS adoptará una "Tercera Extensión" al periodo transitorio mediante la cual permitirá que se renueven por un periodo adicional de 1 año ciertos planes médicos individuales y de grupos pequeños que venzan antes del 31 de diciembre de 2016.

A esos efectos disponemos los siguientes requisitos para cumplir con la extensión:

- 1) La extensión sólo aplicará a planes médicos individuales y de grupos pequeños cuyo año póliza o cubierta comenzó antes del 1ero de enero de 2014, que se mantuvieron en vigor y serán renovados antes del 1ero de enero de 2017.
- 2) La extensión no es aplicable a nuevas suscripciones. Por tanto, las nuevas directrices no son aplicables a nuevas suscripciones que tomen lugar en o después del 1ero de enero de 2014.
- 3) No podrán acogerse a esta extensión los planes médicos cuya fecha de renovación fuese posterior al 31 de diciembre de 2016.
- 4) El plan médico renovado tendrá una duración máxima de un (1) año y no tendrán que emitirse por un periodo de póliza corto. Estos planes médicos transitorios vencerán según vaya venciendo su año póliza.
- 5) Los planes médicos renovados deberán incluir la notificación compulsoria que se incluye en esta Carta como Anejo A o Anejo B, según corresponda.
- 6) Las únicas disposiciones de ACA y del "Public Health Service Act" ("PHSA"), que entraron en vigor al 1ero de enero de 2014 y cuyo cumplimiento se pospone para estos planes médicos, son las siguientes:
 1. Sección 2701- *"Fair Health Insurance Premiums"*
Estos planes médicos no tienen que ser tarifados dentro de un "single risk pool".
 2. Sección 2702 - *"Guaranteed Availability of Coverage"*
 3. Sección 2703 - *"Guaranteed Renewability of Coverage"*
 4. Sección 2704 - *"Prohibition on Preexisting Condition Exclusions or Other Discrimination Based on Health Status"*

La sección 2704 estará en pleno vigor y efecto para los menores de edad en los planes médicos grupales e individuales y para los adultos en los planes grupales. Por tanto, la sección 2704 sólo se deja sin efecto exclusivamente para los adultos en los planes médicos individuales.
 5. Sección 2705 - *"Prohibiting Discrimination Against Individual Participants and Beneficiaries Based on Health Status"*

Esta sección se deja sin efecto únicamente en los planes médicos individuales.

6. Sección 2706 - *"Non-Discrimination in Health Care"*
 7. Sección 2707 - *"Comprehensive Health Insurance Coverage"*
 8. Sección 2709 - *"Coverage for Individuals Participating in Approved Clinical Trials"*, según codificada en 42 U.S.C. § 300gg-8.
-
- 7) Los planes médicos renovados bajo estas directrices, cumplirán con el resto de las disposiciones de ACA y el PHSA que no han sido exceptuadas.
 - 8) El plan médico renovado tendrá la misma cubierta del plan médico anterior.
 - 9) Las organizaciones de seguros de salud y aseguradores tienen la responsabilidad de orientar a los asegurados sobre el hecho de que los planes renovados de conformidad con la Tercera Extensión no contendrán todos los beneficios esenciales ni otras protecciones dispuestas en ACA que entraron en vigor a partir del 1ero de enero de 2014.
 - 10) La suscripción en el plan médico renovado se hará de manera voluntaria e informada. Los aseguradores y organizaciones de seguros de salud orientarán a los asegurados sobre las consecuencias de la renovación y documentarán que ofrecieron tal orientación a los asegurados.
 - 11) Las organizaciones de seguros de salud y los aseguradores que opten por renovar sus productos de conformidad con esta Tercera Extensión deberán notificarlo a nuestra Oficina en o antes del 31 de enero de 2015. Dicha notificación incluirá el nombre del producto que será renovado conjuntamente con su número de formulario aprobado en la OCS.
 - 12) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que no tengan la intención de renovar un plan médico enviarán una notificación por escrito al asegurado con un mínimo de treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento del plan médico.
 - 13) Aquellos asegurados cuyo plan médico no sea renovado, gozarán de un periodo especial de suscripción garantizada de sesenta (60) días para suscribirse en el plan médico de su preferencia y ofrecido por el asegurador u organización de seguros de salud de su preferencia.

Las organizaciones de seguros de salud, los aseguradores y cualquier intermediario deberán abstenerse de proveer información falsa, engañosa, incorrecta o cualquier otra información tendente a coaccionar o disuadir a los asegurados para que obtengan un plan médico que cumpla con todas las disposiciones de ACA, así como de abstenerse de incurrir en cualquier conducta que constituya una práctica desleal a tenor con el Capítulo 27 del Código de Seguros de Puerto Rico o que infrinja una disposición del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico o de ACA.

Se requiere el estricto cumplimiento con la presente Carta Normativa.

Cordialmente,



Ángela Weyne-Roig
Comisionada de Seguros

ANEJO A

[Este aviso se debe utilizar en los casos en que se envió un aviso de cancelación y el asegurador u organización de seguros de salud provee la opción al titular de la póliza de continuar con la cubierta actual]

Estimado/a asegurado/a,

Anteriormente le notificamos la cancelación de su póliza actual porque no cumple con las normas mínimas de la ley de cuidado de salud ("Affordable Care Act" o como se le conoce comúnmente, "Obamacare"). Le estamos escribiendo para informarle que conforme a la norma federal anunciada en marzo de 2014, usted puede conservar esta cubierta del plan médico para un año póliza adicional.

¿Cómo puedo conservar mi plan médico actual?

Si desea conservar su plan médico actual, comuníquese con nosotros.

Hay varios factores que debe tener presente al considerar sus opciones. Si opta por renovar su plan médico actual, éste NO proveerá todos los derechos y protecciones de la ley de cuidado de la salud. Es decir, su plan médico no podría incluir una o más de las siguientes nuevas protecciones de la Ley de Servicio de Salud Pública (PHS Act) que se añadieron en la ley de cuidado de la salud y que entraron en vigor para las cubiertas que comenzaron en el 2014. Como resultado de esto, su cubierta:

- Podría no cumplir con las normas sobre primas justas para planes médicos, por lo que estaría expuesto a que se le cobre una prima más alta basada en factores como género o alguna condición preexistente, y el plan no tendría que cumplir con las normas que impiden que se cobre más a las personas de edad avanzada que a las personas más jóvenes (sección 2701).
- Podría no cumplir con las normas sobre suscripción garantizada, de manera que se pueda excluir a un consumidor a base de factores como una condición de salud preexistente (sección 2702).
- Podría no cumplir con las normas de renovación garantizada (sección 2703).
- Podría no cumplir con las normas relacionadas con las condiciones preexistentes de adultos, de modo que excluya de la cubierta el tratamiento para una condición preexistente de un adulto (sección 2704).

Formulario: CSS-AS-02-006

- Podría no cumplir con las normas relacionadas con el discrimen basado en la condición de salud (sección 2705).
- Podría no cumplir con las normas anti-discrimen aplicables a los proveedores de salud (sección 2706).
- Podría no cubrir los beneficios de salud esenciales o limitar anualmente los co-pagos, de manera que posiblemente no cubra beneficios como farmacia y podría tener costos compartidos (cost-sharing) ilimitados (sección 2707).
- Podría no cumplir con las normas sobre la participación en ensayos clínicos ("clinical trials"), de modo que posiblemente no tenga cubierta para los servicios relacionados con ensayos clínicos para una condición de salud de gravedad o que represente una amenaza a la vida (sección 2709).

¿Cómo selecciono un plan médico distinto?

Hay nuevas opciones y derechos para que pueda conseguir un plan médico de calidad y al alcance de su presupuesto.

Los planes médicos nuevos incluyen ciertas protecciones, tal como su derecho a adquirir un plan médico aun cuando usted o sus empleados tengan una condición preexistente.

Debe considerar sus opciones lo antes posible, ya que el periodo durante el cual puede adquirir la cubierta y conservar las protecciones es limitado.

¿Cómo puedo obtener más información?

Si necesita más información o tiene alguna duda, puede comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros a través del (787) 304-2500 o mediante correo electrónico a salud@ocs.gobierno.pr.

Para obtener más información sobre las protecciones bajo la ley de cuidado de la salud, visite HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Si tiene alguna duda o pregunta, también puede comunicarse con nosotros.

ANEJO B

[Este aviso se debe utilizar en los casos en que no se ha enviado un aviso de cancelación y el asegurador u organización de seguros de salud provee la opción al titular de la póliza de continuar con la cubierta existente]

Estimado/a asegurado/a,

Le estamos escribiendo para informarle que, según la norma federal anunciada en marzo del 2014, usted puede conservar su plan médico existente para el año póliza adicional.

¿Cómo puedo conservar mi plan médico actual?

Si desea conservar su plan médico actual, comuníquese con nosotros.

Hay varios factores que debe tener presente al considerar sus opciones. Si opta por renovar su plan médico actual, éste NO proveerá todos los derechos y protecciones de la ley de cuidado de la salud. Es decir, su plan médico no podría incluir una o más de las siguientes nuevas protecciones de la Ley de Servicio de Salud Pública (PHS Act) que se añadieron en la ley de cuidado de la salud y que entraron en vigor para las cubiertas que comenzaron en el 2014. Como resultado de esto, su cubierta:

- Podría no cumplir con las normas sobre primas justas para planes médicos, por lo que estaría expuesto a que se le cobre una prima más alta basada en factores como género o alguna condición preexistente, y el plan no tendría que cumplir con las normas que impiden que se cobre más a las personas de edad avanzada que a las personas más jóvenes (sección 2701).
- Podría no cumplir con las normas sobre suscripción garantizada, de manera que se pueda excluir a un consumidor a base de factores como una condición de salud preexistente (sección 2702).
- Podría no cumplir con las normas de renovación garantizada (sección 2703).
- Podría no cumplir con las normas relacionadas con las condiciones preexistentes de adultos, de modo que excluya de la cubierta el tratamiento para una condición preexistente de un adulto (sección 2704).
- Podría no cumplir con las normas relacionadas con el discrimen basado en la condición de salud (sección 2705).

Formulario: CSS-AS-02-007

- Podría no cumplir con las normas anti-discrimen aplicables a los proveedores de salud (sección 2706).
- Podría no cubrir los beneficios de salud esenciales o limitar anualmente los co-pagos, de manera que posiblemente no cubra beneficios como farmacia y podría tener costos compartidos (cost-sharing) ilimitados (sección 2707).
- Podría no cumplir con las normas sobre la participación en ensayos clínicos ("clinical trials"), de modo que posiblemente no tenga cubierta para los servicios relacionados con ensayos clínicos para una condición de salud de gravedad o que represente una amenaza a la vida (sección 2709).

¿Cómo selecciono un plan médico distinto?

Hay nuevas opciones y derechos para que pueda conseguir un plan médico de calidad y al alcance de su presupuesto.

Los planes médicos nuevos incluyen ciertas protecciones, tal como su derecho a adquirir un plan médico aun cuando usted o sus empleados tengan una condición preexistente.

Debe considerar sus opciones lo antes posible, ya que el periodo durante el cual puede adquirir la cubierta y conservar las protecciones es limitado.

¿Cómo puedo obtener más información?

Si necesita más información o tiene alguna duda, puede comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros a través del (787) 304-2500 o mediante correo electrónico a salud@ocs.gobierno.pr.

Para obtener más información sobre las protecciones bajo la ley de cuidado de la salud, visite HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Si tiene alguna duda o pregunta, también puede comunicarse con nosotros.