



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

16 de mayo de 2016

CARTA NORMATIVA NÚM.: CN-2016-200-D

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

NORMAS APLICABLES A LOS PLANES MÉDICOS DE LAS ASOCIACIONES "BONA FIDES"

Estimados señoras y señores:

La Oficina del Comisionado de Seguros ha recibido varias comunicaciones inquiriendo en torno al derecho aplicable a los planes médicos de una asociación bona fide. En atención a lo anterior, procedemos a exponer la interpretación de la Oficina del Comisionado de Seguros sobre estos asuntos.

Antes de la Reforma de Salud federal y del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico, las asociaciones se mercadeaban y tarifaban como un solo "grupo grande" proveyendo mejores oportunidades, para los "grupos pequeños" y los "individuos" miembros de las asociaciones, de obtener unas tarifas competitivas. Con la aprobación del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico¹ ("CSSPR"), y de la reforma de salud federal, las normas aplicables a los planes médicos individuales y de grupos PYMES cambiaron teniendo un impacto en la forma tradicional que se mercadeaban los planes médicos a través de las asociaciones. En julio de 2014, HHS cambió su interpretación sobre la aplicación a Puerto Rico de algunas de las disposiciones de la reforma de salud federal. No obstante lo anterior, la OCS reconoció en su momento, que dichas disposiciones estaban sustancialmente contempladas en el CSSPR. En vista de lo anterior, el derecho y las normas aplicables actualmente a las asociaciones que no se hayan acogido a la política de transición o que no fueran planes protegidos, son las siguientes:²

¹ Ley 194-2011, según enmendada.

² La asociación "bona fide" puede solicitar al Departamento de Trabajo Federal que determine si constituye o no un patrono bajo ACA y ERISA. Si la asociación cualificaba como un patrono bajo estas disposiciones, entonces la asociación se considerará un grupo grande para propósito de cubierta y tarifaje y le aplican las disposiciones antidiscriminatorias de HIPAA a nivel de la asociación. En su defecto, la

1. La asociación tiene que cualificar como una "Asociación *Bona fide*" conforme al Artículo 10.030 del CSSPR y al Affordable Care Act ("ACA").
2. Los miembros de la asociación "*bona fide*" que no dependan de una relación patronal, no pueden considerarse como un grupo y por ende, tienen que adquirir, aun cuando sean miembros de la asociación, las cubiertas de planes médicos individuales en sus diversos niveles metálicos y en cumplimiento con los beneficios de servicios de salud esenciales disponibles en el mercado privado. La experiencia de estos planes médicos individuales que son miembros de la asociación, corresponde al "pool de individuos" del asegurador y la tarifa estará basada en la experiencia de dicho "pool".
3. Los miembros de la asociación "*bona fide*" que dependan de una relación patronal que cualifique como PYMES, se consideran grupos PYMES y tienen que adquirir, aun cuando sea a través de la asociación, los planes médicos de PYMES que tienen los niveles metálicos y en cumplimiento con todos los beneficios de servicios de salud esenciales, que estén disponibles en el mercado privado. Estos a su vez se tarifican dentro del pool de PYMES del asegurador.
4. Conforme al inciso AA del Artículo 10.030 del CSSPR, los miembros de la asociación que dependan de una relación patronal que cualifique como grupo grande, se les podrá ofrecer un plan médico particular de la Asociación. La tarifa dependerá de la experiencia correspondiente al total de los miembros que tenga la asociación que cualifiquen bajo grupos grandes, si el total de los miembros que pertenecen a grupos grandes es igual o excede de los 2,000 miembros. De ser menor de 2,000, 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.

Normas aplicables a los planes médicos que están en transición relacionados a una asociación:

De acuerdo con el "Center for Consumer Information and Insurance Oversight" ("CCIIO") del Departamento de Salud y Recursos Humanos federal ("HHS"), los planes médicos de una asociación "*bona fide*" pueden renovarse durante los periodos transitorios de cumplimiento. La Oficina del Comisionado de Seguros ("OCS"), mediante Carta Normativa CN-2013-161-D, 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 aun cuando estos no

asociación "*bona fide*" no representa para los individuos ni para los grupos Pymes un plan médico diferente de los planes médicos metálicos y en cumplimiento con los beneficios de salud esenciales disponibles para todo el mercado privado. En dicho caso, la asociación se rige por ERISA y no tienen que cumplir con las normas enumeradas en esta carta normativa.

cumplieran con ciertas disposiciones del Affordable Care Act ("ACA"). Posteriormente, se aprobaron dos extensiones adicionales al periodo transitorio que permitieron la renovación de los planes médicos hasta el 31 de diciembre de 2016.

El 25 de abril de 2016, nuestra Oficina emitió la Carta Normativa CN-2016-198-AS para extender el periodo de transición de conformidad con la Cuarta Extensión promulgada por HHS por un término adicional hasta el 30 de septiembre de 2017. Disponiéndose que la fecha final de vencimiento de los planes médicos transitorios es el 31 de diciembre de 2017. Es decir, la OCS permitirá que se renueven por un periodo adicional ciertos planes médicos individuales, de grupos pequeños y de asociaciones "*bona fide*" que venzan antes del 1ero de octubre de 2017 siempre y cuando cumplan con las directrices establecidas en las cartas normativas CN-2016-197-AS y CN-2016-198-AS, entre las cuales se encuentran las siguientes:

- 1) La Cuarta 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 2017.
- 2) La Cuarta 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 1ero de enero de 2014, las cuales deben haberse acogido a cubiertas de planes médicos en sus diversos niveles metálicos y en cumplimiento con los beneficios de servicios de salud esenciales.
- 3) No podrán acogerse a esta Cuarta Extensión los planes médicos cuya fecha de vencimiento fuese posterior al 30 de septiembre de 2017.
- 4) Los planes médicos renovados tendrán una duración máxima de un (1) año. Disponiéndose que aquellos planes médicos que venzan desde el 1ero de enero 2017 hasta el 30 de septiembre de 2017 deberán vencer el 31 de diciembre de 2017, 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 2017 solo podrá tener una duración de tres meses con el fin de cumplir con el requisito de que debe vencer al 31 de diciembre de 2017.
- 5) El plan médico renovado tendrá la misma cubierta del plan médico anterior. La cubierta sólo será modificada para añadir beneficios requeridos por disposición legal.

Aquellos planes médicos de las asociaciones "*bona fide*" que cumplan con los requisitos dispuestos para ser renovados como un plan médico transitorio, podrán acogerse a las extensiones del periodo transitorio, incluyendo la Cuarta Extensión establecida mediante la Carta Normativa CN-2016-198-AS. A modo de recordatorio, estos planes médicos deben cumplir con los requisitos de notificación a los asegurados dispuestos en las Cartas Normativas CN-2016-197-AS y CN-2016-198-AS.

Por otro lado, de conformidad con el derecho aplicable, no pueden ser renovados bajo el periodo transitorio de cumplimiento aquellos planes médicos que no cumplen con los requisitos dispuestos para el periodo transitorio de cumplimiento o que no cualifican como una asociación "*bona fide*" o como un plan médico grupal o individual bajo el CSSPR. Los planes médicos que no cumplen con los requisitos jurídicos dispuestos para la transición, deberán cumplir con la Carta Normativa CN-2016-197-AS que requiere la notificación por escrito a los asegurados de que su plan médico no podrá renovarse bajo la extensión al periodo transitorio y que pueden escoger a cualquiera de los planes médicos que cumplan con todos los requisitos del Affordable Care Act ("planes metálicos"); ofrecidos por el mismo asegurador u organización de seguros de salud o por otra compañía. La notificación deberá efectuarse con por lo menos 60 días de anticipación a la fecha de vencimiento del plan médico de acuerdo con la Carta Normativa CN-2016-197-AS.

Se requiere el estricto cumplimiento con la presente Carta Normativa.

Cordialmente,



Ángela Weyne Roig
Comisionada de Seguros