



ANEJO # 1

**ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD**  
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

30 de mayo de 2003

**A TODOS LOS EMPLEADOS PUBLICOS QUE TRABAJAN EN AGENCIAS GUBERNAMENTALES CUYA NOMINA ES PROCESADA POR EL SISTEMA DEL DEPARTAMENTO DE HACIENDA (RHUM)**

Lcdo. Orlando González Rivera  
Director Ejecutivo  
Administración de Seguros de Salud

**CARTA NORMATIVA # 04-05-2003**

**RE: Procedimiento para el ingreso al Seguro de Salud por parte de los empleados públicos del Gobierno Central o retirados del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.**

La Administración de Seguros de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, es una corporación pública con plena autonomía para desarrollar las funciones de la Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada. Es con esta encomienda que presentamos el procedimiento de ingreso al Seguro de Salud para los empleados públicos que trabajan en agencias gubernamentales cuya nómina es procesada a través del sistema de Hacienda (RHUM) y empleados públicos retirados. En el procedimiento diseñado encontrará información relacionada a los pasos y gestiones que deben realizar para ingresar a nuestro seguro, además de orientación sobre los cambios en la ley que otorga este beneficio.

El 10 de agosto de 2001, se aprobó la Ley Número 100 la cual enmienda la Ley número 72 y dispone el beneficio del Seguro de Salud para los empleados públicos y retirados.

La enmienda a la ley, en su Artículo VI, Sección 5 inciso (c), dispone lo siguiente:

**ARTICULO VI**  
**Subcapítulo V. Plan de Seguros de Salud**

**Sección 5 - Beneficiarios del Seguro de Salud**  
**§ 7029**

**(c) Aquellos empleados públicos y sus dependientes directos que, por su condición económica, cualifiquen como beneficiarios del Plan de Seguro de Salud del Gobierno de Puerto Rico, tendrán derecho a recibir este beneficio. La diferencia correspondiente para cubrir el costo total de la prima de seguros para la cubierta médico-hospitalario individual y familiar, provendrá de los fondos asignados por la Oficina de Gerencia y Presupuesto.**

**Los empleados públicos, cuyo nivel de ingreso no les permite ser elegibles para el Plan, podrán optar por acogerse al Plan de Servicios de Salud Gubernamental o continuar acogidos al plan privado de su preferencia. En caso de acogerse al Plan de Seguros de Salud del Gobierno, la diferencia entre la aportación del gobierno y el costo de la prima será sufragada por los empleados.**

**En el caso de empleados públicos casados entre sí, estos podrán acogerse al Plan de Seguro de Salud combinando las aportaciones de ambos y actuando de forma mancomunada para su elegibilidad. En todos los casos el Secretario de Hacienda transferirá a la Administración el monto correspondiente a la aportación patronal de los empleados públicos acogidos al Plan de Seguro de Salud. Los empleados públicos que opten por utilizar la aportación patronal para adquirir otro plan médico en el mercado, y que a su vez hayan sido identificados y certificados por el Departamento, según lo provisto por la Sección 1 del Artículo VI de esta Ley, no participarán del Seguro de Salud del Gobierno de Puerto Rico. Los empleados públicos tendrán la opción de extender la cubierta médica-hospitalaria a sus dependientes opcionales, y el empleado sufragará en su totalidad el costo de la cubierta.**

A continuación detallamos el procedimiento y los pasos que debe seguir el empleado público del Gobierno Central o retirado que desee ingresar al Seguro de Salud del Estado Libre Asociado:

## **1. Orientación:**

El empleado público o retirado que interese ingresar a nuestro seguro puede buscar o solicitar información de cómo ingresar directamente a las compañías aseguradoras contratadas por región (**ver Anejo # 1**), visitando la oficina de Nómina o Recursos Humanos de su agencia y contactando nuestro Departamento de Servicio al cliente (PROBENE) de la Administración de Seguros de Salud. Nos puede contactar a nuestros teléfonos (787) 474-3300 y libre de cargos al 1-800-981-2737.

## **2. Información general sobre el Seguro de Salud, según enmiendas a la ley:**

El Plan de Seguros de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico está disponible para todos los empleados públicos del gobierno central cuya nómina es procesada a través del Departamento de Hacienda (RHUM). El costo del plan para el empleado dependerá de si este es elegible al Plan de Seguros de Salud como Médico Indigente (MI). Esto es: que ha acudido o acudirá a las oficinas del Programa de Asistencia Médica en su municipio de residencia y cumple con los criterios establecidos por este programa para ser catalogado como Médico Indigente (MI).

El empleado público y sus dependientes directos que, por su condición económica, cualifiquen como beneficiarios Médico Indigentes del Plan de Seguros de Salud no tendrán que pagar la diferencia entre la prima mensual y la aportación patronal. El empleado público cuyo nivel de ingreso no le permite ser elegible como Médico Indigente para el Plan de Seguros de Salud mantiene la opción de acogerse al plan, pagando la diferencia entre la aportación patronal y la prima mensual. Este pago será retenido por el sistema de nómina de su agencia (sistema RHUM) e incluido en el pago junto con la aportación patronal a la Administración de Seguros de Salud.

Los empleados públicos que opten por acogerse al Plan de Seguros de Salud, no pueden seleccionar otro plan médico de los contratados por el Secretario de Hacienda de acuerdo con la Ley 95.

El procedimiento que debe seguir el empleado o retirado dependerá de su condición económica y vigencia de su elegibilidad según la Oficina de Asistencia Médica.

Estos procedimientos son:

**A. Empleado Público que NO cualifica como Médico Indigente:**

1. El empleado público o retirado debe visitar las oficinas de las compañías aseguradoras contratadas por la Administración de Seguros de Salud (ASES) para proveer servicios en el municipio de su residencia (**ver Anejo # 1**) y allí deberá completar la solicitud de ingreso como empleado público.
2. El personal de la aseguradora le orientará sobre los **beneficios y costos del Plan**, como completar la solicitud, entrega de tarjetas de identificación del plan y la selección de médicos primarios, etc.
3. Debes solicitar copia, una vez completada, de la solicitud de ingreso y entregarla en la oficina de Nómina o Recursos Humanos de su agencia.
4. El empleado retiene copia de la solicitud con la evidencia de que fue entregada y reciba por su agencia.
5. Fin del proceso.

**B. Empleado Público que entiende cualifica como Médico Indigente:**

1. El empleado público o retirado debe visitar las oficinas de Asistencia Médica de su municipio de residencia para que se determine su elegibilidad basado en sus ingresos.
2. Tiene que informar que es un empleado público (activo o retirado) y la agencia gubernamental en la que labora. El personal de Asistencia Médica le orientará sobre los documentos y requisitos que debe completar para determinar si cualifica como médico indigente. Entre los documentos necesarios Asistencia Médica le entregará la Solicitud de Ingreso de la aseguradora y el formulario de Autorización Transferencia de Aportación Patronal. (**Anejos # 2 y 3**). Le indicará, además, la fecha de la cita para completar la evaluación de elegibilidad al Programa de Asistencia Médica.
3. El Formulario de Autorización Transferencia de Aportación Patronal debe ser completado y firmado por personal de Recursos Humanos ó Nóminas de la Agencia en que labora.
4. Al acudir a la cita de evaluación en Asistencia Médica y haber sido certificado como elegible, es necesario para completar el proceso de certificación el entregar el Formulario de Autorización Transferencia de Aportación Patronal y la Solicitud de Ingreso de la aseguradora en

5. Asistencia Médica. De no resultar elegible como Médico Indigente, el empleado aún mantiene la opción de acogerse al Seguro de Salud, pagando la diferencia en prima.

En este caso seguirá el **procedimiento A** de este comunicado en el cual autorizará al sistema de RHUM a descontarle la partida correspondiente de su salario.

6. Debe retener una (1) copia, para sus archivos, de la solicitud de ingreso al plan, (una vez completada) y otra copia para entregarla en la oficina de Nómina o Recursos Humanos de su agencia.
7. Luego de ser certificado como elegible la compañía aseguradora le enviará una carta citándole para que acuda a sus oficinas de servicios y allí le orientará sobre los beneficios y costos del Plan, selección de médicos primarios y la entrega de tarjetas de identificación del plan. El empleado (activo o retirado) tendrá quince (15) días laborables, luego del recibo de la notificación emitida por la aseguradora, para hacer estas gestiones.

**C. Empleado Público o retirado cuya elegibilidad como médico indigente vence después de junio 30:**

1. Debe visitar las oficinas de servicios de la compañía aseguradora contratada por ASES para proveer servicios en el municipio de su residencia. Allí solicitará y completará la Solicitud de Ingreso para empleados públicos.
2. Debe retener una (1) copia, para sus archivos, de la solicitud de ingreso al plan, (una vez completada) y otra copia para entregarla en la oficina de Nómina o Recursos Humanos de su agencia. Debe mantener esta como evidencia de que fue entregada y recibida por su agencia.
3. Fin del proceso.

**3. Otras disposiciones:**

- A. Las aseguradoras contratadas por la administración de Seguros de Salud son:

**1. HUMANA – Teléfono 787-282-7900 / 1-800-981-9090**

**2. Triple C (SSS) – Teléfono 787-793-8383 / 1-800-981-1352**

**3. MCS HMO – Teléfono 787-758-2500 / 1-800-981-2554**

- B. Los empleados públicos que opten por acogerse al Plan de Seguros de Salud, no pueden seleccionar otro plan médico de los contratados por el Secretario de Hacienda de acuerdo con la Ley 95.**
- C. A la fecha de esta normativa los empleados públicos que pueden ingresar al Seguro de Salud son los empleados públicos del Gobierno Central cuya nómina es procesada a través del Departamento de Hacienda y los empleados públicos retirados.
- D. Los Directores de Recursos Humanos tendrán que llenar el formulario de ***Autorización Transferencia de Aportación Patronal***, adjunto.
- E. El empleado público o retirado que se acoja a un plan de servicios de salud de forma mancomunada, deberá indicar y completar esta información en la solicitud de ingreso. En los casos en que la solicitud de ingreso no provea para este dato, deberá incluir la frase ***Póliza Mancomunada*** en un lugar visible de la parte superior de la solicitud. Es un requisito indispensable el incluir el número de seguro de social, nombre y código de la agencia del cónyuge del asegurado principal.
- F. Los procedimientos específicos relacionados a planes mancomunados serán de igual aplicación según la carta circular del Área de Seguros Públicos del Departamento de Hacienda.
- G. Las fechas de ingresos para nuestro seguro son las mismas establecidas en la Ley 95 del 29 de junio de 1963, según enmendada, de acuerdo a las directrices del Área de Seguros Públicos del Departamento de Hacienda.
- H. La efectividad del plan será el 1 de julio de 2003 hasta el 30 de junio de 2004.
- I. Excepciones a las fechas de ingreso:

**a. Empleados de nuevo nombramiento:**

Al igual que en la Ley Número 95 se permitirá al personal de nuevo nombramiento ingresar al plan siempre y cuando entreguen la solicitud dentro de los primeros sesenta (60) días calendarios siguientes a la fecha de su nombramiento.

**b. Empleados que adquieran estatus de indigencia fuera de las fechas de ingreso al plan:**

Los empleados públicos o retirados que luego del periodo de ingreso establecido por la Ley número 95, se certifiquen como médico indigentes,

podrán ingresar al Seguro de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico en cualquier momento.

Para estos casos es necesario que la agencia al momento de completar la autorización de aportación patronal verifique que el otro plan fue cancelado. Los empleados deberán presentar evidencia de la cancelación del otro plan en las oficinas de Asistencia Médica y en las oficinas de la aseguradora.

**c. Pensionados nuevos:**

Los pensionados nuevos podrán solicitar ingreso dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha de la separación de servicios para acogerse a los beneficios de retiro.

• **Licencias o suspensiones:**

Si el asegurado se reintegra al servicio público luego de terminada la licencia o suspensión y no está acogido a un plan de servicios de salud terminada la licencia sin sueldo o suspensión, tendrá sesenta (60) días calendario siguientes a la fecha de su reingreso al servicio público para solicitar ingreso.

**d. Cambios de domicilio**

Empleado público que NO cualifica como Médico Indigente:

En los casos que un empleado público o retirado cambie su municipio de residencia a otro donde la aseguradora contratada sea distinta, tiene que solicitar la cancelación, por escrito, del plan médico actual para poder solicitar con la aseguradora contratada en el municipio de su nuevo domicilio. (Refiérase a los pasos del **procedimiento A** de este comunicado) El procedimiento antes explicado aplica aunque la aseguradora contratada en el municipio de su nuevo domicilio sea la misma que en el municipio anterior, pero cambia la región de servicios. (**Ver Anejo # 1 para las aseguradoras contratadas por región**)

Empleado público que es Médico Indigente:

En los casos que un empleado público o retirado cambie su municipio de residencia a otro donde la aseguradora contratada sea distinta, tiene que visitar la oficina de Asistencia Médica de su municipio (actual) para dar de baja su caso. Luego de la baja de su caso visitará la oficina de Asistencia Médica en el municipio donde residirá para activar un nuevo caso. (Refiérase a los pasos del **procedimiento B** de este comunicado) Además, tiene que solicitar la cancelación, por escrito, del plan médico actual para

poder solicitar con la aseguradora contratada en el municipio de su nuevo domicilio.

El procedimiento antes explicado aplica aunque la aseguradora contratada en el municipio de su nuevo domicilio sea la misma que en el municipio anterior, pero cambia la región de servicios. (**Ver Anejo # 1 para las aseguradoras contratadas por región**)

J. Adiciones al contrato:

**e. Empleados público o retirado elegibles como médico indigente:**

El empleado público o retirado debe informar la adición (cónyuge y/o recién nacido) a la Oficina del Programa de Asistencia Médica de su municipio.

Estas adiciones deberán ser notificadas, por el empleado, en un término no mayor de treinta (30) días. Una vez incluido en el grupo familiar debe presentar la Notificación de Acción Tomada (Hoja MA-10 de Asistencia Médica) con estas adiciones en la oficina de la aseguradora.

**f. Empleado público o retirado que no cualifica como médico indigente:**

Le aplicará las mismas disposiciones de la Ley Número 95 del 29 de junio de 1963, según enmendada.

- K. Los empleados que hayan seleccionado nuestro plan y deseen realizar un cambio de plan lo podrán hacer durante las fechas establecidas para estos fines por el Área de Seguros Públicos del Departamento de Hacienda. El periodo de cambios es durante el mes de noviembre de 2003 y la efectividad será el 1ro de enero de 2004.
- L. Las cancelaciones de los planes médicos tienen que ser iniciadas, voluntariamente, por los empleados y presentadas por escrito a la compañía aseguradora (según lo establece la Ley Número 95), entregar copia a su oficina de Recursos Humanos ó Nómina y enviar otra copia a la Administración de Seguros de Salud (Departamento de Asuntos Fiscales).
- a. En los casos que la cancelación se deba a la pérdida de elegibilidad como Médico Indigente la aseguradora emitirá automáticamente una carta notificando el cambio en opción en el plan donde para seguir activo tendrá que cubrir la diferencia entre la prima y la aportación patronal. En otras palabras la aseguradora efectuará una conversión automática de ELA-MI a ELA-PURO. Del empleado no interesar la conversión debe solicitar la cancelación por escrito.



b. Suspensiones o licencias:

◆ **ELA-MI**

Cuando un empleado público elegible como médico indigente deja de ser un empleado activo debe comunicarse con la Administración de Seguros de Salud, área de PROBENE, para tramitar la reactivación de su caso como MI-REGULAR.

◆ **ELA-PURO**

El empleado tendrá la opción de acudir a certificarse como MI-REGULAR o acogerse a la cláusula de conversión según establecido en la contratación del Seguro de Salud con las aseguradoras.

c. Relacionado a traslados, suspensiones, renunciaciones, cesantías y licencias serán aplicables los procedimientos establecidos en la **Carta Circular del Área de Servicios Públicos del Departamento de Hacienda** que emite la Oficina de Seguros Públicos del Departamento de Hacienda. A diferencia de los demás planes contratados por el Departamento de Hacienda en caso de que el empleado cese en sus funciones **no** tendrá la opción de continuar en el plan del Seguro de Salud.

P. El empleado público o retirado elegible como Médico Indigente en el Programa de Asistencia Médica es responsable de acudir a las citas de evaluaciones de elegibilidad. De lo contrario el efecto de no acudir a su evaluación en Asistencia Médica será la cancelación de la elegibilidad. Esto significa que de querer mantenerse activo bajo el Seguro de Salud tendrá que cubrir la diferencia entre la prima y la aportación patronal.

Q. En los casos de empleados públicos o retirados que no cualifican como Médico Indigentes, será su responsabilidad pagar directamente a la aseguradora (en cheque o giro postal a nombre de la Administración de Seguro de Salud) la parte que le corresponde si entrega su solicitud después de la fecha establecida en la carta circular emitida por el Área de Seguros Públicos del Departamento de Hacienda, pero antes del 30 de junio de 2003. En estos casos la Administración de Seguros de Salud facturará la aportación patronal a la agencia.

De tener cualquier duda sobre el procedimiento de ingreso para los empleados públicos y retirados puede comunicarse con la Directoría de Servicios a Proveedores y Beneficiarios (PROBENE), teléfonos: (787) 474-3300 o a nuestra línea libre de cargos 1-800-981-2737.