



OFICINA DEL

COMISIONADO DE SEGUROS

GOBIERNO DE PUERTO RICO

12 de mayo de 2026

CARTA NORMATIVA NÚM.: CN-2026-377-AS (ENMENDADA)

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

FORMULARIOS Y TARIFAS QUE SERÁN EFECTIVO A PARTIR DEL AÑO CALENDARIO 2027

Estimados señores y señoras:

El pasado 7 de marzo de 2025, esta Oficina emitió la Carta Normativa CN-2025-367-AS con el propósito de impartir las instrucciones anuales para la presentación de los formularios y tarifas de los planes médicos, efectivos para el año calendario 2027. La presente carta normativa tiene la intención de reiterar la aplicabilidad de las disposiciones de la carta normativa antes mencionada y de incorporar ciertos cambios y/o nuevas disposiciones.

La presente Carta Normativa se emite como una directriz interpretativa y supervisora para fines de evaluación regulatoria de formularios y tarifas, y no deberá interpretarse como una enmienda, alteración o sustitución de las disposiciones sustantivas del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.

Para implementar las directrices adecuadas que promuevan la presentación ordenada de formularios y tarifas para planes metálicos, que entrarán en vigor el 1 de enero de 2027, la OCS implementa las siguientes normas:

AVISO IMPORTANTE DE ACTUALIZACIÓN: NUEVAS REGULACIONES Y BENEFICIOS DE SALUD HAN SIDO IMPLEMENTADOS POR LEY: Lea atentamente. Esta carta contiene doce (12) anejos y actualizaciones importantes sobre los requisitos de Formularios y Tarifas para los planes metálicos de 2027. El uso de listas de cotejo y formularios obsoletos puede ocasionar demoras en el proceso de revisión y aprobación de su archivo. El incumplimiento de uno o más de los requisitos de esta carta resultará en el rechazo de su archivo. Por lo tanto, si el archivo fue rechazado después del proceso de revisión preliminar y después de la fecha límite, se considerará que no cumple con la fecha límite de presentación establecida.

Cambios y/o enmiendas para 2027:

- Se actualizan todas las referencias en la Carta Normativa CN-2025-367-AS a fechas de años anteriores para que aplique al año vigente 2027.

- La fecha límite para el sometimiento a esta Oficina de las Formas y Tarifas de los planes “non-grandfathered” del **mercado individual** que serán efectivos el 1 de enero de 2027, será en o antes del **31 de mayo de 2026**.
- La fecha límite para el sometimiento a esta Oficina de las Formas y Tarifas de los planes “non-grandfathered” del **mercado de grupos pequeños**, incluyendo grupos pequeños de asociaciones bonafide que serán efectivos el 1 de enero de 2027, será en o antes del **1 de julio de 2026**.
- **Toda referencia a los Anejos en la Carta Normativa CN-2025-367-AS se actualizan para que lean de la siguiente manera:**

ATTACHMENT 5 Revised 2026

ATTACHMENT 6 REVISED 02/2026

ATTACHMENT 7A REVISED 02/2026

ATTACHMENT 7B REVISED 02/2026

ATTACHMENT 8 REV. 02/2026

ATTACHMENT 9 REV. 02/2026

ATTACHMENT 10 REV. 02/2026

- **Se aclara el requerimiento sobre la justificación del diseño de la cubierta de medicamentos del inciso II(C)(5) de la Carta Normativa CN-2025-367-AS para incluir la siguiente instrucción:**

Deberá presentar un documento en PDF firmado por el asegurador acompañado por certificación o justificación emitida por el Comité de Farmacia y Terapéutica o por un representante autorizado del asegurador con conocimiento de la evaluación realizada incluyendo la justificación firmada por el Comité de Farmacia y Terapéutica, y deberá identificar el documento con el nombre “Justificación - Diseño de Cubierta de Medicamentos” y titularlo de la misma forma. El contenido debe incluir todos los puntos aquí mencionados uno por uno, conforme a la CN-2025-367-AS.

- **Se añade un nuevo requisito para validar cumplimiento con el inciso II(C)(6) de la Carta Normativa CN-2025-367-AS sobre el conteo de medicamentos en el formulario de medicamentos:**

De ahora en adelante, todo asegurador y organización de servicios de salud deberá presentar como documento de soporte, en adición al formulario de medicamentos versión final, una copia del mismo formulario de medicamentos pero que incluya, al lado de cada nombre de medicamento, un conteo de los medicamentos por cada clase y categoría según la cantidad que se reporta en el Anejo 10. Este documento en PDF será identificado como “**Formulario con Conteo**”. El mismo debe estar firmado e incluir el nombre y apellido en manuscrito del oficial a cargo del Comité de Farmacia y Terapéutica.

Por ejemplo: Sabemos que bajo cierta clase y categoría pueden haber listados una cantidad de medicamentos, por ejemplo 15, pero cuando se realiza el conteo real basado

en las reglas de conteo, ese listado de 15 realmente es menos. Si en el Anejo 10 el Asegurador o la Organización reporta que hay 3 medicamentos de cierta clase y categoría, entonces en el documento solicitado debe identificar cada uno de los 3 medicamentos con el número de conteo al lado del nombre del medicamento. Es decir, que si en el formulario de medicamentos hay más de un medicamento listado que se consideran un solo medicamento debido a que es lo mismo, pero tienen distintas concentraciones u otro factor, entonces en el conteo se debe contar como uno.

- **Se aclara el requerimiento sobre el Memorando Explicativo del inciso II(G)(3) de la Carta Normativa CN-2025-367-AS para incluir la siguiente instrucción:**

“Este memorando explicativo deberá estar firmado por el oficial de cumplimiento del asegurador u organización y deberá explicar e identificar punto por punto el cumplimiento de los requisitos de la (a) a la (h). De lo contrario, su archivo será devuelto sin evaluar.”

- **Se aclara la disposición en el inciso II(B)(13) de la Carta Normativa CN-2025-367-AS sobre exclusiones de medicamentos de receta no permitidas para incluir la siguiente instrucción:**

A estos efectos, no se permiten exclusiones de:

- medicamentos para tratar la diabetes, incluyendo los agonistas del receptor de GLP-1 para tratar la diabetes de acuerdo al criterio de necesidad médica (Ley Núm. 14-2023)
- medicamentos para tratar el Cáncer (Ley Núm. 165-2024, Ley Núm. 79-2020, Ley Núm. 275-2012)
- medicamentos para tratar el angioedema hereditario (Ley Núm. 62-2024)
- medicamentos para tratar el Covid-19 (Ley Núm. 43-2020)
- Tratamientos para atender la condición de albinismo (Ley Núm. 109-2022)
- Tratamientos para atender el virus HIV/AIDS (Ley Núm. 248-2018, según emendada por la Ley Núm. 42-2025)
- medicamentos para tratar la dependencia al tabaco y sus derivados (Ley Núm. 21-2008)
- medicamentos para atender la post cirugía de pacientes con obesidad mórbida (Ley Núm. 212-2008)
- Influenza - CN-2026-373-D
 - oseltamivir
 - zanamivir
 - peramivir
 - baloxavi
 - otros
- medicamentos para cualquier otra enfermedad no mencionada para la cual actualmente existe o surja durante el año, con efecto inmediato, una ley estatal o federal que proteja al asegurado.

- **Se aclara la disposición en el inciso II(C)(9) de la Carta Normativa CN-2025-367-AS sobre el proceso de excepción médica del Artículo 4.070 del Código de Seguros de Salud para incluir la siguiente instrucción:**

Todo asegurador y organización de servicios de salud deberá permitir a los asegurados el uso del proceso de excepción médica, al cual todo asegurado tiene derecho por el Artículo 4.070 del Código de Seguros de Salud, para solicitar la evaluación de cubierta de medicamentos clínicamente apropiados recomendados por un médico cuando:

1. Un medicamento de receta que no estén cubiertos según el formulario;
2. cubierta continuada de determinado medicamento de receta que la organización de seguros de salud o asegurador habrá de discontinuar del formulario por motivos que no sean de salud o porque fabricante no puede suplir el medicamento o lo haya retirado del mercado;
3. una excepción a un procedimiento de manejo que implica que el medicamento de receta no estará cubierto hasta que se cumpla con el requisito de terapia escalonada o que no estará cubierto por la cantidad de dosis recetada.

El asegurador u organización de servicios de salud deberá informar este derecho al asegurado por conducto de su proveedor, según la información sobre la cubierta del medicamento que le comunique el manejador de beneficios de farmacia.

El propósito de la instrucción de esta Carta Normativa está dirigido a que, en caso de una denegación por no estar el medicamento en el formulario, éste no sea el único criterio para fundamentar la decisión y conlleve una justificación basada en un análisis clínico conforme con el Artículo 4.070D.(1) del Código de Seguros de Salud.

Por tanto, todo asegurador u organización de servicios de salud al hacer su determinación sobre la solicitud de excepción médica, deberá asegurarse de considerar los hechos y las circunstancias específicas aplicables a la persona cubierta o asegurado para la cual se presentó la solicitud, usando criterios documentados de revisión clínica establecidos en el Artículo 4.070 (D)(1) y (2) del Código de Seguros de Salud y, de conformidad con lo dispuesto en el inciso (G) de dicho artículo, notificar a los asegurados por escrito, o por medios electrónicos, si la persona cubierta o asegurado ha acordado recibir la información por esa vía, cualquier denegación en la cual se exprese de una manera comprensible a la persona cubierta o asegurado lo siguiente:

- a) Las razones específicas de la denegación;
- b) referencias a la evidencia o documentación, las cuales incluyen los criterios de revisión clínica y las guías de práctica, así como evidencia clínica, médica y científica considerada al tomar la determinación de denegar la solicitud;
- c) instrucciones sobre cómo solicitar una declaración escrita de la justificación clínica, médica o científica de la denegación; y,
- d) una descripción del proceso y los procedimientos para presentar una querella para apelar la denegación conforme a los Procedimientos Internos

de Querellas de las Organizaciones de Seguros de Salud o Aseguradores, incluyendo los plazos para dichos procedimientos.

- **Se añade la siguiente disposición en el inciso II(C) de la Carta Normativa CN-2025-367-AS:**

“23. Hacemos referencia al Artículo 4.050(C)(4) del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, el cual establece lo siguiente y citamos:

“(4) La organización de seguros de salud o asegurador requerirá que el Comité de Farmacia y Terapéutica realice la evaluación de nuevos medicamentos de receta aprobados por la “Food and Drug Administration” (FDA) en un término no mayor de noventa (90) días, contados a partir de la fecha de aprobación emitida por la FDA. En un término no mayor de noventa (90) días, contados a partir de que el nuevo medicamento de receta entre al mercado, el Comité de Farmacia y Terapéutica deberá emitir su determinación en torno a si incluirá o no en el formulario dicho nuevo medicamento de receta. En atención a ello, no se permitirán exclusiones automáticas o que no cuente con el proceso de evaluación y justificación específica documentada, de aquellos medicamentos nuevos aprobados por la FDA.”

Aclaremos que la disposición antes citada del Código deberá estar incluida en la póliza de manera íntegra para información del asegurado sobre las protecciones que provee el Código de Seguros de Salud.

En atención a ello, no procederán exclusiones que no cuenten con el proceso de evaluación y justificación específica documentada, de aquellos medicamentos nuevos aprobados por la FDA dentro del término de 90 días, al amparo Artículo 4.050C(4) del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.

- **Se añade la siguiente disposición en el inciso II(C) de la Carta Normativa CN-2025-367-AS:**

“24. El Formulario de Medicamentos deberá incluir todos los medicamentos disponibles y aprobados por la FDA para el tratamiento de aquellas condiciones cuya cubierta sea requerida por ley estatal o federal, salvo que la propia ley aplicable o alguna disposición federal limite dicha inclusión. El “benchmark” de Puerto Rico que establece mínimos de medicamentos por clase terapéutica constituye un estándar de acceso básico mínimo y no limitan ni sustituyen las obligaciones de cubierta establecidas por ley estatal. En consecuencia, ningún asegurador u organización de servicios de salud podrá utilizar dichos, criterios de “benchmark” o prácticas de manejo de medicamentos para excluir del

formulario, medicamentos cuya cubierta sea requerida por ley o canalizarlos por el proceso de excepción médica.”

- **Se añade la siguiente disposición en el inciso II(C) de la Carta Normativa CN-2025-367-AS:**

“25. De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 2.050(C)(2), del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico todo asegurador u organización de seguros de salud que provea planes médicos individuales o grupales tiene la obligación de proveer cubierta, sin requisitos de compartir costos (“cost-sharing”), con respecto a las inmunizaciones para las cuales haya una recomendación del “Advisory Committee on Immunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention” (ACIP), y el Comité Asesor en Prácticas de Inmunización del Departamento de Salud de Puerto Rico siempre y cuando la persona cubierta los reciba de un proveedor participante. Conforme a lo dispuesto en dicha disposición de ley, no se permitirá que la cubierta de inmunización se condicione a que el servicio sea obtenido exclusivamente de ciertos proveedores de cuidado de salud designados por el asegurador u organización de servicios de salud.”

La Carta Normativa CN-2025-367-AS se mantiene en pleno vigor y efecto, excepto por lo que aquí se revisa o se añade. El incumplimiento con las actualizaciones aquí presentadas podría resultar a ésta en el rechazo de su archivo hasta que se completen las mismas.

Es importante destacar que esta carta normativa enmienda la Carta Normativa CN-2026-377-AS de 15 de abril de 2026, complementa la Carta Normativa CN-2025-367-AS, sus anejos, y no se debe entender que limita el deber de todo asegurador y organización de servicios de salud de cumplir con otras leyes estatales y federales no mencionadas en ésta.

Cordialmente,



Lcda. Suzette Del Valle Lecároz
Comisionada de Seguros