Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

Angela Weyne
Comisionada de Seguros

1 de marzo de 2013

CARTA CIRCULAR NÚMERO: 2013-1825-D

A TODAS LAS ORGANIZACIONES DE SEGUROS DE SALUD O ASEGURADORES QUE SUSCRIBEN PLANES MÉDICOS EN PUERTO RICO

NOTIFICACIÓN SOBRE LA EMISIÓN DE LA REGLA "STANDARDS RELATED TO ESSENTIAL HEALTH BENEFITS, ACTUARIAL VALUE AND ACCREDITATION" POR PARTE DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA IMPLANTAR LAS DISPOSICIONES DE LOS "ESSENTIAL HEALTH BENEFITS"

Estimados señoras y señores:

El pasado 23 de marzo de 2010, el Presidente de los Estados Unidos firmó la ley federal "Patient Protection and Affordable Care Act", según enmendada por el "Health Care and Education Reconciliation Act", conocida en inglés como "Affordable Care Act", en adelante ACA. Esta legislación tiene el propósito de reformar aspectos importantes del sistema de salud de los Estados Unidos a los fines de proveerles a los ciudadanos americanos acceso a un seguro de salud de calidad.

A tenor con el mandato dispuesto en ACA, a partir del 1 de enero de 2014, todo asegurador y organización de seguros de salud que provean planes médicos a individuos y a grupos pequeños, tendrán que incluir en estos planes como mínimo los servicios esenciales de salud conocidos como los "Essential Health Benefits"(EHB).

La obligación de añadir la cubierta EHB aplica tanto a los planes individuales y de grupos pequeños que no tengan el estatus de plan protegido ("grandfathered plan"). Ahora bien, los planes médicos dirigidos al mercado de grupos grandes, los "self-funded plans" (ASO) y todos los planes "grandfathered" están exento del requisito de incluir los EHB en sus cubiertas. No obstante, todo los planes, incluyendo los exentos, que contengan cualquier cubierta EHB no podrán imponer límites anuales o de por vida para dichos EHB.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS, por sus siglas en inglés) aprobó, el pasado 20 de febrero de 2013, la Regla titulada "Standards Related to Essential Health Benefits, Actuarial Value and Accreditation." Esta regla establece, entre otras cosas, el "benchmark plan" que cada uno de los estados y territorios van a utilizar como la cubierta estandarizada para todos los planes médicos que vienen obligados a cumplir con el requisito de EHB.

Los EHB incluyen beneficios y servicios dentro de, al menos, las siguientes diez categorías:

1. Servicios ambulatorios
2. Servicios de emergencia
3. Hospitalización
4. Servicios de laboratorios
5. Servicios de maternidad y cuidado de recién nacidos
6. Servicios de salud mental y de desórdenes por el uso de sustancias controladas
7. Medicamentos recetados
8. Servicios y equipo de rehabilitación y habilitación
9. Servicios preventivos y de bienestar y manejo de enfermedades crónicas
10. Servicios pediátricos incluyendo cuidado de visión y dental

Esta regla dispone que el EHB Benchmark Plan seleccionado para Puerto Rico fue: "Optimo Plus PPO"[1]. Por su parte, en torno a los servicios pediátricos de visión, exclusivamente, la regla dispone la cubierta del "Federal Employees Dental and Vision Insurance Program" (FEDVIP) para definir los EHB que deben incluir los planes médicos.

Podrá encontrar copia del "Puerto Rico EHB Benchmark Plan", así como de los "Puerto Rico State Requirements" bajo la sección de "Asuntos Legales/Planes de Cuidado de Salud" de nuestro portal electrónico. También podrá acceder a la referida regla federal al igual que a otra información relevante sobre este tema en el portal electrónico del "Center for Medicare & Medicaid Services".

Confiamos que esta información le sea de utilidad.

Cordialmente,

Ángela Weyne Roig
Comisionada de Seguros

[1] Este producto es mercadeado por el asegurador Triple S Salud, Inc. y fue seleccionado por ser éste el contrato para grupos pequeños con la mayor cantidad de suscriptores dentro de nuestra jurisdicción.