



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Oficina del Comisionado de Seguros

5 de abril de 2022

CARTA NORMATIVA NÚM.: CN-2022-314-AS

A TODAS LAS ORGANIZACIONES DE SEGUROS DE SALUD Y ASEGURADORES QUE SUSCRIBEN PLANES MÉDICOS COMERCIALES 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

Estimados señoras y señores:

Mediante la Carta Normativa CN-2013-161-D de 18 de noviembre de 2013 la Oficina del Comisionado de Seguros ("OCS"), adoptó la política transitoria promulgada por el Centers for Medicare & Medicaid Services ("CMS") en noviembre de 2013 para permitir la renovación de ciertos planes médicos no protegidos (non-grandfathered") en el mercado individual y de grupos pequeños, aplazando el cumplimiento de estos planes de algunas de las disposiciones del Affordable Care Act ("ACA"). Dicho periodo transitorio fue extendido por CMS en los años subsiguientes, hasta el periodo de 30 de septiembre de 2022 ¹.

El 23 de marzo de 2022, CMS promulgó otra extensión al periodo transitorio. Cónsono con la política promulgada por CMS, nuestra Oficina he determinado extender el periodo de transición por un término adicional hasta que nuestra propia Oficina anuncie que la cubierta renovada bajo esta política transitoria debe cumplir con los requisitos pertinentes. Es decir, la OCS permitirá que se renueven por un periodo adicional ciertos planes médicos individuales y de grupos pequeños cuyo año póliza comience después de 1 de octubre de 2022, siempre y cuando cumplan con las siguientes directrices:

- 1) El periodo de extensión sólo aplicará a planes médicos individuales y de grupos pequeños (a) cuyo año póliza o cubierta comenzó antes del 1ero de enero de 2014,

¹ Véase las Cartas Normativas CN-2014-178-D, CN-2014-185-D, CN-2016-198-AS, CN-2017-217-AS, CN-2018-238-AS, CN-2019-250-AS, CN-2020-263-AS y CN-2021-293-AS.



(b) que se mantuvieron en vigor sin cambios en la cubierta y (c) que serán renovados después del 1 de octubre de 2022.

- 2) El periodo de 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) Los planes médicos renovados deberán incluir la notificación compulsoria que se incluye en esta Carta como Anejo A.
- 4) 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 a los cuales aplica la extensión, son las siguientes:
 - A. Sección 2701 - "*Fair Health Insurance Premiums*"
Los planes médicos a los cuales aplica la extensión 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.
- 5) Los planes médicos renovados bajo estas directrices cumplirán con el resto de las disposiciones de ACA y el PHSA que no han sido exceptuadas.

- 6) El plan médico renovado tendrá la misma cubierta del plan médico anterior. La cubierta solo será modificada para añadir beneficios requeridos por disposición legal.
- 7) 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 dentro del periodo de transición no contendrán todos los beneficios esenciales, ni otras protecciones dispuestas en ACA.
- 8) 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.
- 9) Las organizaciones de seguros de salud y los aseguradores que opten por renovar sus productos de conformidad con la presente extensión del periodo de transición deberán notificarlo a la División de Análisis Actuarial de la OCS en o antes del 31 de mayo de 2022. Dicha notificación incluirá el nombre del producto y su número de formulario, según aprobado en la OCS.
- 10) Los aumentos en tarifa de un 10% o más de los planes médicos ofrecidos en la presente extensión del periodo de transición por un asegurador requieren la aprobación previa de nuestra Oficina. Cualquier aumento en la tarifa de un plan médico ofrecido en el periodo transitorio por una organización de servicios de salud requiere la aprobación de nuestra Oficina.
- 11) Las organizaciones de servicios de salud y los 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 CN-2022-313-AS. La notificación es aplicable tanto si el asegurador u organización de servicios de salud decide renovar el plan médico transitorio, como si decide no renovarlo y ofrecer en su lugar sus planes médicos metálicos ("ACA-compliant").
- 12) 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 servicios de salud de su preferencia.

Las organizaciones de servicios de salud, los aseguradores y cualquier intermediario deberán abstenerse de proveer información falsa, engañosa o incorrecta o cualquier otra información tendente a coaccionar a los asegurados para que obtengan un plan médico

que cumpla con todas las disposiciones de ACA o para disuadirlos de que obtengan tal plan médico. Así mismo deberán 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,



Lcdo. Alexander Adams Vega
Comisionado de Seguros

Anejo

ANEJOA

Estimado(a) asegurado(a):

Le estamos escribiendo para informarle que, según las directrices impartidas por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico en abril de 2022, usted puede conservar su plan médico existente para un año póliza adicional.

De conformidad con el derecho aplicable, sesenta (60) días antes de la renovación de su plan médico, usted recibirá una notificación escrita indicando que su plan médico vencerá próximamente y que usted tiene derecho a continuar con su plan médico actual (si el asegurador u organización de seguros de salud le concede esa opción) o a explorar la gran variedad de planes médicos que cumplen con todas las protecciones del Affordable Care Act y el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico y que ofrecen varias opciones de cubierta y prima. Las primas y las cubiertas están publicadas en la sección de seguros de salud de la página de internet de la Oficina del Comisionado de Seguros (www.ocs.gobierno.pr)

¿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 del Affordable Care Act y el Código de Seguros de Salud. Es decir, su plan médico no podría incluir una o más de las siguientes nuevas protecciones 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 de seguros 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 enfermas que a las personas sanas (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). Esto podría ocurrirles solamente a los adultos en los planes médicos individuales. A los menores de edad en los planes médicos individuales y grupales y a los adultos en un plan médico grupal (de un patrono), NO le pueden negar cubierta por una condición de salud preexistente.
- Podría no cumplir con las normas relacionadas con el discrimen basado en la condición de salud (sección 2705). Esto podría ocurrirles solamente a los adultos en los planes médicos individuales. A los menores de edad en los planes médicos individuales y grupales y a los adultos en un plan médico grupal (de un patrono), NO le pueden negar cubierta discriminatoriamente por una condición de salud.
- Podría no cumplir con las normas anti-discrimen aplicables a los proveedores de salud (sección 2706).
- Podría no cubrir los beneficios de salud esenciales 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 al que tengo actualmente?

Hay nuevas opciones y derechos para que pueda conseguir un plan médico de calidad y al alcance de su presupuesto e incluso podría obtener una prima más favorable a la que tiene actualmente. Puede verificar sus opciones visitando la sección de seguros de salud de la Oficina del Comisionado de Seguros (www.ocs.gobierno.pr) o solicitando de un representante autorizado de un asegurador u organización de seguros de salud, el Resumen de Beneficios y Cubierta del plan médico que le interesa.

Los planes médicos nuevos incluyen muchas 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) 304-8686 o mediante correo electrónico a salud@ocs.pr.gov

Para obtener más información sobre las protecciones bajo la ley de cuidado de la salud, visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

Si tiene alguna duda o pregunta, también puede comunicarse con nosotros al siguiente número telefónico 787-304-8686, Ext. 4100.