



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

18 de marzo de 2016

CARTA NORMATIVA NÚM.: CN-2016-197-AS

A TODOS LOS ASEGURADORES DE INCAPACIDAD Y ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD QUE SUSCRIBEN SEGUROS MÉDICOS EN PUERTO RICO

FECHAS DE RADICACIÓN DE FORMULARIOS Y TARIFAS PARA EL AÑO NATURAL DE 2017

Estimados señores y señoras:

Conforme a los Capítulos 8 y 10 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, los aseguradores de incapacidad y las organizaciones de servicios de salud que suscriben planes médicos individuales y de grupos pequeños en Puerto Rico deberán presentar anualmente a la Oficina del Comisionado de Seguros ("OCS"), para revisión y aprobación, todos los formularios y tarifas para los productos que cumplan con ACA. Se radicarán todas las tarifas para los planes que cumplen con ACA, aunque no se haya hecho ningún cambio, y los cambios que sean de 10% o más de las tarifas actuales. Se requiere que todas las organizaciones de servicios de salud (HMO) presenten sus tarifas a la OCS, tal como se dispone en la Sección 19.080(2)(a) del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A., sec. 1908(2)(a); se radicarán todos los cambios o modificaciones de tarifas, incluidas todas las tarifas de planes que cumplan con la ACA, aunque no se haya hecho ningún cambio.

En aras de implementar unas guías adecuadas para fomentar la presentación ordenada de los formularios y las tarifas de los planes médicos que entrarán en vigor el 1ero de enero de 2017, la OCS promulga las siguientes normas:

Radicación de Tarifas

I. Calendario

La radicación de tarifas que entrarán en vigor el 1ero de enero de 2017 para los planes médicos individuales y de grupos pequeños se deben presentar en la OCS en o antes del 31 de mayo de 2016. Todo asegurador que contemple hacer cambios de tarifa trimestralmente para los planes de grupos pequeños en 2017 deberá presentarse tarifas para todos los trimestres en o antes del 31 de mayo de 2016. La OCS no garantiza la aprobación de las tarifas antes del 1ero de octubre de 2016, si las tarifas son presentadas con posterioridad a la fecha límite establecida. Tal como esta Oficina ha informado anteriormente, los aseguradores tendrán que obtener la aprobación de las tarifas y los productos que cumplen con la ACA antes del 1 de octubre de cada año. Los aseguradores cuyas tarifas y productos no hayan sido aprobados antes del 1 de octubre de 2016,

tendrán que mercadear y ofrecer a todo el público, todos sus productos individuales en cumplimiento con ACA, sin periodo de espera, durante el periodo de suscripción garantizada (1 de octubre a 31 de diciembre de 2016) y durante todo el año 2017.

Los aumentos en tarifas para los planes médicos grandfathered individuales y de grupos pequeños HMO, y los aumentos en tarifa de 10% o más de los aseguradores de incapacidad tienen que presentarse en la OCS con por lo menos 90 días de anticipación a la fecha de uso.

II. Requisitos de radicación de las tarifas

- A. Se presentarán todas las radicaciones a través del Sistema SERFF, incluyendo toda la información que se requiere en esta Carta Normativa y sus Anejos. Véanse las instrucciones para presentar por SERFF en la Sección VI de esta Carta Normativa.
- B. Advertimos que las radicaciones incompletas se devolverán sin ser evaluadas aun cuando la radicación se haya presentado en o antes del 31 de mayo de 2016.
- C. Todos los archivos Excel se deben presentar también en formato de PDF para imprimir.
- D. Todas las tarifas se radicarán conforme a los requisitos del Manual de Instrucciones para presentar las tarifas de Puerto Rico (Véase Anejo 1).
- E. Se incluirán los siguientes documentos con la radicación de las tarifas:
 - 1) *Federal Rate Review Justification Part I-Unified Rate Review Template*, en inglés, (URRT) en Excel y PDF (Véase las Instrucciones para *Part I Unified Rate Review Template* en el Anejo 2);
 - 2) Memorando Actuarial que cumpla con los requisitos de Puerto Rico, y las Instrucciones para la Parte III del *Federal 2014 Actuarial Memorandum and Certification* (Véase Anejo 3). El Memorando Actuarial estará en el mismo formato y orden que se establece en dicha Parte III y deberá incluir además la siguiente información, según se le conoce en el idioma inglés:
 - i. “Quantitative demonstration of the “Paid to Allowed”;
 - ii. Quantitative development in Excel of the base rate from the base adjusted index rate;
 - iii. Provide actuarial development of each factor used in the development of the rates;
 - iv. Provide an age distribution of the base population and projected population using the federal age ranges;
 - v. For each essential health benefit not covered previously, provide the additional cost PM/PM with an actuarial explanation of how the additional cost was developed; and

vi. Provide a quantitative development in Excel, with the corresponding formula, of the pricing actuarial values and the age 21 non-smoker rate starting with the index rate and including all steps thru the product base rate for each product.”

- 3) Certificación Actuarial de Puerto Rico
- 4) Imágenes de captura de pantalla, “screenshots”, de la calculadora actuarial (solo para planes en cumplimiento con ACA). Cada plan se identificará por su nivel metálico (Bronce, Plata, Oro y Platino). Las imágenes de pantallas se deben presentar en Excel y PDF. La calculadora actuarial que se debe usar es la calculadora de 2014 de HHS;
- 5) Plantilla de SERFF para tarifas, en Excel y PDF;
- 6) Manual de Tarifas (Rate Manual);
- 7) Mapa de beneficios para Puerto Rico, en Excel y PDF, si es distinto al mapa de beneficios que ya se radicó con la OCS, o indique que ya se radicó el mapa de beneficios) (Véase Anejo 4) y
- 8) Lista de Cotejo para radicación de tarifas en Puerto Rico (Véase Anejo 5).

III. Uso de Tarifas Aprobadas y Revisiones futuras

- A. Los aseguradores y HMO solamente usarán las tarifas radicadas y aprobadas por la OCS. La carta anterior especificaba aseguradores y HMO; aunque la carta en inglés actual no menciona los HMO
- B. No se podrán usar tarifas más altas o bajas, aún cuando la tarifa revisada esté dentro del mismo nivel metálico y no sea más alta que la aprobada. Advertimos que se auditará para verificar que solamente se estén utilizando las tarifas aprobadas.
- C. No se permitirá que los aseguradores implementen cambios a las tarifas actuales antes del 1 de enero de 2017, a menos que el asegurador pueda probarle a la OCS que su solvencia financiera está en peligro sin un cambio de tarifa.
- D. Una vez se aprueben las tarifas, no se podrán cambiar durante el año.
- E. Para el mercado de grupos pequeños, si las tarifas se aumentan trimestralmente, se deben radicar por adelantado a la misma vez. No se aceptarán aumentos trimestrales aparte de éstos.

IV. Tarifas para publicarse

- A. Los únicos documentos que se publicarán en el portal de la OCS, luego de la aprobación de las tarifas, serán las estructuras de las mismas.
- B. Todas las tarifas se publicarán una semana antes del 30 de septiembre de 2016.

V. Radicación de tarifas para planes exentos de la nueva legislación

- A. Todas las tarifas se radicarán a través del Sistema SERFF junto con toda la información requerida en esta Carta Normativa y sus Anejos. Véanse las instrucciones para radicar las tarifas por SERFF en la Sección VI de esta Carta Normativa.
- B. Advertimos que si los documentos están incompletos se devolverán sin evaluarse.
- C. Todos los archivos en Excel se radicarán también en un formato PDF que se pueda imprimir.
- D. Todos los aumentos de tarifa de las organizaciones de servicios de salud y los de los aseguradores de incapacidad del 10% o más con respecto a las tarifas del año anterior se radicarán conforme a los requisitos establecidos en el Manual de Instrucciones para Radicar Tarifas de Puerto Rico (Anejo 1).
- E. Los documentos mencionados anteriormente en el inciso II (E) de esta Carta Normativa se incluirán con la radicación de tarifas.

VI. Radicación de Tarifas a través de o mediante SERFF

- A. Toda radicación a través de o mediante SERFF incluirá el Tipo de Seguro (TOI), el Sub-Tipo de Seguro (Sub-TOI) y el Tipo de Mercado correctos. Si el TOI, Sub-TOI o Tipo de Mercado no es el correcto, se rechazará la radicación sin haberse evaluado.
- B. Las radicaciones mediante SERFF cumplirán con la Carta Circular Núm. CC-2015-1870-AV/AS de 1 de diciembre de 2015 titulada "Instrucciones Generales para Radicar Formularios y Tarifas por Medio de SERFF" y la Carta Circular CC-2015-1869-AV/AS del 1 de diciembre de 2015 titulada "Guías y requisitos generales para radicación de formularios", según fuera aplicable.
- C. Se acompañará la radicación mediante SERFF con una Carta de Trámite donde figure el nombre del asegurador o de la organización de servicios de salud que presenta la información, firmada por una persona autorizada, en cumplimiento con la Sección 3(a)(1) de Regla XXIV del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico. La carta de trámite se debe enviar bajo la pestaña "Supporting Documentation".
- D. Se deben completar todos los campos requeridos en la pestaña "Rate Rule Schedule".
- E. Todo documento de apoyo se debe incluir bajo la pestaña "Supporting Documentation", incluido el URRT, el Memorando Actuarial de Puerto Rico, el Memorando Actuarial Federal con su Certificación, la Certificación Actuarial de Puerto Rico, los Exhibits (si fuera aplicable), las capturas de pantalla de la Calculadora Actuarial, el Manual de

Tarifas, el Mapa de Beneficios de Puerto Ricos y la Lista de Cotejo para la Radicación de Tarifas en Puerto Rico.

- F. Las tarifas presentadas para aprobación se incluirán bajo la pestaña “Rate/Rule Schedule”.
- G. Los documentos se deben guardar en formato PDF y Excel sin protección, como fuera aplicable, de manera que se pueda realizar una búsqueda en el archivo y se pueda copiar texto del documento.
- H. Toda comunicación (p. ej., solicitud de tiempo adicional para responder a una carta de objeción, solicitud de información sobre la etapa en que se encuentra la radicación) se debe incluir en el sistema SERFF como una nota bajo “Note to Reviewer”. Se debe responder a las cartas de objeción con una carta de respuesta (“Response Letter”). La OCS no aceptará las repuestas a las cartas de objeción si se envían bajo una nota, “Note to Reviewer”. Cualquier otro tipo de comunicación se entenderá como no recibida.

Tarifas y Formularios de Grupos Grandes

La radicación de tarifas de grupos grandes, no tiene que ser presentada a la OCI para evaluación y aprobación. Esta norma no aplica a las organizaciones de servicios de salud, las cuales tienen que cumplir con las disposiciones de la Sección 19.080(2)(a) del Código de Seguros de Puerto Rico. Sin embargo, en el caso de aseguradores de incapacidad de grupos grandes con aumento de tarifas de más de 10% con respecto al año anterior, las mismas se radicarán al menos noventa (90) días antes de que se vayan a usar.

Además, cabe señalar que los formularios de los grupos grandes están sujetos a revisión y aprobación. Los formularios para los grupos grandes deben cumplir con todas las disposiciones aplicables de ACA y el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, los cuales incluyen, entre otros, ausencia de límites anuales o vitalicios, cubierta para los servicios de salud preventivos, extensión de cubierta a dependientes y exclusiones de condiciones preexistentes. Los formularios para grupos grandes que no cumplan con la ley, se actualizarán y se radicarán de inmediato para revisión y aprobación.

Exhibit de Cubierta Suplementaria (SHCE)

Por la presente se requiere que los aseguradores completen y radiquen el exhibit de cubierta suplementaria en inglés, “Supplemental Health Care Exhibit” a la NAIC y a la OCS antes del 30 de marzo, en el caso de los aseguradores de incapacidad, y antes del 31 de marzo cada año para las organizaciones de servicios de salud. El asegurador incluirá una copia de este exhibit como parte de los requisitos de la radicación de tarifas bajo la pestaña “Supporting Documentation”.

Radicación de Productos (Formularios)

I. Calendario

Las radicaciones de planes individuales y grupos pequeños con fecha de efectividad del 1ero de enero de 2017, deben efectuarse en la OCS en o antes del 31 de mayo de 2016. Si el asegurador no cumple con la fecha límite para la radicación, la OCS no garantizará la aprobación de los

formularios radicados antes del 1 de octubre de 2016. Como fue informado ya por esta Oficina, los aseguradores tienen que obtener la aprobación de las tarifas y productos que cumplen con al ACA antes del 1 de octubre de cada año. Los aseguradores cuyos productos y tarifas no hayan sido aprobados antes del 1 de octubre de 2016, tendrán que mercadear y ofrecer a todo el público, todos sus productos del mercado individual en cumplimiento con ACA sin periodo de espera durante todo el periodo de suscripción garantizada (1 de octubre al 31 de diciembre de 2016) y durante todo el año 2017.

II. Requisitos para la Radicación de Productos

- A. Toda radicación se hará mediante el Sistema SERFF e incluirá toda la información que se requiere en esta Carta Normativa y sus Anejos. Véase las instrucciones para las radicaciones por medio de SERFF en la Sección V de la presente Carta Normativa.
- B. No se aceptará ningún endoso para los productos previamente en cumplimiento con ACA previamente aprobados.
- C. Toda radicación incompleta se devolverá sin haber sido evaluada, aunque se haya hecho en o antes del 31 de mayo de 2016.
- D. Todos los formularios y documentos se radicarán en formato PDF que se pueda imprimir. No se aceptarán documentos escaneados.
- E. Los siguientes documentos se tienen que incluirse en la radicación de los productos:
 - 1. Lista de cotejo de Beneficios Esenciales de Salud y Servicios Preventivos (Véase Anejo 6).
 - 2. Lista de Cotejos para Radicación de Formularios de Puerto Rico (Véase Anejos 7A y 7B).
 - 3. El formulario de medicamentos (Drug Formulary) conforme al documento "Essential Health Benefit Benchmark" para Puerto Rico, si fuera aplicable. Se advierte que el formulario de medicamentos que se radique con los productos será el formulario final negociado con el administrador de los beneficios de farmacia (PBM). Una vez se haya marcado el formulario con el sello de recibido y radicado (Received and Filed) no se podrá cambiar durante el año, salvo como se permite en la cláusula (2) de la Sección 4.060 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, 26 L.P.R.A. sec. 9046.
- F. Todos los productos junto con la estructura de copago se tienen que radicar a la misma vez y no se podrán cambiar durante el transcurso del año.
- G. Todos los productos en cumplimiento con ACA para el año natural 2017, dispondrán que todo costo compartido relacionado con el beneficio de medicamentos recetados se incluirá en el cálculo total que desembolsa el asegurado (MOOP). Esta Oficina ha determinado que el Límite anual de MOOP para el año natural 2017 es \$5,250 para las cubiertas individuales y \$12,700 para todas las demás cubiertas.

- H. Durante el periodo de suscripción garantizada, los aseguradores mercadearán todos sus productos en cumplimiento con ACA aprobados por la OCS, los aseguradores que voluntariamente decidan ofrecer sus productos en cumplimiento con ACA fuera del periodo de suscripción garantizada, mercadearán todos estos productos a lo largo del año 2017 y no limitarán dicho mercadeo a periodos de suscripción especiales (eventos calificadores).
- I. Tal como indicó anteriormente esta Oficina, el discrimen en los beneficios esenciales de salud está prohibido. Un ejemplo de este discrimen ha sido observado en el beneficio por maternidad. Los planes que ofrecen beneficios por maternidad y cubierta de dependientes tienen la obligación de proveer cubierta por maternidad a los dependientes. Otro ejemplo de discrimen en los beneficios es el uso de exclusiones relacionadas con la cirugía para transformación sexual y exclusiones acerca de laboratorios relacionados con problemas de infertilidad. Estas normas son aplicables para los planes individuales y de grupos grandes y pequeños en cumplimiento con ACA, los planes protegidos (grandfathered), y los planes de transición.
- J. Cada asegurador será responsable de informar a los proveedores los códigos ICD10 y de salud dental relacionados, los servicios preventivos cubiertos, para garantizar que se presten sin pago adicional. Dichos códigos se deben publicar en el portal de la organización de servicios de salud o del asegurador para la atención de los proveedores y los asegurados. Se requiere el estricto cumplimiento con esta disposición.

III. Uso de Productos Aprobados

- A. Los aseguradores solamente usarán los productos radicados y aprobados por la OCS, incluyendo el formulario de medicamentos, el cual forma parte de la póliza o contrato.
- B. Una vez se aprueben los productos, los aseguradores no los podrán cambiar durante el año.

IV. Información sobre Productos a ser Publicada (Información de productos que será divulgada al público)

La descripción de los beneficios de cada producto, los planes de niveles metálicos y la tabla correspondiente de los copagos, coaseguro y deducibles de todos los aseguradores y las organizaciones de servicios de salud se divulgarán simultáneamente, luego de aprobarse, la semana antes del 30 de septiembre de 2016. La Tabla de los Copagos, Coaseguro y Deducibles se radicará en formato Excel. (Véase Anejo 8).

V. Radicación de Productos mediante SERFF

- A. Toda radicación por medio de SERFF incluirá el Tipo de Seguro (TOI), el Sub- Tipo de Seguro (Sub-TOI) y el Tipo de Mercado correctos. Si el TOI, Sub-TOI o Tipo de Mercado no es el correcto, se rechazará la radicación sin haberse evaluado.

- B. Las radicaciones por medio de SERFF cumplirán con la Carta Circular Núm. CC-2015-1870-AV/AS de 1 de diciembre de 2015 titulada “Instrucciones Generales para Radicar Formularios y Tarifas por Medio de SERFF” y la Carta Circular CC-2015-1869-AV/AS del 1 de diciembre de 2015 titulada “Guías y requisitos generales para radicar los formularios”, según fuera aplicable.
- C. Se acompañará la radicación por medio de SERFF con una Carta de Trámite donde figure el nombre de la organización de servicios de salud que presenta la información, firmada por una persona autorizada, en cumplimiento con la Sección 3(a)(1) de la Regla XXIV del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico. La carta de trámite se debe enviar bajo la pestaña de “Supporting Documentation”
- D. Se completarán todos los campos requeridas en las pestañas “Form Schedule” y “General Information”.
- E. Se incluirá documentación de apoyo bajo la pestaña “Supporting Documentation”, incluyendo evidencia de aprobación anterior, la tabla de copagos, coaseguros y deducibles, las certificaciones, el memorando de variabilidad, entre otros.
- F. Se incluirán bajo la pestaña “Form Schedule” únicamente los formularios a ser aprobados por la OCS. La OCS no aprobará los formularios que no se hayan incluido bajo la pestaña “Form Schedule” (es decir, formularios incluidos bajo “Note to Reviewer”).
- G. Toda comunicación (p. ej., solicitud de tiempo adicional para responder a una carta de objeción, solicitud de información sobre la etapa en que se encuentra la radicación) se debe incluir en el sistema SERFF como una nota bajo “Note to Reviewer”. Se debe responder a las cartas de objeción con una carta de respuesta (“Response Letter”). La OCS no aceptará las repuestas a las cartas de objeción si se envían bajo una nota, “Note to Reviewer”. Cualquier otro tipo de comunicación se entenderá como no recibida.
- H. Los documentos se deben guardar en formato PDF y Excel sin protección, como fuera aplicable, de manera que se pueda realizar una búsqueda en el archivo y se pueda copiar texto del documento.
- I. Los documentos mencionados en el inciso II(E) de esta Carta Normativa se deben incluir como parte de la radicación del producto bajo la pestaña “ Supporting Documentation” en SERFF.

VI. Renovación del Plan

El Código de Seguros de Salud de Puerto Rico (“CSSPR”) y las disposiciones sobre renovación garantizada de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad en los Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) y la Ley de Cuidado Accesible (ACA), proveen que la entidad que suscribe seguros médicos en el mercado individual o grupal deberá renovar o continuar la cubierta a opción del auspiciador del plan o la persona particular, como fuera aplicable.

El asegurador que renueve determinado producto en el mercado individual o de grupos (incluida la renovación con modificaciones) proveerá un aviso por escrito de la renovación de la siguiente manera:

- Para los planes que cumplen con la ACA en el mercado individual, el asegurador proveerá a cada titular de póliza un aviso escrito de la renovación antes del primer día del próximo periodo anual de matrícula abierta.
- Para los planes de transición en el mercado individual y los planes protegidos (grandfathered) y no protegidos (non-grandfathered) del mercado grupal, el asegurador enviará un aviso de renovación por escrito a cada auspiciador del plan o persona particular, como fuera aplicable, por lo menos 60 días naturales antes de la fecha de renovación de la cubierta.

Los avisos de renovación incluirán la siguiente información esencial:

- Información acerca de los cambios, si alguno, en las primas del asegurado;
- Información acerca de los cambios, si alguno, en la cubierta del asegurado¹;
- Una declaración en la que se divulga que al terminar el plan del asegurado, el mismo estará en libertad de escoger otro plan ofrecido por el asegurador actual o por otro asegurador;
- Información acerca de otras opciones de cubierta médica del asegurador;
- Información de contacto del asegurador para que el consumidor pueda llamar con sus preguntas;
- El aviso se redactará con un lenguaje fácil de entender.

VII. Descontinuación de Productos

Conforme a las disposiciones de renovación garantizada de la Ley de Cuidado de Salud Accesible y el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, si un asegurador de planes médicos decide descontinuar algún producto de seguro médico que se ofrece en el mercado individual o de grupos, el asegurador podrá descontinuar el producto, entre otras cosas, solamente si provee un aviso por escrito de dicha descontinuación a cada auspiciador del plan o persona particular (y a todos los participantes y beneficiarios amparados por dicha cubierta por medio del asegurado principal) por lo menos 90 días naturales antes de la fecha de descontinuación. El propósito de hacer el aviso de descontinuación 90 días antes de terminar la cubierta es informar a los consumidores que se termina su actual cubierta médica y que tienen otras opciones de cubierta médica.

Los avisos por escrito se proveerán como sigue:

- Planes Individuales que cumplen con la ACA: El aviso de descontinuación se enviará en o antes del primer día del periodo de matrícula abierta. Puesto que el periodo de matrícula abierta en Puerto Rico es desde el 1 de octubre hasta el 31 de diciembre todos los años, el aviso se enviará en o antes del 1 de octubre.

¹ Esto no es aplicable a los planes de transición ya que no se pueden hacer cambios a la cubierta a menos que se requiera por ley estatal o federal.

- Planes de Transición en los mercados individuales y de grupo (incluidos de los grupos grandes), los de grupos pequeños en cumplimiento con ACA y los planes protegidos (grandfathered): los avisos de discontinuación se tienen que enviar al menos 60 días antes de la fecha de terminación o renovación del plan médico.

Los avisos de discontinuación incluirán la siguiente información esencial:

- Una declaración que indique que se está discontinuando la cubierta;
- Sugerencias para inscribirse en un producto del asegurador que sea similar al producto discontinuado, con información sobre los cambios en los beneficios y las primas al cambiar del producto anterior al nuevo y una divulgación que al terminar el plan, el asegurado está en libertad de escoger un plan ofrecido por el mismo asegurador o un plan de otro asegurador;
- Información de contacto del asegurador para que el consumidor pueda llamar con sus preguntas;
- Información acerca de otras opciones de cubierta médica que ofrece el asegurador;
- El aviso explicará con claridad las opciones que tiene el patrono o la persona particular para obtener o renovar la cubierta de seguro médico;
- El aviso se redactará con un lenguaje fácil de entender.

Se ordena por la presente el cumplimiento estricto con las disposiciones de esta Carta Normativa.

Cordialmente,

FIRMADO

Ángela Weyne Roig
Comisionada de Seguros

Anejos