



CONSUMIDORES

Preguntas y Respuestas Sobre los Seguros de Salud y la Implementación del Affordable Care Act (ACA) También Conocida como OBAMACARE.

1. [¿Cuáles son las disposiciones legales que aplican a los planes médicos de salud en Puerto Rico?](#)
2. [¿Qué es el OBAMACARE?](#)
3. [¿Aplica OBAMACARE a Puerto Rico?](#)
4. [¿Cuáles son las disposiciones más significativas de ACA que aplican a Puerto Rico?](#)
5. [¿Qué es un plan médico individual?](#)
6. [¿Qué es un plan médico de grupo pequeño?](#)
7. [¿Qué significa suscripción garantizada?](#)
8. [¿Cómo opera en Puerto Rico la suscripción garantizada?](#)
9. [¿Qué son y qué incluyen los Beneficios de Salud Esenciales o Essential Health Benefits?](#)
10. [¿Qué es el “Valor Actuarial” o “VA” de un plan médico y las cubiertas metálicas?](#)
11. [¿La cubierta platino de los valores metálicos es lo mismo que la cubierta Medicare Advantage Platino?](#)
12. [¿Es cierto que Puerto Rico solicitó ser excluido del OBAMACARE?](#)

13. [¿Quién está a cargo en Puerto Rico de implementar el OBAMACARE?](#)
14. [¿Qué gestiones está realizando la Oficina del Comisionado de Seguros para implementar la Reforma de Salud Federal en Puerto Rico?](#)
15. [¿Es cierto que bajo el OBAMACARE mi patrono viene obligado a proveerme cubierta de plan médico?](#)
16. [¿Trabajo por cuenta propia, qué tarifas y cubiertas de planes médicos tengo disponible?](#)
17. [¿Qué son los Planes de Médicos “Grandfathered” o Planes Protegidos?](#)
18. [¿Es cierto que a partir del 2014 los planes médicos no pueden establecer límites en dólares de por vida o límites anuales en mi cubierta?](#)
19. [¿Cuáles servicios médicos preventivos están disponibles sin copagos, coaseguros o deducibles?](#)
20. [¿Puede un plan médico discriminar contra mi basado en condiciones de salud?](#)
21. [Si tengo una emergencia y recibo los servicios de emergencia de un proveedor que no es participante, ¿debo esperar autorización del plan médico?](#)
22. [¿Qué son servicios fuera de red?](#)
23. [¿Cómo puedo obtener un Resumen de mi Cubierta?](#)
24. [¿Mi hijo menor de 26 años puede participar de mi plan médico?](#)
25. [¿Es cierto que los planes médicos, bajo ciertas circunstancias, están obligados a reembolsar primas cobradas? ¿Cómo funciona esto?](#)

26. [¿Qué son Asociaciones Bonafides?](#)
27. [¿Qué son planes médicos de Asociaciones Bonafides?](#)
28. [¿Qué es el período de espera?](#)
29. [¿Cuánto tiempo tengo que esperar para estar cubierto en el plan grupal de mi patrono?](#)
30. [¿Cómo puede un consumidor saber qué medicamentos cubre su plan médico?](#)
31. [¿Tienen los aseguradores y/o las organizaciones de servicios de salud la obligación de someter para aprobación las tarifas de sus planes médicos?](#)
32. [¿Una persona que tenga un plan médico puede participar en pruebas clínicas para condiciones terminales?](#)
33. [¿Qué es un límite anual?](#)
34. [¿Los límites anuales están prohibidos?](#)
35. [¿Qué es un límite de por vida o límite vitalicio?](#)
36. [¿Los límites de por vida están prohibidos?](#)
37. [¿Qué es una Rescisión?](#)
38. [¿Las rescisiones están permitidas?](#)
39. [¿Una organización de seguros de salud o asegurador puede rescindir o cancelar mi plan médico simplemente porque se ha cometido un error al llenar la solicitud del plan médico?](#)

40. [¿Las protecciones sobre las cancelaciones y rescisiones son aplicables a todos los planes médicos?](#)
41. [¿Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores tienen que notificarme la cancelación o rescisión de mi plan médico?](#)
42. [¿Puedo permanecer con mi plan médico actual que no cumple con Obamacare? Conozca el proceso transitorio para la renovación de ciertas pólizas individuales y de grupos pequeños durante el año 2014.](#)
43. [¿Las organizaciones de seguro de salud y las compañías de seguro pueden transferirle a los asegurados los honorarios que pagan por concepto del Patient-Centered Outcomes Research Institute \(PCORI\) fee \(“PCORI fee”\) y el Annual Fee o Health Insurance Tax \(“HIT”\) que surgen del Affordable Care Act?.](#)
44. [Soy indocumentado, ¿tengo derecho a suscribirme a un plan médico privado?.](#)
45. [¿Mi plan médico tiene un “periodo de espera” \(waiting period\) de 90 días. ¿Los periodos de espera están permitidos?.](#)

Para recibir información o preguntas adicionales puede acceder a la de Sección de [“Comparta sus Preguntas o Inquietudes”](#), desde donde podrá vía internet, enviar sus preguntas o plantear sus inquietudes.

[\[Regresar\]](#)

1. ¿Cuáles son las disposiciones legales que aplican a los planes médicos de salud en Puerto Rico?

Las disposiciones legales relacionadas a los seguros de salud en Puerto Rico son; 1) el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, Ley Núm. 194 de 29 de agosto de 2011, según enmendada. 2) el Código de Seguros de Puerto Rico, Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada y su Reglamento, y 3) Cartas Normativas y Circulares emitidas por la Oficina del Comisionado de Seguros. También son de aplicación en Puerto Rico algunas de las disposiciones de la legislación Federal conocida como “Patient Protection and Affordable Care Act” y “Health Care and Education Reconciliation Act” y algunas de las cartas emitidas por el Departamento de Salud Federal sobre este tema. En nuestro portal de internet encontrará documentos relacionadas a este tema y/o la conexión o “link” a los mismos.

[\[Regresar\]](#)

2. ¿Qué es el OBAMACARE?

El OBAMACARE, también conocido como el “Affordable Care Act” (ACA), el “Patient Protection and Affordable Care Act” (PPACA) o en español como la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, es un esfuerzo del Gobierno de los Estados Unidos de reformar el sistema de salud con el propósito de facilitar la obtención de los beneficios que proveen las cubiertas de salud, a millones de ciudadanos norteamericanos a través de la combinación de control de gastos, subsidios y mandatos.

[\[Regresar\]](#)

3. ¿Aplica OBAMACARE a Puerto Rico?

Algunas disposiciones del OBAMACARE aplican a Puerto Rico y otras no. Por ejemplo, una de las disposiciones más significativas que no aplica a Puerto Rico es el mandato individual. Ello implica que contrario a otras jurisdicciones, los individuos no están obligados por ley, ni estarán sujetos a multas si optan por no adquirir un plan médico. Sin embargo, no acogerse a un plan médico implica asumir el riesgo de necesitar cubierta y no tenerlo disponible.

[\[Regresar\]](#)

4. ¿Cuáles son las disposiciones más significativas de ACA que aplican a Puerto Rico?

Algunas de las disposiciones que están en vigor son:

1. Los planes médicos no pueden establecer límites de por vida en los beneficios de salud esenciales.
2. Los planes médicos, excepto los “planes protegidos individuales” no pueden establecer límites anuales en los beneficios de salud esenciales
3. Los planes médicos deben establecer un procedimiento de quejas o apelaciones interno y ofrecer la alternativa de un procedimiento de quejas o apelaciones externo.
4. Los planes médicos no pueden negar cubierta a menores de 19 años debido a una condición pre-existente. Esta disposición aplicará a todas las personas a partir del 1 de enero de 2014.
5. Dependientes hasta 26 años tienen derecho a permanecer en la cubierta de plan médico de sus padres.
6. Los planes médicos no pueden imponer costos compartidos, como coaseguro, deducibles o copagos para servicios preventivos, incluyendo la vacunación de niños hasta los 21 años.
7. Los planes médicos están limitados al momento de cancelar las cubiertas.
8. Los nuevos estándares relacionados al “Medical Loss Ratio” limitan la cantidad de dinero de las primas que los planes médicos pueden utilizar para cubrir gastos administrativos.

9. Los planes médicos están obligados ofrecer suscripción garantizada a las cubiertas individuales que tengan disponibles.

[\[Regresar\]](#)

5. ¿Qué es un plan médico individual?

Un plan médico individual es aquel que es ofrecido directamente a individuos que no están vinculados a un plan médico grupal. Un plan médico individual puede cubrir a un individuo y a su familia.

[\[Regresar\]](#)

6. ¿Qué es un plan médico de grupo pequeño?

Es un plan médico ofrecido a toda persona, firma, corporación, sociedad con o sin fines de lucro que haya empleado durante al menos 50% de los días laborables del año natural anterior, por lo menos (2) pero no más de 50 empleados.

[\[Regresar\]](#)

7. ¿Qué significa suscripción garantizada?

La suscripción garantizada significa que las organizaciones de servicios de salud y aseguradores están obligados a suscribir a todo individuo que lo solicite cubierta de plan médico, sin sujetarlos a evaluación de riesgo, ni a periodos de espera por condiciones preexistentes El individuo tendrá derecho a suscribirse en los planes médicos que la organización de servicios de salud o asegurador tenga disponibles para el mercado de planes médicos individuales.

[\[Regresar\]](#)

8. ¿Cómo opera en Puerto Rico la suscripción garantizada?

En Puerto Rico, al igual que en otras jurisdicciones, se ha establecido un periodo fijo de suscripción durante el año en el cual se garantiza la suscripción. El primer periodo transcurre desde el 1 de octubre de 2013 al 31 de marzo de 2014 y en años subsiguientes del 1 de octubre al 31 de diciembre de cada año.

En el caso del primer periodo (1 de octubre de 2013 al 31 de marzo de 2014), si un individuo se suscribe entre el 1 de octubre al 15 de diciembre, la efectividad de la cubierta de plan médico comienza el 1ero de enero de 2014. Por otro lado, si el individuo se suscribe entre el 16 de diciembre al 31 de marzo de 2014 la efectividad del plan médico dependerá del día en que se suscriba.

Por ejemplo, si el individuo se suscribe entre el día 1 al 15 de marzo de 2014, la cubierta tendrá efectividad el día primero del mes próximo. Por otro lado, si el individuo se suscribe entre el 16 al 31 de marzo de 2014, la efectividad del plan médico será 1ero de mayo de 2014.

En el caso de los períodos fijos en años subsiguientes (1 de octubre al 31 de diciembre) la efectividad del plan médico será el 1 de enero del año próximo.

En el caso de renovaciones de planes médicos, si el suscriptor no renueva el plan médico individual durante el periodo de suscripción establecido anteriormente, podrá renovar el mismo, siempre y cuando, lo haga dentro del término de treinta (30) días contados a partir de la terminación del término de suscripción establecido anteriormente.

[\[Regresar\]](#)

9. ¿Qué son y qué incluyen los Beneficios de Salud Esenciales o Essential Health Benefits?

A partir del 1 de enero de 2014 todo plan médico debe incluir como parte de su cubierta, el Conjunto de Beneficios de Salud Esenciales o “Essential Health Benefits Package” requerido por la Ley ACA. El Conjunto de Beneficios de Salud Esenciales incluye:

1. Los siguientes Beneficios

- a) Servicios ambulatorios, médico-quirúrgicos
- b) Servicios de emergencia
- c) Hospitalización
- d) Servicios de maternidad y cuidado de recién nacidos
- e) Servicios de salud mental y de desórdenes por el uso de sustancias controladas
- f) Servicios de laboratorios, rayos x y pruebas diagnósticas

- g) Servicios pediátricos, incluyendo la vacuna contra el virus sincitial respiratorio y la vacuna contra el cáncer cervical, servicios de salud de visión y dental
 - h) Cubierta de medicamentos
 - i) Servicios de habilitación y rehabilitación
 - j) Servicios preventivos y de bienestar, así como de manejo de enfermedades crónicas
 - (k) Cualquier otro servicio o beneficio mandatorio que se requiera por ley o reglamento, estatal o federal.
2. Limitaciones a la imposición, de requisitos de compartir costos (“cost-sharing”) en las cubiertas.
 3. Provea alguno de los niveles de valor actuarial de cubierta metálicas; nivel bronce, nivel plata, nivel oro y nivel platino.

[\[Regresar\]](#)

10. ¿Qué es el “Valor Actuarial” o “VA” de un plan médico y las cubiertas metálicas?

El Valor Actuarial o “VA” significa el porcentaje promedio que paga un plan médico del total de los costos de beneficios ofrecidos en una cubierta en particular. Existen diferentes cubiertas que contienen valores actuariales conocidas como cubiertas metálicas. Estas son:

1. El plan bronce es el plan médico que tenga un VA de 60%. Esto significa que en promedio los gastos que asume el plan médico en los beneficios ofrecidos en esta cubierta corresponden a un 60% y el suscriptor asume por concepto de deducible, copagos y coaseguros el 40%.
2. El plan plata es el plan médico que tenga un VA de 70%. Esto significa que en promedio los gastos que asume el plan médico en los beneficios ofrecidos en esta cubierta corresponden a un 70% y el suscriptor asume por concepto de deducible, copagos y coaseguros el 30%.
3. El plan oro es el plan médico que tenga un VA de 80%. Esto significa que en promedio los gastos que asume el plan médico en los beneficios ofrecidos en esta cubierta

corresponden a un 80% y el suscriptor asume por concepto de deducible, copagos y coaseguros el 20%.

4. El plan platino es el plan médico que tenga un VA de 90%. Esto significa que en promedio los gastos que asume el plan médico en los beneficios ofrecidos en esta cubierta corresponden a un 90% y el suscriptor asume por concepto de deducible, copagos y coaseguros el 10%.

[\[Regresar\]](#)

11. ¿La cubierta platino de los valores metálicos es lo mismo que la cubierta Medicare Advantage Platino?

No. La cubierta Medicare Platino es el nombre que se le ha asignado a la cubierta disponible para las personas que son “dual elegible”. Esto significa que cualifican para el Medicare y Medicaid.

[\[Regresar\]](#)

12. ¿Es cierto que Puerto Rico solicitó ser excluido del OBAMACARE?

No es cierto. Hay disposiciones del OBAMACARE que aplican y otras que no aplican a Puerto Rico. Debido a esta inconsistencia en la aplicación, esta Administración ha trabajado arduamente en la aprobación de legislación e implementación de la reforma de salud federal en Puerto Rico de manera tal que todos los puertorriqueños se puedan beneficiar de la misma y mejorar el acceso de éstos a servicios de salud de excelencia.

[\[Regresar\]](#)

13. ¿Quién está a cargo en Puerto Rico de implementar el OBAMACARE?

Contrario a otras jurisdicciones, Puerto Rico cuenta con varias agencias encargadas de instrumentar y garantizar la implantación del OBAMACARE. Entre las cuales ésta el Departamento de Salud y la Oficina del Comisionado de Seguros.

[\[Regresar\]](#)

14. ¿Qué gestiones está realizando la Oficina del Comisionado de Seguros para implementar la Reforma de Salud Federal en Puerto Rico?

En el desempeño de su deber ministerial, la Oficina del Comisionado de Seguros ha realizado, entre otras, las siguientes gestiones:

1. Se preparó legislación estatal. El Código de Seguros de Salud enmendado por las Ley Núm. 55-2013 y 69-2013 que viabilizan la implementación de las disposiciones del OBAMACARE aplicables a Puerto Rico.
2. Se han emitido Cartas Normativas y Circulares que proveen orientación al público en general sobre los planes médicos y las guías adecuadas para la suscripción de los mismos.
3. Hemos unido esfuerzos con la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros y con el resto de jurisdicciones que enfrentan situaciones similares a la de Puerto Rico en cuanto, para informar y alertar al Departamento de Salud Federal sobre las incoherencias que se producen en la implementación de algunas de las disposiciones del OBAMACARE e identificar alternativas viables, como lo fue el periodo de suscripción garantizado.
4. Se han ofrecido seminarios y orientaciones al público y a la industria sobre los derechos y deberes aplicables en Puerto Rico.
5. Se ha estandarizado el proceso de sometimiento de tarifas de planes médicos y los procesos de revisión y aprobación de las mismas.

[\[Regresar\]](#)

15. ¿Es cierto que bajo el OBAMACARE mi patrono viene obligado a proveerme cubierta de plan médico?

No, bajo el OBAMACARE en Puerto Rico su patrono no viene obligado a proveer cubierta de plan médico. Esto se conoce como el “mandato patronal” y las disposiciones de ACA sobre este particular solo aplican a los Estados.

[\[Regresar\]](#)

16. ¿Trabajo por cuenta propia, qué tarifas o primas para cubiertas de planes médicos tengo disponible?

En caso de personas que trabajen por cuenta propia pudieran cualificar como planes individuales o como de Patronos de PYMES. Desde hace poco más de un año, la Oficina del Comisionado de Seguros viene trabajando con los aseguradores y organizaciones de servicios de salud en la revisión de las tarifas que estarán disponibles en el mercado. Le invitamos a que visite la sección de “[Revisión de Tarifas](#)” en nuestra página de internet para mayor información.

[\[Regresar\]](#)

17. ¿Qué son los Planes de Médicos “Grandfathered” o Planes Protegidos?

Un plan médico protegido es un plan que ha existido continuamente desde antes del 23 de marzo 2010, sin cambios significativos en el plan. Los planes protegidos no están sujetos a muchos de los requisitos de ACA. Planes protegidos que realicen ciertos cambios, como grandes aumentos en su costos compartidos, (como coaseguro, deducibles, copagos), la eliminación de beneficios para diagnosticar o tratar una condición en particular o un cambio significativo en la aportación que paga el empleado por concepto de prima pueden perder estatus, lo que significa que tendrían que cumplir con todas las disposiciones de ACA.

[\[Regresar\]](#)

18. ¿Es cierto que a partir del 2014 los planes médicos no pueden establecer límites en dólares de por vida o límites anuales en mi cubierta?

Es cierto. Ningún plan médico excepto los planes protegidos individuales, que provea cubiertas para grupos pequeños o individuales puede establecer límites anuales de por vida en los

beneficios esenciales cubiertos. Igualmente, ningún plan médico podrá establecer límites.

[\[Regresar\]](#)

19. ¿Cuáles servicios médicos preventivos están disponibles sin copagos, coaseguros o deducibles?

Todo plan médico individual o de grupos pequeños que no sea plan protegido, deberá, por lo menos, proveer cubierta y no impondrá requisitos de compartir costos (“cost-sharing”) con respecto a los siguientes servicios de cuidado preventivo:

- (1) Servicios incluidos en las recomendaciones más recientes del “United States Preventive Services Task Force”.
- (2) Inmunizaciones para las cuales hay en efecto una recomendación del “Advisory Committee on Immunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention” y del Comité Asesor en Prácticas de Inmunización del Departamento de Salud de Puerto Rico.
- (3) Con respecto a infantes, niños y adolescentes hasta los veintiún (21) años, servicios de cuidado preventivo y cernimiento de los contemplados en las directrices del “Health Resources and Services Administration”.
- (4) Con respecto a mujeres, todo servicio preventivo y de cernimiento, según las directrices del “Health Resources and Services Administration”, incluyendo los servicios relacionados con cernimiento de cáncer del seno.

Para obtener la lista de todos los servicios considerados preventivos puede acceder al siguiente enlace:

<http://www.hhs.gov/healthcare/facts/factsheets/2010/07/preventive-services-list.html>

[\[Regresar\]](#)

20. ¿Puede un plan médico discriminar contra mi basado en condiciones de salud?

No. A partir del 1 de enero de 2014 ningún plan médico, excepto los planes protegidos, pueden establecer reglas de elegibilidad basado en el estatus de salud del individuo o factores relacionados tales como; condiciones médicas, experiencia en reclamaciones, servicios médicos recibidos o historial médico.

[\[Regresar\]](#)

21. Si tengo una emergencia y recibo los servicios de emergencia de un proveedor que no es participante, ¿debo esperar autorización del plan médico?

Ningún plan médico que incluya servicios de emergencia requerirá aprobación previa para tales servicios, independientemente de que el proveedor sea un proveedor participante o no.

[\[Regresar\]](#)

22. ¿Qué son servicios fuera de red?

Los servicios se consideran fuera de la red si son ofrecidos por un médico, hospital u otro proveedor que no tiene una relación contractual con un plan de médico en particular. No todos los planes médicos cubren servicios fuera de la red, pero cuando lo hacen, la aportación monetaria por concepto de deducibles, copagos o coaseguros que realiza el suscriptor, generalmente es mucho mayor que el de un servicio dentro de la red.

[\[Regresar\]](#)

23. ¿Cómo puedo obtener un Resumen de mi Cubierto?

Los planes médicos proveerán sin costo alguno, un resumen por escrito de los beneficios y la cubierta al suscriptor.

Todos planes médicos deberán proveer a sus suscriptores un resumen de la cubierta que incluya la siguiente información: definiciones de

términos médicos, descripción de cubierta y copagos por cada categoría de beneficios, excepciones y limitaciones de la cubierta, renovación y continuación de cubierta, ilustración de cubierta con los beneficios mínimos esenciales, una declaración que el documento es un resumen y que debe consultar el contrato para más detalle y un número de contacto para llamar con preguntas adicionales y la dirección de internet donde se puede encontrar lenguaje del contrato.

[\[Regresar\]](#)

24. ¿Mi hijo menor de 26 años puede participar de mi plan médico?

Los planes médicos están obligados a aceptar a los dependientes hasta los 26 años como dependientes elegibles en cubiertas familiares. Los dependientes hasta 26 años tienen derecho a permanecer en la cubierta de sus padres, independientemente del estado civil, la dependencia económica, esté matriculado en la escuela o universidad, o que resida bajo el mismo techo. Esto se aplica a todos los planes médicos a menos que su hijo adulto tenga una oferta de cubierta a través de su patrono. A partir de 2014, los dependientes hasta 26 años pueden permanecer en el plan del patrono de sus padres, incluso si tienen una oferta de cubierta a través de su patrono.

[\[Regresar\]](#)

25. ¿Es cierto que los planes médicos, bajo ciertas circunstancias, están obligados a reembolsar primas cobradas? ¿Cómo funciona esto?

Los planes médicos están requeridos a destinar un 80% (grupos pequeño y mercado individual) y 85% (grupos grandes) de las primas correspondientes a planes médicos en el mercado individual, de grupos pequeños y de grupos grandes para cubrir servicios médicos. Cuando la razón de pérdida (conocida en inglés como "medical loss ratio") obtenida para el año anterior resulta menor de 80%, los planes médicos deben reembolsar a los suscriptores, en el mercado correspondiente, la diferencia entre dicha cantidad y lo realmente gastado en los servicios médicos.

26. ¿Qué son Asociaciones Bonafides?

"Asociación bona fide" significa una entidad que cumple con todos los siguientes criterios:

- (1) Solo se ofrece la inscripción, se acepta la solicitud de inscripción o se inscriben miembros que se dediquen activamente a la profesión que representa la asociación o tengan una relación directa con dicha profesión o el objetivo que la misma persigue.
- (2) Ha operado activamente durante al menos cinco (5) años.
- (3) Se rigen por estatutos o documentos análogos que gobiernan su funcionamiento.
- (4) Se constituyó y se ha mantenido de buena fe, para otros propósitos que no sea obtener un plan médico.
- (5) No es propiedad de un asegurador ni está afiliado a un asegurador o controlado por este.
- (6) No impone restricciones ni condiciones para el ingreso a la asociación, que contemplen factores relacionados con el estado de la salud.
- (7) Todos los miembros y sus dependientes son elegibles para el plan médico, independientemente de la existencia de algún factor relacionado con el estado de la salud.
- (8) El plan médico ofrecido por la asociación no está disponible para otras personas que no tengan una relación con un miembro de la asociación.

- (9) Está gobernada por un cuerpo directivo y auspicia reuniones generales anuales de sus socios.
- (10) Las uniones obreras no constituirán unas asociaciones bona fides para propósitos de esta Ley.

[\[Regresar\]](#)

27. ¿Qué son planes médicos de Asociaciones Bonafides?

"Plan de asociaciones bona fides" significa un plan médico ofrecido por medio de una asociación bona fide que cubre a los miembros de la asociación bona fide y sus dependientes en Puerto Rico y que cumple con todos los siguientes criterios:

- (1) El plan cumple con las disposiciones del Artículo 10.050 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico con respecto a las tarifas aplicables a los aseguradores de planes médicos individuales. Si la cubierta no depende de una relación patronal y se vende a los individuos, no se considerará un plan médico grupal ni un plan médico de patronos PYMES. Si el plan médico ofrecido por la asociación bona fide cubre por lo menos dos mil (2,000) miembros de la asociación, la experiencia de ese grupo puede ser la base para fijar las tarifas. Si el plan de la asociación bona fide cubre a menos de dos mil (2,000) miembros de la asociación bona fide, el asegurador establecerá la tarifa de esa asociación bona fide conforme a la experiencia de otras asociaciones bona fides cubiertas por el asegurador siguiendo el método para desarrollar tarifas que dispersa el riesgo financiero a lo largo del universo de las pólizas individuales que suscriba.
- (2) La cubierta de los miembros de la asociación bona fide y de sus dependientes es renovable, según los criterios del Artículo 10.060.
- (3) Se provee cubierta del plan de la asociación bona fide a los miembros y sus dependientes que sean elegibles conforme a las disposiciones de los apartados A y B del Artículo 10.070 o el Artículo 10.080 del mencionado

Código, salvo que no se requerirá que la asociación bona fides ofrezca un plan médico individual básico en cualquiera de sus niveles de cubiertas metálicas.

- (4) Se ofrece por un asegurador que provee cubierta de plan médico a individuos y
- (5) Cumple con las disposiciones sobre condiciones preexistentes aplicables a los planes médicos individuales.

[\[Regresar\]](#)

28. ¿Qué es el período de espera?

El periodo de espera es el periodo que debe transcurrir con respecto al suscriptor antes de que pueda ser elegible a recibir ciertos beneficios bajo los términos del plan médico.

[\[Regresar\]](#)

29. ¿Cuánto tiempo tengo que esperar para estar cubierto en el plan grupal de mi patrono?

A partir del 1 de enero de 2014, los planes grupales de salud no deberán imponer periodos de espera que excedan 90 días.

[\[Regresar\]](#)

30. ¿Cómo puede un consumidor saber qué medicamentos cubre su plan médico?

Todo plan médico mantendrá y facilitará a los suscriptores, a las personas que suscriben recetas y a las farmacias por medios electrónicos o, a solicitud del suscriptor o de la farmacia, por escrito, lo siguiente:

1. Su formulario (lista de medicamentos de receta) organizado por categorías terapéuticas;
2. información sobre los medicamentos de receta, si alguno, que estén sujetos a un procedimiento de manejo desarrollado y mantenido; e
3. información sobre la documentación que debe presentar la persona cubierta o asegurado o su representante personal para solicitar una excepción médica.

Para los planes que utilizan formularios, el resumen de beneficios SBC debe incluir una dirección de Internet (o información de contacto similar) para obtener información sobre la cubierta de medicamentos del plan. Los consumidores también pueden llamar a su plan médico en busca de ayuda.

[\[Regresar\]](#)

31. ¿Tienen los aseguradores y/o las organizaciones de servicios de salud la obligación de someter para aprobación las tarifas de sus planes médicos?

Las organizaciones de servicios de salud están obligadas a someter para aprobación todas las tarifas de sus cubiertas de planes médicos. Sin embargo, los aseguradores de incapacidad que mercadean planes médicos solamente están obligados a someter los aumentos en tarifas que sean iguales o excedan el 10% de la tarifa en vigor.

[\[Regresar\]](#)

32. ¿ Una persona que tenga un plan médico puede participar en pruebas clínicas para condiciones terminales?

A partir del 1 de enero de 2014, ningún plan médico, excepto los planes protegidos, puede prohibirle a un suscriptor la participación en una prueba clínica aprobada para cáncer o una enfermedad o condición terminal. El plan médico no puede negar o limitar la cubierta de costos rutinarios por servicios que se proveen en conexión con la prueba clínica. Además, los planes médicos no

pueden discriminar en contra de participantes en un estudio o prueba clínica.

[\[Regresar\]](#)

33. ¿Qué es un límite anual?

Un límite anual es un límite en los beneficios que su organización de seguros de salud o asegurador pagará en un periodo de un año mientras una persona esté suscrita en un plan médico. Estos límites a veces se aplican a servicios particulares tales como medicamentos recetados u hospitalizaciones. Luego de que una persona alcanza el límite anual impuesto por el plan médico, usted debe pagar por los servicios adicionales recibidos por el término restante del año.

[\[Regresar\]](#)

34. ¿Los límites anuales están prohibidos?

A partir del 1ero de enero de 2014, los planes médicos grupales o individuales no pueden imponer límites anuales en el Conjunto de Beneficios Esenciales.

[\[Regresar\]](#)

35. ¿Qué es un límite de por vida o límite vitalicio?

Un límite de por vida o límite vitalicio es un límite a los beneficios totales de por vida que deben ser cubiertos por una organización de seguros de salud o asegurador. Por ejemplo, una compañía de seguros podría imponer un límite total en dólares de por vida sobre los beneficios cubiertos (como un límite de \$1 millón de por vida) o límites sobre beneficios específicos (como un límite de \$200,000 de

por vida para trasplantes de órganos o para un bypass gástrico) o una combinación de ambos límites. Después de alcanzar un límite de por vida, el plan médico ya no pagará por los servicios cubiertos.

[\[Regresar\]](#)

36. ¿Los límites de por vida están prohibidos?

A partir del 1ero de enero de 2014, los planes médicos grupales o individuales no pueden imponer límites de por vida en el Conjunto de Beneficios Esenciales.

[\[Regresar\]](#)

37. ¿Qué es una Rescisión?

Una rescisión es una cancelación retroactiva de un plan médico. Es decir, la póliza es cancelada en una fecha y la organización de seguros de salud o asegurador no paga o requiere la devolución del dinero por reclamaciones que ocurrieron con anterioridad a la fecha de cancelación.

[\[Regresar\]](#)

38. ¿Las rescisiones están permitidas?

Las rescisiones son ilegales excepto si el asegurado cometió fraude o si intencionalmente hizo una declaración falsa sobre hechos importantes para el plan médico.

[\[Regresar\]](#)

39. ¿Una organización de seguros de salud o asegurador puede rescindir o cancelar mi plan médico simplemente porque se ha cometido un error al llenar la solicitud del plan médico?

Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores no pueden rescindir ni cancelar un plan médico simplemente porque una persona ha cometido un error al llenar la solicitud del plan médico.

Las organizaciones de seguro de salud o aseguradores pueden cancelar un plan médico en casos de fraude o declaraciones falsas intencionales sobre hechos materiales para el plan médico. También pueden cancelar un plan médico por falta de pago de prima.

[\[Regresar\]](#)

40. ¿Las protecciones sobre las cancelaciones y rescisiones son aplicables a todos los planes médicos?

Sí. Estas protecciones son aplicables a todos los planes médicos, incluyendo los planes “grandfathered”.

[\[Regresar\]](#)

41. ¿Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores tienen que notificarme la cancelación o rescisión de mi plan médico?

Sí. Las compañías deben notificar la rescisión o cancelación de un plan médico con al menos 30 días de anticipación a la fecha de la cancelación o rescisión.

[\[Regresar\]](#)

42. PROCESO TRANSITORIO PARA LA RENOVACIÓN DE CIERTAS PÓLIZAS INDIVIDUALES Y DE GRUPOS PEQUEÑOS DURANTE EL AÑO 2014

El 14 de noviembre de 2013, el Presidente de los Estados Unidos promulgó una política de extensión de transición (la “Política”) para permitir que algunos planes médicos sean renovados durante el año 2014 sin estar sujetos a penalidades por el incumplimiento con

ciertas disposiciones del Affordable Care Act (“ACA” o según se le conoce comúnmente “Obamacare”).

La Oficina del Comisionado de Seguros acogió las nuevas directrices promulgadas por el Presidente y adoptó ciertos requisitos para poner en vigor la Política de transición.

¿Qué planes médicos podrán ser renovados en el año 2014 sin cumplir con todas las disposiciones de ACA?

La Política de transición sólo aplica a los planes médicos del mercado individual o de grupos pequeños cuyo año póliza o cubierta comenzó antes del 1ero de octubre de 2013. Es decir, podrán ser renovados sin cumplir con todas las disposiciones de ACA, aquellos planes médicos con fecha de vencimiento del 1ero de enero de 2014 hasta el 30 de septiembre de 2014.

¿A qué planes médicos individuales o de grupos pequeños NO les aplica la Política de transición?

La Política de transición NO es aplicable a los planes médicos individuales o de grupos pequeños cuya fecha de efectividad o renovación tuvo lugar en o después del 1ero de octubre de 2013. Por tanto, dichos planes médicos no podrán ser renovados mediante la Política de transición.

¿Qué disposiciones de ACA quedarían sin efecto bajo la Política de transición?

Las únicas disposiciones de ACA que no entrarán en vigor para los planes médicos renovados son las siguientes disposiciones que entrarían en vigor el 1ero de enero de 2014:

- Sección 2701 (“Fair Health Insurance Premiums”).
- Sección 2702 (“Guaranteed Availability of Coverage”).
- Sección 2703 (“Guaranteed Renewability of Coverage”).
- Sección 2704 (“Prohibition on Preexisting Condition Exclusions or Other Discrimination Based on Health Status”). Esta sección sólo queda sin efecto para los adultos en los planes médicos individuales. Por tanto, la

sección 2704 estará en pleno vigor y efecto en los planes médicos grupales y en el caso de menores de edad, en los planes médicos individuales también.

- Sección 2705 (“Prohibiting Discrimination Against Individual Participants and Beneficiaries Based on Health Status”). Esta sección sólo queda sin efecto en los planes médicos individuales.
- Sección 2706 (“Non-Discrimination in Health Care”).
- Sección 2707 (“Comprehensive Health Insurance Coverage”).
- Sección 2709 (“Coverage for Individuals Participating in Approved Clinical Trials”, según codificada en 42 U.S.C. § 300gg-8).

Por tanto, las disposiciones restantes de ACA están en pleno vigor y efecto sobre los planes médicos renovados.

El plan médico renovado tiene que cumplir con alguna disposición de ACA?

Sí. El plan médico renovado tiene que cumplir con varias disposiciones de ACA, entre las cuales se encuentran las siguientes:

- 1) No pueden imponerse límites anuales o vitalicios en el conjunto de beneficios de salud esenciales.
- 2) La cancelación de los planes médicos tiene que realizarse mediante una notificación escrita con 30 días de anticipación y con causa (falta de pago o fraude).
- 3) No puede negarse cubierta, tanto en planes médicos individuales como en planes grupales, a los menores de 19 años debido a una condición preexistente.
- 4) No puede negarse cubierta a un adulto en un plan médico grupal debido a una condición preexistente.

¿Por cuánto tiempo puede estar vigente el plan médico renovado bajo la Política de transición?

El plan médico renovado podrá estar vigente por un término máximo de un año hasta su fecha de expiración en el año 2015.

Cuando el plan médico expire en el año 2015, entonces deberá cumplir con todas las disposiciones de ACA.

¿Qué notificación, si alguna, debe enviarse a un asegurado para ofrecerle la renovación de su plan médico de conformidad con la Política de transición?

Las compañías de seguro deben enviar a los asegurados un formulario de notificación estándar aprobado por la Oficina del Comisionado de Seguros. Dicho formulario se aprobó mediante la Carta Normativa CN-2013-163-AS con fecha de 26 de noviembre de 2013. Puede ver la Carta Normativa accediendo a nuestra página de internet: www.ocs.gobierno.pr.

¿Qué ocurre si un asegurador NO desea renovar un plan médico que podría estar sujeto a la Política de transición?

Las organizaciones de seguros de salud o aseguradores que no tengan la intención de renovar un plan médico durante el año 2014, deberán enviar una notificación por escrito al asegurado con un mínimo de treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento del plan médico.

Un asegurado cuyo plan médico no sea renovado por la compañía de seguros, tendrá 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.

[\[Regresar\]](#)

43. ¿Las organizaciones de seguro de salud y las compañías de seguro pueden transferirle a los asegurados los honorarios que pagan por concepto del Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI) fee (“PCORI fee”) y el Annual Fee o Health Insurance Tax (“HIT”) que surgen del Affordable Care Act?.

El PCORI Fee y el HIT, son contribuciones impuestas a los planes médicos por el Gobierno Federal bajo el Affordable Care Act (“ACA”) u Obamacare.

El PCORI Fee, debe pagarse anualmente y, en términos generales, es una contribución impuesta por cada vida cubierta en un plan médico. El monto de la contribución por año póliza es el siguiente:

- 1) Años póliza que finalizan con posterioridad al 30 de septiembre de 2012 y antes del 1ero de octubre de 2013: \$1.00
- 2) Años póliza que finalizan después del 30 de septiembre de 2013 y antes del 1ero de octubre de 2014: \$2.00
- 3) Años póliza que comienzan en o después del 1ero de octubre de 2014 y antes del 1ero de octubre de 2019: La cantidad será determinada por el Secretario del Departamento de Salud Federal.

No hay nada en el ACA que prohíba que estas contribuciones sean transferidas a los consumidores. No obstante, debemos aclarar que los aseguradores están impedidos de presentar una factura separada si las contribuciones fueron incluidas en la prima del plan médico.

Nuestra Oficina fiscalizará que las cuantías cobradas sean razonables y fieles a lo que los planes médicos han pagado por dichos conceptos.

Si desea conocer más detalles sobre el PCORI Fee y el HIT puede presionar el link que está a continuación. [PCORI FEE Y HIT](#)

[\[Regresar\]](#)

44. Soy indocumentado, ¿tengo derecho a suscribirme a un plan médico privado?.

De acuerdo con el Departamento de Salud Federal (HHS), el derecho de suscripción garantizada también es aplicable a las personas indocumentadas. Por tanto, una persona indocumentada puede acudir a una compañía de seguros y adquirir un plan médico privado durante el periodo de suscripción garantizada.

45. ¿Mi plan médico tiene un “periodo de espera” (waiting period) de 90 días. ¿Los periodos de espera están permitidos?.

Un periodo de espera es el periodo de tiempo que debe transcurrir antes de que se active la cobertura de un plan médico. Los planes médicos que se ofrezcan fuera del periodo de suscripción garantizada o fuera de un periodo de suscripción especial pueden contener un periodo de espera. Es decir, los planes médicos adquiridos durante el periodo de suscripción garantizada o durante cualquier periodo de suscripción especial (las causas para una suscripción especial incluyen, pero no se limitan a: el nacimiento de una persona independientemente de que sus padres estén asegurados, el matrimonio, la pérdida de elegibilidad para Mi Salud o para un plan médico patronal, o que un dependiente cumpla los 26 años de edad) NO pueden contener un periodo de espera.

Los periodos de espera nunca excederán noventa (90) días y esta limitación de los 90 días es aplicable tanto a los planes médicos grupales como a los planes médicos individuales. Asimismo, está prohibido que los periodos de espera se impongan de una manera discriminatoria.

[\[Regresar\]](#)

Annual Fee o Health Insurance Tax

El Annual Fee o Health Insurance Tax (“HIT”) es una contribución impuesta a los aseguradores y organizaciones de servicios de salud en virtud de la Sección 9010(a) del Patient Protection and Affordable Care Act (según se le conoce comúnmente, “Obamacare”).

El HIT será efectivo en el año 2014 y será pagadero en una fecha a ser determinada por el Secretario del Tesoro Federal, disponiéndose que dicha fecha no será posterior al 30 de septiembre de cada año calendario en el cual deba pagarse la contribución.

La cantidad combinada de la contribución es de \$8 billones para el año calendario del 2014, \$11.3 billones para los años calendario 2015 y 2016, \$13.9 billones para el 2017 y \$14.3 billones para el año calendario 2018. La cantidad combinada aplicable a cada año será distribuida o prorrateada, mediante una fórmula específica, determinada por el Internal Revenue Service (por sus siglas en inglés "IRS"), entre todos los aseguradores y organizaciones de servicios de salud cubiertos que hayan tenido un nivel de primas netas suscritas mayor a los \$25 millones.

El Secretario del Tesoro Federal tiene el deber de calcular la cantidad que deberá pagar cada asegurador y organización de servicios de salud anualmente. Dicho cálculo estará basado en las primas netas suscritas divulgadas por los aseguradores y organizaciones de servicios de salud al Secretario del Tesoro y mediante cualquier otro medio de información disponible. A mayor participación en el mercado, mayor será la cuantía de la contribución a pagar. El IRS notificará a los aseguradores la cantidad pagadera por la contribución en o antes del 31 de agosto y el pago final deberá realizarse en o antes del 30 de septiembre.

PCORI Fee

El PCORI fee es una contribución impuesta por el Gobierno Federal en virtud del "Patient Protection and Affordable Care Act" a ciertos planes médicos, incluyendo planes médicos ofrecidos en Puerto Rico, para sustentar el Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI), el cual recibirá fondos de un fideicomiso conocido como el "Patient-Centered Outcomes Research Trust Fund". Dicho fideicomiso se nutrirá del dinero pagado por los planes médicos en virtud del PCORI fee. Estos fondos serán utilizados para investigaciones sobre efectividad clínica que contribuirán en la toma de decisiones informadas por los principales componentes de la industria de la salud.

El IRS y el Departamento del Trabajo Federal emitieron una reglamentación final, efectiva el 6 de diciembre de 2012, para la implementación y el pago de la contribución.

El PCORI fee es aplicable a los planes médicos con años póliza finalizados en o después del 1ero de octubre de 2012 y antes del 1ero de octubre de 2019. La obligación de pagar la contribución expira el 1ero de octubre de 2019.

La contribución es pagadera anualmente y, en términos generales, es una contribución impuesta por cada vida cubierta en un plan médico.

El monto de la contribución por año póliza es la siguiente:

- 1) Años póliza que finalizan con posterioridad al 30 de septiembre de 2012 y antes del 1ero de octubre de 2013: \$1.00
- 2) Años póliza que finalizan después del 30 de septiembre de 2013 y antes del 1ero de octubre de 2014: \$2.00
- 3) Años póliza que comienzan en o después del 1ero de octubre de 2014 y antes del 1ero de octubre de 2019: La cantidad será determinada por el Secretario del Departamento de Salud Federal.

La obligación de pagar la contribución se activó el pasado 1ero de julio de 2013.

Si desea obtener más información sobre esta contribución, favor de dirigirse al IRS. Puede acceder a la página de internet del IRS (www.irs.gov), diríjase específicamente a la sección de “Hot Topics” y oprima la pestaña de “Affordable Care Act Tax Provisions”. El PCORI fee está discutido bajo el tópico de “Patient-Centered Outcomes Research Institute Fee” y el HIT bajo el tópico de “Annual Fee on Health Insurance Providers”.

[\[Regresar\]](#)