****

**ORIENTACIÓN SUSCRIPCIÓN 2021**

**AL SEGURO DE SALUD (PLAN MÉDICO)**

**PARA LOS NOMBRAMIENTOS TRANSITORIOS**

Los empleados con **nombramientos transitorio**s son **elegibles para suscribirse al seguro de salud (plan médico)**, si su nombramiento es mayor a seis (6) meses, de lo contrario podrán solicitar ingreso al plan médico, pero sin derecho a recibir el beneficio de aportación patronal e indicará en la parte superior de su solicitud de ingreso la frase en mayúscula: **SIN DERECHO APORTACIÓN PATRONAL,** tal y como lo establece la Administración Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES), en las disposiciones generales. La aportación patronal será de 100.00 dólares. **Es importante destacar que tienen 60 días calendario a la fecha de su nombramiento para realizar este trámite**.

Pueden seleccionar el plan médico bajo el amparo de la **Ley Núm. 95** de 29 de junio de 1963, conocida como Ley de Beneficios de Seguros de Salud para los Empleados y Pensionados del Gobierno de Puerto Rico o la cubierta grupal del Departamento de Educación por la **Ley Núm. 171** de 8 de octubre de 2015. La suscripción a la cubierta grupal es voluntaria y representa una alternativa adicional a los demás planes que se ofrecen bajo la Ley 95-1963. El productor de seguros de la cubierta grupal nombrado por la Agencia es **Essential Insurance Services, Inc.** El empleado que desee ingresar a la cubierta ofrecida bajo la Ley 171-2015, puede comunicarse con nuestro productor de seguros al teléfono (787) 523-3000 exts.103, 104 y 113. También pueden escribirle por correo electrónico a [servicioeducacion@essentialinsurancepr.com](mailto:servicioeducacion@essentialinsurancepr.com)

Los **planes médicos** de la **Ley 95,** certificados por ASES son; **First Medical, Plan de Salud Menonita, PROSSAM y Triple S Salud**. El **plan médico de la cubierta grupal** por la **Ley 171** es **First Medical**. La vigencia de la cubierta actual de los planes médicos 2021 es hasta el 31 de mayo de 2022. Deberán entregar copia de su Informe de Nombramientos y Cambios junto a su solicitud de nuevo ingreso a la aseguradora seleccionada para que la suscripción sea procesada.

El empleado que solicite la Certificación para acogerse al Plan de Salud Mancomunado (**Modelo SC 1335**), deberá presentar certificado de matrimonio en original, cuya fecha de expedido no sea mayor de seis (6) meses; lo mismo aplica a las parejas de hecho o cohabitantes, quienes deberán entregar una declaración jurada conocida como Certificado de Elegibilidad, según lo establece la Carta Circular 16-12-13-L.95.1 de ASES de 16 de diciembre de 2013. Esta certificación puede ser llenada por el Coordinador de Plan Médico de la Oficina Regional Educativa (ORE) a la cual pertenece, los Directores Escolares o por la Coordinadora de Plan Médico de la Agencia en la Oficina de Servicios al Empleado de Recursos Humanos en Nivel Central.

Una vez finalice el proceso de suscripción, deberá enviar copia de su contrato de nuevo ingreso a Recursos Humanos a la siguiente dirección electrónica [contratoplanmedicorh@de.pr.gov](mailto:contratoplanmedicorh@de.pr.gov)

Modelo SC 1335

1300-04-06

Rev. 21 enero 2014

ANEJO I

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Organismo Gubernamental

**Certificación para Acogerse al Plan**

**de Salud Mancomunado (**Cónyuge **/** Cohabitante**¹)**

CERTIFICO que el (la) empleado (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cuyo número de seguro social

**Nombre**

es \_\_\_\_\_\_\_\_ trabaja en este organismo Gubernamental / es pensionado y su aportación

patronal es\_\_\_\_\_\_\_. Que está casado(a) /cohabita, + consta en el Certificado de

Matrimonio, Certificado de Elegibilidad (Declaración Jurada) con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del Cónyuge/Cohabitante**

cuyo número de seguro social es \_\_\_\_\_\_\_\_.

Según informa el empleado, su cónyuge/cohabitante presta servicios o es pensionado

en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_y su aportación patronal es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**.** .

Certifico, además, que él (la) empleado (a) no se ha acogido a ningún plan de salud a través de

este organismo.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha Firma, jefe Organismo Gubernamental

o su Representante Autorizado

**Nota**: Se preparará en original y dos copias. El original lo entregará el asegurado principal junto con la solicitud de ingreso al plan médico. Una copia la retendrá la Oficina de Recursos Humanos del cónyuge / cohabitante y la otra copia la retendrá el empleado.

Conservación: seis (6) años o una intervención del contralor, lo que ocurra primero.

**¹**Para todos los fines de este formulario, la definición de “personas cohabitantes” es aquella especificada en el Reglamento 8398 del 31 de octubre de 2013, conocido como “Reglamento para la Contratación de los Planes de Beneficios de Salud para los Empleados Públicos”.