



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Oficina del Comisionado de Seguros

20 de marzo de 2018

CARTA NORMATIVA NÚM.: CN-2018-238-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

EXTENSIÓN DEL PROCESO DE TRANSICIÓN APLICABLE A CIERTAS RENOVACIONES DE PLANES MÉDICOS HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2019

Estimados señoras y señores:

La Oficina del Comisionado de Seguros ("OCS"), mediante Carta Normativa CN-2013-161-D de 18 de noviembre de 2013, adoptó la política transitoria promulgada por el Departamento de Salud y Recursos Humanos Federal ("HHS") en noviembre de 2013 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"). Posteriormente, se aprobaron cuatro extensiones adicionales al periodo transitorio¹ que permitieron la renovación de planes médicos hasta el 31 de diciembre de 2018.

A pesar de que a esta fecha HHS no se ha expresado sobre extensiones adicionales al periodo transitorio ("Sexta Extensión"), nuestra Oficina ha determinado extender el periodo de transición por un término adicional hasta el 30 de septiembre de 2019. Disponiéndose que la fecha final de vencimiento de los planes médicos transitorios es el 31 de diciembre de 2019. Es decir, la OCS permitirá que se renueven por un periodo adicional ciertos planes médicos individuales y de grupos pequeños que venzan antes del 1ero de octubre de 2019, siempre y cuando cumplan con las siguientes directrices:

- 1) La Sexta 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 sin cambios en la cubierta y serán renovados hasta el 30 de septiembre de 2019.
- 2) La Sexta Extensión no es aplicable a nuevas suscripciones. Por tanto, las nuevas directrices no son aplicables a nuevas suscripciones que hayan ocurrido en o después del 1 de enero de 2014.
- 3) No podrán acogerse a esta Sexta Extensión los planes médicos cuya fecha de vencimiento fuese posterior al 30 de septiembre de 2019.

¹ Ver Cartas Normativas CN-2014-178-D, CN-2014-185-D, CN-2016-198-AS y CN-2017-217-AS



- 4) Los planes médicos renovados tendrán una duración máxima de un (1) año. Disponiéndose que aquellos planes médicos que venzan desde el 1 de enero 2019 hasta el 30 de septiembre de 2019 deberán vencer el 31 de diciembre de 2019, aun cuando no se haya cumplido el año póliza. A manera de ejemplo, esto significa que el término de un plan renovado al 1 de septiembre de 2019 sólo podrá tener una duración de tres (3) meses con el fin de cumplir con el requisito de que debe vencer al 31 de diciembre de 2019.
- 5) Los planes médicos renovados deberán incluir la notificación compulsoria que se incluye en esta Carta como Anejo A.
- 6) Las únicas disposiciones de ACA y del "Public Health Service Act" ("PHSA"), que entraron en vigor al 1 de enero de 2014 y cuyo cumplimiento se pospone para estos planes médicos, son las siguientes:
 - A. Sección 2701 - "*Fair Health Insurance Premiums*"
Estos planes médicos no serán tarifados dentro de un "single risk pool".
 - B. Sección 2702 - "*Guaranteed Availability of Coverage*"
 - C. Sección 2703 - "*Guaranteed Renewability of Coverage*"
 - D. 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.
 - E. 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.
 - F. Sección 2706- "*Non-Discrimination in Health Care*"
 - G. Sección 2707 - "*Comprehensive Health Insurance Coverage*"
 - H. 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. La cubierta solo será modificada para añadir beneficios requeridos por disposición legal.
- 9) Las organizaciones de seguros de salud y aseguradores tienen la responsabilidad de orientar a los asegurados sobre el hecho de que los planes médicos renovados de conformidad con la

Sexta Extensión no contendrán todos los beneficios esenciales, ni otras protecciones dispuestas en ACA.

- 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 Sexta Extensión deberán notificarlo a nuestra Oficina en o antes del 31 de mayo de 2018. Dicha notificación incluirá el nombre del producto que será y su número de formulario, según aprobado en la OCS.
- 12) Los aumentos en tarifa de un 10% o más de los planes médicos transitorios ofrecidos por un asegurador requieren la aprobación previa de nuestra Oficina. Cualquier aumento en la tarifa de un plan médico transitorio ofrecido por una organización de servicios de salud requiere la aprobación de nuestra Oficina.
- 13) Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores enviarán una notificación por escrito a los asegurados con un mínimo de sesenta (60) días de anticipación a la fecha de vencimiento del plan médico transitorio en cumplimiento con las disposiciones de la Carta Normativa 2018-236-AS. Las notificaciones requeridas por la Carta Normativa 2018-236-AS son aplicables tanto, si el asegurador u organización de seguros de salud decide renovar el plan médico transitorio, como si decide no renovar el plan médico transitorio y ofrecer en su lugar sus planes médicos metálicos ("ACA-compliant").
- 14) 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 que cumpla con todos los requisitos legales de ACA 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 la disposición del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico o de ACA.

Se requiere el estricto cumplimiento con la presente Carta Normativa.

Cordialmente,



Javier Rivera Ríos, LUCTF
Comisionado de Seguros

Anejo