



OFICINA DEL

COMISIONADO DE SEGUROS

GOBIERNO DE PUERTO RICO

7 de marzo de 2025

CARTA NORMATIVA NÚM. CN-2025-368-AS

A TODOS LOS ASEGURADORES Y ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD QUE SUSCRIBEN PLANES MÉDICOS EN PUERTO RICO Y PÚBLICO EN GENERAL.

CAMBIOS SIGNIFICATIVOS EN LAS INSTRUCCIONES Y LISTAS DE COTEJO PARA EL SOMETIMIENTO DE LOS PLANES ACA 2026

Estimadas señoras y señores:

Con el propósito de informar a todos los Aseguradores de planes médicos y Organizaciones de Servicios de Salud los cambios significativos en las instrucciones y listas de cotejo para los sometimientos de los planes médicos ACA 2026, establecidos en la Carta Normativa CN-2025-367-AS, para referencia rápida a continuación, los cambios aplicables y las instrucciones correspondientes para la presentación de los planes médicos ACA 2026:

Sección I. **Rate Submission** - Se añaden los siguientes lenguajes o incisos:

D. Rates to be made Public

La información a presentar en este documento debe incluir como mínimo la información requerida en los cinco (5) requisitos establecidos en el Attachment 5.

Sección II. **Forms Submissions**

B. Forms Filing Submission Requirements

Inciso 7 (c)(iv) - Deberá presentar una comparativa entre el formulario de medicamentos vigente y el formulario de medicamentos propuesto a los fines de identificar las diferencias entre ambos.



Inciso 7 (c)(v) - Con relación a las actualizaciones y cambios en el formulario entre la cubierta vigente y la nueva cubierta, se deberá presentar en un escrito, conforme al Artículo 4.050(C) del CSSPR, con la información en la que se basó el Comité de Farmacia y Terapéutica para cualquier actualización. Además, deberá especificar cuáles cambios, si alguno, obedece a motivos de seguridad, a que el fabricante del medicamento de receta no lo puede suplir o lo ha retirado del mercado.

Inciso 7 (c)(vi) - Deberán presentar para nuestra información el Anejo C -Forma CSS-AS-04-003 titulado Informe sobre Solicitudes de Excepciones Medicas de la Carta Circular CC-2013-1832-D. El periodo solicitado será el del año contrato anterior al contrato presentado para aprobación. En caso de solicitudes de excepción medicas denegadas se deberá especificar, en un documento aparte, las razones para la denegación y las disposiciones del contrato en las que se apoyó tal denegación.

Inciso 7 (e) - La tabla de copagos attachment 8 no podrá ser alterada ni modificada por ningún asegurador. Hemos revisado el anejo 8 para mayor uniformidad en el proceso de revisión. Todo asegurador que interese publicar en sus respectivas plataformas digitales o medios de comunicación de manera opcional una tabla de copagos distinta al attachment 8 podrá presentarla ante la OCS de manera informativa, y además deberá certificar que es una copia fiel y exacta de la tabla de copagos establecida en la póliza. Dicha tabla estará sujeta a cumplimiento con los artículos 27.050 del Código de seguros y Artículo 13 de la antigua Regla Núm. 102 del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico, según enmendada y renumerada por la Regla Núm. 110 titulada: "NORMAS PARA REGULAR LAS TRANSACCIONES ELECTRÓNICAS EN EL NEGOCIO DE SEGUROS".

Las instrucciones para completar el attachment 8 son las siguiente:

1. La tabla no será modificada para añadir o eliminar campos.
2. La tabla será presentada solo en el idioma de español.
3. En los capos o servicios donde aparezca la palabra "si aplica" deberá eliminar únicamente la palabra "si aplica" cuando al diseño de su plan le aplique el servicio o campo en la tabla.
4. La tabla deberá ser completada únicamente con valores numéricos, excepto cuando algún servicio o campo no sea aplicable, en cuyo caso se entrará "N/A".

5. Cuando aplique copago se entrará el signo de dólar (\$) y la cantidad de copago aplicable.
6. Cuando aplique coaseguro se entrará el signo de por ciento (%) y la cantidad de coaseguro aplicable.
7. Cuando aplique deducible se entrará el signo de dólar (\$) y la cantidad de deducible aplicable.
8. No se deberá dejar encasillados o campos en blanco.
9. Si la aseguradora cobra un copago o coaseguro menor en una red o facilidad preferida, no debe incluir en la tabla de copagos y coaseguros el nombre comercial o de mercadeo de la red o facilidad preferida.
10. En la cubierta de Farmacia se incluirán los copagos o coaseguros aplicables según el diseño de cubierta de su plan. Todo campo que no aplique deberá llenar el espacio con un "N/A".
11. Si en el costo compartido en la cubierta de Farmacia le aplica un coaseguro, pero con un mínimo o máximo de copago, se deberá colocar el coaseguro aplicable en la columna de "copago/coaseguro" y en la próxima columna de "min/max copago" se colocará el mínimo o máximo de copago aplicable. Por ejemplo: (30% - min \$25).

Inciso 7 (i) – Se añade anejo 12

Inciso 14 – El documento deberá incluir también lo siguiente: identificar clase y categoría de cada uno identificar bajo qué nivel se clasifica el medicamento (genérico, marca o especializado). La justificación debe estar actualizada y ser aplicable al diseño de beneficio de medicamentos recetados propuesto.

C. Clarifications of certain benchmark requirements, state and federal laws

Inciso 5 – La OCS podrá determinar si una cubierta de medicamentos es discriminatoria y no cumple con los beneficios de salud esenciales en base al análisis de la cubierta y de las justificaciones para cualquier exclusión. Por lo tanto, toda justificación debe contener como mínimo los siguientes elementos:

Argumentar y sustentar con evidencia el diseño de la cubierta de medicamentos y validar con datos específicos, estadísticas, literatura científica y experiencia de que dicho diseño no es discriminatorio contra asegurados que padecen enfermedades serias, ni tampoco desalienta a estos asegurados a suscribirse en estos planes.

- ¿Cómo el diseño de cubierta de medicamentos cumple con los beneficios de salud esenciales?

- ¿Cómo los medicamentos en el formulario de su asegurador son efectivos y dan resultado?
- ¿Cómo los medicamentos en el formulario atienden las necesidades de los asegurados de su asegurador?
- ¿Por qué el asegurador entiende que el diseño de cubierta de medicamentos no desalienta a los asegurados con condiciones serias de salud a suscribirse en el plan?
- ¿Por qué el asegurador entiende que el diseño de cubierta de medicamentos no discrimina a los asegurados con condiciones serias de salud a suscribirse en el plan?
- ¿Cómo los medicamentos ofrecidos en formulario ayudan a mejorar la calidad de vida de asegurados con enfermedades serias?
- ¿Qué diferencia hay entre los medicamentos en el formulario y los medicamentos excluidos en cuanto a efectividad?
- ¿Por qué le conviene a los asegurados con enfermedades serias utilizar los medicamentos en el formulario presentado?
- ¿Cómo el diseño de cubierta de medicamentos presentado ayuda al asegurador a mantener precios razonables en los planes manteniendo una buena calidad de servicios?

Inciso 16 – El Anejo 10 de esta carta normativa titulado “Prescription Drug EHB-Benchmark Plan Benefits by Category and Class” establece la cantidad mínima de medicamentos requerida por cada categoría y clase en el formulario de medicamentos de todo plan médico. Sin embargo, les recordamos la importancia de reconocer el derecho que tiene todo asegurado, conforme al Artículo 4.070 del Código de Seguros de Salud, de solicitar la cubierta de medicamentos de receta que no figuran en el formulario.

Inciso 17 – El Anejo 6 de esta carta normativa titulado “ESSENTIAL HEALTH BENEFIT AND PREVENTIVE SERVICES CHECKLIST” establece, entre otras cosas, los

tipos de medicamentos requeridos en el formulario de medicamentos de todo plan médico. Estos son: Genéricos, Marca Preferida, Marca no preferida y Especializados. Por lo tanto, les recordamos la importancia de reconocer la cubierta de medicamentos de receta en todas sus presentaciones, entiéndase, Genéricos, Marca Preferida, Marca no preferida y Especializados.

Inciso 18 – Deberá incluir la siguiente clase de medicamentos en el formulario de medicamentos para cumplir con la ley 62-2024 Angioedema Hereditario: “Hereditary angioedema agents”.

Inciso 19 – Las condiciones o exclusiones de la póliza deben estar presentadas de forma fácil de leer y de entender para cualquier persona. Le recordamos que el Artículo 11.120(3) del Código de Seguros establece lo siguiente:

“El Comisionado desaprobará un formulario de póliza, solicitud, aditamento o endoso, o retirará su aprobación del mismo, solamente:

...

(3) Si contiene o incorpora por referencia cualesquiera cláusulas inconsistentes, ambiguas o que se presenten a error, o excepciones y condiciones que falazmente afecten el riesgo que se tiene la intención de asumir en la cubierta general del contrato.”

En adición, el Artículo 11.120(9) establece lo siguiente:

“El Comisionado desaprobará un formulario de póliza, solicitud, aditamento o endoso, o retirará su aprobación del mismo, solamente:

...

(9) Si las condiciones o exclusiones de la póliza limitan la cubierta de seguros, resultando la venta de la misma en un enriquecimiento injusto por parte del asegurador.”

Inciso 20 – La póliza deberá contener todos los beneficios esenciales de salud establecidos en el benchmark de Puerto Rico y los requeridos por carta normativa o circular o reglamento de la OCS o por ley estatal o federal aplicable, sin limitaciones más allá de las establecidas en esta regulación.

Inciso 21 – Con relación a los aumentos en tarifas propuestos, hacemos referencia al siguiente párrafo en el Attachment 3 de esta carta normativa:

"The purpose of the actuarial memorandum is to provide certain information related to the submission, including support for the values entered into the Part I Unified Rate Review Template, which supports compliance with the market rating rules and reasonableness of applicable rate increases. All assumptions should be adequately justified with supporting data, where possible, or other rationale for the use of the chosen assumptions."

Le recordamos que todo factor utilizado en el desarrollo de la tarifa debe ser razonable y estar debidamente justificado por el actuario. De entender que la información presentada por el asegurador no es suficiente, el revisor del archivo solicitará información adicional necesaria para la aprobación del aumento.

Inciso 22 - Telemedicina – todo plan médico que cubra servicios de telemedicina conforme a la Ley 168 de 2018, según enmendada, deberá incluir en la póliza el copago o coaseguro aplicable, si alguno. Además, deberá incluir una descripción de la cubierta con instrucciones para lograr acceso al servicio y una explicación de cómo obtener el servicio.

Attachments

- Attachment #6:

Los siguientes servicios preventivos fueron actualizados o añadidos:

1. Se añadió el servicio preventivo "Falls Prevention in Community-Dwelling Older Adults: Interventions: community-dwelling adults 65 years or older", siguiendo las recomendaciones del USPSTF.
2. El servicio preventivo "Breast Cancer: Screening: women aged 40 to 74 years" fue actualizado, siguiendo las recomendaciones del USPSTF.
3. El servicio preventivo "Breast Cancer Screening for Women at Average Risk" fue actualizado, siguiendo las recomendaciones del Women's Preventive Services Initiative.

4. Se añadió el servicio preventivo "Screening and Counseling for Intimate Partner and Domestic Violence", siguiendo las recomendaciones del Women's Preventive Services Initiative.
 5. El servicio preventivo "Osteoporosis to Prevent Fractures: Screening: postmenopausal women younger than 65 years with 1 or more risk factors for osteoporosis" fue actualizado, siguiendo las recomendaciones del USPSTF.
 6. El servicio preventivo "Osteoporosis to Prevent Fractures: Screening: women 65 years or older" fue actualizado, siguiendo las recomendaciones del USPSTF.
 7. Se añadió el servicio preventivo "Patient Navigation Services for Breast and Cervical Cancer Screening", siguiendo las recomendaciones del Women's Preventive Services Initiative.
 8. El servicio preventivo "High Body Mass Index in Children and Adolescents: Interventions: children and adolescents 6 years or older" fue actualizado, siguiendo las recomendaciones del USPSTF.
 9. Se actualizaron las referencias del Attachment 6 y el Attachment 9.
- Attachments 7A y 7B

Se añadieron las siguientes Leyes estatales:

1. Ley Núm. 169 de 26 de agosto de 2024 (Capítulo 54 del CSSPR)– Para añadir un nuevo Capítulo 54 a la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, para que lea como sigue: "Capítulo 54 - "Terceros Administradores".
2. Ley Núm. 165 de 15 de agosto de 2024 – Para enmendar los Artículos 3, 4, 5, 6 y 7 de la Ley Núm. 275 de 2012, Carta de Derechos de los Pacientes y Sobrevivientes de Cáncer.
3. Ley Núm. 163 de 13 agosto de 2024 – Para crear la "Ley para la Protección, Seguridad, Integración, Bienestar y Desarrollo Integral de las Personas con los Trastornos del Espectro Autista".

4. Ley Núm. 78 de 16 de mayo de 2024 - Para enmendar los Artículos 31.020; 31.030 y 31.040, añadir un Artículo 31.021, derogar los actuales Artículos 31.050 y 31.060 y añadir los nuevos Artículos 31.050, 31.060 y 31.090 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Puerto Rico".
5. Ley Núm. 62 de 16 de abril de 2024 - Para crear la "Ley de Política Pública de Respetto al Manejo de los Pacientes con Angioedema Hereditario."

Se añadieron las siguientes Cartas Normativas y Cartas Circulares:

1. CC-2025-2044-D de 9 de enero de 2025
2. CN-2024-362-D de 7 de noviembre de 2024
3. CN-2024-360-D de 6 de septiembre de 2024
4. CC-2024-2037-D de 20 de mayo de 2024
5. CN-2024-356-AV de 3 de mayo de 2024

Para ver el detalle de los cambios antes mencionados favor referirse a la Carta Normativa 2025-367-AS y sus anejos. Se apercibe que el incumplimiento con las actualizaciones aquí presentadas podría resultar en el rechazo de su archivo hasta que se completen las mismas. Es importante destacar que esta lista no sustituye la Carta Normativa ni sus anejos, ni tampoco limita el deber de todo asegurador y organización de servicios de salud de cumplir con otras leyes estatales y federales no mencionadas.

Cordialmente,



Lcdo. Alexander S. Adams Vega
Comisionado de Seguros