



## GOBIERNO DE PUERTO RICO

---

Departamento de Salud  
Secretaría Auxiliar de Recursos Humanos  
y Relaciones Laborales

7 de abril de 2021

**TODOS LOS EMPLEADOS  
GERENCIALES Y TRANSITORIOS  
DEPARTAMENTO DE SALUD**

Rachel Pagán González  
Secretaria Auxiliar II  
Secretaria Auxiliar de Recursos Humanos  
y Relaciones Laborales

**SERVICIOS MEDICOS CONTRATADOS AL AMPARO DE LA LEY NUM. 95**

La Administración de Seguros de Salud (ASES), se encarga de los procesos para la implantación y administración de la Ley Núm. 95 del 29 de junio de 1963. Conforme a las disposiciones de la referida Ley, se formalizarán contratos de servicios de salud para el año 2021, con vigencia del 1ro. de junio de 2021 al 31 de mayo de 2022.

Ante el panorama del COVID -19, ASES ha tomado la decisión al igual que el año pasado, de autorizar un proceso de suscripción pasiva. Esto quiere decir, que las aseguradoras podrán suscribir, de manera automática, a todos los empleados suscritos actualmente a algunos de sus productos. De esta manera, se garantiza que ningún empleado público se queda sin cubierta en un momento que es tan necesario. En aquellos casos que el asegurado desee solicitar un cambio de aseguradora, este será responsable solicitar la correspondiente carta de cancelación.

El periodo para efectuar cambios es del 5 de abril de 2021 al 14 de mayo de 2021. Empleado que no realice algún cambio durante las fechas establecidas, automáticamente le será renovado con la tarifa establecida en su plan.

A continuación, presentamos el listado de los Planes Médicos certificados y contratados para empleados públicos para el año 2021 - 2022.

**Entidades aseguradoras para Empleados Públicos Año 2021 - 2022**

PROSSAM (Asociación de Maestros)
Plan de Salud MENONITA
First Medical
Triple S - Salud

**Aquellos empleados que tengan Planes Suplementarios deberán comunicarse con su respectiva compañía.**

Cuando un empleado interese acogerse a un Plan Médico Mancomunado y su cónyuge presta servicios en otro organismo gubernamental llenará el Modelo SC-1335, Certificación para Acogerse al Plan de Salud Mancomunado. El plan familiar mancomunado no aplica al personal y sus familiares que pertenecen a la Asociación de Maestros de Puerto Rico. Tampoco aplica al personal de las corporaciones públicas y entidades gubernamentales cuyos servicios no están contratados bajo las disposiciones de la citada Ley Núm. 95.

La Oficina de Recursos Humanos de la Agencia, solicitará Certificado de Matrimonio original actualizado, o declaración jurada para las parejas de hechos.

Para su conocimiento, anejamos tarifas de los Planes Médicos para el año 2021 y la **Carta Normativa 21-0210-07, titulada Servicios Médicos Contratados**, al amparo de la Ley Núm. 95 de 29 de junio de 1963, según enmendada para el año de contrato 2021.

**EMPLEADOS UNIONADOS**

Para orientación a empleados unionados estos deberán contactar a su representante sindical. Además, para información al respecto favor referirse a la página 6 de la carta normativa de referencia, **Ley 158 de agosto de 2006**.

Cualquier interrogante sobre el particular, favor comunicarse con sus respectivas Oficinas de Recursos Humanos, ubicadas en sus Regiones, Hospitales o Nivel Central.



## SOLICITUD DE CANCELACION

Yo, \_\_\_\_\_, asegurado principal con últimos 4 números de seguro social \_\_\_\_\_, solicito la cancelación de mi suscripción con \_\_\_\_\_ (incluya el nombre de la aseguradora que interesa cancelar) al que me suscribí el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Favor especificar lo siguiente según aplique:

Nombre agencia o municipio de asegurado principal: \_\_\_\_\_

Si es pensionado, marque la que aplique:

- Administración de Sistemas de Retiro de los Empleados de Gobierno y la Judicatura  
 Sistema de Retiro para Maestros

Mancomunado con (si aplica): \_\_\_\_\_

Nombre de agencia o municipio de la persona con la que mancomuna: \_\_\_\_\_

Razones para cancelación:

- No estoy conforme con el servicio recibido.  
Especifique: \_\_\_\_\_  
 Mis proveedores de servicio no están acogidos o cancelaron sus contratos.  
 Me interesa la propuesta de otra compañía.  
 Otras, especifique: \_\_\_\_\_

Hoy, \_\_\_\_ (día) de \_\_\_\_\_ (mes) de 20 \_\_\_\_ (año), en \_\_\_\_\_, Puerto Rico.

\_\_\_\_\_  
Nombre asegurado principal (letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma asegurado principal

**INSTRUCCIONES:** Esta solicitud de cancelación tiene que contar con los ponches de recibido de ambas Aseguradoras, (aquella a ser cancelada y la de nuevo ingreso). El ponche debe contener logo o nombre de la Aseguradora, la firma de quien la poncha, fecha y hora de ponche. Una vez contenga todos los ponches, la aseguradora de nuevo ingreso deberá entregar al suscriptor una copia y someter la forma original como Anejo del formulario de suscripción del nuevo plan. Si esta forma no contara con los ponches de ambas aseguradoras tanto la cancelación como el cambio quedarían sin efecto. De tener algún problema llenando esta solicitud, solicite el documento "Instrucciones para cumplimentar la forma de Solicitud de Cancelación SC 1330" a cualquiera de las dos aseguradoras.

# PROSSAM

El Plan Maestro de Beneficios de Salud  
para los Pensionados sin las partes A y B de Medicare  
y Servidores Públicos.

## Tabla Comparativa de Cubiertas y Tarifas

PRODUCTOS PROSSAM 2021-2022	 <b>ULTRA</b>	 <b>MAX</b>	 <b>FIT</b>
<b>Tarifas incluyendo: Farmacia, Visión, Dental "Major Medical"</b>			
Individual	\$375	\$254	\$168
Pareja	\$571	\$435	\$309
Familiar	\$728	\$594	\$453
<b>Dependiente Opcional (Padre/Madre) menor de 65 años de edad</b>			
Cubierta Médica con Farmacia	\$706	\$647	\$628
<b>Dependiente Opcional (Padre/Madre) 65 años o más sin Medicare A y B</b>			
Cubierta Médica con Farmacia	\$762	\$689	\$649
<b>Cubiertas Opcionales:</b>			
Dental	\$22	\$22	\$22
Visión	\$9	\$9	\$9

## Tarifa Complementaria con A y B Medicare

**Complementario**  
**\$153**

**Dental**  
**\$22**

**Visión**  
**\$9**

A estas tarifas usted debe restarle su aportación patronal para conocer el pago mensual. Esa cantidad divídala entre dos, para conocer su descuento quincenal.

**\$0\***  
copagos en  
Hosp. base El Maestro

**\$0\***  
copago en  
Clínicas Afiliadas

**PROGRAMA DE  
ASISTENCIA  
AL VIAJERO**

**SEGURO  
DE VIDA**

**PROVEEDORES  
CONTRATADOS  
POR TODA  
LA ISLA**

\*Aplica en Clínicas Afiliadas y Hospital El Maestro.

ANUNCIO AUTORIZADO POR LA ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO.



El Plan Maestro de Beneficios de Salud  
para los Pensionados sin las partes A y B de Medicare  
y Servidores Públicos.

# HOSPITALES CONTRATADOS 2021-2022

**CERO COPAGOS EN SALAS DE EMERGENCIA AUTORIZADOS POR TELESALUD (1-866-460-2877).**

**CERO CO-PAGOS EN HOSPITALIZACIÓN EN EL HOSPITAL DEL MAESTRO.**

Hospital Dr. Susoni	Norte	Arecibo	Hospital HIMA Fajardo	Este	Fajardo
Hospital Pavía Arecibo	Norte	Arecibo	Hospital Ryder Memorial	Este	Humacao
Hospital Castañer	Norte	Castañer	Hospital HiMA Humacao	Este	Humacao
Manatí Medical Center	Norte	Manatí	Hospital Menonita Humacao	Este	Humacao
Hospital Metropolitano de La Montaña	Norte	Utua	Hospital Comunitario Buen Samaritano	Oeste	Aguadilla
Hospital Wilma Vázquez	Norte	Vega Baja	Hospital Bella Vista	Oeste	Mayagüez
Hospital UPR Carolina	Noreste	Carolina	Mayagüez Medical Center	Oeste	Mayagüez
Hospital Ramón Ruíz Arnau	Noreste	Bayamón	Hospital San Antonio	Oeste	Mayagüez
Hospital HiMA de Bayamón	Noreste	Bayamón	Hospital Metro Mayagüez	Oeste	Mayagüez
Puerto Rico Children's Hospital	Noreste	Bayamón	Hospital San Carlos de Borromeo	Oeste	Moca
Hospital Universitario de Adultos	Noreste	San Juan	Hospital de la Concepción	Oeste	San Germán
Hospital Pediátrico Universitario	Noreste	San Juan	Hospital Metropolitano de San Germán	Oeste	San Germán
Hospital Oncológico I. González	Noreste	San Juan	Hospital Menonita de Guayama	Sur	Guayama
Hospital Dr. Rafael López Nussa	Noreste	San Juan	Hospital San Lucas	Sur	Ponce
Hospital El Maestro*	Noreste	San Juan	Hospital San Cristóbal	Sur	Ponce
Centro Cardiovascular de PR y del Caribe	Noreste	San Juan	Hospital Dr. Pila	Sur	Ponce
Hospital Metro Pavía Santurce	Noreste	San Juan	Hospital Damas	Sur	Ponce
Hospital Metro Pavía Hato Rey	Noreste	San Juan	Hospital Menonita CiMA	Central	Aibonito
Hospital Metro Río Piedras	Noreste	San Juan	Hospital Panamericano	Central	Cidra
Hospital Metro San Francisco	Noreste	San Juan	Hospital Panamericano (Auxilio Mutuo)	Noreste	San Juan
Hospital Menonita de Aibonito	Central	Aibonito	Hospital San Juan Capestrano	Noreste	Trujillo Alto
Hospital Menonita de Caguas	Central	Caguas	Hospital Metropolitano de Cabo Rojo	Oeste	Cabo Rojo
Hospital HIMA de Caguas	Central	Caguas	Inspira Behavioral Care Corp.	Sur	Ponce
Hospital Menonita de Cayey	Central	Cayey	Hospital Panamericano (Damas)	Sur	Ponce
Caribbean Medical Center	Este	Fajardo			

**INGRESA O RENUEVA**

1.844.865.2020



[www.tuplanmaestro.com](http://www.tuplanmaestro.com)

\*Descripción de todas las cubiertas en:

# PROSSAM

## Tabla Comparativa de Copagos, Coaseguros y Deducibles\*

CUBIERTAS PROSSAM 2021-2022	ULTRA	MAX	FIT
<b>Servicios Médicos</b>			
Médico Generalista	\$8	\$10	\$15
Especialistas tales como: Médico Internista, de Familia, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Urología, Siquiatría y Psicología entre otros	\$10	\$18	\$20
Médico Subespecialistas	\$15	\$20	\$25
Laboratorio Clínicos	30% coaseguro	35% coaseguro	50% coaseguro
Radiografías	30% coaseguro	35% coaseguro	50% coaseguro
Vacunas aprobadas por Departamento de Salud	\$0	\$0	\$0
<b>Servicios en Hospitalizaciones</b>			
Hospitalizaciones	\$75	\$150	\$200
Cirugía Ambulatoria	\$75	\$150	\$200
<b>Servicios en Salas de Emergencias</b>			
Salas de Emergencias/ Enfermedad Aguda	\$40	\$75	\$100
Salas de Emergencias/ Enfermedad Aguda; Referido por TeleSalud 1-866-460-2677	\$0	\$0	\$0
Salas de Emergencias/ Traumática	\$0	\$0	\$0
<b>Servicios en Cuidado Preventivos</b>			
Pruebas Diagnósticas Especializadas tales como: Mamografía, Pap Smear Anual, Pap Test, PSA, Examen Pélvico y del Seno	\$0	\$0	\$0
<b>Servicios de Medicina Alternativa</b>			
Nutricionista	\$10 y 12 visitas anuales	\$18 y 12 visitas anuales	\$20 y 12 visitas anuales
Quiroprácticos	\$10 y 20 sesiones anuales	\$18 y 20 sesiones anuales	\$20 y 20 sesiones anuales
<b>Servicios de Terapias</b>			
Terapias Físicas	\$7 máximo 20 anuales	\$10 máximo 20 anuales	\$15 máximo 20 anuales
Terapias Respiratorias	\$7	\$10	50% sin límite
Terapias del Habla	\$7	\$10 máximo 20 anuales; exceso a través GMM	50% máximo 20 anuales; exceso a través GMM
Terapias Ocupacional	\$7	\$10 máximo 20 anuales; exceso a través GMM	\$15 máximo 20 anuales; exceso a través GMM
<b>Servicios Gastos Médicos Mayores ("Major Medical")</b>			
Cubierta Gastos Médicos Mayores ("Major Medical")	Deducible Anual \$50 Ind, \$150 Fam, 20% coaseguro	Deducible Anual \$200 Ind, \$400 Fam, 30% coaseguro	Deducible Anual \$200 Ind, \$400 Fam, 30% coaseguro
Equipo Médico Duradero	Límite de \$10 mil anual	Límite de \$10 mil anual	Límite de \$10 mil anual
<b>Servicios para la Visión*</b>			
Cubierta de Visión	\$150 de Beneficio Máximo y aplica copagos	\$150 de Beneficio Máximo y aplica copagos	\$100 de Beneficio Máximo y aplica copagos
<b>Servicios Dentales*</b>			
Cubierta Dental	\$1,000 de Beneficio Máximo y aplica copagos	\$500 de Beneficio Máximo y aplica copagos	\$750 de Beneficio Máximo y aplica copagos
<b>Servicios para Medicamentos*</b>			
Cubierta de Farmacia	Los primeros \$2,000, luego de \$2,001 aplica 40% coaseguro	Los primeros \$1,200, luego de \$1,201 aplica 50% coaseguro	Los primeros \$1,000, luego de \$1,001 aplica 60% coaseguro

\*Este es un resumen comparativo de algunos copagos, coaseguros y deducibles de su cubierta. Para detalles más específicos de su cubierta, favor refiérase a la Guía de Suscriptor. Es un documento para us de publicidad y mercadeo. ANUNCIO AUTORIZADO POR LA ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO.

\*Descripción de todas las cubiertas en:

INGRESA O RENUEVA

1.844.865.2020

www.tuplanmaestro.com



Renovación     Solicitud Nueva  
**ASOCIACIÓN DE MAESTROS DE PUERTO RICO**  
 PO BOX 191088 SAN JUAN, PR 00919-1088  
 Teléfono (787) 767-2020 / www.prossam.org

Recomendado por  
(nombre con dos apellidos)

Núm. Socio(a)

CUBIERTAS:  ULTRA     MAX     FIT     Complementario     Dental     Visión

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Seguro Social (9 dígitos)	Fecha Nacimiento
					/ / (Día/Mes/Año)

Tel. Residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Lugar Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M    Estado Civil:  Soltero(a)     Casado(a)

¿Tiene otro seguro médico?  Si  No    ¿Cuál? \_\_\_\_\_ Fecha Expiración: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ (Incluya evidencia)

¿Tiene Medicare?  Si  No    HOSPITAL (Parte A) \_\_\_\_\_ MEDICO (Parte B) \_\_\_\_\_

Participantes de Prossam Complementario no tienen cubierta de farmacia; Dental y Visión tienen costo adicional.

Dirección Postal	Dirección Residencial
Urbanización / Condominio / PO Box / HC / RR	Urbanización / Condominio
núm. casa    Calle/Ave.    número apartamento	núm. casa    Calle/Ave.    número apartamento
País    País    Código Postal	País    País    Código Postal

Nombre Agencia	Escuela o Lugar de Trabajo	Municipio	Posición	Nivel Enseña*	Junta Local*

Estatus:  Permanente     Probatorio     Transitorio (un año contrato)     Transitorio (menos de 6 meses)\*\*

\*Solamente Maestros. \*\*Debe acompañar la solicitud con una orden de descuento de cuenta bancaria.

**GRUPO DE FAMILIARES DIRECTOS**

Parentesco	Nombre del Familiar <small>Apellido Paterno / Materno / Nombre / Inicial</small>	Seguro Social <small>(9 dígitos)</small>	Fecha Nacimiento <small>(día/mes/año)</small>	Sexo <small>F/M</small>	Uso Oficial de Admisiones		
					Sufijo	Plan Code	Optionals

**FAMILIARES COLATERALES (padre y/o madre del socio principal)**

Parentesco	Nombre del Familiar <small>Apellido Paterno / Materno / Nombre / Inicial</small>	Seguro Social <small>(9 dígitos)</small>	Fecha Nacimiento <small>(día/mes/año)</small>	Sexo <small>F/M</small>	Uso Oficial de Admisiones		
					Sufijo	Plan Code	Optionals
Padre							
Madre							

Tarifa es Individual:    Cubierta Dental y/o Visión para Familiares Colaterales Tiene costo adicional mensual según cubierta escogida.

Padre  ULTRA  MAX  FIT     Dental  Visión  Medicare    Part. A \_\_\_\_\_    Part. B \_\_\_\_\_     Complementario  
 Madre  ULTRA  MAX  FIT     Dental  Visión  Medicare    Part. A \_\_\_\_\_    Part. B \_\_\_\_\_     Complementario

Certifico que la información en esta solicitud es correcta y autorizo a la AMPR para que la misma sea verificada y a obtener o facilitar a mis proveedores o agencias contratadas, la información necesaria para la administración del programa. Autorizo además, a la divulgación de la información médica de ser necesario, bajo la ley que protege la privacidad y confidencialidad de la información de salud del paciente conforme lo establecido por la ley HIPAA. Entiendo que el ingreso y los servicios provistos bajo el programa están sujetos a los beneficios, limitaciones y exclusiones descritos en el reglamento.

X \_\_\_\_\_  
Firma del Socio(a)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**USO OFICIAL**

**Descuentos**

Núm. Socio: \_\_\_\_\_

Grupo: \_\_\_\_\_    Plan Code: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_    Optionals: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_    División: \_\_\_\_\_

Dept. \_\_\_\_\_

Tarifa Cubierta Médica	
Tarifa Complementaria	
Plan de Pago	
Tarifa Colateral Padre y Madre	
Dental / Visión Colaterales	
Total de Pago	
- Aportación Patronal	
<b>Total de Descuento</b>	

Fecha Ingreso: \_\_\_\_\_

Mes a Descontar: \_\_\_\_\_

Iniciales \_\_\_\_\_

**Solicitud de Ingreso**  
**¿Quiénes pueden ingresar a PROSSAM?**

1. Maestros socios de la Asociación de Maestros de Puerto Rico (AMPR) y sus familiares.
2. Personal no docente del sistema educativo público, privado y sus familiares.

Para efectos del reglamento, bajo esta categoría pueden ingresar los siguientes dependientes:

- a. Dependientes Directo: Cónyuge e hijos hasta los 26 años.
- b. Dependientes Colaterales: Padre y/o madre del socio principal.
- c. Dependientes Opcionales: Hijos mayores de 26 años y su grupo familiar o hijos menores de 26 años casados. (Deberan llenar un contrato individual)

3. Los empleados públicos que laboran en agencias o sistemas de retiro del Gobierno de Puerto Rico, sus dependencias e instrumentalidades, los municipios y los empleados de organizaciones y la organización sin fines de lucro cuyos fines y propósitos sean cónsonos con los fines y propósitos de la AMPR.

Para efectos del reglamento, bajo esta categoría pueden ingresar los siguientes dependientes:

- a. Dependientes Directo: Cónyuge e hijos hasta los 26 años.
- b. Dependientes Colaterales: Padre y madre del socio principal.

\*El beneficio del seguro de vida, aplica solamente para suscriptores que hayan ingresado antes de cumplir los 55 años de edad.

**INSTRUCCIONES**

Agradeceremos lea la información que aplica a su categoría y complete todos los encasillados requeridos. No escriba en el área de uso oficial.

**Nombre del Asegurado Principal y Número de Seguro Social:** El asegurado principal debe escribir su nombre completo y número de seguro social con sus nueve (9) dígitos. Escriba toda la información personal solicitada.

**Patrono:** Escriba la información sobre la agencia donde usted trabaja e indique con una X los encasillados que apliquen.

**Cubiertas (costos adicionales aplican):**

Cubierta Complementaria:

- Dental
- Visión

Dependientes Colaterales:

- Dental
- Visión

**Firme la solicitud y escriba la fecha en que entregó la solicitud.**

**Asegúrese de que la información suministrada esté correcta y completa.** La falta de información solicitada puede ocasionar que la solicitud no sea procesada hasta que provea la información requerida.

Retenga la segunda hoja de solicitud con el acuse de recibo del Plan. El original deberá ser entregado a la oficina de admisiones o PROSSAM. El Socio Especial Afiliado debe tramitar la autorización de la agencia a través de la oficina de Recursos Humanos de la agencia u organización para la cual trabaja.



**Solicitud de Ingreso**  
**¿Quiénes pueden ingresar a PROSSAM?**

1. Maestros socios de la Asociación de Maestros de Puerto Rico (AMPR) y sus familiares.
2. Personal no docente del sistema educativo público, privado y sus familiares.

Para efectos del reglamento, bajo esta categoría pueden ingresar los siguientes dependientes:

- a. Dependientes Directo: Cónyuge e hijos hasta los 26 años.
- b. Dependientes Colaterales: Padre y/o madre del socio principal.
- c. Dependientes Opcionales: Hijos mayores de 26 años y su grupo familiar o hijos menores de 26 años casados. (Deberan llenar un contrato individual)

**INSTRUCCIONES**

Agradeceremos lea la información que aplica a su categoría y complete todos los encasillados requeridos. No escriba en el área de uso oficial.

**Nombre del Asegurado Principal y Número de Seguro Social:** El asegurado principal debe escribir su nombre completo y número de seguro social con sus nueve (9) dígitos. Escriba toda la información personal solicitada.

**Patrón:** Escriba la información sobre la agencia donde usted trabaja e indique con una X los encasillados que apliquen.

**Firme** la solicitud y escriba la fecha en que entregó la solicitud.

**Asegúrese de que la información suministrada esté correcta y completa.** La falta de información solicitada puede ocasionar que la solicitud no sea procesada hasta que provea la información requerida.

Retenga la segunda hoja de solicitud con el acuse de recibo del Plan. El original deberá ser entregado a la oficina de admisiones o PROSSAM. El Socio Especial Afiliado debe tramitar la autorización de la agencia a través de la oficina de Recursos Humanos de la agencia u organización para la cual trabaja.

**Uso oficial**

**Descuentos**

Tarifa Individual	
Tarifa Pareja	
Tarifa Familiar	
Plan de Pago	
Total de Pago	
<b>Total de Descuento</b>	

Iniciales \_\_\_\_\_



**PLAN DE SALUD  
MENONITA**

**MÁS QUE UN PLAN DE SALUD,**

**MENONITA ES PROTECCIÓN  
EN TODA LA ISLA**



**LIBRE  
SELECCIÓN**



**SOBRE 11,500  
PROVEEDORES**

**\$0**

**COASEGURO  
EN SERVICIOS COMO:**

- Hospitalizaciones Regulares
- Laboratorios
- Rayos X
- Sonogramas
- Facilidad Cirugías Ambulatorias

**Sistema de  
Salud Menonita:**

Caguas  
Cayey  
Guayama  
Humacao  
Aibonito

**MedCentro:**

Ponce  
Peñuelas  
Villalba  
Juana Díaz  
Coamo

**CDT's del Sistema  
de Salud Menonita:**

Comerio  
Cidra  
Aguas Buenas  
Coamo  
Culebra  
Yabucoa

**Migrant Health  
Center:**

Mayagüez  
Isabela  
Lajas  
Güánica  
Maricao  
Yauco  
Las Marías  
San Sebastián

**Ashford Hospital**

San Juan

# EMPLEADO PÚBLICO

EMPLEADOS ACTIVOS, PENSIONADOS SIN MEDICARE A&B  
O PENSIONADOS SOLAMENTE CON PARTE A DE MEDICARE

**¡Compara!**  
PLAN DE SALUD MENONITA  
TIENE LO QUE BUSCAS



**\$0 COASEGURO<sup>1</sup>**

- HOSPITALIZACIÓN
- CIRUGÍA AMBULATORIA
- LABORATORIO
- RAYOS X
- SONOGRAMA



CUBIERTA EN EL 100%  
DE LOS HOSPITALES  
DE PUERTO RICO



ACCESO A TUS  
ESPECIALISTAS



LIBRE  
SELECCIÓN



11,900 PROVEEDORES  
ALREDEDOR DE LA ISLA

CATEGORÍA

PRIMA MENSUAL

RUBÍ

PLATA

MANDATORIA

INDIVIDUAL

\$154

\$228

\$458

PAREJA

\$278

\$540

\$1,084

FAMILIAR DE 3 O MÁS

\$344

\$723

\$1,452

DEPENDIENTE OPCIONAL < 65 AÑOS

\$351

\$380

\$711

DEPENDIENTE ≥ 65 AÑOS SIN MEDICARE A&B

\$507

\$584

\$1,056

Cubierta básica también incluye seguro de vida, farmacia, dental, visión, gastos médicos mayores y trasplante de órganos.

Orientate ahora:

Representante autorizado **Luis O. Encarnación**

Teléfono **787-224-4444 / 787-692-2222**



**PLAN DE SALUD  
MENONITA**

<sup>1</sup> En nuestra red preferida. Solo para Cubiertas RUBÍ y PLATA. Autorizado por la Administración de Seguros de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

# SERVICIOS MÉDICOS

## RUBÍ

## PLATA

## MANDATORIA

### COPAGOS Y COASEGUROS

SERVICIOS DE EMERGENCIA	RED PREFERIDA	OTRAS FACILIDADES	RED PREFERIDA	OTRAS FACILIDADES	TODA LA RED
ACCIDENTE		\$0		\$0	\$0
ENFERMEDAD	\$30	/ \$75	\$50		\$40
<b>HOSPITALIZACIÓN</b>					
TOTAL INCLUYENDO SALUD MENTAL	\$0	/ \$250	\$0	/ \$100	\$75
PARCIAL SALUD MENTAL	\$0	/ \$150	\$0	/ \$75	\$75
<b>SERVICIOS AMBULATORIOS</b>					
GENERALISTA		\$10		\$8	\$8
ESPECIALISTA		\$18		\$12	\$10
SUB-ESPECIALISTA		\$20		\$18	\$15
SIQUIATRIA		\$18		\$12	\$10
SICÓLOGO		\$18		\$12	\$10
QUIROPRACTICO	Copago de \$12 limitado a 15 sesiones por año. (COMBINADAS CON LAS TERAPIAS FÍSICAS)		Copago de \$12 limitado a 20 sesiones por año. (COMBINADAS CON LAS TERAPIAS FÍSICAS)		Copago de \$10 limitado a 20 sesiones por año. (COMBINADAS CON LAS TERAPIAS FÍSICAS)
NUTRICIONISTA	\$12 de copago, hasta doce (12) visitas por año contrato.				\$10 de copago, hasta doce (12) visitas por año contrato.
LABORATORIOS Y RAYOS X	0%	/ 50%	0%	/ 30%	30%
<b>ESTUDIOS ESPECIALIZADOS</b>					
CT SCAN	40%	/ 50%	40%		30%
SONOGRAMAS	0%	/ 50%	0%	/ 40%	30%
STRESS TEST, ELECTROCARDIOGRAMA, ESTUDIOS NEUROLÓGICOS		50%		40%	30%
MRI, MRA		50% LIMITADO A 1 POR AÑO CONTRATO		40% LIMITADO A 1 POR AÑO CONTRATO	30% LIMITADO A 1 POR AÑO CONTRATO
<b>SERVICIOS DE REHABILITACIÓN Y HABILITACIÓN</b>					
TERAPIA FÍSICA	Copago de \$7 limitado a 15 sesiones (COMBINADO CON MANIPULACIONES DE QUIROPRACTICO)		Copago de \$7 limitado a 20 sesiones (COMBINADO CON MANIPULACIONES DE QUIROPRACTICO)		Copago de \$7 limitado a 20 sesiones (COMBINADO CON MANIPULACIONES DE QUIROPRACTICO)
TERAPIA RESPIRATORIA	Copago de \$7		Copago de \$7		Copago de \$7
<b>GASTOS MÉDICOS MAYORES</b>					
EQUIPO MÉDICO DURADERO	Aplica 20% coaseguro. Requiere pre-autorización.				Aplica 20% coaseguro después del deducible inicial.
<b>FARMACIA</b>					
	<b>BENEFICIO ANUAL \$750</b> LUEGO APLICA UN 80%		<b>BENEFICIO ANUAL \$1.750</b> LUEGO APLICA UN 40%		<b>BENEFICIO ANUAL \$2.000</b> LUEGO APLICA UN 40%
GENÉRICO BIOEQUIVALENTE	Farmacia Preferida \$10 Farmacia No Preferida \$15		Farmacia Preferida \$5 Farmacia No Preferida \$10		10% mínimo \$5 Farmacia Preferida 15% mínimo \$10 Farmacia no Preferida
MARCA PREFERIDA	25% mínimo \$25 Farmacia Preferida 30% mínimo \$30 Farmacia no Preferida		15% mínimo \$15 Farmacia Preferida 20% mínimo \$20 Farmacia no Preferida		10% mínimo \$10 Farmacia Preferida 15% mínimo \$15 Farmacia no Preferida
MARCA NO PREFERIDA	50% mínimo \$50 Farmacia Preferida 55% mínimo \$55 Farmacia no Preferida		25% mínimo \$25 Farmacia Preferida 30% mínimo \$30 Farmacia no Preferida		15% mínimo \$20 Farmacia Preferida 20% mínimo \$25 Farmacia no Preferida
PRODUCTOS ESPECIALIZADOS	50%		50%		30% hasta máximo \$200
<b>SERVICIOS PREVENTIVOS</b>					
SERVICIOS PREVENTIVOS (INCLUYENDO LAS DENTALES)	0%		0%		0%
INMUNIZACIONES (VACUNAS) PREVENTIVAS	0%, aplica costos por administración		0%, aplica costos por administración		0%, aplica costos por administración
<b>SERVICIOS DE VISIÓN</b>					
EXAMEN DE LA VISTA (REFRACCIÓN)	Cubierto al 100% de las tarifas contratadas después del copago de \$10.				
MONTURA Y RECETA	Cubierto 1 par por suscriptor hasta \$150 por año contrato. Cubierto por reembolso.				Lentes Visión Sencilla.....\$18 copago Lentes Bifocales.....\$20 copago Lentes de contactos.....\$36 copago Monturas.....\$18 copago
<b>CUBIERTA DENTAL</b>					
	<b>BENEFICIO ANUAL \$500</b>		<b>BENEFICIO ANUAL \$1.000</b>		<b>BENEFICIO ANUAL \$1.000</b>
EXÁMEN ORAL PERIÓDICO	Cubierto cada 6 meses		Cubierto cada 6 meses		Cubierto cada 6 meses
RESTAURATIVO	50%		30%		20%
ENDODONCIA	50%		30%		20%
RESTAURACIONES TEMPORERAS (CORONAS)	50%		50%		20%
CIRUGÍA ORAL	50%		30%		20%

Esta información es solo un breve resumen de la cubierta; para más detalles referirse a la guía del suscriptor.



Nuevo  Renovación  Mancomunado

## Plan de Salud Menonita

Solicitud de Ingreso 20\_\_

Número Grupo	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Familiar	Producto: Cubiertas: <input type="checkbox"/> Ley 95 <input type="checkbox"/> Ley 63 <input type="checkbox"/> Ley 117 <input type="checkbox"/> Ley 43 <input type="checkbox"/> Complementario <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> S Vida <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> _____	#PSM:	Edad
Número de División	Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial		Estado Civil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> C S Coh	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Efectividad Mes / Día / Año	Seguro Social - -	Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año	Celular: Tel. Alternativo: Email:	
Vencimiento Mes / Día / Año	Dirección _____ Postal: _____			
Agencia o Municipio		Puesto	Pueblo del Trabajo	Clasificación <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> M
Asoc. Bonafide (Ley 117/43)				
Estatus: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Probatorio <input type="checkbox"/> Transitorio más de 6 meses <input type="checkbox"/> Transitorio menos de 6 meses				
¿Tiene usted otro plan médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Indique cuál:				
Plan Mancomunado: Si aplica, favor de completar información sobre el cónyuge o cohabitante				
Nombre del Cónyuge o Cohabitante:		Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	Seguro Social	
Agencia o Municipio:		# Grupo	Aportación Patronal	Pueblo de Trabajo:
Dependientes Directos y/o Opcionales				
Parentesco	Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre / Inicial	Seguro social	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		- -	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		- -	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		- -	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		- -	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		- -	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Parte A y/o B de Medicare: Si usted, su cónyuge o dependiente directo u opcional tiene medicare favor acompañar evidencia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Usted	Fecha parte A / /	Fecha parte B / /	HIC Number:	
Cónyuge	Fecha parte A / /	Fecha parte B / /	HIC Number:	
Cómputo de Prima		Tarifas	He sido orientado de:	
Cubierta seleccionada	\$		<input type="checkbox"/> Farmacia; beneficio máximo y coseguro después del exceso en cubierta.	
Gastos Médicos Mayores	\$		<input type="checkbox"/> Seguro de Vida <input type="checkbox"/> Gastos Médicos Mayores	
Visión	\$		<input type="checkbox"/> Transplante de Organos <input type="checkbox"/> Cubierta Dental	
Dental	\$			
Seguro de Vida	\$		<input type="checkbox"/> Proceso para solicitar reembolso	
Dependiente Opcional	\$		<input type="checkbox"/> Todas las Cubiertas a las que tenía derecho	
*Menos Aportación Patronal	\$ -		* La Aportación Patronal y el descuento del Empleado dependerá de la	
*Menos Aportación Mancomunado	\$ -		Agencia o el Municipio.	
*Aportación Total del Empleado	\$			
La cubierta de seguro de vida es provista por [Universal Life Insurance Company]. Si su cubierta incluye seguro de vida opcional y usted decide acogerse, escriba el nombre de la(s) persona(s) que recibirá(n) el beneficio de su seguro. Un suscriptor puede nombrar a uno (1) o más beneficiarios para recibir la cantidad pagadera a su muerte. La suma del por ciento debe ser 100%. El nombramiento o cambio de beneficiario debe ser: por escrito, firmado por el suscriptor y registrado en Plan de Salud Menonita, Inc.				
Beneficiario(s) Primario(s)		Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	Relación	%
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
Beneficiario(s) Contingente(s)		Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	Relación	%
		/ /		
		/ /		
Certifico que la información en esta solicitud es correcta y autorizo a PSM a obtener o facilitar a mis proveedores o agencias contratadas, la información necesaria para la administración del Plan Médico. Autorizo además, la divulgación de la información médica de ser necesario, según conforme a lo establecido por Ley HIPAA. Entiendo claramente que esta solicitud y los servicios provistos bajo el Plan Médico están sujetos a los beneficios, limitaciones y exclusiones descritos en la Guía del Suscriptor.				
Certifico estar de acuerdo con toda la información incluida en esta solicitud. <span style="float: right;">*Ver al dorso</span>				
Firma del Suscriptor			Fecha (Mes/Día/Año)	
Nombre y firma del representante autorizado:			LOE Insurance Agency Inc. (7)	

## Instrucciones e información Importante

- 1) Favor leer el resumen de beneficios que aplique a la cubierta seleccionada.
- 2) Escriba la información provista sobre la cubierta contratada con bolígrafo en letra de molde (no use lápiz). Escriba de manera legible. Complete todos los encasillados que le apliquen. No haga tachaduras ni borrones. Conserve copia con fecha de entrega.
- 3) Solicitud de Ingreso: Marque con una X si es un ingreso nuevo o renovación. De ser mancomunado, marcar el encasillado con una x y a su vez marcar si es ingreso nuevo o renovación.
- 4) Nombre del Suscriptor Principal y Número de Seguro Social: El suscriptor principal debe escribir su nombre completo y número de seguro social tal y como aparece en su cheque de nómina.
- 5) Escriba la información sobre la agencia o municipio donde usted trabaja, e indique con una X los encasillados que apliquen.
  - Transitorios con contratos de menos de seis meses no tienen derecho a la aportación patronal, pero sí a suscribirse en el Plan.
  - Retirados sin derecho a la aportación patronal tienen derecho de suscribirse pagando en su totalidad la prima.
- 6) Plan: Marque con una X la categoría del plan: Individual, Pareja o Familiar. Marque con una X si añades alguna cubierta adicional, si aplica.
  - Todo pensionado con las partes A y/o B de Medicare tiene que incluir copia de la tarjeta de Medicare.
- 7) Plan Mancomunado: (*Si aplica*) Incluya la información de su cónyuge o cohabitante solo si trabaja en una agencia o municipio del Gobierno y reciba aportación patronal. Si es cohabitante debe incluir el documento de elegibilidad que provea el patrono (Modelo SC 1335).
- 8) Dependientes Directos: Cónyuge o cohabitante, un(a) hijo(a) biológico(a), hijo(a) adoptivo(a) o colocado(a) para adopción menor de veintiséis (26) años, hasta que alcancen la edad de veintiséis (26) años, un(a) hijo(a) biológico(a), hijo(a) adoptivo(a) o colocado(a) para adopción que, independientemente de la edad, no pueda sostenerse a sí mismo(a) por razón de incapacidad mental o física existente antes de cumplir los veintiséis (26) años, a tenor con lo dispuesto en la Ley Pública 111-148, conocida como "Patient Protection and Affordable Care Act", la Ley Pública 111-152, conocida como "Health Care and Education Reconciliation Act" y los reglamentos promulgados al amparo de éstas (presentar evidencia), hijastros(as), hijos(as) de crianza que han vivido desde su infancia bajo el mismo techo con el suscriptor principal, en una relación de padre/madre e hijo/hija, y que es y continuará siendo totalmente dependiente de la familia del(de la) suscriptor (a) principal para recibir alimento, según se establece en el Artículo 16.330 del Código de Seguros de Puerto Rico, menor no emancipado(a) cuya custodia haya sido adjudicada al suscriptor principal, persona de cualquier edad que haya sido judicialmente declarada incapaz y cuya tutela haya sido adjudicada al(la) asegurado(a) principal .
- 9) Dependientes Opcionales: Se define un dependiente opcional de la siguiente manera según descrito en el Reglamento 8398 según enmendado,
  - Familiar del(de la) suscriptor(a) principal o su cónyuge o persona cohabitante mientras viva permanentemente bajo el mismo techo del suscriptor(a) principal y que dependa sustancialmente de éste(a) para su sustento.
  - Padre y madre del(la) suscriptor (a) principal, o los de su cónyuge o cohabitante, aunque no vivan bajo el mismo techo y que dependa sustancialmente de éste(a) para su sustento.
- 10) Incluya la información de sus dependientes opcionales en el mismo formato de los dependientes directos:
  - Si incluye a un dependiente opcional con las partes A y B de Medicare, tiene que incluir copia de la tarjeta de Medicare.
  - Es importante que a los dependientes opcionales que se acojan a la cubierta de Medicare incluyan la dirección postal de cada dependiente.
  - La cubierta del dependiente opcional será igual a la del Suscriptor Principal, excepto en Medicare.
- 11) Cómputo de Prima: Favor de verificar que en el cómputo de la prima este incluido todas las cubiertas solicitadas y dependiente opcionales. Verificar que esté correcto antes de firmar la solicitud.
- 12) Verificar que esté firmada por el representante autorizado por PSM.
- 13) Firme la solicitud y escriba la fecha en que entregó la solicitud.
- 14) Asegúrese que la información suministrada esté correcta y completa, la falta de información solicitada puede ocasionar que la solicitud no sea procesada hasta que provea la información requerida o errores en retenciones del patrono y accesos a su cubierta.
- 15) Retenga la última hoja de la solicitud (Copia Amarilla) como acuse de recibo del Plan. El original deberá ser entregado al Plan y copia (Verde) a la agencia o municipio.
- 16) En el caso de que el pago de la prima contratada por el suscriptor principal no sea pagado por la agencia por falta de información o información incorrecta, el suscriptor será responsable del pago total de la misma.  
(Hacer referencia al artículo 11.10 y 11.11 del Reglamento #8398, 31 de octubre de 2013 (Reglamento para la contratación de los planes de beneficios de salud para los empleados públicos.)

### Ley Antifraude

Cualquier persona que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado con pena de multa no menor de cinco mil (\$5,000) dólares, ni mayor de diez mil (\$10,000) dólares, o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años. El incumplimiento de las disposiciones de este Artículo conllevará la imposición de una multa administrativa que no será menor de mil (\$1,000) dólares ni mayor de cinco mil (\$5,000) dólares.



# Cómo usar la aplicación Alivia Home Delivery para iOS and Android



## PASO 1

Envíanos una foto de tu receta escrita desde tu teléfono, o pídele a tu médico que te haga una **receta electrónica** a:

**Alivia Home Delivery Pharmacy**  
NCPDP 4030235  
NPI 1396391280



## PASO 2

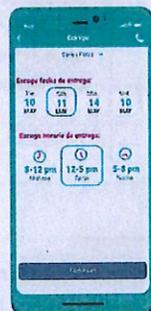
Alivia Home Delivery entonces **procesará** tu(s) medicamento(s).

Recibirás una **notificación** directa a través de la aplicación y por correo electrónico cuando tu pedido esté listo para pago.



## PASO 3

Elige los medicamentos que desees comprar, pulsa "Obtener" y procede al pago de tu orden.



## PASO 4

Coordina la dirección, fecha y hora de entrega.



## PASO 5

¡**Recibe** tus medicamentos en la comodidad de tu hogar o lugar de predilección!

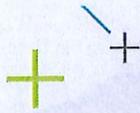


## DESCARGA

Puedes descargar la aplicación escaneando el QR Code con tu celular.

**\*Importante:** Si envías foto de tu receta en papel, recuerda que debes entregar la receta original y mostrar una ID válida al mensajero que entregue tu pedido.

Email: [homedelivery@aliviahealth.com](mailto:homedelivery@aliviahealth.com) | Teléfono: 1-833-920-2555 | Fax: 787-979-9600



## Preguntas frecuentes (FAQ)

### 1. ¿Qué es Alivia Home Delivery?

Alivia Home Delivery (Alivia HD) es una farmacia cerrada que ofrece servicios de entrega de medicamentos al hogar. Nuestro equipo de expertos farmacéuticos se encarga de procesar las recetas y coordinar el envío de los medicamentos siguiendo los más estrictos estándares de calidad y servicio. Hemos diseñado este servicio para simplificar el despacho de sus recetas y el manejo de sus medicamentos. Para su conveniencia, puede optar por recibir sus medicamentos directamente en su hogar, oficina o a la dirección de su preferencia. Se realizan entregas a todos los municipios de Puerto Rico. Miembros residentes de Vieques y Culebra deberán comunicarse al número libre de cargos 1-833-920-2555 para coordinar la entrega.

### 2. ¿Cómo me registro?

Puede registrarse a través de nuestra aplicación móvil en Android o iOS, o llamando a nuestro equipo de servicio al cliente al número libre de cargos 1-833-920-2555. Al registrarse por teléfono, nuestros representantes de servicio al cliente con gusto crearán una cuenta para usted. De todos modos, debe descargar nuestra aplicación móvil Alivia Home Delivery y completar su perfil para poder realizar los pedidos y programar entregas. Si no tiene acceso a la aplicación o un familiar que lo ayude, puede llamar a nuestro equipo de servicio al cliente para que le orienten de cómo ordenar sus medicamentos. Le exhortamos a descargar la aplicación para que disfrute de todos los beneficios que ofrece.

### 3. ¿Es necesario que haya alguien presente para recibir la entrega?

Sí. Puede pedirle a un pariente, amigo, portero o colega que reciba sus medicamentos. El mensajero no puede dejar su paquete en un buzón o en la entrada de su casa.

### 4. ¿Cuándo llegará mi entrega?

Si realiza su pedido...

De lunes a viernes	Sábado	Domingo
Antes de las 5:00 pm Elegible para entrega el próximo día laboral	Antes de las 5:00 pm Elegible para entrega el lunes	Elegible para entrega el martes
Luego de las 5:00 pm de lunes a jueves Elegible para entrega dentro de 2 días laborales	Luego de las 5:00 pm Elegible para entrega el martes	
Luego de las 5:00 pm los viernes Elegible para entrega el lunes		

### 5. ¿Todas las recetas son elegibles para entrega?

Nuestra farmacia trabaja todo tipo de medicamentos de mantenimiento, controlados y refrigerados Para medicamentos especializados, llame a nuestra farmacia de Alivia Home Delivery al número libre de cargos 1-833-920-2555.

### 6. ¿Puedo transferir una receta de otra farmacia?

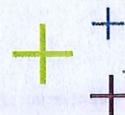
Lamentablemente, y debido a la Ley de Farmacias de Puerto Rico actual, no podemos transferir su receta. Deberá obtener una nueva receta para usar nuestro servicio.

#### ¿Necesita ayuda?

Alivia Home Delivery cuenta con un equipo de farmacéuticos siempre dispuestos y listos para ayudarle.

Siéntase en la libertad de contactarlos a:

**Email:** [homedelivery@aliviahealth.com](mailto:homedelivery@aliviahealth.com) | **Teléfono:** 1-833-920-2555 | **Fax:** 787-979-9600 | **SMS:** 787-201-3312



## PREGUNTAS FRECUENTES

### ¿Qué es Alivia Home Delivery?

Alivia Home Delivery (Alivia HD) es una farmacia cerrada que ofrece servicios de entrega de medicamentos al hogar. Nuestro equipo de expertos farmacéuticos se encarga de procesar las recetas y coordinar el envío de los medicamentos siguiendo los más estrictos estándares de calidad y servicio. Hemos diseñado este servicio para simplificar el despacho de sus recetas y el manejo de sus medicamentos. Para su conveniencia puede optar por recibir sus medicamentos directamente en su hogar, oficina o a la dirección de su preferencia. Se realizan entregas a todos los municipios de Puerto Rico. Miembros residentes de Vieques y Culebra deberán comunicarse al número libre de cargos 1-833-920-2555 para coordinar la entrega. No deben realizar la orden a través de la aplicación.

### ¿Cómo puedo añadir un seguro médico secundario?

Para utilizar el servicio, debe ser miembro de un grupo elegible del plan médico participante. Si tiene cuenta con un seguro médico secundario, puede llamar al número libre de cargos 1-833-920-2555 para proporcionarle todos los detalles.

### ¿Cómo puedo pagar por mi receta?

La entrega es gratis. Solo tiene que pagar su copago. Una vez procesamos sus medicamentos, le contactaremos para que realice su pago con tarjeta de crédito o por ATH Móvil™. No aceptamos pagos al momento de la entrega.

### ¿En qué áreas se realizan las entregas?

Nuestros mensajeros realizan entregas a todos los municipios de Puerto Rico. Miembros residentes de Vieques y Culebra deberán comunicarse al número libre de cargos 1-833-920-2555 para coordinar la entrega. No se pueden hacer entregas a direcciones PO Box o buzones (residencial o comercial).

### ¿Cuándo realizan las entregas?

Realizamos nuestras entregas en tres intervalos diarios de lunes a sábado (8:00 a.m. - 12:00 p.m., 12:00 p.m. - 5:00 p.m. y 5:00 p.m. - 8:00 p.m.). Entregas a Vieques y Culebra pueden estar sujetas a distintos intervalos y los días de entrega podrían variar.

*\*Durante la emergencia del COVID-19 se intenta realizar todas las entregas antes de las 7pm.*

### ¿Hacen entregas en días feriados?

Nuestra farmacia y mensajeros de Alivia Home Delivery celebran ciertos días feriados a lo largo del año. Puede ser que no estén disponibles para procesar órdenes y entregas en estas fechas. Si no puede esperar para recibir sus medicamentos, debería considerar usar la farmacia de su preferencia para llevar su receta y recoger los medicamentos personalmente.

#### • Días feriados celebrados:

- Día de Año Nuevo
- Día de Reyes
- Viernes Santo
- 4 de julio
- Día del Trabajo
- Acción de Gracias
- Navidad



### ¿Hay algún cargo por la entrega?

No. Usted solo paga por sus medicamentos. Luego de dos intentos fallidos, nos reservamos el derecho de cobrar por reenvíos.

### ¿Todas las recetas son elegibles para entrega?

No. Entregamos la mayoría de los medicamentos recetados de mantenimiento, así como también la mayoría de los medicamentos refrigerados. No entregamos medicamentos especializados. Si tiene dudas, puede llamar a nuestra farmacia de Alivia Home Delivery al número libre de cargos 1-833-920-2555.



**¿Entregan artículos refrigerados?**

Sí. Recuerde seleccionar una hora y lugar donde el destinatario pueda almacenar los medicamentos en un área refrigerada al momento de programar la entrega de medicamentos que requieren refrigeración. Si tiene dudas, puede llamar a nuestra farmacia Alivia Home Delivery al número libre de cargos 1-833-920-2555.

**¿Realizan entregas de medicamentos controlados?**

Si su receta incluye medicamentos controlados, debe comunicarse a la farmacia al número libre de cargos 1-833-920-2555.

**¿Entregan medicamentos sin receta (OTC)?**

Es importante que se asegure de indicarle a su médico que incluya los medicamentos sin receta ("over the counter") en su receta electrónica o escrita para que podamos procesarlos.

**¿Qué sucede si hay un problema con mis medicamentos?**

Si su pedido no llega como se esperaba, puede llamar a nuestra farmacia Alivia Home Delivery al 1-833-920-2555.

**¿Puedo llamar al farmacéutico?**

Sí. Nuestros farmacéuticos de Alivia Home Delivery están disponibles durante nuestras horas laborables (de lunes a sábado de 7:00 a.m. – 7:00 p.m.). Solo tiene que llamar a nuestro equipo de servicio al cliente al 1-833-920-2555 y pedir que le comuniquen con uno de nuestros farmacéuticos.

**¿Es necesario suministrar la receta original en el momento de entrega?**

Durante la emergencia por COVID-19, si el médico envía la receta electrónica, por fax, email o mensaje de texto, no hará falta entregar copia en papel al mensajero (excepto para medicamentos controlados). Si la receta fue enviada por el paciente a través de fax, email o mensaje de texto, deberá entregar la receta original en papel al mensajero y dictarle el número de ID al momento de la entrega.

**¿Es necesario que haya alguien presente para recibir la entrega?**

Sí. Puede pedirle a un pariente, amigo, portero o colega que reciba sus medicamentos. El mensajero no puede dejar su paquete en un buzón o en la entrada de su casa.

**¿Qué pasa si no hay nadie para recibir mis medicamentos?**

Sabemos que la vida es impredecible. Haremos dos intentos de entrega. Si el primer intento de entrega fracasa, el mensajero volverá a intentarlo al siguiente día laboral en el mismo intervalo de tiempo. Es posible que reciba una llamada de nuestro socio de distribución para coordinar la segunda entrega.

Luego de dos intentos fallidos de entrega, el mensajero devolverá su pedido a la farmacia de Alivia Home Delivery. En estos casos, por favor llame a nuestra farmacia para coordinar el recibo de sus medicamentos. Podrían aplicarse cargos adicionales por reenvío. Los reembolsos se realizarán de acuerdo con los términos establecidos en la Política de Reembolso.

**¿Cuándo llegará mi entrega?**

**De lunes a viernes**

**Antes de las 5pm:**  
eligible para entrega al próximo día laboral.

**Luego de las 5pm de lunes a jueves:**  
eligible para entrega dentro de 2 días laborables

**Luego de las 5pm del viernes:**  
eligible para entrega el lunes

**Sábados**

**Antes de las 5pm:**  
eligible para entrega el lunes

**Luego de las 5pm del sábado:**  
eligible para entrega el martes

**¿Cómo puedo enviar una receta nueva?**

**Receta Electrónica**

Su médico puede enviar recetas electrónicas a nuestra farmacia:

Alivia Home Delivery Pharmacy  
NCPDP 4030235  
NPI 1396391280

### Receta en Papel

Usted o su médico nos puede enviar su receta por fax, mensaje de texto o email:

Fax: 787-979-9600

Correo electrónico: [homedelivery@aliviahealth.com](mailto:homedelivery@aliviahealth.com)

Mensaje de texto: 787-201-3312

**\*IMPORTANTE:** Durante la emergencia por COVID-19, si el médico envía la receta por cualquiera de estas vías, no hará falta entregar copia en papel al mensajero (excepto para medicamentos controlados). Para recibir las recetas que hayan sido enviadas por el paciente a través de fax, mensaje de texto o email, deberá entregar la receta original en papel al mensajero e indicarle el número de ID al momento de la entrega.



**alivia****HD**  
HOME DELIVERY

*\*\* Alivia Home Delivery (AHD) es una farmacia privada debidamente licenciada para operar en Puerto Rico. El servicio de Alivia Home Delivery no es compulsorio. El paciente tiene la libertad de escoger el proveedor de farmacia de su preferencia, sujeto a la cubierta provista por su plan médico. Consulte el directorio de proveedores de su plan médico para conocer las opciones en su totalidad. AHD recibe y despacha recetas médicas y productos selectos OTC. Farmacéutico disponible para consultas de pacientes vía telefónica. La aplicación y la tecnología asociada es propiedad de un tercero. Entregas realizadas por un tercero subcontratado. \*\**

**First MEDICAL**

HEALTH PLAN, INC.

**44** AÑOS  
de SALUD

## Resumen de Beneficios Plan de Salud Empleado de Gobierno Ley 95

Efectividad: 1ro. de junio de 2021

### Selección de Proveedores

Puedes utilizar cualquier proveedor participante dentro de la Red de Proveedores de First Medical sin la necesidad de un referido médico.



Es un servicio gratuito sobre información de salud disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Cuenta con profesionales de enfermería bilingüe y médicos licenciados con 3 años o más de experiencia en el campo de la salud. Puedes obtener los siguientes servicios:

- ◆ Apoyo en situaciones imprevistas y de urgencia.
- ◆ Educación al paciente en situaciones de salud.
- ◆ Orientación al paciente sobre su plan médico.
- ◆ Orientación sobre los resultados de estudios de laboratorio.
- ◆ Disponible los 7 días de la semana, 24 horas del día. Comuníquese al **1-866-337-3338**

### Página Electrónica - <https://www.firstmedicalpr.com/>

A través de nuestra página electrónica podrás tener acceso a:

- ◆ Directorio de proveedores dentro de la Red de Proveedores de First Medical.
- ◆ Ubicación e información contacto de oficinas de servicio.
- ◆ Obtener información de servicios médicos, procedimientos y medicamentos recetados.

### Programa de Ayuda y Acceso al Suscriptor (PAAS) a través de APS-Optimind Mental Health Plan:

Este programa ofrece ayuda al suscriptor y su familia para el manejo de situaciones emocionales enfocado en la rehabilitación y el bienestar emocional. Solo tiene que llamar a través de: **1-877-955-9554**

Copagos/Coaseguros Principales	Uniforme - (Oro)	Premium ELA - (Rubi)	Classic ELA - (Rubi)
Hospitalización	\$75.00 / \$0.00*	\$150.00 / \$50.00*	\$200.00 / \$75.00*
Hospitalización Psiquiátrica	\$75.00	\$150.00	\$200.00
Hospitalización Psiquiátrica Parcial	\$75.00	\$150.00	\$200.00
Sala de Emergencia por Enfermedad	\$40.00 / \$0.00*	\$50.00 / \$0.00*	\$75.00 / \$0.00*
Sala de Emergencias por Accidente	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Generalistas	\$8.00	\$12.00	\$15.00
Especialista	\$10.00	\$15.00	\$18.00
Sub-Especialista	\$15.00	\$18.00	\$20.00
Laboratorios y Rayos X	30% / 0%*	35% / 0%*	40% / 0%*
Terapias de Cáncer	0%	20%	20%
Pruebas Diagnósticas y Especializadas	30% / 0%*	35% / 0%*	40% / 0%*
Procedimientos Ambulatorios— Facilidad	\$75.00	\$150.00	\$200.00
Procedimientos Ambulatorios—Oficina	\$75.00	\$150.00	\$200.00

\*Cuando el servicio sea prestado en los Hospitales y Clínicas Metro Pavía (Red Preferida Afiliada).



Recuerda que en la mayoría de los servicios usted no paga deducibles al utilizar los hospitales de la Red Metro Pavía Health System y los servicios de Metro Pavía Clinics. Visita nuestra página electrónica: [www.firstmedicalpr.com](http://www.firstmedicalpr.com).

#### Servicio al Cliente

Contamos con 23 oficinas de Servicio al Cliente para servirle mejor: **1-888-318-0274**

#### NUESTRO PROGRAMA DE COORDINACIÓN PARA SERVICIOS DE SALUD A DISTANCIA, TE TRAE:

Anuncio autorizado por la Administración de Seguros de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Copagos / Coaseguros Farmacia	Uniforme - (Oro)	Premium ELA - (Rubí)	Classic ELA - (Rubí)
Deducible Inicial	No aplica	No aplica	\$50.00
Beneficio anual	\$2,000 por persona cubierta	\$1,750 por persona cubierta	\$1,200 por persona cubierta
Exceso de	\$2,001.00 en adelante aplica 40% de coaseguro	\$1,751 en adelante aplica 40% de coaseguro	\$1,201 en adelante aplica 40% de coaseguro.
Genérico Farmacias Preferidas	10% de coaseguro mínimo \$5.00 de copago	10% de coaseguro mínimo \$10.00 de copago	\$15.00 de copago
Genérico Farmacias No Preferidas	15% de coaseguro mínimo \$10.00 de copago	10% de coaseguro mínimo \$10.00 de copago	\$15.00 de copago
Marca Preferida / Farmacias Preferidas	10% de coaseguro mínimo \$12.00 de copago	20% de coaseguro mínimo \$15.00 de copago	20% de coaseguro mínimo \$20.00 de copago
Marca Preferida / Farmacias No Preferidas	15% de coaseguro mínimo \$15.00 de copago	25% de coaseguro mínimo \$15.00 de copago	25% de coaseguro mínimo \$20.00 de copago
Marca No Preferida / Farmacias Preferidas	15% de coaseguro mínimo \$20.00 de copago	30% de coaseguro mínimo \$20.00 de copago	35% de coaseguro mínimo \$35.00 de copago
Marca No Preferida / Farmacias No Preferidas	20% de coaseguro mínimo \$25.00 de copago	30% de coaseguro mínimo \$25.00 de copago	35% de coaseguro mínimo \$35.00 de copago
Medicamentos Especializados Preferidos / Todas las Farmacias	30% de coaseguro máximo \$200.00 de copago	30% de coaseguro	50% de coaseguro
Medicamentos Especializados No Preferidos / Todas las Farmacia	30% de coaseguro máximo \$200.00 de copago	40% de coaseguro	50% de coaseguro
Quimioterapias	0% de coaseguro	20% de coaseguro	20% de coaseguro
<b>Dental</b>	<b>(Incluido)</b>	<b>(Incluido)</b>	<b>(Incluido)</b>
Beneficio máximo de cubierta anual	\$1,000.00	\$750.00	\$500.00
Diagnóstico y Preventivo Pediátrico	0%	0%	0%
Diagnóstico y Preventivo Adulto	0%	0%	0%
Restaurativo Menor	20%	20%	20%
Restaurativo Mayor	20%	40%	40%
<b>Seguro de Vida (Universal Life Insurance)</b>	<b>(Opcional)</b>	<b>(Opcional)</b>	<b>(Opcional)</b>
Beneficio Máximo por muerte natural o accidental. (Solo aplica a suscriptor principal menor de 65 años de edad). Beneficio máximo está sujeto a cláusulas y disposiciones que Universal Life establezca.	\$10,000.00	\$10,000.00	\$10,000.00
<b>Cubierta de Visión (Platino II) (Incluida en todas las cubiertas, a través de proveedores contratados por Vision International, Inc.)</b>			
Examen de la Vista (Refracción, 1 cada 12 meses)	\$10 copago	\$10 copago	\$10 copago
Montura de la Colección <i>Preferred</i> —(1 montura cada 12 meses)	\$18 copago	\$18 copago	\$18 copago
Un par de Lentes de Visión Sencilla, - Bifocal (FT.25 - FT.28) / Trifocal (7x25)	\$20 (Bifocal) / \$18 (Trifocal)	\$20 (Bifocal) / \$18 (Trifocal)	\$20 (Bifocal) / \$18 (Trifocal)
- Policarbonato (Hasta 21 años, un (1) set cada doce (12) meses para visión sencilla)	\$20 copago	\$20 copago	\$20 copago
Lentes de Contacto (en vez de espejuelos) Sujeto a cláusulas y disposiciones de Vision International	\$36 copago	\$36 copago	\$36 copago
- Blandos Diarios	\$36 copago	\$36 copago	\$36 copago
- Blandos Extendidos	\$36 copago	\$36 copago	\$36 copago
- Desechables (dos (2) cajas)	\$36 copago	\$36 copago	\$36 copago
- Medicamento Necesarios (Uso diario, extendido o desechable)	\$36 copago	\$36 copago	\$36 copago
Montura fuera de la Colección <i>Preferred</i>	20% de descuento	20% de descuento	20% de descuento

**Tarifas para Empleados Activos y Pensionados sin Medicare A y B**

	Cubierta Uniforme - (Oro)				Premium ELA - (Rubí)				Classic ELA - (Rubí)			
	Básica, Dental, Farmacia	Gastos Médicos Mayores,	Seguro de Vida*	Visión	Básica, Dental, Farmacia	Gastos Médicos Mayores,	Seguro de Vida*	Visión	Básica, Dental, Farmacia	Gastos Médicos Mayores,	Seguro de Vida*	Visión
Individual	\$429.00	Incluido	\$3.00	Incluido	\$236.50	\$14.00	\$3.00	Incluido	\$209.50	\$14.00	\$3.00	Incluido
Pareja	\$858.00	Incluido	\$3.00	Incluido	\$542.50	\$20.00	\$3.00	Incluido	\$469.50	\$20.00	\$3.00	Incluido
Familiar	\$1,029.00	Incluido	\$3.00	Incluido	\$687.50	\$30.00	\$3.00	Incluido	\$593.50	\$30.00	\$3.00	Incluido
Dependiente opcional menor de 65 años	\$1,102.00	\$24.00	N/A	Incluido	\$475.50	\$24.00	N/A	Incluido	\$433.50	\$24.00	N/A	Incluido
Dependiente opcional mayor o igual a 65 años (sin Medicare A y B)	\$1,411.00	\$41.00	N/A	N/A	\$587.50	\$41.00	N/A	N/A	\$538.50	\$41.00	N/A	N/A
Dependiente con Cubierta Complementaria Medicare	\$1,006.00	N/A	N/A	N/A	\$496.50	N/A	N/A	N/A	\$347.50	N/A	N/A	N/A

**Tarifas para Pensionados con Medicare A y B**

	Cubierta Uniforme - (Oro)			Premium ELA - (Rubí)			Classic ELA - (Rubí)		
	Básica, Dental, Farmacia	Gastos Médicos Mayores,	Visión	Básica, Dental, Farmacia	Gastos Médicos Mayores,	Visión	Básica, Dental, Farmacia	Gastos Médicos Mayores,	Visión
Individual complementaria Medicare	\$1,006.00	N/A	Incluido	\$496.50	N/A	Incluido	\$347.50	N/A	Incluido
Pareja (Uno con complementaria Medicare)	\$2,222.00	\$68.00	Incluido	\$720.50	\$68.00	Incluido	\$611.50	\$68.00	Incluido
Pareja (Ambos con complementaria Medicare)	\$1,996.00	N/A	Incluido	\$981.50	N/A	Incluido	\$814.50	N/A	Incluido
Familiar (Uno o más con complementaria Medicare)	\$3,098.00	\$70.00	Incluido	\$1,162.50	\$70.00	Incluido	\$1,006.50	\$70.00	Incluido

Este documento es para propósitos informativos y no contiene todas las condiciones, beneficios y exclusiones según definidos en su contrato. Para más detalles de la cubierta, refiérase al contrato matriz. En caso de discrepancia entre las partes, deberá referirse al contrato firmado entre First Medical Health Plan, Inc., y el grupo.

**1.888.318.0274**

No escriba en áreas sombreadas

Dirija esta solicitud a First Medical Health Plan, Inc. PO Box 195489 San Juan, Puerto Rico 00919-5489

SOLICITUD PARA EMPLEADOS ACTIVOS Y PENSIONADOS LEY 95 (Menores De 65 Años, Medicare A Solo Y Sin Medicare A Y B) 2021

# De Grupo	<input type="checkbox"/> INGRESO NUEVO		<input type="checkbox"/> RENOVACIÓN	
# De Cuenta	SEGURO SOCIAL	CODIGO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO
Plan (Tier)	NOMBRE DEL SUSCRIPTOR PRINCIPAL			
B / Package	Dirección Postal:			Sexo
Efectividad	Dirección Residencial:			Tel. Casa
Vencimiento	Correo Electrónico:			Tel. Alterno

**PATRONO**

Agencia o Municipio: \_\_\_\_\_ División: \_\_\_\_\_ Clasificación de empleado:  Estatal  Municipal  Otro

Estatus:  Regular  Transitorio C/más de 6 Meses  Administrativo  Transitorio C/menos de 6 Meses  Unionado

Pensionado Está usted en trámite de:  Retiro  Licencia sin sueldo. Fecha de comienzo de la misma: \_\_\_\_\_

**PLAN**

Individual  Pareja  Familiar ¿Tiene usted otro seguro médico?  No  Sí Indique cuál:

**PLAN MANCOMUNADO:** Si aplica, favor de completar información sobre el cónyuge; incluir forma SC-1335

Agencia del Cónyuge	División	Seg. Soc. del cónyuge	# de cuenta
Nombre del Cónyuge	F. de Nac. (M/D/A)	Pueblo de trabajo	Plan
			B / Package

CUBIERTAS REGulares DE LIBRE SELECCIÓN	CUBIERTAS OPCIONALES	Gastos Médicos Mayores	Seguro de Vida	Visión
		<input type="checkbox"/> UNIFORME (ORO)	<input type="checkbox"/> INCLUIDO	<input type="checkbox"/> INCLUIDO
		<input type="checkbox"/> PREMIUM ELA - RUBÍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> INCLUIDO
		<input type="checkbox"/> CLASSIC ELA - RUBÍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> INCLUIDO

**Dependientes Directos (Refiérase a la Guía del Suscriptor para la definición de dependientes directos)**

Suf.	Parentesco	Añadir	Eliminar	Apellidos / Nombre / Inicial	Edad	Fecha de Nac. (M/D/A)	Sexo	Código	Si es estudiante universitario o incapacitado, incluya evidencia. Seg. Soc.
	Cónyuge								

**Dependientes Opcionales (Someter evidencia que cumpla con los requisitos de elegibilidad)**

Suf.	Parentesco	Añadir	Eliminar	Apellidos / Nombre / Inicial	Edad	Fecha de Nac. (M/D/A)	Sexo	Código	<input type="checkbox"/> Menor de 65 <input type="checkbox"/> Mayor de 65 SIN A y B <input type="checkbox"/> UNIFORME (ORO) <input type="checkbox"/> PREMIUM ELA - RUBÍ <input type="checkbox"/> CLASSIC ELA - RUBÍ <input type="checkbox"/> Mayor de 65 años CON A y B <input type="checkbox"/> Complementaria
				Seg. Soc. _____ HIC Number _____					
				Fecha Parte A _____ Dirección Residencial: _____					
				Fecha Parte B _____ Dirección Postal: _____					

**Seguro de Vida: Beneficiarios (total de porcentos tiene que sumar 100)**

Apellidos / Nombre / Inicial	Sexo	Código	Fecha de Nac. (M/D/A)	Parentesco	Porcentaje

**Parte A y B de Medicare (Si usted, su cónyuge o dependiente directo u opcional tiene Medicare, favor acompañar evidencia)  SI  NO**

<input type="checkbox"/> Usted	Fecha parte A	Fecha parte B	HIC Number:
<input type="checkbox"/> Cónyuge	Fecha parte A	Fecha parte B	HIC Number:
<input type="checkbox"/> Dep. Directo	Fecha parte A	Fecha parte B	HIC Number:

**Cómputo de Prima** Cobertura Básica, Farmacia, Dental y Visión incluido Gastos Médicos Mayores (Opcional) Seguro de Vida (Opcional) Costo Total

<input type="checkbox"/> UNIFORME (ORO)	<input type="checkbox"/> PREMIUM ELA - RUBÍ	<input type="checkbox"/> CLASSIC ELA - RUBÍ	\$	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/> Dependiente Opcional			\$	\$	\$	\$
Costo Total \$	Aportación Patronal \$	Aportación Mancomunado \$	= Aportación Empleado \$			

Nombre Representante Autorizado, Orientador (letra de molde) y firma: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Certifico y acepto haber sido orientado sobre la prima a pagar. Además, estoy de acuerdo con las instrucciones al dorso de esta solicitud. Nota: Si el suscriptor firma con una X, deberá estar presente un testigo.

Firma del Suscriptor: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
 Nombre del testigo y/o representante legal X: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Firma del testigo y/o representante legal X: \_\_\_\_\_ Relación con el suscriptor: \_\_\_\_\_  
 FMHP EF Gobierno

Dirija esta solicitud a First Medical Health Plan, Inc., PO Box 195489 San Juan, Puerto Rico 00919-5489

**INSTRUCCIONES Solicitud para Empleados Activos y Pensionados del ELA (Menores de 65 años, Medicare A sólo y sin Medicare A y B)**

1. Lea el folleto que aplica a la cubierta. Todas las secciones sombreadas en gris son para el uso exclusivo del Plan.
2. Escriba a bolígrafo en letra legible (no use lápiz). Complete todos los encasillados que le apliquen. No haga tachaduras ni borrones. Conserve copia con fecha de entrega.
3. **SOLICITUD DE INGRESO:** Marque con una **X** si es una solicitud de **nuevo ingreso** o **renovación**.
4. **NOMBRE DEL SUSCRIPTOR PRINCIPAL Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:** El Suscriptor principal debe escribir su **nombre y número de seguro social tal y como aparece en su cheque de nómina**. Escriba toda la información personal solicitada.
5. **PATRONO:** Escriba la información sobre la agencia o municipio donde usted trabaja, fecha de empleo e indique con una **X** los encasillados que apliquen.
  - Transitorios con contratos de menos de seis meses no tienen derecho a la Aportación Patronal, pero sí a suscribirse en el Plan.
  - Empleados en Licencia Sin Sueldo deberán notificar la fecha en que comenzaron dicha licencia.
6. **PLAN:** Marque con una **X** el tipo de plan (individual, pareja, familiar).
  - Favor de incluir la forma SC-1335 si su plan es **MANCOMUNADO** y complete la información solicitada sobre su cónyuge.
7. **CUBIERTAS:** Seleccione con una **X** la cubierta deseada:
  - Cubierta Regular - Debe escoger una de las alternativas: **UNIFORME (ORO), PREMIUM ELA - (RUBÍ), CLASSIC ELA - (RUBÍ)**, todas con Libre Selección.
  - Cubiertas Opcionales - Puede escoger las opciones que desee bajo su plan para usted y sus dependientes en el contrato.
8. **DEPENDIENTES DIRECTOS:** Incluya la información de sus dependientes directos.
  - Las primeras dos líneas, están reservadas para la información de su cónyuge.
  - Si no tiene cónyuge y tiene otros dependientes directos (Ej. hijos) escriba la información a partir de la línea de cónyuge.
  - Los hijos son elegibles como dependientes directos hasta cumplir los 26 años de edad.
9. **DEPENDIENTES OPCIONALES:** Incluya la Información de sus dependientes opcionales en el mismo formato de los dependientes directos.
  - Los hijos solteros mayores de 26 años que son estudiantes solo cualifican como dependientes opcionales si dependen sustancialmente de dicho empleado para su sustento. Es responsabilidad del empleado asegurado o suscriptor demostrar que sus dependientes opcionales cumplan con estos requisitos.
  - Es importante que a los dependientes opcionales que se acojan a la cubierta de Medicare incluyan la dirección postal de cada dependiente.
  - La cubierta del dependiente opcional será igual a la del Suscriptor Principal, excepto en Medicare.
  - Favor de seleccionar el médico primario para cada dependiente opcional e indicar número del grupo médico.
  - Serán elegibles a cubiertas de Medicare Advantage aquellos **dependientes opcionales de empleados activos**, siempre y cuando no estén acogidos a Medicare por razones de incapacidad o condición crónica renal.
  - Si incluye a un **dependiente opcional** con las partes A y B de Medicare, tiene que incluir copia de la tarjeta de Medicare.
10. **SEGURO DE VIDA:** Sólo el suscriptor principal. Complete la información sobre la designación de **beneficiarios** para la cubierta de Seguro de Vida. De necesitar más espacio para los beneficiarios deberá indicar en la solicitud que incluirá los beneficiarios en un anejo, debidamente firmado.
11. **CÓMPUTO DE PRIMA:** Favor de verificar que en el cómputo de Prima se hayan incluido todas las cubiertas solicitadas y dependientes opcionales. Verificar que esté correcto antes de firmar la solicitud.
12. Verificar que esté firmada por el orientador o vendedor.
13. **Firme** la solicitud y escriba la **fecha en que entregó la solicitud**.
14. Asegúrese que la información suministrada esté correcta y completa. La falta de información solicitada puede ocasionar que la solicitud no sea procesada hasta que provea la información requerida.
15. Retenga la segunda hoja de la solicitud con el acuse de recibo del Plan. El original deberá ser entregado a First Medical Health Plan, Inc., y la copia a la Agencia o Municipio.

**AVISO ANTIFRAUDE**

Cualquier persona que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado con pena de multa no menor de cinco mil (\$5,000) dólares, ni mayor de diez mil (\$10,000) dólares, o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años. El incumplimiento de las disposiciones de este Artículo conllevará la imposición de una multa administrativa que no será menor de (\$1,000) mil dólares ni mayor de (\$5,000) cinco mil dólares.

Una vez usted como beneficiario esté cubierto bajo el plan o incluido en la cubierta, su plan no puede ser revocado o enmendado, a menos que no realice el pago de la prima y cumpla con los períodos de gracia que concede el Código de Seguros; que haya realizado un acto constitutivo de fraude; o haya realizado, intencionalmente una falsa representación que esté prohibida por el plan, o cualquier otro acto que represente un delito, sobre un asunto importante y material para la aceptación del riesgo, o para el riesgo asumido por el asegurador.

La no inclusión de este aviso en los formularios indicados no constituirá defensa para el asegurado o tercero reclamante que no cumpla con las disposiciones de este Artículo. (Artículo 27.320 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A. Secc. 2732, según enmendado el 8 de enero de 2004).

Reconozco que este formulario de Inscripción/Cambio contiene información confidencial y privilegiada, la cual ha sido suministrada de forma libre y voluntaria. La información aquí contenida es para uso exclusivo de la persona o entidad a la cual va dirigida. Autorizo al Plan a que remita información confidencial y privilegiada al correo electrónico provisto. La distribución o divulgación de dicha información a terceros sin previa autorización está totalmente prohibida.

Autorizo al Plan a recopilar, usar o divulgar información protegida para propósitos de mercadeo de bienes o servicios o para cualquier beneficio comercial de otro tipo. Además, autorizo a recibir en mi correo electrónico o mi celular mensajes promocionando servicios existentes o nuevos del Plan. Esta autorización estará vigente por un término de 24 meses y podrá revocarse por escrito en cualquier momento. El no firmar esta autorización no afectará los beneficios de mi cubierta.

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Declaración**

Por la presente solicito del Plan cubierta de beneficios para mí y mis dependientes, si alguno. Entiendo que esta solicitud está sujeta a la aceptación del Plan y que los servicios provistos están sujetos a los beneficios, limitaciones y exclusiones conforme a las descritas en el Contrato Uniforme. Certifico que he recibido copia de la Ley o resumen de los derechos y responsabilidades del paciente, según lo establece la Ley 194 "Carta de Derechos del Paciente" Certifico que la información en esta solicitud es correcta y autorizo al Plan a verificar la misma. Autorizo al Plan a ofrecer información sobre la elegibilidad y Cubiertas a la Administración de Seguros de Salud (ASES). Autorizo al Plan a obtener de proveedores de información médica relacionada a mí o mis dependientes que sea necesaria para la administración del plan. Autorizo a mi patrono a deducir de mi sueldo y enviar al Plan la cantidad necesaria para el pago de mi plan médico.



## **CARTA NORMATIVA 21-0210-07**

10 de febrero de 2021

**A: SECRETARIOS, DIRECTORES Y ALCALDES DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO**

**RE: SERVICIOS MÉDICOS CONTRATADOS AL AMPARO DE LA LEY NÚM. 95 DE 29 DE JUNIO DE 1963, SEGÚN ENMENDADA PARA EL AÑO CONTRATO 2021**

En la Carta Circular 1300-07-09 remitida por el Departamento de Hacienda se establecen las instrucciones generales a seguir para el trámite y pago de los planes de servicio de salud de los empleados públicos del Gobierno de Puerto Rico. De acuerdo con las disposiciones de la Ley Núm. 95 de 29 de junio de 1963 (Ley 95-1963), se formalizarán contratos de servicios de salud para el año 2021 con vigencia del 1 de junio de 2021 al 31 de mayo de 2022. El periodo de orientación y selección de planes médicos para este año contrato será desde el 5 de abril de 2021 hasta el 14 de mayo del 2021.

Puerto Rico, al igual que el resto del mundo, sigue bajo la emergencia provocada por la pandemia de COVID-19. Ante esta situación, se siguen tomando medidas de prevención como evitar el aglomeramiento de personas, trabajo escalonado, trabajo remoto y el distanciamiento social, así como el uso de mascarillas y sanitización constante. Es virtualmente imposible llevar a cabo un proceso de suscripción regular ante este escenario.

Ante este panorama, ASES ha tomado la determinación, al igual que el año pasado, de autorizar un proceso de suscripción pasiva. Esto quiere decir, que las aseguradoras podrán suscribir, de manera automática, a todos los empleados suscritos actualmente a alguno de sus productos. De esta manera, se garantiza que ningún empleado público se queda sin cubierta en un momento en que es tan necesario. En los casos en que el asegurado desee solicitar un cambio de aseguradora, será responsable de solicitar la correspondiente carta de cancelación.

La fecha brindada por el Departamento de Hacienda para que las aseguradoras entreguen el archivo de suscripción es el lunes, 17 de mayo de 2021 antes de mediodía. Todo asegurado que no haya solicitado carta de cancelación o cambio de producto a su aseguradora actual en o antes del viernes 14 de mayo de 2021, será incluido en el archivo



enviado a Hacienda en la fecha y hora antes establecidas. Los asegurados luego tendrán la oportunidad para realizar cambios hasta el 15 de junio de 2021. Estos cambios serán efectivos al 1 de julio de 2021. La aseguradora enviará este archivo de cambios el 17 de junio de 2021 y continuará brindando servicios al asegurado hasta el 30 de junio de 2021.

Así las cosas, todo asegurado quedará suscrito en algún plan médico y podrá transicionar sin la necesidad de hacer desembolso alguno. Las aseguradoras continuarán recibiendo, tanto la aportación patronal como la individual, hasta que entren en vigor los cambios según la fecha de envío al Departamento de Hacienda. **NO SE PERMITIRÁN SUSCRIPCIONES ADICIONALES A PARTIR DEL 15 DE JUNIO DE 2021.** Las únicas excepciones serán casos de nuevo nombramiento, casos de cambios de estatus del empleado y cualquiera otro según expresado en las Cartas Normativas remitidas anteriormente por ASES relacionadas a este menester.

### DISPOSICIONES ESPECÍFICAS:

1. Todo el personal elegible que interese entrar a algún plan de servicios de salud contratado por la Administración de Seguros de Salud (ASES) deberá completar y tramitar su solicitud de ingreso con la entidad aseguradora seleccionada no más tarde del 14 de mayo de 2021 con la debida evidencia de recibo. El empleado retendrá una copia ponchada como evidencia y enviará una copia al área de Recursos Humanos de su agencia. Aquel empleado que alegue que quedó sin cubierta porque la aseguradora extravió o fue negligente con su solicitud, debe poder evidenciarlo con su copia de la solicitud ponchada. Si la solicitud fue completada y enviada por correo, se recomienda que el mismo sea certificado. En su defecto, se tomará como evidencia la fecha del matasello en el sobre para validar que se envió dentro del periodo de campaña. En estos casos, si la solicitud no está ponchada, no se tomará en cuenta. Si el asegurado no cumple con lo antes expuesto, su alegato no será válido. El empleado que se acoja a un plan de servicios de salud auspiciado por una organización de empleados deberá tramitar su solicitud a través de dicha organización. Esta, luego de verificar que el empleado en efecto pertenece la organización de empleados será responsable de enviar el original de la solicitud a la entidad aseguradora dentro del periodo establecido para este oficio. Las entidades aseguradoras NO aceptarán solicitudes después de la fecha límite. Procesar solicitudes fuera de fecha podrá conllevar sanciones administrativas para la entidad aseguradora que entre en esta práctica.
2. La Oficina de Recursos Humanos de cada agencia será responsable de retener las copias de las solicitudes ingreso de su personal para verificar las facturas que reciba la entidad aseguradora.
3. El personal que sea de nombramiento transitorio, cuyo contrato de nombramiento sea menor de seis meses, puede ingresar a los planes de servicios de salud contratados por

ASES, pero no tendrá derecho a la aportación patronal. En estos casos, al llenar la solicitud de ingreso, deberán incluir en la solicitud, en un área visible, la frase **SIN DERECHO A APORTACIÓN PATRONAL**. Estas solicitudes serán entregadas a la entidad aseguradora y copia a la Oficina de Recursos Humanos de su agencia. La Oficina de Recursos Humanos utilizará estas copias para preparar una lista del personal, segregada por entidad aseguradora y organización de empleados. Dicha lista contendrá la información del empleado e identificará al personal transitorio sin derecho a aportación patronal. En ninguna circunstancia, se incluirá a los empleados transitorios con nombramiento menor de seis meses en los medios magnéticos.

4. Las entidades aseguradoras autorizadas a enviar las afiliaciones y los cambios directamente al Área de Tecnología e Información (ATI) del Departamento de Hacienda tendrán hasta mediodía del lunes 17 de mayo de 2021 para entregarlos. En ninguna circunstancia se incluirá en los mismos a los empleados transitorios cuyo nombramiento sea menor de seis meses.
5. Las agencias interesadas en que ATI les procese los descuentos automáticamente para la primera quincena del mes de junio de 2021, lo solicitarán por escrito directamente a ATI. Las agencias tendrán hasta las 2:00 p.m. del 30 de abril de 2021 para someter su solicitud y autorización para que ATI procese sus cambios automáticamente. De no participar en este proceso, la agencia será responsable de efectuar los cambios directamente en el Sistema RHUM (Recursos Humanos Mecanizados). Las agencias serán responsables de entrar las transacciones de personal transitorio cuyo nombramiento sea menor de seis meses.
6. En los contratos formalizados con las organizaciones de empleados, si alguno, el pago de las primas se emitirá a nombre de la entidad aseguradora a través de la cual se prestarán los servicios. En el Anejo 1 se indica a favor de quien se emitirán los pagos correspondientes.
7. Ante la pandemia de COVID-19 y las medidas cautelares vigentes para este año se autorizan como excepción las suscripciones automáticas. Si el asegurado presenta evidencia de haber solicitado cancelación durante el periodo de campaña o el subsiguiente periodo de cambio, y aun así la aseguradora procede a renovar su contrato, esta quedará obligada al pago de una penalidad de cinco mil dólares (\$5,000.00) POR OCURRENCIA, pagaderos a ASES. El asegurado tiene que haber solicitado su carta de cancelación antes de completar el cambio a otra aseguradora. Las aseguradoras también serán responsables de solicitar la carta de cancelación al asegurado en los casos que aplique.

8. Durante el proceso de suscripción solo se permitirá que el empleado entregue una solicitud de afiliación, es decir que solo podrá suscribirse a un producto de una entidad aseguradora. En la eventualidad de que el empleado entregue más de una solicitud a su agencia, es responsabilidad de este que la Oficina de Recursos Humanos de su agencia complete esta transacción.
  
9. El asegurador emitirá las tarjetas de identificación al asegurado principal y sus dependientes, incluida la fecha de efectividad del plan, no más tarde de 15 días después de recibida la hoja de suscripción del asegurado. Para evidenciar el envío de tarjetas se utilizará el formulario PS Form 3877, Certificate of Mailing, que provee la oficina del correo. En este se indicará el nombre y la dirección del asegurado y será certificado por el funcionario del correo. En caso de que por alguna circunstancia imprevista la entidad aseguradora no pueda cumplir con la entrega de tarjetas, esta enviará una certificación de cubierta al asegurado, no más tarde de 15 días después del recibo de la solicitud de suscripción, y completará el formulario PS Form 3877, como evidencia del envío de estas. Si el asegurado no recibe tarjetas o certificación, se comunicará con la entidad aseguradora para solicitar reembolso de cualquier prima pagada por ese mes. La entidad aseguradora queda obligada a reembolsar y/o no facturar los meses que tarde en emitir tarjetas y/o certificaciones. El empleado deberá presentar evidencia de la(s) gestiones realizadas con la entidad aseguradora.
  
10. La vigencia del contrato será hasta el 31 de mayo de 2022 No obstante, aquellos empleados que voluntariamente deseen darse de baja por alguna razón QUE NO SEA INGRESAR A OTRA DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS CONTRATADAS POR ASES, podrán hacerlo en cualquier momento del año contrato, mediante el formulario SC1330, Solicitud de cancelación. En estos casos, el empleado no podrá ingresar a otro plan de salud de los contratados por ASES hasta el próximo periodo de campaña, ni su aportación patronal estará a su disposición por el resto del año contrato. Es responsabilidad del asegurado presentar evidencia de la cancelación de su cubierta a la Oficina de Recursos Humanos o coordinador de planes médicos de su agencia para que esta no remita pagos adicionales a la entidad aseguradora.

Si el asegurado está afiliado al Plan de Salud del Gobierno (Vital) mediante certificación del Programa Medicaid (ELA MI) y este pierde elegibilidad en algún momento del año contrato POR EXCESO DE INGRESOS, este tendrá los próximos treinta (30) días calendarios a partir de que entre en vigor su pérdida de elegibilidad para tramitar un nuevo plan de salud. Sus opciones serán solicitar una cubierta ELA Puro con cualquiera de las aseguradoras de Plan Vital (presentando formulario MA-10 otorgado por Medicaid certificando pérdida de elegibilidad por exceso de ingresos y talonario reciente en la oficina de la aseguradora de Vital correspondiente), o comunicarse con ASES para solicitar carta de cancelación de

aportación patronal (presentando formulario MA-10 otorgado por Medicaid certificando pérdida de elegibilidad por exceso de ingresos). Con esta carta el asegurado podrá suscribirse a otra de las entidades aseguradoras contratadas por ASES DENTRO DEL PERIODO DE TREINTA DÍAS CALENDARIO ANTES ESTIPULADO. Recalcamos que la pérdida de elegibilidad en Medicaid debe ser por exceso de ingreso en cita de revisión con fecha anterior a la fecha de vencimiento del caso. Ninguna de las opciones antes discutidas aplicará a empleados que hagan cierre voluntario o dejen vencer su caso en Medicaid.

11. La única razón válida para que la entidad aseguradora no proceda a cancelar un contrato a solicitud del asegurado es que este adeude primas. Tan pronto la entidad aseguradora reciba la solicitud de cancelación trabajará la misma. Sin embargo, de surgir alguna controversia que pudiese invalidar el pedido del asegurado, la aseguradora tendrá tres (3) días para notificarle a este que la misma no procede. La entidad aseguradora notificará al asegurado el monto de la deuda y por concepto de qué es. El asegurado será responsable de pagar la deuda en su totalidad. De lo contrario, deberá permanecer con la entidad aseguradora por el restante de año contrato.
  
12. Si durante la vigencia del año contrato, el empleado o sus dependientes resultan elegibles para otro plan médico grupal que no sea de Ley Núm. 95-1963, podrá solicitar la baja del plan contratado por ASES. La cancelación tendrá efectividad el primero del mes siguiente si la misma se somete en o antes del día 10 del mes. Si la cancelación se somete después del décimo día del mes, será efectiva al primero del mes subsiguiente. El asegurado no tendrá su aportación patronal disponible para planes grupales fuera de Ley Núm. 95-1963. Además, es responsabilidad del asegurado presentar evidencia de la cancelación de su cubierta a la Oficina de Recursos Humanos o coordinador de planes médicos de su agencia para que esta no remita pagos adicionales a la entidad aseguradora.
  
13. Si durante el año contrato un asegurado deja de ser elegible a otro plan médico, podrá solicitar ingreso a uno de los planes contratados por ASES. En caso del asegurado principal, su aportación no puede haber estado comprometida con otro plan de Ley 95 o mancomunado como dependiente en algún plan bajo alguna otra Ley aplicable. En otras palabras, se estaría utilizando la aportación patronal por vez primera en el año contrato. La solicitud debe ser presentada en un periodo no mayor de treinta días calendario después de la notificación de cancelación del plan anterior. La fecha de efectividad de cancelación se aplicará bajo las mismas condiciones expuestas en el inciso trece.
  
14. Las agencias tienen la obligación de hacer llegar la documentación necesaria que justifique cualquier ajuste hecho en el pago a la entidad aseguradora.

15. Las agencias no podrán utilizar el sistema de RHUM para hacer reembolsos a entidades aseguradoras una vez vencido el periodo de contratación.
16. En casos de asegurados que estén en licencia por enfermedad, las agencias tienen que efectuar el pago una vez se recibe la gestión de cobro del plan y no pueden esperar hasta que el empleado regrese a funciones.
17. En caso de fallecimiento del asegurado principal, sus dependientes tendrán derecho al beneficio de plan de salud mediante aportación patronal siempre y cuando el deceso ocurre una vez completada la primera quincena del mes. Esto es cónsono con la Carta Circular 1300-07-09 del 12 de noviembre de 2008, año fiscal 2008-2009, página 2, inciso 4 que establece que todo empleado que trabaje 15 días o más durante el mes tiene derecho a la aportación patronal completa del mes. Esto aplicará de igual manera cuando el fallecido haya estado mancomunando su aportación patronal.

#### **LEY 158 DE AGOSTO DE 2006:**

Esta Ley dispone que las uniones que están bajo la Ley Núm. 45 del 25 de febrero de 1998, según enmendada, mejor conocida como la Ley de Sindicalización de Empleados Públicos, tendrán derecho a que el representante exclusivo negocie directamente a nombre de estos, el plan de servicios de salud para sus respectivas matrículas. Las agencias con empleados con cubierta médica al amparo de la Ley Núm. 158-2006 tomarán las siguientes medidas:

1. La unión notificará oficialmente a la agencia, a ASES y a sus unionados que se están acogiendo a la mencionada Ley Núm. 158-2006 y la entidad aseguradora seleccionada.
2. La agencia solicitará a la unión copia de la solicitud de afiliación de cada empleado. La agencia no podrá ingresar en bloque a todos los unionados del plan, solo aquellos cuya solicitud sea presentada por la unión.
3. La agencia acordará con la unión la forma en que se realizarán los descuentos. El pago de estos descuentos será a favor de la entidad aseguradora seleccionada.
4. La agencia acordará con la ASES la forma en que realizará los cambios y será responsable de enviar los mismos a ATI en los medios magnéticos requeridos.
5. La unión velará que los descuentos sean realizados a su matrícula y que los servicios de salud sean prestados a esta.

6. El unionado gestionará toda reclamación o querrela directamente con la unión o persona/entidad que este designe para este oficio.
7. El plan médico será seleccionado será compulsorio par todos los unionados, exceptuando los siguientes escenarios:
  - a. Que el asegurado presente evidencia de desafiliación de la unión.
  - b. Si el asegurado está afiliado al Plan de Salud del Gobierno (Vital) mediante certificación del Programa Medicaid (ELA MI) y este pierde elegibilidad en algún momento del año contrato POR EXCESO DE INGRESOS, este tendrá los próximos treinta (30) días calendarios a partir de que entre en vigor su pérdida de elegibilidad para tramitar un nuevo plan de salud. Sus opciones serán solicitar una cubierta ELA Puro con la misma aseguradora de Vital (presentando formulario MA-10 otorgado por Medicaid certificando pérdida de elegibilidad por exceso de ingresos y talonario reciente en la oficina de la aseguradora Vital correspondiente más cercana), o comunicarse con ASES para solicitar carta de cancelación de aportación patronal (presentando formulario MA-10 otorgado por Medicaid certificando pérdida de elegibilidad por exceso de ingresos). Con esta carta el asegurado podrá suscribirse a la entidad aseguradora seleccionado la unión DENTRO DEL PERIODO DE TREINTA DÍAS CALENDARIO ANTES ESTIPULADO. Recalcamos que la pérdida de elegibilidad en Medicaid debe ser por exceso de ingreso en cita de revisión con fecha anterior a la fecha de vencimiento del caso. Ninguna de las opciones antes discutidas aplicará a empleados que hagan cierre voluntario o dejen vencer su caso en Medicaid.
  - c. Cuando mancomuna con el cónyuge, según dispuesto en la Ley Núm. 88 del 7 de junio de 2011.
  - d. El empleado no desee acogerse a la entidad aseguradora seleccionada. De ser así, este no tendrá su aportación patronal disponible para acogerse a ninguna de las entidades contratadas por ASES ni para pago de cubierta de pago directo.
8. El asegurado no podrá hacer cambios de plan médico durante el año, salvo el escenario discutido en el punto (b) de las excepciones; empleados que pierden elegibilidad a Mi Salud por exceso de ingresos en algún momento del año contrato.

9. En caso de haber una desafiliación de la unión según ilustrado en el inciso (a), y en cumplimiento con el dictamen del Tribunal Supremo en el caso Janus vs AFCSME, 585 U.S. \_\_\_ (2018), el asegurado sí podrá disponer de la aportación patronal que le corresponda para acogerse a cualquiera de los planes negociados por ASES al amparo de la Ley Núm. 95-1963 según enmendada.
10. Si durante la vigencia del contrato el asegurado es reclasificado y pasa a ser gerencial, este dejará de ser el elegible al plan médico negociado al amparo de la Ley Núm. 158-2006. En estos casos, el empleado tendrá los próximos treinta (30) días calendario a partir de la fecha en que tiene conocimiento del cambio para acogerse a cualquiera de las entidades aseguradoras contratadas por ASES al amparo de la Ley 95. El empleado debe presentar a la aseguradora la certificación de la agencia evidenciando que ya no es unionado y la evidencia de la cancelación de la cubierta de servicios de salud que tenía bajo la Ley Núm. 158-2006.

Aquel empleado que comience al año contrato como gerencial y luego sea reclasificado como unionado tendrá los próximos treinta (30) días calendario a partir de la fecha en que tiene conocimiento del cambio para cogerse a la entidad aseguradora seleccionada por la unión a la que ahora pertenece. Debe presentar a la unión certificación de la agencia que indique que ya no es gerencial y la evidencia de la cancelación de la cubierta que tenía al amparo de la Ley 95.

#### **LEY NUM. 117 DE AGOSTO DE 2016:**

Esta Ley dispone que aquellas organizaciones bona fide que representen pensionados del Gobierno, sus agencias, corporaciones públicas, dependencias e instrumentalidades podrán convocar a sus miembros en asamblea, para que sean éstos por el voto expreso de la mayoría que constituya quórum convocada para estos efectos, tomar la determinación de negociar los beneficios del plan de salud. La organización bona fide nombrará un Comité Evaluador de Planes de Salud, que sea representativo de los distintos sectores e intereses de los miembros de su matrícula. Este Comité será responsable de analizar y evaluar todos los planes de salud en el mercado para seleccionar aquéllos que ofrecen las primas más bajas o razonables, las mejores cubiertas y beneficios de servicios de salud, y la mejor cubierta de medicamentos. Las agencias con empleados con cubierta médica al amparo de la Ley Núm. 117-2016 tomarán las siguientes medidas:

1. La organización bona fide notificará oficialmente a la agencia, a ASES y a sus miembros los productos a ser ofrecidos al amparo de la mencionada Ley Núm. 117-2016 y la entidad aseguradora seleccionada.

2. La agencia solicitará a la organización copia de la solicitud de afiliación de cada empleado. La agencia no podrá ingresar en bloque a todos los miembros de la organización, solo aquellos cuya solicitud sea presentada por la esta.
3. La agencia acordará con la organización la forma en que se realizarán los descuentos. El pago de estos descuentos será a favor de la entidad aseguradora seleccionada.
4. La agencia acordará con la ASES la forma en que realizará los cambios y será responsable de enviar los mismos a ATI en los medios magnéticos requeridos.
5. La organización velará que los descuentos sean realizados a su matrícula y que los servicios de salud sean prestados a esta.
6. El miembro de la organización gestionará toda reclamación o querrela directamente con la organización o persona/entidad que este designe para este oficio.
7. El plan médico seleccionado NO es de carácter compulsorio para los miembros de la organización. La suscripción a cualquiera de los productos ofrecidos al amparo de esta Ley será de manera libre y voluntaria.
8. El calendario de vigencia, suscripción, procesos administrativos y cualquier otro menester estará sujeto al establecido por ASES para estos menesteres. ASES es la entidad facultada en Ley para establecer el mismo para todos los productos ofrecidos al amparo de la Ley Núm. 95-1963 y sus enmiendas.

#### **LEY NUM. 88 DEL 7 DE JUNIO DE 2011:**

Esta Ley detalla la disponibilidad de las aportaciones patronales de aquellos cónyuges que sean empleados activos o pensionados en cualquier rama del Gobierno de Puerto Rico, sus agencias, departamentos, municipios, corporaciones públicas, o la Universidad de Puerto Rico y deseen mancomunar la misma.

- 1 La Ley Núm. 88-2011 establece que "Cuando el Juez Presidente del Tribunal Supremo, el Presidente del Senado de Puerto Rico o la Presidenta de la Cámara de Representantes, respectivamente, negocien un plan de seguros de salud o se acoja a alguno de los planes que seleccione la Administración, y ambos cónyuges sean empleados o pensionados en cualquier rama del Gobierno de Puerto Rico, sus agencias, departamentos, municipios, corporaciones públicas o la Universidad de



Puerto Rico, estos podrán acogerse para sí y su familia el plan de su preferencia, y tendrán derecho a que se les apliquen las aportaciones patronales de ambos a dicho plan hasta el máximo de la referida aportación.”

2. El empleado, independientemente de su ubicación en el Gobierno, tendrá derecho a mancomunar, hasta el máximo del beneficio otorgado, su aportación patronal para allegar un plan médico para sí y su familia.
3. En el caso de los pensionados con Medicare Partes A y B, ambos cónyuges tienen que cumplir con este requisito. Anteriormente existían productos híbridos en los que el principal tenía Partes A y B de Medicare y podía tener a su cónyuge como dependiente aun cuando este(a) no tuviera Medicare. Estos productos ya no están disponibles, por lo que se hace la salvedad en esta Carta Circular.

### ENTIDADES MEDICARE ADVANTAGE PARA PENSIONADOS CON MEDICARE A Y B AÑO 2021

Entidad
HUMANA Insurance
MCS Advantage, Inc.
MMM Holdings, LLC
Triple – S Advantage

### ENTIDADES ASEGURADORAS PARA EMPLEADOS ACTIVOS Y PENSIONADOS SIN PARTES A Y B DE MEDICARE AÑO CONTRATO 2021

Entidad
SSS Salud
First Medical
PROSSAM
Plan de Salud Menonita

### DISPOSICIONES GENERALES:

1. Las entidades aseguradoras serán responsables de ofrecer orientaciones, adiestramiento e información a sus representantes y funcionarios, antes y durante la campaña de orientación y selección de planes médicos. Además, serán responsables de notificar a los asegurados cualquier cambio en cubierta y mantener evidencia de estos. Todo cambio en cubierta contemplado por la entidad aseguradora deberá ser sometido con

anterioridad a ASES para su evaluación y aprobación. No se hará cambio en cubierta alguno sin satisfacer este requisito.

2. El trámite y pago de las entidades aseguradoras se registrará por las Disposiciones de la Carta Circular 1300-07-09 remitida por el Departamento de Hacienda. También estará sujeto a que las entidades sometan el informe de utilización mensual por producto (Anejo 15) al Área de Asuntos Fiscales de ASES. Esto es esencial para preparar la Carta de Autorización de Pago de Primas al Área del Tesoro del Departamento de Hacienda. Sin este documento, las entidades no recibirán el pago correspondiente de primas para ese mes.
3. La Oficina de Recursos Humanos de cada agencia solicitará el certificado de matrimonio actualizado, en los casos que este aplique. En caso de las personas cohabitantes, solicitará la declaración jurada conocida como "Certificado de Elegibilidad" con todas las disposiciones o requerimientos que este conlleva, según establecido en el artículo 13, páginas 21 a la 23 del Reglamento para la Contratación de los Planes de Beneficios de Salud.
4. Autorizamos a las agencias y entidades aseguradoras contratadas a reproducir el Modelo SC 1330, Solicitud de Cancelación, en sus propias facilidades. Es importante que hagan llegar copia de este a cada uno de los empleados.
5. Será responsabilidad de las agencias entregar esta Carta Circular a cada uno de sus empleados, incluidos los que pertenecen a los distintos Sistemas de Retiro, especialmente al director de la Oficina de Recursos Humanos o Coordinadores de Planes Médicos.

De tener cualquier duda con relación al contenido de esta Carta Normativa, pueden comunicarse con el Sr. Carlos E. Guzmán al (787)474-3300 ext. 2344 o por correo electrónico a la dirección [cguzman@asespr.org](mailto:cguzman@asespr.org).

Cordialmente,

Jorge E. Galva, JD, MHA  
Director Ejecutivo

Anejo



## Anejo 1

### INFORMACION PARA INGRESAR O RENOVAR PLANES MÉDICOS AÑO 2020

1. Las solicitudes de ingreso a los planes de salud deben entregarse a la entidad aseguradora no más tarde del 14 de mayo de 2021 para garantizar efectividad al 1 de junio de 2021.
2. El personal que tenga un contrato transitorio cuyo nombramiento sea menor de seis meses es elegible para afiliarse a las entidades aseguradoras contratadas por ASES, pero sin derecho a la aportación patronal. En este caso, indicará en su solicitud de ingreso la frase SIN DERECHO A PORTACIÓN PATRONAL.
3. El empleado enviará la solicitud de ingreso a la entidad aseguradora y copia a la Oficina de Recursos Humanos de su agencia. El personal que se acoja a un plan de servicios de salud auspiciado por una organización de empleados tramitará su solicitud de ingreso a través de dicha organización.
4. La aseguradora será responsable de emitir las tarjetas de identificación del asegurado y se compromete a trabajar las solicitudes de cancelaciones o bajas al momento de esta ser solicitada por el asegurado.
5. De no recibir la tarjeta o, en su defecto, certificación de cubierta, el asegurado deberá comunicarse con la entidad aseguradora. El asegurado podrá recibir el reembolso o la no facturación del mes o los meses que la entidad aseguradora se demore en emitir las tarjetas o certificaciones. Para esto, presentará pruebas de las gestiones hechas con la aseguradora.
6. Al empleado completar su solicitud de ingreso, deberá llenar todas las partes con la información requerida, según aparece en la agencia.
7. Cuando un empleado desee mancomunar su aportación patronal y su cónyuge presta servicios en otra entidad, completará el modelo SC 1335, Certificación Para Acogerse a Plan Mancomunado. Toda instrumentalidad del Gobierno de Puerto Rico tiene que hacer el arreglo que permita la mancomunación de los cónyuges, independientemente de su ubicación en el Gobierno. Esto, según dispuesto en la Ley 88 de 7 de junio de 2011.
8. Después del 14 de mayo de 2021 no se tramitará solicitud de ingreso alguna, con las siguientes excepciones:

- a. Personal de nuevo nombramiento. Estos tendrán sesenta días a partir de la fecha de efectividad de su nombramiento.
- b. Personal que comenzó el año como unionado y pasó a ser gerencial y viceversa.
- c. Personal que luego del 14 de mayo de 2021 se acoja a beneficios de Retiro, que interesen continuar o renovar con alguna de las entidades aseguradoras contratadas por ASES. Esto aplica a los empleados que se acogen a Retiro sin el beneficio de la aportación patronal según dispuesto en la Ley 3 del 4 de abril de 2013. Estas solicitudes deberán tramitarse a la entidad correspondiente con no menos de sesenta días de antelación a la fecha en que cesará funciones.

9. Si el asegurado cesa en sus funciones tendrá la opción de seguir o no con el mismo, mediante pago directo. De continuar con este, retendrá sus tarjetas y le informará su decisión a su supervisor inmediato mediante el Formulario SC 1339, Certificación de Conversión de Plan Médico en Casos de Renuncia o Cesantía. Si el empleado opta por no continuar con el plan médico, deberá notificarlo directamente a la entidad aseguradora. Además, entregará a su supervisor su tarjeta y toda aquella de sus dependientes. Este beneficio se aplica tan solo hasta el final del año contrato vigente en ese momento y será responsabilidad del asegurado pagar la prima completa del plan médico.

10. Si el asegurado principal cesa, sea por defunción, renuncia o cesantía, pero prestó servicios por un periodo menor de 15 días de cualquier mes, salvo por licencia de enfermedad autorizada, no se le contará dicho periodo como trabajado para pago de aportación patronal. La misma será pagada en su totalidad por el asegurado.

11. El asegurado viene a notificar por escrito a su plan médico los siguientes cambios:

- a. Destitución o suspensión de empleo y sueldo – iniciará la fecha de efectividad de la destitución o suspensión y su dirección. En los casos de suspensión, indicará, también la fecha de vencimiento de esta. Si su plan es mancomunado, enviará copia de la comunicación a la agencia donde preste servicios el cónyuge para la acción correspondiente. Al cónyuge del asegurado principal se le hará el descuento del asegurado principal por el tiempo que dure dicha destitución o suspensión de empleo y sueldo.

En caso de suspensión o destitución no confirmada, de continuar con el contrato, el empleado hará los pagos correspondientes a prima de manera total, incluyendo la aportación patronal, directamente a la entidad

aseguradora u organización de empleados. Cuando el funcionario se reincorpore al trabajo, de continuar con el seguro, la agencia hará los ajustes para reembolsarle lo pertinente a la aportación patronal por el periodo de cesantía o suspensión, de acuerdo con la sección 9(c) de la Ley 95. En caso de planes mancomunados, cuando el cónyuge del asegurado principal se reincorpore al trabajo, la entidad aseguradora hará los ajustes para rebajar el descuento al asegurado principal y facturar a la dependencia donde preste servicios el cónyuge que recién se reincorpora a labores.

- b. Licencia sin sueldo, Licencia Militar sin sueldo o Licencia Familiar o Médica (Formulario SC 1334) – Indicará la fecha en que comienza y termina la misma y si continuará o no con el contrato. En caso de ser mancomunado, enviará copia de esta comunicación a la agencia donde preste servicios el cónyuge, para la acción correspondiente.

Si continúa con el contrato, en los casos de licencia por enfermedad sin sueldo, la cubierta continuará en vigor por un periodo que no excederá un año para licencias bajo Ley Núm. 95-1963 o por un periodo que no excederá doce (12) semanas en los casos de licencias bajo la Ley de Licencia Familiar y Médica de 1993 (Public Law 103-3), y tendrá derecho al pago de la aportación patronal correspondiente por el referido periodo.

Cuando un empleado suscrito a un plan de beneficios de salud se acoge a una licencia por enfermedad sin sueldo y determina continuar con el plan de seguro, tendrá derecho al pago de la aportación patronal que no excederá los doce (12) meses, siempre y cuando se reintegre al servicio público al finalizar dicho periodo. Si al cumplirse el año desde la fecha en que se concede la licencia sin sueldo, el empleado no se ha reintegrado a sus labores, habiendo disfrutado de la aportación patronal del Gobierno al plan de beneficios de salud, vendrá obligado a restituir esa cantidad a su agencia. Sin embargo, se podrá eximir de la obligación de restitución de la mencionada aportación, a todo aquel empleado que se acoja a los beneficios de Retiro por una condición de salud debidamente documentada.

Cuando un militar suscrito a un beneficio de servicios de salud se acoge a una licencia militar sin sueldo y determina continuar con el contrato de seguros, deberá notificarle a la entidad aseguradora y al Área de Recursos Humanos de su dependencia. La licencia militar sin sueldo es hasta que la persona regrese y no tiene que devolver la aportación patronal siempre y cuando sea activado para una necesidad específica.

12. Los funcionarios tramitarán por escrito cualquier reclamación por errores directamente a la entidad aseguradora a u organización de empleados dentro de los treinta días siguientes de haber recibido el talonario o alguna notificación de cobro. Solo una de estas condiciones es requisito para que comience el plazo de los treinta días calendario.
13. En los casos de renuncia del cónyuge del asegurado principal en un plan mancomunado, se aplicará al mismo principio que en los casos de destitución o suspensión.
14. Si durante la vigencia del contrato, el funcionario o sus dependientes son elegibles para ingresar a otro plan médico que no sea uno de los contratados por ASES, podrá solicitar la cancelación a la entidad aseguradora a la que pertenece. En estos casos, la fecha de cancelación dependerá de la fecha en que se solicite la misma. Si se somete en o antes del día diez del mes, será efectiva al primero del mes siguiente. Si la solicitud se radica después del día diez, la cancelación será efectiva el día primero del mes subsiguiente.
15. Los empleados que se acojan a un plan médico auspiciado por una organización de empleados deberán canalizar su solicitud de ingreso directamente a la organización que corresponda.
16. Las reclamaciones de servicios se tramitan por escrito directamente a la entidad aseguradora u organización de empleados correspondiente, dentro de los sesenta (60) días siguientes de haber recibido algún servicio cubierto por su póliza.