



**ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
MUNICIPIO AUTÓNOMO DE CAGUAS
CAGUAS, PUERTO RICO**

ORDEN EJECUTIVA NÚMERO: 2018-003

DEL HONORABLE WILLIAM E. MIRANDA TORRES, ALCALDE DEL MUNICIPIO AUTÓNOMO DE CAGUAS, PARA ESTABLECER EL PROTOCOLO INTERNO PARA ADMINISTRAR EL PROGRAMA DEL BENEFICIO DEL PLÁN MÉDICO.

POR CUANTO: El Artículo 3.009 de la Ley de Municipios Autónomos, Ley Núm. 81 del 30 de agosto de 1991, según enmendada, 21 L.P.R.A. § 4109 inciso (c) establece que el Alcalde como la máxima autoridad de la Rama Ejecutiva estará facultado para promulgar y publicar las reglas y reglamentos municipales.

POR CUANTO: La Asamblea Legislativa aprobó una medida (Ley Núm. 63 del 21 de junio de 2010) para adicionar un inciso (v) al Artículo 2.004 de la Ley Núm. 81, supra, con el objetivo de facultar a los gobiernos municipales a negociar y contratar directamente, sin la intervención del Departamento de Hacienda y la Oficina de Seguros Públicos, aquellos seguros y fianzas que deben adquirir para sus municipios, **incluyendo los seguros de salud para sus empleados**. Es una realidad que las pólizas que contrata la Oficina de Seguros Públicos en muchas ocasiones no se ajustan a la realidad sobre los riesgos que el municipio debe contratar, y sus deducibles son extremadamente altos. (Énfasis suplido).

POR CUANTO: El 22 de octubre de 2010 se aprobó la Ordenanza Municipal Núm. 10B-17 que constituye la Junta Asesora Permanente que le permite al Municipio negociar con entidades de seguros de servicios de salud, debidamente autorizados a hacer negocios en Puerto Rico y certificados por el Comisionado de Seguros y seleccionar la entidad que presente la mejor propuesta de un plan de salud grupal que sea la más confiable, costo efectiva y accesible y con los mejores beneficios para los empleados del Municipio Autónomo de Caguas.

POR CUANTO: Según la disposición anterior, luego de siete (7) años de la promulgación de la Ordenanza antes indicada, se hace necesario establecer un protocolo que disponga todo lo necesario para administrar adecuadamente el Programa de Beneficio del Plan Médico de nuestros empleados.


POR TANTO: YO, WILLIAM E. MIRANDA TORRES, ALCALDE DEL MUNICIPIO AUTÓNOMO DE CAGUAS, EN EL EJERCICIO DE LAS FACULTADES QUE ME CONFIERE LA LEY ORDENO LO SIGUIENTE:

SECCIÓN 1RA.: Adoptar el Protocolo Interno para Administrar el Programa de Beneficio del Plan Médico, el cual se hace formar parte de la presente Orden Ejecutiva en el Anejo I.

SECCIÓN 2DA.: La Oficina de Recursos Humanos establecerá el procedimiento a seguir para garantizar que todos los empleados sean orientados y que la administración del plan médico seleccionado se realice conforme al proceso establecido.

SECCIÓN 3RA.: Esta Orden Ejecutiva entrará en vigor inmediatamente.

En Caguas, Puerto Rico, hoy 7 de febrero de 2018.



William E. Miranda Torres
Alcalde

Anejo I

Tabla de Contenido

Artículo 1 - Título	2
Artículo 2 - Base Legal	2
Artículo 3 - Propósito.....	2
Artículo 4 - Aplicabilidad	3
Artículo 5 – Definiciones.....	3
Artículo 6 – Junta Permanente del Plan Médico Grupal.....	5
Artículo 7 – Área de Bienestar, Salud y Seguridad Laboral.....	7
Artículo 8 – Inscripción del Plan Médico	7
Artículo 9 – Parejas de hecho	9
Artículo 10 – Cambios y Cancelaciones.....	11
Artículo 11 – Responsabilidades del Patrono	14
Artículo 12 – Responsabilidades del Empleado	15
Artículo 13 – Beneficiarios de <i>Medicaid</i>	15
Artículo 14 – Penalidades	16
Artículo 15 – Vigencia.....	17
Artículo 16 – Cláusula de Separabilidad	17

Administración e inscripción al beneficio del plan médico del Municipio Autónomo de Caguas

Artículo 1 - Título

Este Protocolo se conocerá como “Administración e inscripción al beneficio del plan médico del Municipio Autónomo de Caguas”.

Artículo 2 - Base Legal

Este Protocolo se acoge en virtud de la Ley Número 81 del 30 de agosto de 1991, según enmendada, conocida como Ley de Municipios Autónomos del Estado libre Asociado de Puerto Rico, que faculta al Alcalde en su Artículo 3.009, entre otras, para promulgar y publicar normas, reglas y reglamentos para el buen funcionamiento del Municipio.

Asimismo, se adopta este Protocolo en virtud de la Ley Núm. 63 del 21 de junio de 2010, según enmendada, la cual enmendó la Ley de Municipios Autónomos, permitiendo que los gobiernos municipales puedan negociar y contratar directamente con los seguros y finanzas que deben adquirir para sus municipios, incluyendo los seguros de salud, sin la intervención del Departamento de Hacienda y la Oficina de Seguros Público.

De igual manera, este Protocolo se incorpora a tenor con la Ordenanza Municipal 10B-17, Serie: 2010-2011, que establece la Junta Asesora Permanente la cual negociará los contratos de los planes médicos del Municipio.

Por su parte, la Ordenanza Número 12 del Año Fiscal 2015-2016, dispone en su Capítulo 2, la autorización:

“Para establecer el procedimiento de Codificación de las Leyes Municipales del Municipio Autónomo de Caguas”.

Artículo 3 - Propósito

Como parte de su misión de proveer a su personal una mejor calidad de vida, el Municipio Autónomo de Caguas ofrece a sus empleados un plan médico grupal que les beneficie mediante un acceso fácil a los servicios médicos que asegure los más altos estándares de calidad en servicio y cuente con una amplia red de proveedores.

Artículo 4 - Aplicabilidad

La aplicación de este Protocolo se extiende a todo empleado con un nombramiento regular, de confianza y transitorio. En el caso de los empleados cuyos puestos se solventen mediante propuesta o asignación especial de fondos, este beneficio se les otorgará solamente si así se dispone en dichas propuestas.

Artículo 5 - Definiciones

En adelante, toda palabra en masculino significará el femenino y viceversa; y toda palabra en singular significará el plural y viceversa.

A los fines de este Protocolo, los siguientes términos y frases tendrán los significados que a continuación se expresan:

- A. **Aportación patronal** - Beneficio que otorga el Municipio para cubrir una porción de los gastos de Plan Médico de los empleados que estén cobijados por este Protocolo. Esta aportación estará disponible sólo para aquellas cubiertas del Plan Grupal del Municipio o las provistas por la Ley Núm. 95 del 29 de junio de 1963, conocida como "Ley de beneficios de salud para empleados públicos".
- B. **Aseguradora** - Compañía certificada por el Comisionado de Seguros para ofrecer servicios de plan médico en Puerto Rico que incluya cubierta básica, farmacia, hospital, laboratorios y dental.
- C. **Autorización de Descuento de Nómina** - Autorización que el empleado otorga al Municipio para que se descuenta de su salario su aportación individual al Plan Médico.
- D. **Compañía de Corretaje** - Compañía contratada para asesorar al Municipio en todos los asuntos relacionados con el plan médico y apoyar en la revisión y negociación para seleccionar una aseguradora. Esta compañía deberá contar con las licencias requeridas en Puerto Rico para trabajar el campo de los seguros de salud.
- E. **Cubierta acreditable para Medicare** - Corresponde a los beneficios de salud o la cubierta provista por el Título XVIII de la Ley de Seguro Social, 42 U.S.C.1395c -1395w-4.

- F. **Cubierta básica** - Cubierta de seguro que incluye los servicios de hospital y sala de emergencia, visitas a médicos, rayos x, laboratorios, otras pruebas médicas, y otros beneficios misceláneos. Excluye Gastos Médicos Mayores (*Major Medical*).
- G. **Cubierta de farmacia** - Cubierta de seguro para facilitar la adquisición de medicamentos a base de descuentos del costo en las modalidades principales de medicamento genérico o de marca.
- H. **Cubierta dental** - Parte de la cubierta de seguro en un plan de salud, que generalmente cubre servicios prestados por un odontólogo tales como diagnósticos, preventivos, restaurativos, cirugía oral y maxilofacial, periodoncia, prostodoncia, endodoncia y ortodoncia.
- I. **Cubierta de *Major Medical*** - Tipo de cubierta diseñada para ayudar a cubrir algunos gastos médicos mayores, en los que se paga una porción de unos servicios que generalmente no se cubren a través del plan médico básico, por su naturaleza o el impacto económico de los mismos.
- J. **Cubierta de plan médico mancomunada** - Mecanismo que puede utilizar el empleado cuando su pareja de hecho o cónyuge labora en el Municipio, así como por uno de los cónyuges o pareja de hecho que labore en el Municipio, pero su cónyuge o pareja de hecho, labore en otra instrumentalidad del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Este tipo de cubierta le permite incluir a su pareja o cónyuge bajo la aportación del Municipio, en el primer caso o, traer la aportación patronal de la instrumentalidad al Municipio, en el segundo.
- K. **Dependientes** - Miembros del núcleo familiar que se identifican como cónyuge, pareja de hecho e hijos del asegurador principal o cónyuge, según definido en el contrato de seguro.
- L. **Junta Permanente** - Consejo constituido mediante Ordenanza Municipal para manejar todos los asuntos relacionados a la negociación y el buen funcionamiento del plan médico grupal.
- M. **Miembro del núcleo familiar** - Se consideran como tal el cónyuge, la pareja de hecho, los hijos, los hijastros y los menores cuya custodia se ostenta mediante orden del Tribunal.

- N. **Parejas de hecho** - Personas adultas, solteras, con plena capacidad legal, que cohabitan como pareja en una residencia común sin estar casados entre sí, libre y voluntariamente, de forma pública y estable, por más de un (1) año, con clara intención de continuar dicha relación afectiva, y no están relacionadas dentro del cuarto grado de consanguinidad o el segundo de afinidad. Entiéndase, que no están relacionados por lazos familiares entre padres, suegros, hijos, yernos, nueras, abuelos, cuñados, nietos, bisabuelos, tíos, sobrinos, biznietos o primos hermanos.
- O. **Plan de seguro médico** - Beneficio que se ofrece para el cuidado de la salud y que ayuda a cubrir algunos gastos médicos a través de una cubierta de salud básica y de farmacia, que incluye los beneficios de salud esenciales y cubierta dental.
- P. **Plan médico grupal** - Consiste en la cubierta que emite una compañía aseguradora debidamente acreditada para un grupo de empleados de una organización (o del Municipio) que abarca diversos beneficios médicos, hospitalarios y farmacológicos.
- Q. **RFI (*Request for Information*)** - Documento en el cual se identifica la información de credenciales que se le solicita a la aseguradora para revisar su acreditación, solvencia y estabilidad económica.
- R. **RFP (*Request for Proposal*)** - Documento en el cual se incluyen las especificaciones y requisitos identificados por el Municipio para el paquete de beneficios de cubierta médica con el que deberá cumplir la compañía aseguradora que proveerá los servicios.
- S. **Renovación automática** - Proceso que se da de manera automática a la fecha de vencimiento del plan médico con el propósito de extender su vigencia por un período similar adicional, siempre que dicho proceso se inste en razón de que los términos y condiciones previamente pactados, quedan inalterados.

Artículo 6 - Junta Permanente del Plan Médico Grupal

- A. La Junta Permanente se constituye mediante Ordenanza Municipal y se compone de los siguientes miembros: el Director(a) de la Oficina de Recursos Humanos, quien preside la Junta, el Director(a) de la Oficina de

Finanzas, el Administrador(a) de Bienestar Integral, un representante de los empleados y un representante de la Legislatura Municipal.

B. La Junta Permanente tendrá a su cargo las siguientes responsabilidades:

1. Recibir y evaluar las propuestas de servicios de corretaje, consultoría y beneficios, relacionados con los planes de salud.
2. Presentar al Alcalde la recomendación sobre el corredor a seleccionar.
3. Notificar, por escrito a los corredores no seleccionados.
4. Establece las garantías de cumplimiento *performance guarantee*.
5. Entregar la carta de nombramiento al corredor seleccionado.
6. Participar activamente en la revisión de RFI, RFP y en todo el proceso de negociación para seleccionar la aseguradora que brinde los mejores servicios, con una amplia red de proveedores a un costo accesible para los empleados.
7. Recomendar al Alcalde la aseguradora a contratar.
8. Apoyar al Área de Bienestar y Salud Laboral en la coordinación y orientaciones durante el período de inscripción.
9. Revisar el contrato con la aseguradora y el acuerdo de servicios con la compañía de corretaje.
10. Velar por el cumplimiento y calidad de los servicios de la aseguradora y la compañía de corretaje.
11. Dar seguimiento a la ejecución de las garantías de cumplimiento *performance guarantee* y del plan de trabajo establecido con la compañía de corretaje.
12. Evaluar el informe de experiencia entregado por la aseguradora y somete sus recomendaciones de acuerdo a los hallazgos.

13. Mantenerse actualizada sobre la legislación relacionada al plan médico y en los comunicados emitidos por ASES y el Comisionado de Seguros.
14. Apoyar en todos los asuntos que contribuyan al buen funcionamiento y servicio por parte de la compañía de corretaje y la aseguradora.

Artículo 7 - Área de Bienestar, Salud y Seguridad Laboral

- A. El Área de Bienestar, Salud y Seguridad Laboral administrará todo lo relacionado al plan médico, teniendo entre sus responsabilidades:
1. Manejar las suscripciones, cancelaciones y, cambios de selección.
 2. Canalizar las peticiones de reembolsos, duplicados de tarjetas, certificaciones y toda consulta realizada por el empleado.
 3. Coordinar la entrega de tarjetas, certificados de beneficio y cualquier material educativo sometido por la aseguradora.
 4. Establece el plan de trabajo con la aseguradora, incluyendo la coordinación de actividades de prevención y promoción de salud.

Artículo 8 – Inscripción del plan médico

A. Proceso de inscripción

1. El Municipio, en acuerdo con la aseguradora, determinará cuál será el período de inscripción al plan médico grupal.
2. Para completar la inscripción el empleado deberá cumplir con lo siguiente:
 - a. Completar la solicitud de inscripción en todas sus partes.
 - b. De incluir al cónyuge en la cubierta, deberá someter en la primera inscripción el certificado de matrimonio, cuya fecha de expedición no podrá exceder los treinta (30) días.
 - c. De tratarse de parejas de hecho, deberán cumplir con los estándares establecidos en el Artículo 9 de este Protocolo.

- d. De incluir a los hijos(as), deberá presentarse el Certificado de Nacimiento y copia de la tarjeta del Seguro Social.
 - i. La edad máxima es hasta los 26 años.
 - e. Para incluir a los hijastros tendrá que presentar el Certificado de Matrimonio.
 - f. En caso de parejas de hecho, deberán cumplir con los estándares establecidos en el Artículo 9 de este Protocolo.
 - g. En los casos en que se trate de adopción o custodia mediante el Tribunal, el empleado tendrá que someter copia de la Resolución emitida por el Tribunal.
3. En el caso de nuevos nombramientos, o cambios en el status del puesto de un empleado que cuente con la aportación patronal de plan médico, la fecha de efectividad de la cubierta será la siguiente:
 - a. Si el nombramiento o cambio es al primero (1) del mes su plan médico será efectivo de inmediato.
 - b. Si el nombramiento o el cambio es al decimosexto (16) día, su efectividad será al primero (1) del mes próximo.
 4. Todo empleado nuevo o con cambio de status tendrá un período de treinta (30) días calendario a partir de su nombramiento o cambio, para inscribirse al plan médico grupal.
 5. Si luego de pasar los treinta (30) días calendario el empleado no se inscribió, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción del plan médico.

B. Mancomunidad

1. Los empleados que tengan a su cónyuge o pareja de hecho trabajando ambos en el MAC, podrán mancomunarse completando el formulario requerido para tales fines.

2. Cuando el cónyuge o pareja de hecho trabaje para otra instrumentalidad del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, podrá mancomunarse y traer esa aportación patronal al MAC, entregando el formulario designado para tales fines, completado por la agencia correspondiente y debidamente ponchado.

Artículo 9 - Parejas de hecho

A. Los empleados del MAC tendrán el beneficio de incorporar a su pareja de hecho en la cubierta del plan médico grupal. Para acogerse al mismo, ambos tendrán que ser mayores de veintiún (21) años y completar la inscripción al plan médico junto con los siguientes documentos:

1. Declaración jurada sometida a la fecha de inicio de cubierta y de cada renovación utilizando el modelo provisto por el MAC, que incluya lo siguiente:
 - a. Que ninguno de los dos integrantes tiene otra relación consensual o está casado con otra persona.
 - b. Que ambos tienen plena capacidad legal.
 - c. Que han vivido bajo un mismo techo por un período no menor de un (1) año.
 - d. Que no están relacionados dentro del cuarto (4to) grado de consanguinidad o segundo (2do) de afinidad. Por estos términos se entienden lazos familiares entre padres, suegros(as), hijo(as), yernos, nueras, abuelos(as), cuñado(as), nietos(as), bisabuelos(as), tíos(as), sobrinos(as), biznietos(as) y primos(as) hermano(as).
 - e. Que el propósito de la declaración es que se incluya a la pareja consensual del empleado dentro del plan médico grupal que el Municipio Autónomo de Caguas provee a sus empleados.
 - f. Que se comprometen a informar inmediatamente al MAC cuando cese la relación.
2. Copia del certificado de nacimiento de cada hijo en el caso de los hijos de la pareja consensual.

3. Evidencia documental de que existe una relación, sometiendo alguna de las siguientes evidencias:
 - a. Cuenta hipotecaria a nombre de ambos;
 - b. Cuentas bancarias a nombre de ambos;
 - c. Contrato de alquiler en que ambos figuren como arrendatarios;
 - d. Contrato sobre comunidad de bienes;
 - e. Facturas donde figuren ambos;
 - f. Designación de la pareja como beneficiario de seguro de vida;
 - g. Testamentos o documentos análogos;
 - h. O cualquier otra prueba que evidencie la relación de pareja
- B. El empleado deberá notificar si surge algún cambio en la relación, ya sea porque la misma culminó o por el fallecimiento de la pareja.
- C. En los casos de fallecimiento, el empleado deberá presentar un certificado de defunción.
- D. Si la relación de cohabitación culmina antes del período de renovación o cambios, el empleado asegurado deberá presentar una declaración jurada en la que se notifique la disolución de la relación, en un término de treinta (30) días a partir del hecho, para que se cancele la cubierta.
- E. Si luego de la cancelación de la cubierta por motivo de disolución de la relación, el empleado interesa incluir a una pareja de hecho, será necesario que cumpla con el término de un (1) año de relación de cohabitación y podrá solicitar la cubierta, en la fecha en que dé inicio el proceso de renovación. Entiéndase, si a la fecha en que el empleado cumple el año requerido para solicitar la cubierta, el período de renovación no ha tenido lugar o ya ha culminado, el empleado no podrá incluir a su pareja y deberá esperar al próximo período de renovación.
- F. La información provista para este fin será confidencial.

- G. La falsa representación por cualquier empleado asegurado, con el propósito de tratar de establecer la existencia de la cohabitación, de forma fraudulenta, conllevará la restitución al Municipio de todo dinero aportado por este al plan de salud. El empleado estará sujeto a las medidas disciplinarias a tenor con el Artículo 14 de este Protocolo y podrá ser referido al Departamento de Justicia, para la investigación de cargos penales, según procedan.

Artículo 10 - Cambios y cancelaciones

A. Disposiciones generales

1. El empleado tendrá la oportunidad de realizar cambios y cancelaciones, solamente durante el período de inscripción abierta.
2. La *Consolidated Omnibus Budget Reconciliation ACT* (COBRA), Pub. L. 99-272, no aplica a los empleados gubernamentales en Puerto Rico, por lo que sus disposiciones no son vinculantes.

B. Cambios

1. Luego del período de inscripción, ningún empleado podrá realizar cambios en el contrato establecido con la aseguradora, salvo las siguientes excepciones:
 - a. Podrá inscribir a un dependiente por nacimiento, adopción o colocación para adopción, presentando el acta de nacimiento, documento del Tribunal y copia de la tarjeta de Seguro Social.
 - b. Podrá incluir al cónyuge al unirse en matrimonio presentando el acta de matrimonio.
 - c. Podrá incluir al cónyuge y a los dependientes, en caso de que estuvieran bajo una cubierta con el patrono del cónyuge y este quedara sin empleo.
 - i. Deberá presentar carta oficial del patrono confirmando su terminación y carta de cancelación de cubierta del plan médico o certificación de cubierta acreditable.
 - d. Pérdida de la cubierta de *Medicaid*.

2. Para realizar estos cambios, el empleado tiene hasta un máximo de treinta (30) días calendario a partir del evento que lo motiva a realizar el cambio, sometiendo los documentos requeridos.

C. Cancelaciones

1. El asegurado tendrá la responsabilidad de cancelar una cubierta o dar de baja a algún miembro de su núcleo familiar cuando tenga lugar una de las siguientes circunstancias:
 - a. Durante el período de inscripción asignado.
 - b. De habersele aprobado los servicios bajo la cubierta de un programa de asistencia médica o *Medicaid*. Para estos fines deberá presentar la evidencia correspondiente.
 - c. De ocurrir un divorcio, presentando la sentencia emitida por el Tribunal, cuando haya participación del cónyuge.
 - d. De haberse disuelto la relación cuando se trate de una pareja de hecho, presentando la declaración jurada correspondiente.
 - e. Cuando haya fallecido algún miembro, presentando el certificado de defunción.
 - f. Cuando el cónyuge participante se acoja a un plan *Medicare Advantage*.
2. Si la fecha de renovación de plan médico del patrono del cónyuge es distinta a la del Municipio y el empleado decide acogerse al plan médico de su cónyuge, podrá cancelar la cubierta.
3. El empleado tendrá que presentar evidencia que certifique que el patrono del cónyuge se encuentra en período de renovación de cubierta.
4. El empleado tendrá treinta (30) días calendario a partir del evento que lo motivó a cancelar la cubierta, para solicitar la cancelación correspondiente sometiendo la evidencia requerida.

5. El empleado que renuncie o cuya relación con el Municipio culmine antes del día treinta (30) de cada mes, será responsable de pagar la porción de la aportación individual que no haya sido cubierta durante el mes corriente.

D. Certificación de cubierta acreditable

1. La *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA) aplica a los empleados gubernamentales en Puerto Rico, en cuanto a la expedición del certificado de cubierta acreditable, indicando el período durante el cual un empleado ha estado bajo la cubierta de un plan médico y tiene como propósito proteger la portabilidad de la cubierta de seguro de empleados y sus familiares, cuando pierden o cambian de trabajo. En dichos casos, el empleado no tendría que esperar la cantidad de tiempo que le pueda requerir una aseguradora médica para ofrecerle una cubierta de plan médico.
2. El MAC iniciará el trámite para solicitar esta Certificación de Cubierta y la Aseguradora enviará la misma por correo postal.

E. Empleados en Licencia sin sueldo

Todo empleado que se encuentre disfrutando de una licencia sin sueldo deberá cumplir con el siguiente procedimiento:

1. Pagar directamente a la compañía de seguros, su aportación individual al plan médico, cuando fuese el caso, luego de aplicar el pago de la aportación patronal del MAC.
2. Acudir al Área de Bienestar, Salud y Seguridad Laboral para recibir orientación sobre el proceso a seguir en estos casos, quien notificará a la aseguradora el estatus del empleado.
 - a. Se le entregará al empleado una certificación que indique la cantidad de pago correspondiente al empleado, si aplica.
3. Presentar la certificación a la compañía aseguradora y cumplir con el pago correspondiente.

- a. El MAC no se hará responsable por el pago correspondiente a la aportación del empleado, por lo que el empleado que no cumpla con dicho pago, se expone a perder la cubierta de seguro en un período de treinta (30) días y/o tendrá una deuda con la compañía aseguradora.
- b. El MAC se compromete a pagar la aportación patronal correspondiente de plan médico por el tiempo que dure la licencia sin sueldo hasta un máximo de doce (12) meses.
- c. Si la licencia sin sueldo se le concede a un empleado para ocupar un puesto de confianza en otra instrumentalidad gubernamental, el Municipio discontinuará la aportación patronal de ese empleado.

Artículo 11 - Responsabilidades del patrono

A. El patrono tendrá las siguientes responsabilidades:

1. Proveer a los empleados un seguro de plan médico que ofrezca la cubierta básica, farmacia, laboratorios y dental.
2. Entregar a la aseguradora todas las hojas de inscripciones completadas.
3. Coordinar la entrega de tarjetas del plan médico, certificados de beneficio y cualquier otro material relacionado con la cubierta o beneficios.
4. Fiscalizar el servicio del corredor y las aseguradoras.
5. Ofrecer clínicas preventivas de acuerdo a las necesidades de los empleados.
6. Canalizar con la aseguradora las peticiones de los empleados, por ejemplo: certificaciones de cubierta, duplicados de tarjetas y consultas.
7. Cumplir con los pagos correspondientes a la aseguradora.
8. Realizar auditorías para evidenciar que la documentación requerida se encuentra disponible.

Artículo 12 - Responsabilidades del empleado

A. El empleado tendrá las siguientes responsabilidades:

1. Ser responsable en el uso de sus beneficios de plan médico.
2. No cometer fraude con el patrono o con la aseguradora.
3. Hacer el pago correspondiente a la aseguradora cuando se encuentre en licencia sin sueldo.
4. Advertir cualquier cambio de dirección al plan médico y otros medios de contacto.
5. Informar cualquier cambio en la composición de su núcleo familiar que afecte la cubierta.
6. Notificar de inmediato al Área de Bienestar, Salud y Seguridad Laboral si le fue aprobada una cubierta médica bajo el plan médico del estado (*Medicaid*) y presentar la certificación de aprobación.
7. No incurrir en duplicidad de cubierta médica con el plan médico patronal y el plan médico ofrecido por el estado (*Medicaid*).
8. Mantener su información actualizada y notificar cualquier cambio en su estado civil.
9. Proveer evidencia de la información que se le solicite, en los casos en que su expediente de plan médico sea auditado.

Artículo 13 - Beneficiarios de *Medicaid*

A. Todo empleado beneficiario del Programa de Asistencia Médica elegible a la cubierta médica de *Medicaid*, viene obligado a cumplir con el siguiente procedimiento:

1. Solicitar en el Área de Bienestar, Salud y Seguridad Laboral la certificación de aportación patronal para entregar en las oficinas de *Medicaid*.

2. Una vez aprobado el beneficio de *Medicaid*, tendrá que presentar copia de la certificación de aprobación emitida en las oficinas de *Medicaid* al Área de Bienestar, Salud y Seguridad Laboral.
3. Notificar al Área de Bienestar, Salud y Seguridad Laboral cualquier cambio relacionado a su cubierta de salud.

Artículo 14 - Penalidades

- A. La falsa representación de cualquier empleado asegurado con el propósito de tratar de establecer la existencia de la cohabitación de forma fraudulenta conllevará la restitución al MAC de todo dinero aportado por este al plan de salud. El empleado estará sujeto a las medidas disciplinarias correspondientes y podrá ser referido al Departamento de Justicia, para la investigación de cargos penales, según procedan.
- B. Todo empleado que provea información falsa para obtener beneficios de la aseguradora será referido al Área de Maximización del Desempeño para la acción disciplinaria correspondiente.
- C. Al tratarse de fraude a la aseguradora, el caso será referido a las agencias correspondientes por acciones ilegales y se comenzará un proceso de recobro y facturación.
- D. Proveer información falsa incluye, pero no se limita, a lo siguiente:
 1. Incluir personas en la cubierta que no corresponden al núcleo familiar o que de otra manera no son elegibles al plan médico.
 2. No solicitar de inmediato la cancelación de un dependiente tan pronto este deje de serlo y permitir que el dependiente continúe como beneficiario.
 3. Incurrir en duplicidad de cubierta de plan médico, a saber, la que se provee por el MAC y la que otorga el Estado.
 4. Utilizar de forma fraudulenta los beneficios del plan médico.

Artículo 15 - Vigencia

Este Protocolo entrará en vigor inmediatamente después de su aprobación.

Artículo 16 - Cláusula de Separabilidad

Cualquier disposición de este Protocolo que se declare nula o inconstitucional por una autoridad judicial competente, no afectará la vigencia y la validez de sus restantes disposiciones, sino que su efecto se limitará a la palabra, inciso, oración, artículo o parte específicamente afectada.