Núm. 4780
Fecha: 15 de septiembre de 1992 3:03 p.m.
Aprobado: Salvador M. Padilla, Ph.D.
Secretario de Estado
Por:
Secretario Auxiliar de Estado

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

INDICE DE LA REGLA L DEL REGLAMENTO DEL CODIGO DE SEGUROS DE PUERTO RICO LA CUAL ESTABLECE LOS REQUISITOS PARA EL COMPLEMENTARIO A LOS BENEFICIOS QUE OFRECE EL PROGRAMA FEDERAL DE SERVICIOS DE SALUD PARA PERSONAS DE EDAD AVANZADA ("MEDICARE")

Artículos		Página
I.	Propósito	1
II.	Aplicabilidad y Alcance	2
III.	Definiciones	3-4
IV.	Definiciones y Términos de la Póliza	4-7
V.	Disposiciones de la Póliza	7-8
VI.	Requisitos Mínimos de Beneficios para pólizas o Certificados Expedidas para Entrega Antes del 30 de julio de 1992	8-14
VII.	Requisitos de Beneficios para las Pólizas o Certificados Expedidos o Entregados en o Después del 30 de julio de 1992	14-27
VIII.	Planes de Beneficio Complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") Estandar	27-31
IX.	Matricula Abierta	31-32
X.	Normas para Pago de Reclamaciones	32-33
XI.	Requisitos para Razón de Pérdidas y Reembolso o Crédito de Prima	33-37
XII.	Radicación y Aprobación de Pólizas y Certificados y Tarifas de Primas	38-41
XIII.	Arreglos de Compensación Permitidos	41-42
XIV.	Disposiciones Obligatorias sobre Revelación	42-81
XV.	Requisitos para Formularios de Solicitud y Cubierta de Reemplazo	81-85
XVI.	Requisitos para archivar anuncios	85
XVII.	Normas de Mercadeo	85-87
XVIII.	Idoneidad de Adquisición Recomendada y Cubierta en Exceso	87
XIX.	Informe de Contratos o Pólizas Múltiples	88

Artículos		Página
XX.	Prohibición Contra Condiciones Preexistentes, Períodos de Espera, Períodos de Eliminación y Períodos de Prueba en el Reemplazo de Pólizas o Certificados	88
XXI.	Cláusula de Salvedad	89
XXII.	Fecha de Efectividad	89
Apendice A	Formulario de Calculos de Reembolso del Complementario al "Medicare" para el Año Civil	92
Apéndice A	Formulario de Informe para el Cálculo de la Relación "Benchmark" desde el Comienzo para Pólizas Individuales para el Año Civil _____	93- 96
Apéndice B	Formulario para Informar sobre Pólizas Complementarios al "Medicare"	97

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS
San Juan, Puerto Rico

4780

ENMIENDAS AL REGLAMENTO DEL CODIGO DE SEGUROS DE PUERTO RICO

Sección 1. En virtud de las disposiciones que establece el Artículo 2.040 del Código de Seguros de Puerto Rico, por este medio hago saber a la industria de seguros, a los consumidores de seguros y al público en general, que hemos enmendado la Regla L del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico como sigue:

REGLA L

REQUISITOS PARA EL SEGURO COMPLEMENTARIO A LOS BENEFICIOS QUE OFRECE EL PROGRAMA FEDERAL DE SERVICIOS DE SALUD PARA PERSONAS DE EDAD AVANZADA ("MEDICARE")

Autoridad de Ley: Artículos 2.040, 11.110 y 11.120 del Código de Seguros de Puerto Rico

Artículo 1. Propósito.

El propósito de esta Regla es sentar las pautas para la estandarización razonable y la simplificación de términos y beneficios ofrecidos por las pólizas complementarias al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"), planes de cuidado de salud y otros contratos a suscriptores; con el fin de ayudar a que el público entienda y compare dichas pólizas y contratos; eliminar de esas pólizas o contratos aquellas disposiciones que sean engañosas o que causen confusión con respecto a la compra de dichas pólizas o contratos, o con respecto a la radicación de reclamaciones; y disponer que se dé toda la información en la venta de esas cubiertas a aquellas personas que por razón de edad, son elegibles para recibir los beneficios del Programa "Medicare".

Artículo 2. Aplicabilidad y Alcance

A menos que se disponga lo contrario en los Artículos 6, 10, 11 y 19, esta Regla aplicará a:

A. (1) Todas las pólizas complementarias al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"), entregados o emitidos para ser entregados en Puerto Rico, a la fecha que esta enmienda comience a regir o después de esa fecha, y

(2) Todos los certificados emitidos bajo pólizas grupales complementarias al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"), cuyas pólizas o contratos se hayan entregado o se hayan emitido para ser entregados en Puerto Rico.

B. Esta Regla no aplicará a una póliza o contrato de uno o más patronos u organizaciones laborales, ni de los fiduciarios de un fondo establecido por uno o más patronos u organizaciones laborales o la combinación de éstos, como tampoco incluye ningún tipo de póliza o plan para los empleados o empleados anteriores o la combinación de éstos ni para los miembros o los miembros anteriores o la combinación de éstos, de las organizaciones laborales.

C. No es la intención de las disposiciones de esta Regla prohibir o aplicar pólizas de seguros, planes de cuidado de salud o contratos de suscritores que incluyen pólizas grupales de conversión, provistos a personas elegibles para el Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") cuyas pólizas o contratos no son mercadeados o considerados como pólizas o planes de beneficios complementarios al Programa "Medicare".

Artículo 3. Definiciones

Para los propósitos de esta Regla:

A. "Solicitante" significa:

(1) en el caso de una póliza individual complementaria al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"), la persona que trata de conseguir un contrato por los beneficios de un seguro o servicios de cuidado de salud y

(2) en el caso de una póliza colectiva complementaria al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"), el propuesto tenedor del certificado.

B. "Certificado" significa cualquier certificado que se haya entregado o se haya emitido para ser entregado en Puerto Rico bajo una póliza colectiva completaria al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare").

C. "Formulario del Certificado" significa el formulario sobre el cual el certificado se entrega o se emite para ser entregado por el expedidor.

D. "Expedidor" incluye las compañías de seguros, sociedades benéficas fraternales, planes de servicios de cuidado de salud, organizaciones de mantenimiento de salud y cualquiera otra entidad que entrega o emite para entregar pólizas o certificados complementarios al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") en Puerto Rico.

E. "Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare")" significa la "Ley de Seguro de Salud para Personas Avanzada", Título XVIII de las Enmiendas del Seguro Social del 1965, según se constituye para ese entonces o posteriormente se enmienda.

F. "Póliza Complementaria al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"), significa una póliza colectiva o individual de seguro de [accidente o enfermedad] o un contrato de suscriptor [de hospital y asociaciones de servicios médicos u organizaciones de mantenimiento de salud] que no sea una póliza emitida de acuerdo a un contrato bajo la Sección 1876 o la Sección 1833 de la Ley Federal de Seguro Social (42 U.S.C. Sección 1395 et.seq.) o una póliza emitida bajo un proyecto de demostración autorizado de acuerdo a las enmiendas a la Ley Federal de Seguro Social, que se anuncia, se mercadee o esté diseñado primordialmente como un suplemento a los reembolsos bajo el Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") para los gastos hospitalarios, médicos o quirúrgicos o personas elegibles para "Medicare".

G. "Formulario de la Póliza" significa el formulario sobre el cual el certificado se entrega o se emite para ser entregado por el expedidor.

Artículo 4. Definiciones y Términos de la Póliza

Ninguna póliza o certificado podrá anunciarse, solicitarse o emitirse para la entrega en Puerto Rico como una póliza complementaria al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") o certificado, a menos que dicha póliza o certificado contenga definiciones o términos que concuerden con los requisitos establecidos en este artículo.

A. Los términos "Accidente", "Lesión a Causa de Accidente" o "Por Medios Accidentales", empleará la terminología de "resultado" y no incluirá palabras que establezcan un criterio de medios accidentales ni usará palabras tales como, "externo, violento,

heridas evidentes" y otras palabras parecidas para describir o caracterizar.

(1) La definición no deberá ser más restrictiva que la siguiente: "Lesión o lesiones por las que se proporcionan los beneficios, significa, las lesiones físicas a causa de accidente que sufra la persona cubierta como resultado directo de un accidente, independientemente de una enfermedad, así como los defectos físicos u otros resultados de la lesión y que ocurran mientras la cubierta esté vigente".

(2) Dicha definición puede establecer que no incluirá aquellas lesiones sufridas por las que se conceden beneficios o estén disponibles los mismos, bajo cualquier ley de compensación a los trabajadores, de responsabilidad patronal u otra parecida o de responsabilidad sin que medie culpa ("Motor vehicle No-Fault Law"), a menos que esté prohibido por la ley.

B. "Período de Beneficio o "Período de Beneficio bajo el Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"), no será definido en una forma más restrictiva a la definición que establece el programa "Medicare".

C. "Los términos "Hogar de Convalecencia" ("Convalescent Nursing Home"), "Establecimiento para Cuidados Médicos que se Prestan Fuera del Hospital" ("Extended Care Facility") o "Casa de Salud" ("Skilled Nursing Facility") no serán definidos en una forma más restrictiva a la definición que establece el programa "Medicare".

D. "Gastos de Cuidado de Salud" significa los gastos de las organizaciones de servicios de salud asociadas con la entrega de servicios de cuidado de

salud que sean análogas a las pérdidas incurridas de los aseguradores.

Tales gastos no deberán incluir:

(1) gastos de la casa matriz y otros gastos generales;

(2) gastos de publicidad;

(3) comisiones y otros gastos de producción;

(4) impuestos;

(5) gastos fijos;

(6) gastos administrativos; o

(7) gastos por procesamiento de reclamaciones.

E. El término "Hospital" se podrá definir en relación a su status, facilidades y servicios disponibles o para reflejar su acreditación por la Comisión Mancomunada sobre la Acreditación de Hospitales, pero no más restrictivamente de como se define en el programa "Medicare".

F. El Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") deberá definirse en la póliza y certificado. El Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") debe definirse a cabalidad como: "La Ley Federal sobre el Seguro de Salud para Personas de Edad Avanzada, Titulo XVIII de las enmiendas del 1965 a la Ley del Seguro Social según constituida o enmendada posteriormente", o "El Título I, Parte I de la Ley Pública 89-97 según promulgada por el Octagésimonoveno Congreso de los Estados Unidos de Norteamérica y que por lo general se le reconoce como la Ley Federal sobre el Seguro de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"), según constituida y cualesquiera enmiendas o sustituciones posteriores a ésta", así como otras palabras con igual significado.

G. El término "Gastos Elegibles del Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ('Medicare') se refiere a aquel tipo de gastos por servicios de salud que estén cubiertos por el Programa "Medicare" en la medida que sean aceptados como gastos razonables por el Programa "Medicare".

H. La palabra "Médico" no podrá definirse más restrictivamente de como se define en el programa "Medicare".

I. La definición de la palabra "enfermedad" no debe ser más restrictiva que la siguiente:

"Enfermedad se refiere al mal estado o a una dolencia que tenga la persona cubierta que se presente por primera vez después de la fecha en que el seguro o contrato comience a regir y mientras el mismo siga en vigor. Se podrá modificar la definición subsiguientemente para excluir enfermedades o dolencias, en la medida que cualquier ley de compensación a los trabajadores, sobre enfermedades en el trabajo, de responsabilidad patronal u otra parecida, concedan beneficios por la enfermedad.

Artículo 5. Disposiciones de la póliza

A. Con la excepción de las cláusulas de condiciones preexistentes permitidas como se describe en el Artículo 6A(1) y Artículo 7A(1) de esta Regla, ninguna póliza o certificado podrá anunciarse, ser solicitado o emitido para ser entregado en Puerto Rico como una póliza complementaria al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") si tal póliza o certificado contiene limitaciones o exclusiones sobre cubierta que son más restrictivas que aquellas del "Medicare".

B. Ninguna póliza de seguros complementaria al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas

de Edad Avanzada ("Medicare"), puede valerse de documentos de renuncia para excluir, limitar o reducir la cubierta o los beneficios, debido a enfermedades o padecimientos físicos preexistentes específicamente descritos o nombrados.

C. Ninguna póliza de seguros complementaria al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"), plan, contrato o certificado que esté en vigor en Puerto Rico, podrá incluir beneficios que duplique los que provee el Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare").

Artículo 6. Requisitos Mínimos de Beneficios para pólizas o Certificados Expedidas para Entrega Antes del 30 de julio de 1992.

No se podrá anunciar, solicitar o emitir para expedirse en Puerto Rico ninguna póliza de seguros o certificado complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada "Medicare" que no reúna los siguientes requisitos mínimos. Estos son los requisitos mínimos, lo que no impide que se incluyan otras disposiciones u otros beneficios que no sean contrarios a estas normas.

A. Requisitos Generales

Los siguientes requisitos aplican a las pólizas y certificados complementarios al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") además de todos los otros requisitos que exige esta regla.

(1) Una póliza o certificado complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") no puede excluir o limitar beneficios por pérdidas incurridas después de los seis (6) meses

a partir de la fecha en que comenzó a regir la cubierta debido a un padecimiento preexistente. La póliza o certificado no puede definir el término "padecimiento preexistente" en una forma más restrictiva que una condición por la que se haya dado consejo médico o se haya recomendado o recibido tratamiento de un médico dentro de los seis (6) meses anteriores a la fecha en que comenzara a regir la cubierta.

(2) Una póliza o certificado complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"), no pagará indemnización por pérdidas a consecuencia de enfermedades, sobre una base diferente que por pérdidas a consecuencia de accidentes.

(3) Una póliza o certificado complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") proveerá los beneficios diseñados para cubrir las cantidades de costos participantes ("cost sharing amounts"), que en el Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") serán cambiados automáticamente para coincidir con cualquier cambio que pueda haber en la cantidad deducible y en los factores del porcentaje de copago del Programa "Medicare". Puede haber un ajuste en las primas, de tal modo que concuerden con dichos cambios.

(4) Una póliza complementaria al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") que sea "no cancelable,"

"garantizada renovable," o "no cancelable y garantizada no renovable" no deberá:

(a) disponer para la terminación de la cubierta de un cónyuge solamente porque haya ocurrido un evento que se especifique como terminación de la cubierta de una persona asegurada, que no sea la falta de pago; o

(b) cancelarse o no renovarse por el asegurador solamente por razones del deterioro de la salud.

(5) (a) Excepto como sea autorizado por el Comisionado de Seguros de Puerto Rico, un asegurador no cancelará ni renovará una Póliza o Certificado Complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") por cualquier razón que no sea el no pagar la prima o representación incierta grave.

(b) Si una póliza colectiva de seguro complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") es terminada por el tenedor del contrato grupal y no se reemplaza según se dispone en el inciso (5)(d), el asegurador, ofrecerá a los tenedores de certificados una póliza individual complementaria al Programa "Medicare". El asegurador ofrecerá al tenedor de certificado por lo menos una de las siguientes opciones:

(1) una póliza individual complementaria al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada

("Medicare"), ofrecida actualmente por el expedidor que tiene beneficios comparables a aquellos en la póliza complementaria grupal al "Medicare" terminada o

(2) una póliza individual complementaria al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"), que provea solamente los beneficios que se requieren para cumplir con los requisitos mínimos, según se define en el Artículo 7B de esta Regla.

(c) Si la membresía en un grupo es terminada, el expedidor deberá:

(1) ofrecer al tenedor de certificado las oportunidades de conversión según se describen en el Párrafo (b); o,

(2) ofrecer a opción del tenedor de contrato grupal, la continuación de cubierta bajo el contrato grupal al tenedor de certificado.

(d) Si se reemplaza una póliza colectiva complementaria al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") por otra póliza colectiva complementaria al Programa "Medicare" adquirida por el mismo tenedor de contrato, el asegurador subsiguiente ofrecerá cubierta a todas las personas cubiertas bajo el contrato grupal anterior en su fecha de terminación. La cubierta bajo el nuevo contrato grupal no

resultará en exclusión alguna por condiciones preexistentes que hubieren sido cubiertas bajo el contrato grupal que se reemplaza.

(6) La terminación de una póliza o certificado complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") deberá ser sin perjuicio a cualquier pérdida continua que comenzara mientras la póliza estaba en vigor, pero la extensión de beneficios, después del período de vigencia de la póliza, se podrá basar en que la persona cubierta esté total y continuamente incapacitada, circunscrito a la duración del período de beneficio, si lo hubiera, o al pago de los beneficios máximos.

B. Requisitos Mínimos de Beneficio.

(1) Cubierta de los gastos por hospitalización elegibles bajo la Parte A del Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") hasta el límite no cubierto por el programa "Medicare" desde el 61er. día hasta el 90mo. día en cualquier período de beneficio del programa "Medicare".

(2) Cubierta para toda o ninguna cantidad del deducible por paciente hospitalizado en la Parte A del programa "Medicare".

(3) Cubierta de los gastos incurridos como costos diarios por hospitalización, elegibles bajo la Parte A del Programa "Medicare" mientras se utilicen los días de reserva del paciente hospitalizado vitalicia del Programa "Medicare".

(4) Cubierta del noventa por ciento (90%) de todos los gastos por hospitalización elegibles bajo

la Parte A del Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") no cubiertos por dicho Programa Federal, sujeta a un beneficio vitalicio máximo de 365 días adicionales, al agotarse toda la cubierta del paciente hospitalizado del Programa Federal "Medicare", incluso los días de reserva vitalicia.

(5) Cubierta bajo la Parte A del Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") para el costo razonable de las primeras tres (3) pintas de sangre (o cantidades equivalentes de células rojas de sangre envasadas, según se define bajo los reglamentos federales) a menos que sean reemplazados de acuerdo a los reglamentos federales o pagados bajo la Parte B.

(6) Cubierta para la cantidad de coaseguro por los Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada del Programa Federal ("Medicare") sin tomar en consideración la reclusión en el hospital, sujeta a la cantidad máxima de desembolso en efectivo por año civil igual al deducible [$100] de la Parte B del Programa "Medicare".

(7) Efectivo el 1 de enero de 1990, la cubierta bajo la Parte B del Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") para el costo razonable de las primeras tres (3) pintas de sangre (o las cantidades equivalentes de células rojas de sangre envasadas, según se define bajo los reglamentos federales), a menos que se reemplacen de acuerdo a los reglamentos federales

o ya pagados bajo la Parte A, sujeta a la cantidad de deducible del Programa Federal "Medicare".

Artículo 7. Requisitos de Beneficios para las Pólizas o Certificados Expedidos o Entregados en o Después del 30 de julio de 1992.

Los siguientes requisitos aplican a todas las pólizas o certificados entregados o expedidos para ser entregados en Puerto Rico en o depués del 30 de julio de 1992. No se podrá anunciar, solicitar, entregar o emitir para ser entregado en Puerto Rico ninguna póliza o certificado como una póliza o certificado complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") a menos que el mismo cumpla con estos requisitos de beneficios.

A. Requisitos Generales. Los siguientes requisitos aplican a las pólizas y certificados complementarios al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") además de todos los otros requisitos que exige esta regla.

(1) Una póliza o certificado complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") no puede excluir o limitar beneficios por pérdidas incurridas después de los seis (6) meses a partir de la fecha en que comenzó a regir la cubierta debido a un padecimiento preexistente. La póliza o certificado no puede definir el término "padecimiento preexistente" en una forma más restrictiva que una condición por la que se haya dado consejo médico o se haya recomendado o recibido tratamiento de un médico dentro de los seis (6) meses anteriores a la fecha en que comenzara a regir la cubierta.

(2) Una póliza o certificado complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"), no pagará indemnización por pérdidas a consecuencia de enfermedades, sobre una base diferente que por pérdidas a consecuencia de accidentes.

(3) Una póliza o certificado complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") proveerá los beneficios diseñados para cubrir las cantidades de costos participantes ("cost sharing amounts"), que en el Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") serán cambiados automáticamente para coincidir con cualquier cambio que pueda haber en la cantidad deducible y en los factores del porcentaje de copago del Programa "Medicare". Puede haber un ajuste en las primas, de tal modo que concuerden con dichos cambios.

(4) Ninguna póliza o certificado complementario al "Medicare" proveerá para la terminación de cubierta de un cónyuge solamente debido a la ocurrencia de un evento especificado para la terminación de cubierta del asegurado, que no sea la falta de pago de la prima.

(5) Cada póliza complementaria al "Medicare" será garantizada renovable y

(a) El expedidor no cancelará ni no renovará la póliza solamente a base del estado de salud del individuo; y

(b) El expedidor no cancelará ni no renovará la póliza por cualquier razón que no sea

la falta de pago de la prima o falsa representación material.

(c) Si el tenedor de la póliza colectiva termina la póliza complementaria al "Medicare" y no se reemplaza según lo dispone el Artículo 7A(5)(e), el expedidor le ofrecerá a los tenedores de certificado una póliza complementaria al "Medicare" individual la cual (a la opción del tenedor del certificado)

(1) Provee para la continuación de los beneficios que contiene la póliza colectiva, o

(2) Provee para tales beneficios que de lo contrario cumple con los requisitos de este subartículo.

(d) Si un individuo es un tenedor de certificado en una póliza complementaria al "Medicare" colectiva y el individuo termina la membresía en el grupo, el expedidor:

(1) Le ofrecerá al tenedor de certificado la oportunidad de conversión que se describe en el Artículo 7A (5)(c), o

(2) A opción del tenedor de póliza colectiva, le ofrecerá al tenedor de certificado continuación de cubierta bajo la póliza colectiva.

(e) Si una póliza complementaria al "Medicare" colectiva se reemplaza con otra póliza complementaria al "Medicare" colectiva adquirido por el mismo tenedor de póliza, el expedidor siguiente ofrecerá cubierta

a todas las personas cubiertas bajo la vieja póliza colectiva en la fecha de su terminación. La cubierta bajo la nueva póliza no resultará en ninguna exclusión para condiciones preexistentes que hubieran sido cubiertas bajo la póliza colectiva que se reemplaza.

(6) La terminación de una póliza o certificado complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") será sin prejuicio a cualquier pérdida continua que comenzó mientras la póliza estaba en vigor, pero la extensión de los beneficios más allá del período durante lo cual la póliza estaba en vigor podrá ser acondicionado sobre la incapacidad total continua del asegurado, limitado a la duración del período de beneficio de la póliza, si hay alguna, o pago de los beneficios máximos.

(7) (a) Una póliza o certificado complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") proveerá que los beneficios y primas bajo la póliza o certificado se suspenderá a petición del tenedor de póliza o tenedor de certificado para el período (que no exceda a veinticuatro (24) meses) en lo cual el tenedor de póliza o tenedor de certificado ha solicitado y se determina a ser elegible a recibir asistencia médica bajo el Título XIX de la Ley del Seguro Social, pero solamente si el tenedor de póliza o tenedor de certificado notifica al expedidor de tal póliza o certificado

dentro de noventa (90) días después de la fecha en que el individuo se encuentra elegible para tal asistencia. Al recibir el aviso a su debido tiempo, el expedidor le devolverá al tenedor de póliza o tenedor de certificado aquella porción de la prima atribuible al período de eligibilidad para "Medicaid", sujeta al ajuste para reclamos pagados.

(b) Si sucede tal suspensión y si el tenedor de póliza o tenedor de certificado pierde el derecho para tal asistencia médica, tal póliza o certificado será reinstalada automáticamente (vigente a partir de la fecha de terminación de tal derecho si el tenedor de póliza o tenedor de certificado provee aviso de la pérdida de tal derecho dentro de los noventa (90) días después de la fecha de tal pérdida y paga la prima atribuible al período, vigente a partir de la fecha de la terminación de tal derecho.

(c) Reinstalación de tales cubiertas:

(1) No proveerá para ningún período de espera con respecto a tratamiento de condiciones preexistentes;

(2) Proveerá para cubierta que sea sustancialmente equivalente a cubierta en vigor antes de la fecha de tal suspensión; y

(3) Proveerá para la clasificación de primas en términos por lo menos tan favorables al tenedor de póliza o

tenedor de certificado como los términos de clasificación de los términos que se hubieran aplicados al tenedor de póliza o tenedor de certificado si la cubierta no se hubiera suspendido.

B. Patrones para los Beneficios Básicos ("Centrales") Comunes a Todos los Planes de Beneficios

Todo expedidor hará accesible una póliza o certificado que incluye solamente el siguiente paquete de beneficios básico "central" a cada asegurado prospectivo. Un expedidor podrá hacer disponible a asegurados prospectivos cualquiera de los otros Planes de Beneficio de Seguro Complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") en adición a paquete básico "central", pero no en lugar del mismo.

(1) Cubierta de la Parte A de los Gastos Elegibles del "Medicare" para hospitalización al extremo que el "Medicare" no cubre desde el 61er. día hasta el 90mo. día en cualquier período de beneficio de "Medicare";

(2) Cubierta de la Parte A de los Gastos Elegibles del "Medicare" incurridos para hospitalización al extremo que el "Medicare" no cubre para cada día de reserva de paciente hospitalizado vitalicio que se usa;

(3) Al agotarse la cubierta de "Medicare" del paciente hospitalizado que incluye los días de reserva vitalicios, cubierta de los gastos elegibles para hospitalización de la Parte A del "Medicare" que se paga al Grupo Relacionado al Diagnóstico (GRD) día desprendido

per diem u otro patrón apropiado de pago, sujeto al beneficio máximo vitalicio de 365 días adicionales.

(4) Cubierta bajo las Partes A y B del "Medicare" para el costo razonable de las primeras tres (3) pintas de sangre (o cantidades equivalentes de células rojas de sangre envasadas, según se define bajo los reglamentos federales) a menos que se reemplacen de acuerdo a los reglamentos federales;

(5) Cubierta para la cantidad de coaseguro de los Gastos Elegibles del "Medicare" bajo la Parte B precindiendo de reclusión en un hospital, sujeta al deducible del "Medicare" Parte B;

C. Patrones para Beneficios Adicionales. Los siguientes beneficios adicionales serán incluidos en los Planes "B" hasta "J" del Beneficio Complementario al "Medicare" solamente según se dispone en el Artículo 8 de esta Regla.

(1) El deducible Parte A del "Medicare": Cubierta para toda la cantidad de deducible del paciente de hospital de la Parte A del "Medicare" por período de beneficio.

(2) Cuidado en una Casa de Salud: Cubierta para los cargos actuales facturados hasta la cantidad de coaseguro desde el 21er. día hasta el 100mo. día en un período de beneficio del "Medicare" para cuidado en una casa de salud poshospital elegible bajo la Parte A del "Medicare";

(3) El deducible de la Parte B del "Medicare": Cubierta para toda la cantidad deducible de la Parte B del "Medicare" por año civil prescindiendo de la reclusión en un hospital.

(4) Ochenta por ciento (80%) de los Cargos en Exceso de la Parte B del "Medicare": Cubierta para el ochenta por ciento (80%) de la diferencia entre el cargo actual facturado de la Parte B del "Medicare", que no exceda cualquier limitación de cargo establecido por el programa "Medicare" o la ley estatal, y el cargo de la Parte B aprobada por el "Medicare".

(5) Cien por ciento (100%) de los Cargos en Exceso de la Parte B del "Medicare": Cubierta para toda la diferencia entre el cargo actual facturado de la Parte B del "Medicare", que no exceda cualquier limitación de cargo establecido por el progama "Medicare" o ley estatal y el cargo de la Parte B aprobada por el "Medicare".

(6) Beneficio Básico de Medicamentos Recetados del Paciente Ambulatorio: Cubierta para el cincuenta porciento (50%) de los cargos de medicamentos recetados del paciente ambulatorio, después de un deducible de año civil de doscientos cincuenta dólares ($250), a un máximo de mil doscientos cincuenta dólares ($1,250) en beneficios recibidos por el asegurado por año civil, al extremo no cubierto por "Medicare".

(7) Beneficio Extendido de Medicamento Recetado del Paciente Ambulatorio: Cubierta para cincuenta porciento (50%) de los cargos de medicamentos recetados del paciente ambulatorio, después de un deducible de año civil de doscientos cincuenta dólares ($250) hasta un máximo de tres mil dólares ($3,000) en beneficios recibido por el asegurado por año civil, al extremo no cubierto por "Medicare".

(8) Cuidado de Emergencia Medicamente Necesaria en un País Extranjero: Cubierta al extremo no cubierto por "Medicare" por el ochenta porciento (80%) de los cargos facturados para gastos elegibles del "Medicare" para cuidado de emergencia médica de un hospital o médico que son médicamente necesarios recibidos en un país extranjero, lo cual tal cuidado hubiera sido cubierto por "Medicare" si se hubiera suministrado en los Estados Unidos y/o cual tal cuidado comenzó durante los primeros sesenta (60) días consecutivos de cada viaje fuera de los Estados Unidos, sujeto a un deducible de año civil de doscientos cincuenta dólares ($250) y un beneficio máximo vitalicio de cincuenta mil dólares ($50,000). Para los propósitos de este beneficio, "cuidado de emergencia" significará cuidado que se necesita inmediatamente debido a una lesión o una enfermedad de momento e inesperado.

(9) Beneficio de Cuidado Médico Preventivo: Cubierta para los siguientes servicios de salud preventiva:

(a) Un historial médico preventivo clínico y examen físico anuales que podrían incluir pruebas y servicios del subpárrafo (b) e instrucción para el paciente para dirigirse a las medidas de cuidado de salud preventiva.

(b) Cualquiera o una combinación de las siguientes pruebas de ocultación preventiva o servicios preventivos, la frecuencia la cual se considera médicamente apropiada:

(1) Prueba de sangre oculta fecal y/o examen del recto digital;

(2) Mamografía;

(3) Palo de remojar de urinálisis para hematuria, bacteriuria y proteinuria;

(4) Prueba de ocultación de la audición de tono puro (solamente aire), administrada u ordenada por un médico;

(5) Ocultación de colesterol de suero (cada cinco (5) años);

(6) Prueba de la función de la tiroide;

(7) Ocultación de diabetes;

(c) Vacuna de influenza administrada en cualquier momento durante el año y una vacuna para el Tétano y la Dipteria que sirve para fortalecer a la vacuna anterior ("booster") (cada diez (10) años).

(d) Cualesquier otras pruebas o medidas preventivas las cuales el médico de cabecera determine ser apropiadas.

Reembolso será para los cargos actuales de hasta cien por ciento (100%) de la cantidad aprobada por "Medicare" para cada servicio, como el "Medicare" cubriera el servicio como se identifica en los códigos de la Terminología de Procedimientos Actual de la Asociación Médica Americana (TPA AMA), hasta un máximo de ciento veinte dólares ($120) anualmente bajo este beneficio. Este beneficio no incluirá pago por ningún procedimiento cubierto por "Medicare".

(10) Beneficio de Recuperación en el Hogar: Cubierta para servicios para proveer asistencia en el hogar a corto plazo con actividades

del diario vivir para aquellas que se están recuperando de una enfermedad, lesión o cirugía.

(a) Para los propósitos de este beneficio, las siguientes definiciones aplicarán:

(1) Las "actividades del diario vivir" incluyen pero no se limitan al bañarse, vestirse, higiene personal, transferirse, comer, ambular, asistencia con medicamentos que son normalmente autoadministrados, y cambiar vendajes y otros vendajes.

(2) "Proveer de Cuido" significa un ayudante de salud/ama de casa, ayudante de cuidado personal o enfermera debidamente cualificada o autorizada provisto a través de una agencia de cuidado de salud en el hogar autorizado a referirlo por una agencia de referidos autorizada o un registro de enfermeras autorizadas.

(3) "Hogar" significará cualquier lugar que el asegurado usa como un lugar de residencia, siempre que tal lugar cualificaría como una residencia para servicios de cuidado de salud en el hogar cubiertos por "Medicare". Un hospital o una casa de salud no será considerado como el lugar de residencia del asegurado.

(4) "Visita de recuperación en el hogar" significa el período de una visita que se requiere para proveer cuidado de recuperación en el hogar, sin límite sobre la duración de la

visita, excepto cada 4 horas consecutivas en un período de servicios de 24 horas provistos por un proveedor de cuidos constituye una visita.

(b) Requisitos y Limitaciones de Cubierta

(1) Servicios de recuperación en el hogar provistos deben ser primordialmente servicios que ayudan en las actividades del diario vivir.

(2) El médico de cabecera del asegurado deberá certificar que el tipo y frecuencia específicos de los servicios de recuperación en el hogar son necesarios debido a una condición para lo cual un plan de cuidado en el hogar de tratamiento fue aprobado por el "Medicare".

(3) La cubierta se limita a:

(a) No más que el número y tipo de visitas de recuperación en el hogar certificadas como necesarias por el médico de cabecera del asegurado. El número total de visitas de recuperación en el hogar no excederá al número de visitas de cuidado médico en el hogar aprobado por el "Medicare" bajo un plan de tratamiento en el hogar aprobado por el "Medicare".

(b) Los cargos corrientes por cada visita hasta un máximo de reembolso de cuarenta dólares ($40) por visita.

(c) Mil seiscientos dólares ($1,600) por año civil.

(d) Siete (7) visitas en cualquier semana.

(e) Cuidado suministrado en una base de visita en el hogar del asegurado.

(f) Los servicios suministrados por un proveedor de cuidado como se define en este artículo.

(g) Visitas de recuperación en el hogar mientras que el asegurado esté cubierto bajo la póliza o certificado y no de otro modo excluido.

(h) Visitas de recuperación en el hogar recibidas durante el período que el asegurado está recibiendo servicios de cuidado en el hogar aprobados por el "Medicare" o no más que ocho (8) semanas después de la fecha de servicio de la última visita de cuidado médico en el hogar aprobada por el "Medicare".

(c) Se excluye la cubierta para:

(1) Visitas de cuidado en el hogar pagadas por el "Medicare" u otros programas gubernamentales; y

(2) Cuidado suministrado por miembros de la familia, voluntarios sin sueldo o proveedores quienes no son proveedores de cuidado.

(11) Beneficios Nuevos o Innovadores: Un expedidor podrá, con la aprobación previa del Comisionado

ofrecer pólizas o certificados con beneficios nuevos o innovadores en adición a los beneficios que se proveen en una póliza o certificado que de otro modo cumple con los patrones aplicables. Tales beneficios nuevos o innovadores podrán incluir beneficios que son apropiados al seguro complementario al "Medicare", nuevos o innovadores, que de otro modo no están disponibles, no son costo operativos y que se ofrecen en un modo que es consistente con la meta de simplificación de pólizas complementarias al "Medicare".

Artículo 8. Planes de Beneficio Complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") Estándar

A. Un expedidor le hará disponible a cada tenedor de póliza y tenedor de certificado propectivo un formulario de póliza o formulario de certificado que contiene solamente los beneficios básicos "centrales", como se define en el Artículo 7B de este Reglamento.

B. Ningunos grupos, paquetes o combinaciones de beneficios complementarios al "Medicare" que no sean aquellos listados en este artículo se ofrecerá a la venta en este estado, excepto como pueda ser permitido en el Artículo 7c(11).

C. Planes de beneficio serán uniformes en estructura, lenguaje, designación y formato a los planes de beneficio pautados "A" hasta "J" listado en este subartículo y conforme a las definiciones en el Artículo 3 de este Reglamento. Cada beneficio será estructurado de acuerdo con el formato que se provee en los Artículo 7B y 7C y listar los beneficios en el orden que se demuestra en este subartículo. Para

los propósitos de este artículo, "estructura, lenguaje, y formato" significa estilo arreglo y el contenido en general de un beneficio.

D. Un expedidor podrá usar, en adición a las designaciones del plan de beneficio que se requieren en el subartículo C, otras designaciones al alcance que permite la ley.

E. El Carácter de los Planes de Beneficio:

(1) El Plan "A" del beneficio complementario al "Medicare" pautado será limitado a los Beneficios Básicos ("Centrales") Comunes a Todos los Planes de Beneficio, como se define en el Artículo 7B de este Reglamento.

(2) El plan "B" del beneficio complementario al "Medicare" pautado incluirá solamente lo siguiente: El Beneficio Central como se define en el Artículo 7B de este reglamento, más el Deducible de la Parte A del "Medicare" como se define en el Artículo 7C(1).

(3) El plan "C" del beneficio complementario al "Medicare" pautado incluirá solamente lo siguiente: El Beneficio Central como se define en el Artículo 7B de este reglamento, más el Deducible de la Parte A del "Medicare", Cuidado en una Casa de Salud, Deducible de la Parte B del "Medicare" y Cuidado de Emergencias Médicamente Necesarias en un País Extranjero como se define en los Artículos 7C(1), (2), (3) y (8), respectivamente.

(4) El plan "D" del beneficio complementario al "Medicare" pautado incluirá solamente lo siguiente: El Beneficio Central (como se define en el Artículo 7B de este reglamento), más el Deducible de la Parte A del "Medicare",

Cuidado en una Casa de Salud, Cuidado de Emergencias Médicamente Necesarias en un País Extranjero y el Beneficio de Recuperación en el Hogar como se define en los Artículos 7C (1), (2), (8) y (10), respectivamente.

(5) El plan "E" del beneficio complementario al "Medicare" pautado incluirá solamente lo siguiente: El Beneficio Central como se define en el Artículo 7B de este reglamento, más el Deducible de la Parte A del "Medicare", Cuidado en una Casa de Salud, Cuidado de Emergencias Médicamente Necesarias en un País Extranjero y Cuidado Médico Preventivo como se define en los Artículos 7C(1), (2), (8) y (9), respectivamente.

(6) El plan "F" del beneficio complementario al "Medicare" pautado incluirá solamente lo siguiente: El Beneficio Central como se define en el Artículo 7B de este Reglamento, más el Deducible de la Parte A del "Medicare", Cuidado en una Casa de Salud, el Deducible de la Parte B. Cien por ciento (100%) de los Cargos en Exceso de la Parte B del "Medicare", Cuidado de Emergencias Médicamente Necesarias en un País Extranjero, y el Beneficio de Recuperación en el Hogar como se define en los Artículos 7C(1), (2), (3), (5) y (8), respectivamente.

(7) El plan "G" del Beneficio complementario al "Medicare" pautado incluirá solamente lo siguiente: El Beneficio Central como se define en el Artículo 7B de este reglamento, más el Deducible de la Parte A del "Medicare", Cuidado en una Casa de Salud, el Ochenta por ciento (80%) de los Cargos en Exceso de la

Parte B del "Medicare", Cuidado de Emergencias Médicamente Necesarias en un Páis Extranjero, y el Beneficio de Recuperación en el Hogar como se define en los Artículos 7C(1), (2), (4), (8) y (10), respectivamente.

(8) El plan "H" del Beneficio complementario al "Medicare" pautado consistirá solamente de los siguiente: El Beneficio Central como se define en el Artículo 7B de este Reglamento, más el Deducible de la Parte A del "Medicare", Cuidado en un Centro de Salud, Beneficio Básico de Medicamentos Recetados y Cuidado de Emergencias Médicamente Necesarias en un País Extranjero como se define en los Artículos 7C(1), (2), (6) y (8), respectivamente.

(9) El plan "I" del beneficio complementario al "Medicare" pautado consistirá solamente de lo siguiente: El Beneficio Central como se define en el Artículo 7B de este Reglamento, más el Deducible de la Parte A del "Medicare". Cuidado en una Casa de Salud, Cien por ciento (100%) de los Cargos en Exceso de la Parte B del "Medicare", Beneficio Básico de Medicamentos Recetados. Cuidado de Emergencias Médicamente Necesarias en un País Extranjero y Beneficio de Recuperación en el Hogar como se define en los Artículos 7C (1), (2), (5), (6), (8) y (10), respectivamente.

(10) El plan "J" del beneficio complementario al "Medicare" pautado consistirá solamente de lo siguiente: El Beneficio Central como se define en el Artículo 7B de este Reglamento, más el Deducible de la Parte A del "Medicare", Cuidado en una Casa de Salud, el Cien por ciento (100%) de los Cargos en Exceso de la Parte B

del "Medicare", Beneficio Extendido de Medicamentos Recetados, Cuidado de Emergencias Médicamente Necesarias en un País Extranjero, Cuidado Médico Preventivo y Beneficio de Recuperación en el Hogar como se define en los Artículos 7C(1), (2), (3), (5), (7), (8), (9) y (10), respectivamente.

Artículo 9. Matrícula Abierta

A. Ningún expedidor negará ni acondicionará la expedición o efectividad de cualquier póliza o certificado complementario al "Medicare" disponible para venderse en Puerto Rico, ni discrimar en la valoración de una tal póliza o certificado debido al estado de salud, experiencia de reclamaciones, recibimiento de cuidado de salud, o la condición médica de un solicitante donde una solicitud para tal póliza o certificado se somete durante el período de seis (6) meses que comienza con el primer mes en que un individuo (quien tiene 65 años de edad o más) por primera vez se matriculó para los beneficios bajo la Parte B del "Medicare". Cada póliza o certificado complementario al "Medicare" que está actualmente disponible de un asegurador se hará disponible a todos los solicitantes quienes cualifican bajo este subartículo sin tomar en cuenta la edad.

B. No se interpretará el subartículo A como que previene la exclusión de beneficios bajo una póliza, durante los primeros seis (6) meses, a base de una condición preexistente para la cual el tenedor de póliza o tenedor de certificado recibió tratamiento o de otro modo fue diagnosticado durante los seis (6) meses antes de que hiciera vigente.

B. No se interpretará el subartículo A como que previene la exclusión de beneficios bajo una póliza,

durante los primeros seis (6) meses, a base de una condición preexistente para la cual el tenedor de póliza o tenedor de certificado recibió tratamiento o de otro modo fue diagnosticado durante los seis (6) meses antes de que se hiciera vigente.

Artículo 10. Normas para Pago de Reclamaciones

A. Un expedidor cumplirá con el artículo 1882(c)(3) de la Ley de Seguro Social (según lo decreta el artículo 4081(b)(2)(c) del "Omnibus Budget Reconciliation Act" del 1987 (OBRA) 1987, Pub. L. No. 100-203):

(1) Aceptando una notificación de un expedidor del "Medicare" en reclamaciones dualmente cedidas sometida por médicos y proveedores participantes como una reclamación para beneficios en lugar de cualquiera otro formulario de reclamación que de otro modo se requiere y hacer una determinación de pago a base de la información que contiene ese aviso;

(2) Avisando al médico o proveedor participante y al beneficiario sobre la determinación de pago;

(3) Pagando al médico o proveedor participante directamente;

(4) Supliendo, al momento de la matrícula, a cada matriculante con una tarjeta que lista el nombre de la póliza, número y una dirección postal central a la cual se podría enviar notificaciones de un expedidor del "Medicare".

(5) Pagando honorarios del usuario para notificaciones de reclamación que son transmitidas electrónicamente o de otro modo; y

(6) Proveyendo al Secretario de Salud y Servicios Humanos, por lo menos anualmente, una dirección postal central a la cual los expedidores

del "Medicare" podrían enviar todas las reclamaciones.

B. Cumplimiento con los requisitos enunciados en el Subartículo A arriba será certificado en la forma de informe de experiencia del seguro complementario al "Medicare"

Artículo 11. Requisitos para Razón de Pérdidas y Reembolso o Crédito de Prima

A. Requisitos para Razón de Pérdidas

(1) Un formulario de póliza o formulario de certificado complementario al "Medicare" no será entregado o expedido para ser entregado a menos que el formulario de póliza o formulario de certificado se puede anticipar para el período entero para lo cual se computan las tarifas para proveer cubierta, para devolver a los tenedores de póliza y tenedores de certificado en la forma de beneficios totales (que no incluyen reembolsos o créditos anticipados) que se provee bajo el formulario de la póliza o formulario del certificado:

(a) Por lo menos el setenta y cinco por ciento (75%) de la cantidad total de primas devengadas en el caso de pólizas grupales, o

(b) Por lo menos el sesenta y cinco por ciento (65%) de la cantidad total de primas devengadas en el caso de pólizas individuales.

Que se calculan a base de la experiencia de reclamaciones incurridas o gastos de cuidado de salud incurridos donde una cubierta la provee una organización de mantenimiento de salud en una base de servicio en lugar de

reembolso y primas devengadas para tal período y de acuerdo a principios y prácticas actuariales aceptados.

(2) Todas las radicaciones de tarifas y cuadros de tarifas demostrará que las reclamaciones anticipadas con relación a primas cumplirán con los requisitos de este artículo cuando se combina con la experiencia actuarial hasta la fecha. Radicaciones de revisiones de tarifa también demostrarán que la razón de pérdidas anticipada sobre el período futuro entero para lo cual se computan las tarifas revisadas para proveer cubierta se puede anticipar a que cumplan con los requisitos apropiadas de razón de pérdidas.

(3) Para los propósitos de aplicar el Subartículo A(1) de este Artículo y Subartículo C (3) del Artículo 13 solamente, las pólizas expedidas como resultado de solicitaciones de individuos a través de correspondencia o a través de anuncios por los medios de comunicación (incluso ambos, anuncios de imprenta y emisoras) serán estimados como pólizas individuales.

B. Cálculo de Reembolso o Crédito

(1) Un expedidor coleccionará y radicará con el Comisionado para el 31 de mayo de cada año los datos que se contienen en el formulario de informe que se contiene en el Apéndice A para cada tipo en un plan estándar de beneficio complementario al "Medicare".

(2) Si a la base de la experiencia como se informa la razón de punto de referencia desde incepción (razón 1) excede la razón de experiencia ajustada desde incepción (razón 3), entonces se requiere un cómputo de reembolso o crédito.

Se hará el cómputo de reembolso en una base estatal para cada tipo en un plan estándar de beneficio complementario al "Medicare". Para los propósitos del cómputo de reembolso o crédito, se excluirá la experiencia sobre pólizas expedidas dentro del año informativo.

(3) Se hará un reembolso o crédito solamente cuando la razón de pérdidas de punto de referencia excede a la razón de pérdidas de experiencia de ajuste y la cantidad que ha de reembolsarse o acreditarse excede _____. Tal reembolso incluirá interés desde el final del año civil hata la fecha del reembolso o crédito a una tarifa que el Secretario de Salud y Servicios Humanos especifica, pero no será bajo ninguna circunstancia menos que la tasa de interés promedio para notas del Tesoro a 13 semanas. Se hará un reembolso o crédito en contra de las primas ya para el 30 de septiembre siguiente al año de experiencia sobre lo cual se basa el reembolso o crédito.

C. Radicación Anual de Tasas de Primas

Un expedidor de pólizas y certificados complementarios al "Medicare" expedidas antes o después de la fecha de vigencia del 30 de julio de 1992 en Puerto Rico radicará anualmente sus tarifas, cuadro de tarifas y documentación que respalda incluso razones de pérdidas incurridas a primas devengadas por la duranción de la póliza para la aprobación por el Comisionado de acuerdo con los requisitos y procedimientos que prescribe el Comisionado. La documentación de respaldo también demostrará de acuerdo con las normas de práctica actuariales que utiliza las asunciones razonables que se espera que las normas apropiadas de razón de pérdidas cumplan

sobre el período entero para lo cual se computan las tarifas. Tal demostración excluirá reservas vitalicias activas. Se demostrará una razón de pérdidas de tercer año anticipado que es mayor o igual que al porcentaje aplicable para las pólizas o certificados que están en vigor por menos de tres (3) años. Tan pronto que sea práctico, más previo a la fecha de vigencia de mejoras en los beneficios del "Medicare", cada expedidor de pólizas o certificados complementarios al "Medicare" en Puerto Rico radicará con el Comisionado de acuerdo con los procedimientos de radicación aplicable de Puerto Rico:

(1) (a) Ajustes de prima apropiados necesarios para producir razones de pérdidas como se anticipa para la prima actual para las pólizas o certificados aplicables. Tales documentos que respaldan acompañarán la radicación como sean necesarias para justificar el ajuste.

(b) Un expedidor hará tales ajustes de prima como sean necesarios para producir una razón de pérdidas anticipada bajo tal póliza o certificado como estará de acuerdo con las pautas mínimas de razón de pérdidas para las pólizas complementarias al "Medicare" y que se espera que resulte en una razón de pérdida por lo menos tan mayor como lo que se anticipaba en las tarifas que se usan para producir las primas actuales por el expedidor para tales pólizas o certificados complementarios al "Medicare". Ningún ajuste de prima que modificará la experiencia de razón de pérdidas bajo la póliza que no

sean los ajustes que se describen aquí mismo se hará con respecto a una póliza en cualquier momento que no sea su fecha de renovación o fecha de aniversario.

(c) Si un expedidor falla en realizar ajustes de primas aceptables para el Comisionado, el Comisionado podrá ordenar ajustes de primas, reembolsos o créditos de primas que se determinan ser necesarios para poder lograr la relación de pérdidas que se requiere en este artículo.

(2) Cualesquier aditamentos, endosos o formularios de póliza apropiados que se necesita para realizar las modificaciones de póliza o certificado complementario al "Medicare" necesarias para eliminar las duplicaciones de beneficio con el "Medicare". Tales aditamentos, endosos o formularios de póliza proveerán una descripción clara de los beneficios complementarios al "Medicare" que provee la póliza o certificado.

D. Vistas Públicas

El Comisionado podrá gestionar una vista pública para recoger información tocante una petición de un expedidor para un aumento en una tarifa para un certificado o formulario de póliza emitido antes o después de la fecha vigente del 30 de julio de 1992 si la experiencia de la forma para el período de informe previo no cumple con la pauta aplicable de razón de pérdidas. Se hace la determinación de cumplimiento sin la consideración de cualquier reembolso o crédito para tal período de informe. Aviso público de tal vista será suministrado en un modo que el Comisionado estima ser apropiado.

Artículo 12. Radicación y Aprobación de Pólizas y Certificados y Tarifas de Primas

A. Un expedidor no entregará ni expedirá para ser entregado una póliza o certificado a un residente de Puerto Rico a menos que el formulario de póliza o formulario de certificado ha sido radicado con y aprobado por el Comisionado de acuerdo con los requisitos y procedimientos de radicación prescritos por el Comisionado.

B. Un expedidor no usará ni cambiará las tarifas de primas para una póliza o certificado complementario al "Medicare" a menos que las tarifas, cuadro de tarifación y documentación que respalda hayan sido radicados con y aprobados por el Comisionado de acuerdo con los requisitos y procedimientos prescritos por el Comisionado.

C. (1) Excepto como se provee en el Párrafo (2) de este subartículo, un expedidor no radicará para aprobación más de un formulario de una póliza o certificado de cada tipo para cada plan de beneficio estándar complementario al "Medicare".

(2) Un expedidor podrá ofrecer, con la aprobación del Comisionado, hasta cuatro (4) formularios de póliza o formularios de certificado adicionales del mismo tipo para el mismo plan de beneficio estándar complementario al "Medicare", uno para cada uno de los siguientes casos:

(a) La inclusión de beneficios nuevos o innovadores;

(b) La adición de respuesta directa o métodos de mercadeo de agente;

(c) La adición de expedición garantizada o cubierta suscrita;

(d) La oferta de cubierta a individuos elegibles para "Medicare" por razón de incapacidad.

(3) Para los propósitos de este artículo, un "tipo" significa una póliza individual, o una póliza colectiva.

D. (1) Excepto como se provee en el Párrafo (1)(a), un expedidor continuará a hacer disponible para comprar cualquier formulario de póliza o certificado de póliza expedido después de la fecha vigente de este reglamento que haya sido aprobado por el Comisionado. Un formulario de póliza o formulario de certificado no será considerado de estar disponible para adquisición a menos que el expedidor lo haya ofrecido para venta activamente en los doce (12) meses previos.

(a) Un expedidor podrá descontinuar la disponibilidad de un formulario de póliza o formulario de certificado si el expedidor le provee al Comisionado por escrito su decisión por lo menos treinta (30) días previos a la descontinuación de la disponibilidad del formulario de póliza o certificado. Después de recibir el aviso del Comisionado, el expedidor no ofrecerá más el formulario de póliza o formulario de certificado para la venta en Puerto Rico.

(b) Un expedidor que descontinúa la disponibilidad de un formulario de póliza o formulario de certificado con arreglo al Subpárrafo (a) no radicará para aprobación un formulario de póliza o formulario de certificado nuevo del mismo tipo para

el mismo plan de beneficio estándar complementario al "Medicare" como el formulario descontinuado por un período de cinco (5) años después que el expedidor provea aviso al Comisionado de la descontinuación. El período de descontinuación podrá ser reducido si el Comisionado determina que un período más corto es apropiado.

(2) La venta u otra transferencia de negocio complementario al "Medicare" a otro expedidor será considerado como una descontinuación para los propósitos de este subartículo.

(3) Un cambio en la estructura o metodología de tarifación será considerado como una descontinuación bajo el Párrafo (1) a menos que el expedidor cumpla con los siguientes requisitos:

(a) El expedidor provee un memorando actuarial, en una forma y manera prescrita por el Comisionado, que describe la manera en que la metodología de tarifación existente y las tarifas resultantes difieren de la metodología de tarifación existente y las tarifas resultantes.

(b) El expedidor subsiguiente no pone en vigencia un cambio de tarifas o factores de tarifación que causaría el diferencial de porcentaje entre las tarifas descontinuadas y subsiguientes como se describe en el memorando actuarial para cambio. El Comisionado podrá aprobar un cambio al diferencial que está al interés público.

E. (1) Excepto como se provee en el Párrafo (2), la experiencia de todos los formularios de póliza

o formularios de certificado del mismo tipo en un plan estándar de beneficio complementario al "Medicare" serán combinados para los propósitos de cómputo de reembolso a crédito que se prescribe en el Artículo 11 de este Reglamento de Seguro Complementario al "Medicare" de acuerdo al Artículo 13 del Reglamento Modelo del Seguro Complementario al "Medicare" de la Asociación Nacional de Seguro (NAIC por sus siglas en inglés).

(2) Los formularios asumidos bajo un acuerdo de asunción de reaseguro no serán combinados con la experiencia de otros formularios para los propósitos de cómputo de reembolso o crédito.

Articulo 13. Arreglos de Compensación Permitidos

A. Un expedidor u otra entidad podrá proveer una comisión u otra compensación a un agente u otro representante por la venta de una póliza o certificado complementario al Programa de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") solamente si la comisión del primer año no es mayor del 200 por ciento (200%) de la comisión u otra compensación pagada por vender o dar servicio a la póliza, contrato o certificado en el segundo año o período.

B. La comisión u otra compensación que se provee en los años subsiguientes (renovación) deberá ser igual a la provista en el segundo año o período y deberá ser provista para no menos de cinco (5) años de renovación.

C. Ningun expedidor u otra entidad proveerá una compensación a sus agentes u otros productores y ningún agente o productor recibirá compensación mayor que la compensación de renovación pagadera por el asegurador reemplazador en las pólizas de renovación o

certificados si una póliza o certificado existente se reemplaza a menos que los beneficios de la póliza o certificado nuevo sean claros y sustancialmente mayores que los beneficios bajo la póliza reemplazada.

D. Para los propósitos de este artículo, "compensación" incluye remuneración pecuniaria o no pecuniaria de cualquier clase que se relacione a la venta o renovación del contrato de la póliza o certificado incluso pero que no se limite a bonos, regalos, galardones, premios y honorarios de investigadores.

Artículo 14. Disposiciones Obligatorias sobre Revelación

A. Reglas Generales.

(1) Las pólizas o certificados complementarios al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"), deberá incluir una disposición sobre la renovación, o continuación. El vocabulario o las especificaciones de tal disposición deberán concordar con el tipo de contrato que se va a emitir. Dicha disposición deberá llevar el título apropiado, y estar inscrita en la primera página de la póliza o contrato y deberá incluir cualquier reservación de parte del expedidor del derecho de cambiar primas y cualesquier aumentos de prima de renovación automáticos a base de la edad del tenedor de póliza.

(2) Con la excepción de los aditamentos o endosos bajo los cuales el expedidor efectúa una petición por escrito hecha por el asegurado, o ejerce un derecho específicamente reservado bajo una póliza o contrato complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") o se

requiere reducir o eliminar beneficios para evitar duplicación de beneficios de dicho Programa Federal, todos lo endosos o aditamentos agregados a una póliza complementaria a "Medicare" después de la fecha de emisión o a la reinstalación o renovación que reduce o elimina beneficios o cubierta en la póliza o contrato requerirán una aceptación firmada por el asegurado. Posterior a la fecha de emisión de la póliza o certificado, cualquier aditamento que aumente beneficios o cubierta con un aumento concomitante en la prima durante el término de la póliza deberá ser acordado por escrito firmado por el asegurador, a menos que los beneficios sean requeridos por los requisitos mínimos para las pólizas de seguro complementario a "Medicare" o si se requiere por ley los aumentos en beneficios o cubierta. Cuando se cobre una prima adicional aparte por los beneficios que se proveen en conección con aditamentos o endosos, tal cargo por prima se establecerá en la póliza.

(3) Una póliza o certificado complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") no proveerá para el pago de beneficios basándose en frases tales como "usuales y acostumbradas", "razonables y acostumbradas" y otras palabras que lleven este mismo sentido.

(4) Si una póliza o certificado complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"), contiene cualesquier limitaciones con respecto a condiciones preexistentes, tales limitaciones deberán aparecer como un párrafo aparte de la

póliza el cual se debe designar como "Limitaciones por Condiciones Preexistentes".

(5) Las pólizas o certificados complementarios al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") deberán tener un aviso impreso en forma conspicua en la primera página de la póliza o certificado o anejado a los mismos que disponga en esencia que el tenedor de la póliza o del certificado tiene derecho a devolver dicha póliza o certificado dentro del período de treinta (30) días a partir de su entrega, y a recibir un reembolso de la prima pagada si, después de examinar la póliza o certificado, la persona asegurada no está satisfecha por alguna razón.

(6) Expedidores de pólizas o certificados de accidente y enfermedad que provean cubierta para los gastos médicos o de hospital sobre una base de gastos incurridos o de indemnización que no sea en forma incidental, a una persona o personas elegibles para recibir los beneficios del Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") por razón de edad, deberán proveer a todos los solicitantes una copia de la Guía para Compradores de Pólizas Complementarias al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") en la forma realizada conjuntamente por la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC) y la Administración de Finanzas de Cuidado de la Salud del Departamento de Salud y Recursos Humanos de los Estados Unidos de Norte América y en un tamaño tipométrico que no sea más pequeño que la tipometría de 12 espacios. Dicha guía

deberá enviarse, sin importar si esas pólizas o contratos se anuncian, se solicitan o se emiten como pólizas o certificados complementarios al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") según se define en esta Regla. Con la excepción del caso de expedidores de respuesta directa, la Guía para Compradores deberá enviarse al solicitante al momento de la solicitud y éste deberá suministrarle al expedidor, un acuse de recibo por dicha Guía. Los expedidores de respuesta directa le enviará la Guía para Compradores a petición del solicitante, pero no más tardar en el día que se entrega la póliza.

B. Requisitos sobre el Aviso.

(1) Tan pronto como sea posible, pero no más tarde de treinta (30) días antes de la fecha anual de efectividad de cualesquier cambios en cuanto a los beneficios del Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"), un expedidor deberá notificar a sus tenedores de pólizas y de certificados, las modificaciones que se hayan hecho a las pólizas o certificados de seguro complementario a "Medicare" en un formato que sea aceptable para el Comisionado de Seguros.

(a) Tal notificación deberá incluir una descripción de las revisiones hechas al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") y una descripción de cada modificación que se le haya hecho a la cubierta que provee la póliza o certificado de seguro complementario a "Medicare",

(b) Informar a cada persona cubierta cuándo se hará cualquier ajuste de prima debido a cambios en el Programa Federal "Medicare".

(2) El aviso sobre las modificaciones hechas a los beneficios y cualquier ajuste en el pago de primas se hará en forma resumida y en términos claros y sencillos para facilitar la comprensión del mismo.

(3) Tales avisos no deberán contener ni tener anejados ninguna solicitud.

C. Requisitos para el Resumen de la Cubierta para las Pólizas Complementarias al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"):

(1) Los expedidores deberán proveer un resumen de la cubierta a todos los solicitantes en el momento en que se hace la solicitud al solicitante prospectivo y, con la excepción de las pólizas de respuesta directa, deberán obtener de parte del solicitante, un acuse de recibo por concepto de dicho resumen de la cubierta; y

(2) Si se provee un resumen de la cubierta en el momento de la solicitud, y si la póliza o certificado complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") se emite sobre una base que podría requerir revisión del resumen, deberá enviarse junto con la póliza o certificado un resumen sustituto de la cubierta, que describa a cabalidad la póliza o el certificado cuando sean expedidos, además de incluir justo arriba del nombre de la compañía de seguros y con una tipometría de doce espacios, como mínimo, esta declaración:

"AVISO: Lea detenidamente este resumen de la cubierta. No es idéntico al resumen de cubierta provisto al solicitar la cubierta original, la cual no se ha emitido."

(3) El resumen de la cubierta que se les provee a los solicitantes conforme a esta Artículo se compone de cuatro partes: una carátula, información sobre primas, páginas de revelación, y gráficas que exhiben las particularidades de cada plan de beneficios que ofrece el expedidor. El resumen de la cubierta será en el lenguaje y formato que se describe más abajo en una tipometría de no menos de doce (12) espacios. Se mostrarán todos los planes A hasta J en la carátula, y los planes que ofrece el expedidor serán identificados prominentemente: Se mostrará la información sobre primas para planes que se ofrecen en la carátula o inmediatamente después de la carátula y se exhibirá prominentemente. Se expresará la prima y el modo para todos los planes que se le ofrece al solicitante prospectivo. Todas las posibles primas para el solicitante prospectivo serán ilustradas.

(4) Se incluirán las siguientes particularidades en el resumen de la cubierta en el orden prescrito más abajo.

(NOMBRE DE LA COMPAÑIA)
Resumen de la Cubierta Complementaria al "Medicare"-Carátula
Plan(es) de Beneficio____[insertar letra (s) del/de los plan (es) que se ofrecen]

Se puede vender seguro complementario al "Medicare" solamente en diez planes estándar. Estre gráfico muestra los beneficios que se inluyen en cada plan. Cada compañía deberá hacer disponible el Plan "A". Quizás algunos planes no estarán disponibles en su estado.

BENEFICIOS BASICOS: Incluidos en Todos los Planes.
Hospitalización: Coaseguro de la Parte A más cubierta por 365 días adicionales después que los beneficios del "Medicare" terminen.
Gastos Médicos: Coaseguro de la Parte B (20% de los gastos aprobados por "Medicare").
Sangre: Primeras tres pintas de sangre cada año.

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Beneficios Básicos	Beneficios Básicos	Beneficios Básicos	Beneficios Básicos	Beneficios Básicos	Beneficios Básicos	Beneficios Básicos	Beneficios Básicos	Beneficios Básicos	Beneficios Básicos
		Coaseguro de Casa de Salud	Coaseguro de Casa de Salud	Coaseguro de Casa de Salud	Coaseguro de Casa de Salud	Coaseguro de Casa de Salud	Coaseguro de Casa de Salud	Coaseguro de Casa de Salud	Coaseguro de Casa de Salud
	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A
		Deducible de la Parte B			Deducible de la Parte B				Deducible de la Parte B
					Exceso de la Parte B (100%)	Exceso de la Parte B (80%)		Exceso de la Parte B (100%)	Exceso de la Parte B (100%)
		Emergencia de Viaje al Extranjero	Emergencia de Viaje al Extranjero	Emergencia de Viaje al Extranjero	Emergencia de Viaje al Extranjero	Emergencia de Viaje al Extranjero	Emergencia de Viaje al Extranjero	Emergencia de Viaje al Extranjero	Emergencia de Viaje al Extranjero
			Recuperación en el Hogar			Recuperación en el Hogar		Recuperación en el Hogar	Recuperación en el Hogar
							Medicamentos Básicos (Limite de $12,50	Medicamentos Básicos (Límite $1,250)	Medicamentos Ampliados (Límite de $3,000)
				Cuidado Preventivo					Cuidado Preventivo

INFORMACION SOBRE PRIMAS [En Negrilla]

Nosotros [inserte nombre del expedidor] podemos aumentar su prima solamente si nosotros aumentamos la prima para todas las pólizas como la suya en Puerto Rico. [Si la prima se basa en la edad del asegurado que va aumentando, incluya información que especifica cuándo las primas cambiarán.]

REVELACIONES [En Negrilla]

Utilice este resumen para comparar entre pólizas los beneficios y primas.

LEA SU POLIZA MUY DETENIDAMENTE [En Negrilla]

Esto es solamente un resumen que describe las particularidades más importantes de su póliza. La póliza es su contrato de seguro. Usted deberá leer la póliza por si misma y comprender todos los derechos y deberes de ambos, usted y su compañía de seguros.

DERECHO DE DEVOLVER LA POLIZA [En Negrilla]

Si usted encuentra que usted no está satisfecho con su póliza, usted podrá devolverla al [insertar la dirección del expedidor]. Si usted nos devuelve la póliza a nosotros dentro de los 30 días despúes de haberla recibido, trataremos la póliza como si nunca se hubiera emitido y devolveremos todos sus pagos.

REEMPLAZO DE LA POLIZA [En Negrilla]

Si usted está reemplazando otra póliza de seguro de salud, NO la cancele hasta que usted haya realmente recibido su nueva póliza y está seguro de que la quiere retener.

AVISO [En Negrilla]

Esta póliza quizás no cubra todos sus costos médicos.

[para agentes:]

Ni [inserte nombre de la compañía] ni sus agentes están relacionados con el "Medicare".

[para respuesta directa:]

[inserte nombre de la compañía:] no está relacionada con el "Medicare".

Este bosquejo de cubierta no provee todos los detalles en cuanto a cubierta del "Medicare". Comuníquese con su oficina local del Seguro Social o consulte la "Guía del 'Medicare'" para más detalles.

LAS CONTESTACIONES COMPLETAS SON MUY IMPORTANTES

[En Negrilla]

Cuando usted llene la solicitud para la nueva póliza, tenga por seguro de contestar verídica y completamente todas las preguntas acerca de su historial médico y de salud. La compañía podrá cancelar su póliza y negarse a pagar cualesquier reclamaciones si se suprime o falsifica información médica importante. [Si la póliza o certificado es emisión garantizada, no es necesario que este párrafo aparezca.]

Revise la solicitud cuidadosamente antes de firmarla. Esté seguro de que toda la información ha sido debidamente registrada.

[Incluya para cada plan que está identificado prominentemente en la carátula, una gráfica que muestra los servicios, pagos del "Medicare", pagos del plan y pagos asegurados para cada plan, que utiliza el mismo lenguaje, en el mismo orden, que utiliza un boceto y formato uniforme como se muestra en las gráficas más abajo. No se podrá mostrar más de cuatro planes en una gráfica. Para los propósitos de ilustración, se incluye gráficas para cada plan en este reglamento. Un expedidor podrá usar designaciones adicionales de plan de beneficio en estas gráficas con arreglo al Artículo 8D de este Reglamento.]

[Incluya una explicación de cualesquier beneficios innovadores en la carátula y en la gráfica, de un modo aprobado por el Comisionado.]

PLAN A

"MEDICARE" (PARTE A) - SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS

*Un período de beneficios comienza en el primer día que usted recibe servicio como un paciente recluido en un hospital y termina después que haya estado fuera del hospital y no haya recibido cuidado en una casa de salud en cualquier otra facilidad por 60 días corridos.

SERVICIOS	"MEDICARE" PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
HOSPITALIZACION* Habitación semiprivada y comidas, servicios y suministros generales de enfermería y misceláneos			
Primeros 60 días	Todo menos $652	$ 0	$652 (Deducible de la Parte A)
61er. hasta 90mo. día	Todo menos $163 por día	$ 163 por día	$ 0
91er. día y posteriormente:			
-Mientras que se utilice los 60 días de reserva vitalicios	Todo menos $326 por día	$ 326 por día	$ 0
-Una vez que se utiicen los días de reserva vitalicios			
-365 días adicionales	$ 0	100% del "Medicare"	$ 0
-Más allá de los 365 días	$ 0	$ 0	Todos los costos
CUIDADO EN UNA CASA DE SALUD* Usted deberá cumplir con los requisitos del "Medicare", incluso el haber estado en un hospital aprobada por "Medicare" dentro de 30 días después de haber salido del hospital			
Primeros 20 días	Todas las cantidades aprobadas	$ 0	$ 0
21er. hasta el 100mo. día	Todo menos $81.50 por día	$ 0	Hasta $81.50 por día
101er. días y posteriormente	$ 0	$ 0	Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	$ 0	3 pintas	$ 0
Cantidades adicionales	100%	$ 0	$ 0
CUIDADO EN UN HOSPICIO Disponible mientras que su médico certifique que usted está terminalmente enfermo y usted elige recibir estos servicios	Todo menos muy poco coaseguro para medicamentos de pacientes ambulatorios y cuidado de	$ 0	Balance

PLAN A

"MEDICARE" (PARTE B) - SERVICIOS MEDICOS - POR AÑO CIVIL

*Una vez que a Usted le hayan facturado $100 de las cantidades Aprobadas por "Medicare" por servicios cubiertos (que se indican con un asterisco), su Deducible de la Parte B se habrá cumplido para el año civil.

SERVICIOS	"MEDICARE" PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
GASTOS MEDICOS- DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO DE PACIENTE AMBULATORIO, tales como servicios del Médico, servicios y suministros médicos y quirúrgicos de pacientes recluidos y ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero.			
Primeros $100 de Cantidades Aprobadas por "Medicare"	$ 0	$ 0	$100 (Deducible de la Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por "Medicare"	80%	20%	$ 0
Cargos en Exceso de la Parte B (Por encima de las Cantidades Aprobadas por "Medicare")	$ 0	$ 0	Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	$ 0	Todos los Costos	$ 0
Próximos $100 de Cantidades Aprobadas por "Medicare"*	$ 0	$0	$100 (Deducible de la Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por "Medicare"	80%	20%	$ 0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO - PRUEBAS DE SANGRE PARA SERVICIOS DIAGNOSTICOS	100%	$ 0	$ 0
CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR SERVICIOS APROBADOS POR "MEDICARE"			
-Servicios medicamente necesarios de cuidado diestro y suministros médicos	100%		
-Equipo médico duradero			
Primeros $100 de Cantidades Aprobadas por "Medicare"*	$ 0	$ 0	$100 (Deducible de la Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por "Medicare"	80%	20%	$ 0

PLAN B

"MEDICARE" (PARTE A) - SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS

*Un período de beneficios comienza en el primer día que usted recibe servicio como un paciente recluido en un hospital y termina después de que haya estado fuera del hospital y no haya recibido cuidado en una casa de salud en cualquiera otra facilidad por 60 días corridos.

SERVICIOS	"MEDICARE" PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
HOSPITALIZACION* Habitación semiprivada y comidas, servicios y suministros generales de enfermería y misceláneos			
Primeros 60 días	Todo menos $652	$ 652 (Deducible de la Parte A)	$ 0
61er. hasta 90mo. día	Todo menos $163 por día	$ 163 por día	$ 0
91er. día y posteriormente:			
-Mientras que se utilice los 60 días de reserva vitalicios	Todo menos $326 por día	$ 326 por día	$ 0
-Una vez que se utiicen los días de reserva vitalicios			
-365 días adicionales	$ 0	100% de los Gastos Elegibles del "Medicare"	$ 0
-Más allá de los 365 días	$ 0	$ 0	Todos los costos
CUIDADO EN UNA CASA DE SALUD* Usted deberá cumplir con los requisitos del "Medicare", incluso el haber estado en un hospital por lo menos 3 días e ingresado a una facilidad aprobada por "Medicare" dentro de 30 días después de salir del hospital			
Primeros 20 días	Todas las cantidades aprobadas	$ 0	$ 0
21er. hasta el 100mo. día	Todo menos $81.50 por día	$ 0	Hasta $81.50 por día
101er. días y posteriormente	$ 0	$ 0	Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	$ 0	3 pintas	$ 0
Cantidades adicionales	100%	$ 0	$ 0
CUIDADO EN UN HOSPICIO Disponible mientras que su médico certifique que usted está terminalmente enfermo y usted elige recibir estos servicios	Todo menos muy poco coaseguro muy limitado para medicamentos de paciente ambulatorio y cuidado de prórroga	$ 0	Balance

PLAN B

"MEDICARE" (PARTE B) - SERVICIOS MEDICOS - POR AÑO CIVIL

*Una vez que a Usted le hayan facturado $100 de las cantidades Aprobadas por "Medicare" por servicios cubiertos (que se indican con un asterisco), su Deducible de la Parte B se habrá cumplido para el año civil.

SERVICIOS	"MEDICARE" PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
GASTOS MEDICOS- DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL PARA PACIENTE AMBULATORIO, tal como servicios de médico, suministros y servicios médicos para pacientes recluidos y pacientes ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero,			
Primeros $100 de Cantidades Aprobadas por "Medicare"	$ 0	$ 0	$100 (Deducible de la Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por "Medicare"	80%	20%	$ 0
Cargos en Exceso de la Parte B (Por encima de Cantidades Aprobadas por "Medicare")	$ 0	$ 0	Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	$ 0	Todos los Costos	$ 0
Próximos $100 de Cantidades Aprobadas por "Medicare"*	$ 0	$0	$100 (Deducible de la Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por "Medicare"	80%	20%	$ 0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO - PRUEBAS DE SANGRE PARA SERVICIOS DIAGNOSTICOS	100%	$ 0	$ 0
CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR SERVICIOS APROBADOS POR "MEDICARE"			
-Servicios medicamente necesarios de cuidado diestro y suministros médicos	100%	$ 0	$ 0
-Equipo médico duradero			
Primeros $100 de Cantidades Aprobadas por "Medicare"*	$ 0	$ 0	$100 (Deducible de la Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por "Medicare"	80%	20%	$ 0

PLAN C

"MEDICARE" (PARTE A) - SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS

*Un período de beneficios comienza en el primer día que usted recibe servicio como un paciente recluido en un hospital y termina después de que haya estado fuera del hospital y no haya recibido cuidado en una casa de salud en cualquiera otra facilidad por 60 días.

SERVICIOS	"MEDICARE" PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
HOSPITALIZACION* Habitación semiprivada y comidas, servicios y suministros generales de enfermería y misceláneos			
Primeros 60 días	Todo menos $652	$ 652 (Deducible de la Parte A)	$ 0
61er. hasta 90mo. día	Todo menos $163 por día	$ 163 por día	$ 0
91er. día y posteriormente:			
-Mientras que se utilice los 60 días de reserva vitalicios	Todo menos $326 por día	$ 326 por día	$ 0
-Una vez que se utiicen los días de reserva vitalicios			
-365 días adicionales	$ 0	100% de los Gastos Elegibles del "Medicare"	$ 0
-Más allá de los 365 días	$ 0	$ 0	Todos los costos
CUIDADO EN UNA CASA DE SALUD* Usted deberá cumplir con los requisitos del "Medicare", incluso el haber estado en un hospital por lo menos 3 días y entrado a una facilidad aprobada por "Medicare" dentro de 30 días después de salir del hospital			
Primeros 20 días	Todas las cantidades aprobadas	$ 0	$ 0
21er. hasta el 100mo. día	Todo menos $81.50 por día	$ Hasta $81.50 por día	$ 0
101er. días y posteriormente	$ 0	$ 0	Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	$ 0	3 pintas	$ 0
Cantidades adicionales	100%	$ 0	$ 0
CUIDADO EN UN HOSPICIO Disponible mientras que su médico certifique que usted está terminalmente enfermo y usted elige recibir estos servicios	Todo menos coaseguro muy limitado para medicamentos de paciente ambulatorio y cuidado de prórroga	$ 0	Balance

PLAN C

"MEDICARE" (PARTE B) - SERVICIOS MEDICOS - POR AÑO CIVIL

*Una vez que a Usted le hayan facturado $100 de las cantidades Aprobadas por "Medicare" por servicios cubiertos (que se indican con un asterisco), su Deducible de la Parte B se habrá cumplido para el año civil.

SERVICIOS	"MEDICARE" PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
GASTOS MEDICOS- DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL PARA PACIENTE AMBULATORIO, tal como servicios de médico, suministros y servicios médicos para pacientes recluidos y pacientes ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero.			
Primeros $100 de Cantidades Aprobadas por "Medicare"	$ 0	$100 (Deducible de la Parte B)	$ 0
Restante de Cantidades Aprobadas por "Medicare"	80%	20%	$ 0
Cargos en Exceso de la Parte B (Por encima de Cantidades Aprobadas por "Medicare")	$ 0	$ 0	Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	$ 0	Todos los Costos	$ 0
Próximos $100 de Cantidades Aprobadas por "Medicare"*	$ 0	$100 (Deducible de la Parte B)	$ 0
Restante de Cantidades Aprobadas por "Medicare"	80%	20%	$ 0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO - PRUEBAS DE SANGRE PARA SERVICIOS DIAGNOSTICOS	100%	$ 0	$ 0

PARTES A & B

CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR SERVICIOS APROBADOS POR "MEDICARE"			
-Servicios medicamente necesarios de cuidado diestro y suministros médicos	100%	$ 0	$ 0
-Equipo médico duradero			
Primeros $100 de Cantidades Aprobadas por "Medicare"*	$ 0	$100 (Deducible de la Parte B)	$ 0
Restante de Cantidades Aprobadas por "Medicare"	80%	20%	$ 0

PLAN C (CONTINUACION)

OTROS BENEFICIOS - NO CUBIERTOS POR "MEDICARE"

SERVICIOS	"MEDICARE" PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
VIAJES HACIA EL EXTRANJERO - NO CUBIERTOS POR "MEDICARE" Servicios médicamente necesarios de cuidado de emergencia que comienzan durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE.UU. Primeros $250 cada año civil Restante de los Cargos	 $ 0 $ 0	 $ 0 80% hasta un beneficio vitalicio máximo de $50.000	 $250 20% y cantidades sobre el máximo vitalicio de $50.000

PLAN D

"MEDICARE" (PARTE A) - SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS

*Un período de beneficios comienza en el primer día que usted recibe servicio como paciente recluído en un hospital y termina después de que haya estado fuera del hospital y no haya recibido cuidado en una casa de salud en cualquiera otra facilidad por 60 días.

SERVICIOS	"MEDICARE" PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
HOSPITALIZACION* Habitación semiprivada y comidas, servicios y suministros generales de enfermería y misceláneos			
Primeros 60 días	Todo menos $652	$ 652 (Deducible de la Parte A)	$ 0
61er. hasta 90mo. día	Todo menos $163 por día	$ 163 por día	$ 0
91er. día y posteriormente:			
-Mientras que se utilice los 60 días de reserva vitalicios	Todo menos $326 por día	$ 326 por día	$ 0
-Una vez que se utiicen los días de reserva vitalicios			
-365 días adicionales	$ 0	100% de los Gastos Elegibles del "Medicare"	$ 0
-Más allá de los 365 días	$ 0	$ 0	Todos los costos
CUIDADO EN UNA CASA DE SALUD* Usted deberá cumplir con los requisitos del "Medicare", incluso el haber estado en un hospital por lo menos 3 días e ingresado a una facilidad aprobada por "Medicare" dentro de 30 días después de salir del hospital			
Primeros 20 días	Todas las cantidades aprobadas	$ 0	$ 0
21er. hasta el 100mo. día	Todo menos $81.50 por día	Hasta $81.50 por día	$ 0
101er. días y posteriormente	$ 0	$ 0	Todos los costos
SANGRE Primeras 3 pintas	$ 0	3 pintas	$ 0
Cantidades adicionales	100%	$ 0	$ 0
CUIDADO EN UN HOSPICIO Disponible mientras que su médico certifique que usted está terminalmente enfermo y usted elige recibir estos servicios	Todo menos coaseguro muy limitado para medicamentos de paciente ambulatorio y cuidado de prórroga	$ 0	Balance

PLAN D

"MEDICARE" (PARTE B) - SERVICIOS MEDICOS - POR AÑO CIVIL

*Una vez que a Usted le hayan facturado $100 de las cantidades Aprobadas por "Medicare" por servicios cubiertos (que se indican con un asterisco), su Deducible de la Parte B se habrá cumplido para el año civil.

SERVICIOS	"MEDICARE" PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
GASTOS MEDICOS- DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL PARA PACIENTE AMBULATORIO, tal como servicios de médico, suministros y servicios médicos para pacientes recluidos y pacientes ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero,			
Primeros $100 de Cantidades Aprobadas por "Medicare"*	$ 0	$ 0	$100 (Deducible de la Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por "Medicare"	80%	20%	$ 0
Cargos en Exceso de la Parte B (Por encima de Cantidades Aprobadas por "Medicare")	$ 0	$ 0	Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	$ 0	Todos los Costos	$ 0
Próximos $100 de Cantidades Aprobadas por "Medicare"*	$ 0	$ 0	$100 (Deducible de la Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por "Medicare"	80%	20%	$ 0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO - PRUEBAS DE SANGRE PARA SERVICIOS DIAGNOSTICOS	100%	$ 0	$ 0

PARTES A & B

CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR SERVICIOS APROBADOS POR "MEDICARE" -Servicios medicamente necesarios de cuidado diestro y suministros médicos	100%	$ 0	$ 0
-Equipo médico duradero Primeros $100 de Cantidades Aprobadas por "Medicare"*	$ 0	$ 0	$100 (Deducible de la Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por "Medicare"	80%	20%	$ 0

PLAN D (CONTINUACION)

"MEDICARE" (PARTES A & B - (CONTINUACION)

SERVICIOS	"MEDICARE" PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
PARTES A & B (continuación)			
CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR - (continuación) SERVICIOS DE RECUPERACION EN EL HOGAR-NO CUBIERTOS POR "MEDICARE" Cuidado en el hogar certificado por su médico, para cuidado personal durante la recuperación de una dolencia o enfermedad para la cual el "Medicare" aprobó un Plan de Tratamiento Cuidado en el Hogar			
- Beneficio por cada visita	$ 0	Cargos corrientes hasta $40 por visita	Balance
- Número de visitas cubiertas (se deberá recibir dentro de 8 semanas de la última visita Aprobada por "Medicare"	$ 0	Hasta el número de visitas aprobadas por "Medicare", que no exceda 7 cada semana	
- Máximo del año civil	$ 0	$1,600	
OTROS BENEFICIOS - NO CUBIERTOS POR "MEDICARE"			
VIAJES HACIA EL EXTRANJERO - NO CUBIERTOS POR "MEDICARE" Servicios médicamente necesarios de cuidado de emergencia que comienzan durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE.UU.			
Primeros $250 cada año civil	$ 0	$ 0	$250
Restante de los Cargos	$ 0	80% hasta un beneficio vitalicio máximo de $50,000	20% y cantidades sobre el máximo vitalicio de $50,000

PLAN E

"MEDICARE" (PARTE A) - SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS

*Un período de beneficios comienza en el primer día que usted recibe servicio como un paciente recluido en un hospital y termina después de que haya estado fuera del hospital y no haya recibido cuidado en una casa de salud en cualquiera otra facilidad por 60 días.

SERVICIOS	"MEDICARE" PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
HOSPITALIZACION* Habitación semiprivada y comidas, servicios y suministros generales de enfermería y misceláneos			
Primeros 60 días	Todo menos $652	$ 652 (Deducible de la Parte A)	$ 0
61er. hasta 90mo. día	Todo menos $163 por día	$ 163 por día	$ 0
91er. día y posteriormente:			
-Mientras que se utilice los 60 días de reserva vitalicios	Todo menos $326 por día	$ 326 por día	$ 0
-Una vez que se utiicen los días de reserva vitalicios			
-365 días adicionales	$ 0	100% de los Gastos Elegibles del "Medicare"	$ 0
-Más allá de los 365 días	$ 0	$ 0	Todos los costos
CUIDADO EN UNA CASA DE SALUD* Usted deberá cumplir con los requisitos del "Medicare", incluso el haber estado en un hospital por lo menos 3 días y entrado a una facilidad aprobada por "Medicare" dentro de 30 días después de salir del hospital			
Primeros 20 días	Todas las cantidades aprobadas	$ 0	$ 0
21er. hasta el 100mo. día	Todo menos $81.50 por día	$ Hasta $81.50 por día	$ 0
101er. días y posteriormente	$ 0	$ 0	Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	$ 0	3 pintas	$ 0
Cantidades adicionales	100%	$ 0	$ 0
CUIDADO EN UN HOSPICIO Disponible mientras que su médico certifique que usted está terminalmente enfermo y usted elige recibir estos servicios	Todo menos coaseguro muy limitado para medicamentos de paciente ambulatorio y cuidado de prórroga	$ 0	Balance

PLAN E

"MEDICARE" (PARTE B) - SERVICIOS MEDICOS - POR AÑO CIVIL

*Una vez que a Usted le hayan facturado $100 de las cantidades Aprobadas por "Medicare" por servicios cubiertos (que se indican con un asterisco), su Deducible de la Parte B se habrá cumplido para el año civil.

SERVICIOS	"MEDICARE" PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
GASTOS MEDICOS- DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL PARA PACIENTE AMBULATORIO, tal como servicios de médico, suministros y servicios médicos para pacientes recluidos y pacientes ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero,			
Primeros $100 de Cantidades Aprobadas por "Medicare"	$ 0	$ 0	$100 (Deducible de la Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por "Medicare"	80%	20%	$ 0
Cargos en Exceso de la Parte B (Por encima de Cantidades Aprobadas por "Medicare")	$ 0	$ 0	Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	$ 0	Todos los Costos	$ 0
Próximos $100 de Cantidades Aprobadas por "Medicare"*	$ 0	$0	$100 (Deducible de la Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por "Medicare"	80%	20%	$ 0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO - PRUEBAS DE SANGRE PARA SERVICIOS DIAGNOSTICOS	100%	$ 0	$ 0

PARTES A & B

CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR SERVICIOS APROBADOS POR "MEDICARE"			
-Servicios medicamente necesarios de cuidado diestro y suministros médicos	100%	$ 0	$ 0
-Equipo médico duradero			
Primeros $100 de Cantidades Aprobadas por "Medicare"*	$ 0	$ 0	$100 (Deducible de la Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por "Medicare"	80%	20%	$ 0

PLAN E (CONTINUACION)

OTROS SERVICIOS - NO CUBIERTOS POR "MEDICARE"

SERVICIOS	"MEDICARE" PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
VIAJES HACIA EL EXTRANJERO - NO CUBIERTOS POR "MEDICARE" Servicios de cuidado de emergencia médicamente necesarios que comienzan durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE.UU. Primeros $250 cada año civil Restante de los Cargos	 $ 0 $ 0	 $ 0 80% hasta un beneficio vitalicio máximo de $50,000	 $250 20% y cantidades sobre el máximo vitalicio de $50,000
BENEFICIO DE CUIDADO MEDICO PREVENTIVO-NO CUBIERTO POR "MEDICARE" Pruebas y servicios físicos y preventivos anuales tales como: prueba de sangre oculta fecal, examen digital del recto, mamograma, prueba de la audición, urinálisis, prueba de la diabetes, prueba de la función de las tiroides, inyección para la influenza, suplementario y educación del tétanos y difteria, administrado u ordenado por su médico cuando no está cubierto por el "Medicare" Primeros $120 cada año civil Cargos adicionales	 $ 0 $ 0	 $120 $ 0	 $ 0 Todos los Costos

PLAN F

"MEDICARE" (PARTE A) - SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS

*Un período de beneficios comienza en el primer día que usted recibe servicio como un paciente recluido en un hospital y termina después de que haya estado fuera del hospital y no haya recibido cuidado en una casa de salud en cualquiera otra facilidad por 60 días.

SERVICIOS	"MEDICARE" PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
HOSPITALIZACION* Habitación semiprivada y comidas, servicios y suministros generales de enfermería y misceláneos			
Primeros 60 días	Todo menos $652	$ 652 (Deducible de la Parte A)	$ 0
61er. hasta 90mo. día	Todo menos $163 por día	$ 163 por día	$ 0
91er. día y posteriormente:			
-Mientras que se utilice los 60 días de reserva vitalicios	Todo menos $326 por día	$ 326 por día	$ 0
-Una vez que se utiicen los días de reserva vitalicios			
-365 días adicionales	$ 0	100% de los Gastos Elegibles del "Medicare"	$ 0
-Más allá de los 365 días	$ 0	$ 0	Todos los costos
CUIDADO EN UNA CASA DE SALUD* Usted deberá cumplir con los requisitos del "Medicare", incluso el haber estado en un hospital por lo menos 3 días y entrado a una facilidad aprobada por "Medicare" dentro de 30 días después de salir del hospital			
Primeros 20 días	Todas las cantidades aprobadas	$ 0	$ 0
21er. hasta el 100mo. día	Todo menos $81.50 por día	$ Hasta $81.50 por día	$ 0
101er. días y posteriormente	$ 0	$ 0	Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	$ 0	3 pintas	$ 0
Cantidades adicionales	100%	$ 0	$ 0
CUIDADO EN UN HOSPICIO Disponible mientras que su médico certifique que usted está terminalmente enfermo y usted elige recibir estos servicios	Todo menos coaseguro muy limitado para medicamentos de paciente ambulatorio y cuidado de prórroga	$ 0	Balance

PLAN F

"MEDICARE" (PARTE B) - SERVICIOS MEDICOS - POR AÑO CIVIL

*Una vez que a Usted le hayan facturado $100 de las cantidades Aprobadas por "Medicare" por servicios cubiertos (que se indican con un asterisco), su Deducible de la Parte B se habrá cumplido para el año civil.

SERVICIOS	"MEDICARE" PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
GASTOS MEDICOS- DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL PARA PACIENTE AMBULATORIO, tal como servicios de médico, suministros y servicios médicos para pacientes recluidos y pacientes ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero,			
Primeros $100 de Cantidades Aprobadas por "Medicare"*	$ 0	$100 (Deducible de la Parte B)	$ 0
Restante de Cantidades Aprobadas por "Medicare"	80%	20%	$ 0
Cargos en Exceso de la Parte B (Por encima de Cantidades Aprobadas por "Medicare")	$ 0	$ 0	Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	$ 0	Todos los Costos	$ 0
Próximos $100 de Cantidades Aprobadas por "Medicare"*	$ 0	$100 (Deducible de la Parte B)	$ 0
Restante de Cantidades Aprobadas por "Medicare"	80%	20%	$ 0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO - PRUEBAS DE SANGRE PARA SERVICIOS DIAGNOSTICOS	100%	$ 0	$ 0

PARTES A & B

CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR SERVICIOS APROBADOS POR "MEDICARE"			
-Servicios medicamente necesarios de cuidado diestro y suministros médicos	100%	$ 0	$ 0
-Equipo médico duradero			
Primeros $100 de Cantidades Aprobadas por "Medicare"*	$ 0	$100 (Deducible de la Parte B)	$ 0
Restante de Cantidades Aprobadas por "Medicare"	80%	20%	$ 0

PLAN F (CONTINUACION)

OTROS BENEFICIOS - NO CUBIERTOS POR "MEDICARE"

SERVICIOS	"MEDICARE" PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
VIAJES HACIA EL EXTRANJERO - NO CUBIERTOS POR "MEDICARE" Servicios médicamente necesarios de cuidado de emergencia que comienzan durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE.UU.			
Primeros $250 cada año civil	$ 0	$ 0	$250
Restante de los Cargos	$ 0	80% hasta un beneficio vitalicio máximo de $50,000	20% y cantidades sobre el máximo vitalicio de $50,000

PLAN G

"MEDICARE" (PARTE A) - SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS

*Un período de beneficios comienza en el primer día que usted recibe servicio como un paciente recluido en un hospital y termina después de que haya estado fuera del hospital y no haya recibido cuidado en una casa de salud en cualquiera otra facilidad por 60 días.

SERVICIOS	"MEDICARE" PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
HOSPITALIZACION* Habitación semiprivada y comidas, servicios y suministros generales de enfermería y misceláneos			
Primeros 60 días	Todo menos $652	$ 652 (Deducible de la Parte A)	$ 0
61er. hasta 90mo. día	Todo menos $163 por día	$ 163 por día	$ 0
91er. día y posteriormente:			
-Mientras que se utilice los 60 días de reserva vitalicios	Todo menos $326 por día	$ 326 por día	$ 0
-Una vez que se utiicen los días de reserva vitalicios			
-365 días adicionales	$ 0	100% de los Gastos Elegibles del "Medicare"	$ 0
-Más allá de los 365 días	$ 0	$ 0	Todos los costos
CUIDADO EN UNA CASA DE SALUD* Usted deberá cumplir con los requisitos del "Medicare", incluso el haber estado en un hospital por lo menos 3 días y entrado a una facilidad aprobada por "Medicare" dentro de 30 días después de salir del hospital			
Primeros 20 días	Todas las cantidades aprobadas	$ 0	$ 0
21er. hasta el 100mo. día	Todo menos $81.50 por día	$ Hasta $81.50 por día	$ 0
101er. días y posteriormente	$ 0	$ 0	Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	$ 0	3 pintas	$ 0
Cantidades adicionales	100%	$ 0	$ 0
CUIDADO EN UN HOSPICIO Disponible mientras que su médico certifique que usted está terminalmente enfermo y usted elige recibir estos servicios	Todo menos coaseguro muy limitado para medicamentos de paciente ambulatorio y cuidado de prórroga	$ 0	Balance

PLAN G

"MEDICARE" (PARTE B) - SERVICIOS MEDICOS - POR AÑO CIVIL

*Una vez que a Usted le hayan facturado $100 de las cantidades Aprobadas por "Medicare" por servicios cubiertos (que se indican con un asterisco), su Deducible de la Parte B se habrá cumplido para el año civil.

SERVICIOS	"MEDICARE" PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
GASTOS MEDICOS- DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL PARA PACIENTE AMBULATORIO, tal como servicios de médico, suministros y servicios médicos para pacientes recluidos y pacientes ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero,			
Primeros $100 de Cantidades Aprobadas por "Medicare"*	$ 0	$ 0	$100 (Deducible de la Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por "Medicare"	80%	20%	$ 0
Cargos en Exceso de la Parte B (Por encima de Cantidades Aprobadas por "Medicare")	$ 0	$ 0	Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	$ 0	Todos los Costos	$ 0
Próximos $100 de Cantidades Aprobadas por "Medicare"*	$ 0	$ 0	$100 (Deducible de la Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por "Medicare"	80%	20%	$ 0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO - PRUEBAS DE SANGRE PARA SERVICIOS DIAGNOSTICOS	100%	$ 0	$ 0

PARTES A & B

CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR SERVICIOS APROBADOS POR "MEDICARE"			
-Servicios medicamente necesarios de cuidado diestro y suministros médicos	100%	$ 0	$ 0
-Equipo médico duradero			
Primeros $100 de Cantidades Aprobadas por "Medicare"*	$ 0	$ 0	$100 (Deducible de la Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por "Medicare"	80%	20%	$ 0

PLAN G

"MEDICARE" (PARTES A & B - (CONTINUACION)

SERVICIOS	"MEDICARE" PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
PARTES A & B (continuación)			
CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR - (continuación) SERVICIOS DE RECUPERACION EN EL HOGAR-NO CUBIERTOS POR "MEDICARE" Cuidado en el hogar certificado por su médico, para cuidado personal durante la recuperación de una dolencia o enfermedad para la cual el "Medicare" aprobó un Plan de Tratamiento Cuidado en el Hogar			
-Beneficio por cada visita	$ 0	Cargos corrientes hasta $40 por visita	Balance
-Número de visitas cubiertas (se deberá recibir dentro de 8 semanas de la última visita Aprobada por "Medicare"	$ 0	Hasta el número de visitas aprobadas por "Medicare", que no exceda 7 cada semana	
-Máximo del año civil	$ 0	$1,600	
OTROS BENEFICIOS - NO CUBIERTOS POR "MEDICARE"			
VIAJES HACIA EL EXTRANJERO - NO CUBIERTOS POR "MEDICARE" Servicios médicamente necesarios de cuidado de emergencia que comienzan durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE.UU.			
Primeros $250 cada año civil	$ 0	$ 0	$250
Restante de los Cargos	$ 0	80% hasta un beneficio vitalicio máximo de $50,000	20% y cantidades sobre el máximo vitalicio de $50,000

PLAN H

"MEDICARE" (PARTE A) - SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS

*Un período de beneficios comienza en el primer día que usted recibe servicio como un paciente recluido en un hospital y termina después de que haya estado fuera del hospital y no haya recibido cuidado en una casa de salud en cualquiera otra facilidad por 60 días.

SERVICIOS	"MEDICARE" PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
HOSPITALIZACION* Habitación semiprivada y comidas, servicios y suministros generales de enfermería y misceláneos			
Primeros 60 días	Todo menos $652	$ 652 (Deducible de la Parte A)	$ 0
61er. hasta 90mo. día	Todo menos $163 por día	$ 163 por día	$ 0
91er. día y posteriormente:			
-Mientras que se utilice los 60 días de reserva vitalicios	Todo menos $326 por día	$ 326 por día	$ 0
-Una vez que se utiicen los días de reserva vitalicios			
-365 días adicionales	$ 0	100% de los Gastos Elegibles del "Medicare"	$ 0
-Más allá de los 365 días	$ 0	$ 0	Todos los costos
CUIDADO EN UNA CASA DE SALUD* Usted deberá cumplir con los requisitos del "Medicare", incluso el haber estado en un hospital por lo menos 3 días y entrado a una facilidad aprobada por "Medicare" dentro de 30 días después de salir del hospital			
Primeros 20 días	Todas las cantidades aprobadas	$ 0	$ 0
21er. hasta el 100mo. día	Todo menos $81.50 por día	$ Hasta $81.50 por día	$ 0
101er. días y posteriormente	$ 0	$ 0	Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	$ 0	3 pintas	$ 0
Cantidades adicionales	100%	$ 0	$ 0
CUIDADO EN UN HOSPICIO Disponible mientras que su médico certifique que usted está terminalmente enfermo y usted elige recibir estos servicios	Todo menos coaseguro muy limitado para medicamentos de paciente ambulatorio y cuidado	$ 0	Balance

PLAN H

"MEDICARE" (PARTE B) - SERVICIOS MEDICOS - POR AÑO CIVIL

*Una vez que a Usted le hayan facturado $100 de las cantidades Aprobadas por "Medicare" por servicios cubiertos (que se indican con un asterisco), su Deducible de la Parte B se habrá cumplido para el año civil.

SERVICIOS	"MEDICARE" PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
GASTOS MEDICOS- DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL PARA PACIENTE AMBULATORIO, tal como servicios de médico, suministros y servicios médicos para pacientes recluidos y pacientes ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero,			
Primeros $100 de Cantidades Aprobadas por "Medicare"*	$ 0	$ 0	$100 (Deducible de la Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por "Medicare"	80%	20%	$ 0
Cargos en Exceso de la Parte B (Por encima de Cantidades Aprobadas por "Medicare")	$ 0	$ 0	Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	$ 0	Todos los Costos	$ 0
Próximos $100 de Cantidades Aprobadas por "Medicare"*	$ 0	$ 0	$100 (Deducible de la Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por "Medicare"	80%	20%	$ 0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO - PRUEBAS DE SANGRE PARA SERVICIOS DIAGNOSTICOS	100%	$ 0	$ 0

PARTES A & B

CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR SERVICIOS APROBADOS POR "MEDICARE"			
-Servicios medicamente necesarios de cuidado diestro y suministros médicos	100%	$ 0	$ 0
-Equipo médico duradero			
Primeros $100 de Cantidades Aprobadas por "Medicare"*	$ 0	$ 0	$100 (Deducible de la Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por "Medicare"	80%	20%	$ 0

PLAN H (CONTINUACION)

OTROS BENEFICIOS - NO CUBIERTOS POR "MEDICARE"

SERVICIOS	"MEDICARE" PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
VIAJES HACIA EL EXTRANJERO - NO CUBIERTOS POR "MEDICARE" Servicios de cuidado de emergencia médicamente necesarios que comienzan durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE.UU.			
Primeros $250 cada año civil	$ 0	$ 0	$250
Restante de los Cargos	$ 0	80% hasta un beneficio vitalicio máximo de $50,000	20% y cantidades sobre el máximo vitalicio de $50,000
MEDICAMENTOS RECETADOS BASICOS DEL PACIENTE AMBULATORIO NO CUBIERTOS POR "MEDICARE"			
Primeros $250 cada año civil	$ 0	$ 0	$250
Próximos $2,500 cada año civil	$ 0	50% - $1,250 beneficio máximo del año civil	50%
Sobre $2,500 cada año civil	$ 0	$ 0	Todos los Costos

PLAN I

"MEDICARE" (PARTE A) - SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS

*Un período de beneficios comienza en el primer día que usted recibe servicio como un paciente recluido en un hospital y termina después de que haya estado fuera del hospital y no haya recibido cuidado en una casa de salud en cualquiera otra facilidad por 60 días.

SERVICIOS	"MEDICARE" PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
HOSPITALIZACION* Habitación semiprivada y comidas, servicios y suministros generales de enfermería y misceláneos			
Primeros 60 días	Todo menos $652	$ 652 (Deducible de la Parte A)	$ 0
61er. hasta 90mo. día	Todo menos $163 por día	$ 163 por día	$ 0
91er. día y posteriormente:			
-Mientras que se utilice los 60 días de reserva vitalicios	Todo menos $326 por día	$ 326 por día	$ 0
-Una vez que se utiicen los días de reserva vitalicios			
-365 días adicionales	$ 0	100% de los Gastos Elegibles del "Medicare"	$ 0
-Más allá de los 365 días	$ 0	$ 0	Todos los costos
CUIDADO EN UNA CASA DE SALUD* Usted deberá cumplir con los requisitos del "Medicare", incluso el haber estado en un hospital por lo menos 3 días y entrado a una facilidad aprobada por "Medicare" dentro de 30 días después de salir del hospital			
Primeros 20 días	Todas las cantidades aprobadas	$ 0	$ 0
21er. hasta el 100mo. día	Todo menos $81.50 por día	$ Hasta $81.50 por día	$ 0
101er. días y posteriormente	$ 0	$ 0	Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	$ 0	3 pintas	$ 0
Cantidades adicionales	100%	$ 0	$ 0
CUIDADO EN UN HOSPICIO Disponible mientras que su médico certifique que usted está terminalmente enfermo y usted elige recibir estos servicios	Todo menos coaseguro muy limitado para medicamentos de paciente ambulatorio y cuidado de prórroga	$ 0	Balance

PLAN I

"MEDICARE" (PARTE B) - SERVICIOS MEDICOS - POR AÑO CIVIL

*Una vez que a Usted le hayan facturado $100 de las cantidades Aprobadas por "Medicare" por servicios cubiertos (que se indican con un asterisco), su Deducible de la Parte B se habrá cumplido para el año civil.

SERVICIOS	"MEDICARE" PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
GASTOS MEDICOS- DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL PARA PACIENTE AMBULATORIO, tal como servicios de médico, suministros y servicios médicos para pacientes recluidos y pacientes ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero,			
Primeros $100 de Cantidades Aprobadas por "Medicare"*	$ 0	$ 0	$100 (Deducible de la Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por "Medicare"	80%	20%	$ 0
Cargos en Exceso de la Parte B (Por encima de Cantidades Aprobadas por "Medicare")	$ 0	$ 0	Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	$ 0	Todos los Costos	$ 0
Próximos $100 de Cantidades Aprobadas por "Medicare"*	$ 0	$ 0	$100 (Deducible de la Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por "Medicare"	80%	20%	$ 0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO - PRUEBAS DE SANGRE PARA SERVICIOS DIAGNOSTICOS	100%	$ 0	$ 0

PARTES A & B

CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR SERVICIOS APROBADOS POR "MEDICARE"			
-Servicios medicamente necesarios de cuidado diestro y suministros médicos	100%	$ 0	$ 0
-Equipo médico duradero			
Primeros $100 de Cantidades Aprobadas por "Medicare"*	$ 0	$ 0	$100 (Deducible de la Parte B)
Restante de Cantidades Aprobadas por "Medicare"	80%	20%	$ 0

PLAN I (CONTINUACION)

"MEDICARE" (PARTES A & B - (CONTINUACION)

SERVICIOS	"MEDICARE" PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
PARTES A & B (continuación)			
CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR - (continuación)			
SERVICIOS DE RECUPERACION EN EL HOGAR-NO CUBIERTOS POR "MEDICARE"			
Cuidado en el hogar certificado por su médico, para cuidado personal durante la recuperación de una dolencia o enfermedad para la cual el "Medicare" aprobó un Plan de Tratamiento			
Cuidado en el Hogar			
-Beneficio por cada visita	$ 0	Cargos corrientes hasta $40 por visita	Balance
-Número de visitas cubiertas (se deberá recibir dentro de 8 semanas de la última visita Aprobada por "Medicare"	$ 0	Hasta el número de visitas aprobadas por "Medicare", que no exceda 7 cada semana	
-Máximo del año civil	$ 0	$1,600	
OTROS BENEFICIOS - NO CUBIERTOS POR "MEDICARE"			
VIAJES HACIA EL EXTRANJERO - NO CUBIERTOS POR "MEDICARE"			
Servicios médicamente necesarios de cuidado de emergencia que comienzan durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE.UU.			
Primeros $250 cada año civil	$ 0	$ 0	$250
Restante de los Cargos	$ 0	80% hasta un beneficio vitalicio máximo de $50,000	20% y cantidades sobre el máximo vitalicio de $50,000
MEDICAMENTOS RECETADOS BASICOS DEL PACIENTE AMBULATORIO NO CUBIERTOS POR "MEDICARE"			
Primeros $250 cada año civil	$ 0	$ 0	$250
Próximos $2,500 cada año civil	$ 0	50% - $1,250 beneficio máximo del año civil	50%
Sobre $2,500 cada año civil	$ 0	$ 0	Todos los Costos

PLAN J

"MEDICARE" (PARTE A) - SERVICIOS HOSPITALARIOS - POR PERIODO DE BENEFICIOS

*Un período de beneficios comienza en el primer día que usted recibe servicio como un paciente recluido en un hospital y termina después de que haya estado fuera del hospital y no haya recibido cuidado en una casa de salud en cualquiera otra facilidad por 60 días.

SERVICIOS	"MEDICARE" PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
HOSPITALIZACION* Habitación semiprivada y comidas, servicios y suministros generales de enfermería y misceláneos			
Primeros 60 días	Todo menos $652	$ 652 (Deducible de la Parte A)	$ 0
6ler. hasta 90mo. día	Todo menos $163 por día	$ 163 por día	$ 0
9ler. día y posteriormente:			
-Mientras que se utilice los 60 días de reserva vitalicios	Todo menos $326 por día	$ 326 por día	$ 0
-Una vez que se utiicen los días de reserva vitalicios			
-365 días adicionales	$ 0	100% de los Gastos Elegibles del "Medicare"	$ 0
-Más allá de los 365 días	$ 0	$ 0	Todos los costos
CUIDADO EN UNA CASA DE SALUD* Usted deberá cumplir con los requisitos del "Medicare", incluso el haber estado en un hospital por lo menos 3 días y entrado a una facilidad aprobada por "Medicare" dentro de 30 días después de salir del hospital			
Primeros 20 días	Todas las cantidades aprobadas	$ 0	$ 0
2ler. hasta el 100mo. día	Todo menos $81.50 por día	$ Hasta $81.50 por día	$ 0
10ler. días y posteriormente	$ 0	$ 0	Todos los costos
SANGRE			
Primeras 3 pintas	$ 0	3 pintas	$ 0
Cantidades adicionales	100%	$ 0	$ 0
CUIDADO EN UN HOSPICIO Disponible mientras que su médico certifique que usted está terminalmente enfermo y usted elige recibir estos servicios	Todo menos coaseguro muy limitado para medicamentos de paciente ambulatorio y cuidado de prórroga	$ 0	Balance

PLAN J

"MEDICARE" (PARTE B) - SERVICIOS MEDICOS - POR AÑO CIVIL

*Una vez que a Usted le hayan facturado $100 de las cantidades Aprobadas por "Medicare" por servicios cubiertos (que se indican con un asterisco), su Deducible de la Parte B se habrá cumplido para el año civil.

SERVICIOS	"MEDICARE" PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
GASTOS MEDICOS- DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL Y TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL PARA PACIENTE AMBULATORIO, tal como servicios de médico, suministros y servicios médicos para pacientes recluidos y pacientes ambulatorios, terapia física y del habla, pruebas diagnósticas, equipo médico duradero.			
Primeros $100 de Cantidades Aprobadas por "Medicare"*	$ 0	$100 (Deducible de la Parte B)	$ 0
Restante de Cantidades Aprobadas por "Medicare"	80%	20%	$ 0
Cargos en Exceso de la Parte B (Por encima de Cantidades Aprobadas por "Medicare")	$ 0	100%	$ 0
SANGRE			
Primeras 3 pintas	$ 0	Todos los Costos	$ 0
Próximos $100 de Cantidades Aprobadas por "Medicare"*	$ 0	$100 (Deducible de la Parte B)	$ 0
Restante de Cantidades Aprobadas por "Medicare"	80%	20%	$ 0
SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO - PRUEBAS DE SANGRE PARA SERVICIOS DIAGNOSTICOS	100%	$ 0	$ 0

PARTES A & B

CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR SERVICIOS APROBADOS POR "MEDICARE"			
-Servicios medicamente necesarios de cuidado diestro y suministros médicos	100%	$ 0	$ 0
-Equipo médico duradero			
Primeros $100 de Cantidades Aprobadas por "Medicare"*	$ 0	$100 (Deducible de la Parte B)	$ 0
Restante de Cantidades Aprobadas por "Medicare"	80%	20%	$ 0

PLAN J (CONTINUACION)

"MEDICARE" (PARTES A & B - (CONTINUACION)

SERVICIOS	"MEDICARE" PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
PARTES A & B (continuación)			
CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR - (continuación) SERVICIOS DE RECUPERACION EN EL HOGAR-NO CUBIERTOS POR "MEDICARE" Cuidado en el hogar certificado por su médico, para cuidado personal durante la recuperación de una dolencia o enfermedad para la cual el "Medicare" aprobó un Plan de Tratamiento Cuidado en el Hogar			
-Beneficio por cada visita	$ 0	Cargos corrientes hasta $40 por visita	Balance
-Número de visitas cubiertas (se deberá recibir dentro de 8 semanas de la última visita Aprobada por "Medicare"	$ 0	Hasta el número de visitas aprobadas por "Medicare", que no exceda 7 cada semana	
-Máximo del año civil	$ 0	$1,600	
OTROS BENEFICIOS - NO CUBIERTOS POR "MEDICARE"			
VIAJES HACIA EL EXTRANJERO - NO CUBIERTOS POR "MEDICARE" Servicios médicamente necesarios de cuidado de emergencia que comienzan durante los primeros 60 días de cada viaje fuera de los EE.UU.			
Primeros $250 cada año civil	$ 0	$ 0	$250
Restante de los Cargos	$ 0	80% hasta un beneficio vitalicio máximo de $50,000	20% y cantidades sobre el máximo vitalicio de $50,000
MEDICAMENTOS RECETADOS EXTENDIDOS DEL PACIENTE AMBULATORIO			
Primeros $250 cada año civil	$ 0	$ 0	$250
Próximos $6,000 cada año civil	$ 0	50% - $3,000 beneficio máximo del año civil	50%
Sobre $6,000 cada año civil	$ 0	$ 0	Todos los Costos

PLAN J (CONTINUACION)

OTROS BENEFICIOS - NO CUBIERTOS POR "MEDICARE" (CONTINUACION)

SERVICIOS	"MEDICARE" PAGA	EL PLAN PAGA	USTED PAGA
BENEFICIO DE CUIDADO MEDICO PREVENTIVO-NO CUBIERTO POR MEDICARE Pruebas y servicios físicos y preventivos anuales tales, como prueba de sangre oculta fecal, examen digital del recto, mamograma, prueba de la audición, urinálisis, prueba de la diabetes, prueba de la función de las tiroides, inyección para la influenza, suplementario y educación del tétanos y difteria, administrado u ordenado por su médico cuando no está cubierto por "Medicare"			
Primeros $120 cada año civil	$ 0	$120	
Cargos adicionales	$ 0	$ 0	Todos los Costos

D. Aviso con respecto a las Pólizas o certificados que no son pólizas complementarias al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"). Cualquier póliza de seguro por accidente o enfermedad que no sea una póliza complementaria al Programa "Medicare"; o una póliza o contrato emitido de acuerdo a un contrato bajo la Sección 1876 o Sección 1833 de la Ley Federal del Seguro Social (42 U. S. C. sec. 1395, et seq.) una póliza de ingreso por incapacidad; una póliza básica, catastrófica o para gastos médicos mayores; una póliza no renovable de prima única u otra póliza identificada en el artículo 2B de esta Regla, emitida para ser entregada en Puerto Rico a aquellas personas que por razones de edad sean elegibles al Programa "Medicare" deberá notificar a las personas cubiertas bajo la póliza, que la póliza no es una póliza o certificado complementario al Programa "Medicare". Dicho aviso deberá estar impreso o adherido a la primera página de la póliza o certificado, entregado a la personas cubiertas. Dicho aviso deberá tener una tipometría de doce (12) espacios, como mínimo, y deberá contener la siguiente declaración:

"ESTA (POLIZA O CERTIFICADO) NO ES UNA POLIZA O CONTRATO COMPLEMENTARIO AL PROGRAMA FEDERAL DE SERVICIOS DE SALUD PARA PERSONAS DE EDAD AVANZADA ("MEDICARE").

Si usted es elegible al Programa Federal "Medicare", examine la Guía para compradores de Pólizas Complementarias al Programa "Medicare" que la compañía puede suplirle."

Artículo 15. Requisitos para Formularios de Solicitud y Cubierta de Reemplazo

A. Los formularios de solicitud deberán incluir las siguientes preguntas diseñadas a producir información si a la fecha de la solicitud, el solicitante tiene otra póliza o certificado complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") en vigor o si una póliza o certificado complementario al Programa "Medicare" tiene el propósito de reemplazar alguna póliza o certificado de seguro por accidente o enfermedad que en ese momento esté en vigor. Dichas preguntas pueden incluirse en una solicitud complementaria o en algún otro formulario que deberá ser firmado por el solicitante y el agente.

[Declaraciones]

(1) Usted no necesita más de una póliza complementaria al "Medicare".

(2) Si usted tiene 65 años de edad o más, podría ser elegible para beneficios bajo el "Medicaid" y tal vez no necesite una póliza complementaria al "Medicare".

(3) Se suspenderán los beneficios y la pólizas que están bajo su póliza complementaria al "Medicare" durante su derecho a beneficios bajo el "Medicaid" por 24 meses. Usted deberá pedir esta suspensión dentro de noventa días de usted hacerse elegible para el "Medicaid". Si usted no tiene más derecho al "Medicaid", su póliza será reinstalada si se pide dentro de 90 días de haber perdido la eligibilidad para el "Medicaid".

(4) Podrían haber servicios de orientación disponibles en Puerto Rico para proveer un consejo tocante a su adquisición de seguro complementario al "Medicare" y tocante al "Medicaid".

[Preguntas]

A su mejor entender.

(1) ¿Tiene usted otra póliza o certificado de seguro complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") en vigor (incluso contrato de servicios de cuidado de salud, contrato de organización de servicios de salud)?

(a) Si es así, ¿con cuál compañía?

(2) ¿Tiene usted cualesquier otras pólizas de seguro de salud que proveen beneficios los cuales esta póliza complementaria al "Medicare" duplicaría?

(a) Si es así, ¿con cuál compañía?

(b) ¿Qué tipo de póliza?

(3) Si la contestación a la pregunta 1 ó 2 es afirmativo, ¿tiene usted la intención de reemplazar estas pólizas médicas o de salud con esta póliza [certificado]?

(4) ¿Está usted cubierto por el Programa "Medicaid"?

B. Los agentes deberán listar cualesquier otras pólizas de seguro de salud que hayan vendido al solicitante.

(1) Listar las pólizas vendidas que estén todavía en vigor.

(2) Listar las pólizas vendidas en los últimos cinco (5) años que ya no estén en vigor.

C. Al determinar que la venta implicará un reemplazo de cubierta complementaria al "Medicare", cualquier asegurador o su agente suplirá al solicitante un aviso sobre el reemplazo de la cubierta de la póliza contra accidente o por enfermedad antes de emitir o entregar la póliza o certificado complementario al Programa Federal de Servicios de Salud

para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"). Se deberá proveer una (1) copia de dicho aviso al solicitante firmado por el solicitante y el agente, y una copia adicional firmada deberá ser retenida por el Asegurador.

D. El aviso que se exige en el Inciso C anterior, al asegurador deberá estipularse fundamentalmente en la siguiente forma en no menos que una tipometría de diez (10) puntos:

AVISO AL SOLICITANTE SOBRE EL REEMPLAZO
DE UN COMPLEMENTO AL "MEDICARE"

[Nombre de la compañía de seguros y dirección]

¡GUARDE ESTE AVISO! PODRIA SER IMPORTANTE PARA USTED EN EL FUTURO

De acuerdo con (su solicitud) (la información que usted proporcionó) usted intenta terminar la cubierta existente Complementaria al Programa Federal de Servicios de Salud Para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") y reemplazarla con una póliza que será emitida por (nombre de la compañía). Su nueva póliza le provee un período de treinta (30) días durante el cual usted puede decidir, sin ningún costo, si desea quedarse con la póliza.

Usted deberá revisar esta nueva cubierta cuidadosamente, comparándola con toda la cubierta por accidente y enfermedad que tenga actualmente, y terminar su póliza actual solamente si, después de darle debida consideración, encuentra que la adquisición de esta nueva cubierta complementaria al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") es una buena decisión.

DECLARACION AL SOLICITANTE POR EL AGENTE [CORREDOR U OTRO REPRESENTANTE]:

He revisado su cubierta actual de seguro médico o de salud. A mi mejor conocimiento el reemplazo de seguro implicado en

esta transacción no duplica la cubierta. Se adquiere la póliza de reemplazo por la(s) siguiente(s) razón(es) (coteje uno):

Beneficios adicionales

Ningún cambio en beneficios, pero primas más bajas.

Menos beneficios y primas más bajas

Otro. (favor de especificar)

1. Las condiciones de salud que usted pueda tener actualmente (condiciones preexistentes) podrían no estar inmediata o totalmente cubiertas bajo la nueva póliza. Esto podría resultar en la denegación o demora de una reclamación para beneficios bajo la nueva póliza, mientras que una reclamación similar podría ser pagadera bajo su póliza actual. (Esta subdivisión puede modificarse si la póliza o contrato nuevo cubre las condiciones preexistentes).
2. La ley estatal estipula que su póliza o certificado de reemplazo podrá no contener condiciones preexistentes nuevas, períodos de espera, períodos de eliminación o períodos de probatoria. El asegurador relevará cualesquier períodos de tiempo aplicables a condiciones preexistentes, períodos de espera, períodos de eliminación, o períodos de probatoria en la nueva póliza (o cubierta) por períodos similares hasta el alcance en que dicho tiempo fue consumido (agotado) bajo la póliza original.
3. Si usted aún desea terminar su póliza actual y reemplazarla por una nueva cubierta, asegúrese de contestar veraz y cabalmente todas las preguntas de la solicitud, relativas a su historial médico y a su salud. El dejar de incluir en la solicitud toda la información médica esencial puede proveer un fundamento a la compañía para que deniegue cualquier reclamación futura y reembolse su prima, como si su póliza nunca hubiese estado vigente. Vuelva a leer la solicitud detenidamente

después que termine de llenarla y antes de firmarla, para asegurarse de que anotó correctamente toda la información. [No es necesario que este párrafo aparezca si la póliza es emisión garantizada.]

No cancele su póliza actual hasta que usted haya recibido su nueva póliza y está seguro de que desea retenerla.

_____
Firma del Agente, Corredor u Otro Representante

_____
(Nombre en maquinilla y dirección del Agente o Corredor)

_____
(Firma del Solicitante)

_____
(Fecha)

F. Los párrafos 1 y 2 del aviso de reemplazo (aplicable a las condiciones preexistentes) podrán ser omitidas por un asegurador si el reemplazo no implica la aplicación de una nueva limitación de condición preexistente.

Artículo 16. Requisitos para archivar anuncios

Un asegurador u organización de servicios de salud que provea en Puerto Rico seguro o beneficios complementarios al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"), deberá proporcionar al Comisionado de Seguros de Puerto Rico una copia de cualquier anuncio sobre seguro o beneficios complementarios al "Medicare" que se vaya a presentar en Puerto Rico por algún medio ya sea escrito, radio o televisión para ser analizado o aprobado por el Comisionado en la medida que lo exija el Código de Seguros de Puerto Rico y su Reglamento.

Artículo 17. Normas de Mercadeo

A. Un asegurador directamente o a través de sus productores, deberá:

(1) Establecer procedimientos de mercadeo para asegurar que cualquier comparación de pólizas por sus agentes u otros productores será imparcial y correcta.

(2) Establecer procedimientos de mercadeo para asegurar que no se venda o se emita cubierta en exceso.

(3) Establecer procedimientos de mercadeo que expongan un mecanismo o una fórmula para determinar si una póliza o certificado de reemplazo, contiene beneficios que sean clara y sustancialmente mayores que los beneficios bajo la póliza o contrato reemplazado con el propósito de hacer que se produzcan las comisiones del primer año según se autoriza en el Artículo 13 de esta Regla.

(4) Desplegar prominentemente por tipo, sello u otros medios apropiados en la primera página de la póliza lo siguiente: **"Aviso al Comprador: Esta póliza quizás no cubra todos sus costos médicos."**

(5) Investigar y por otra parte hacer todo esfuerzo razonable para identificar si un solicitante propuesto o registrado para cubierta complementaria al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") ya tiene cubierta de accidente y enfermedad y los tipos y cantidades de cualquier tal cubierta.

(6) Establecer procedimientos de revisión para verificar el cumplimiento con este inciso A.

B. Además de las prácticas prohibidas en el capítulo 27 del Código de Seguros de Puerto Rico, las siguientes acciones y prácticas están prohibidas:

(1) Tergiversación. Hacer a sabiendas cualquier representación falsa o comparación incompleta

o fraudulenta de cualesquier pólizas de seguro con el propósito de inducir, o tender a inducir, a cualquier persona a caducar, perder el derecho, liquidar, terminar, retener, prometer, ceder, tomar prestado, convertir cualquier póliza de seguro, plan de cuidado de salud o contrato de suscriptor u obtener una póliza de seguro con otro asegurador.

(2) Tácticas de presión intensiva. Al emplear cualquier método de mercadeo que tenga el efecto de o tienda a incluir la adquisición de cubierta a través de la fuerza, temor, amenaza sea esta explícita o implicada, o presión indebida para adquirir o recomendar la adquisición de cubierta.

(3) Persuación deficiente en anuncios. Hacer uso directa o indirectamente, de cualquier método de mercadeo que no logre divulgar de una manera conspicua que un propósito del método de mercadeo es la solicitación de cubierta y que el contrato será hecho por un agente o compañía de seguros.

Artículo 18. Idoneidad de Adquisición Recomendada y Cubierta en Exceso

A. Al recomendar la adquisición o reemplazo de cualquier póliza o certificado complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"), un agente deberá hacer los esfuerzos razonables para determinar la idoneidad de una adquisición o reemplazo recomendado.

B. Se prohibe cualquier venta de cubierta complementaria al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") que le provea a un individuo más de una póliza o certificado complementario al "Medicare".

Artículo 19. Informe de Contratos o Pólizas Múltiples

A. En o después del 1ro. de marzo de cada año, un asegurador comunicará la siguiente información por cada individuo residente de Puerto Rico para el cual el asegurador tenga en vigor más de una póliza o certificado complementario al "Medicare":

(1) Número de póliza y de certificado, y

(2) Fecha de emisión

B. Los datos expuestos anteriormente deberán ser agrupados por tenedor de contrato individual.

Artículo 20. Prohibición Contra Condiciones Preexistentes, Períodos de Espera, Períodos de Eliminación y Períodos de Prueba en el Reemplazo de Pólizas o Certificados

A. Si una póliza o certificado complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") reemplaza otra póliza o certificado complementario al "Medicare", el asegurador, que reemplace revelará cualesquier períodos de tiempo aplicables a condiciones preexistentes, períodos de espera, períodos de eliminación y períodos de prueba en la nueva póliza o certificado complementario al "Medicare" por beneficios similares hasta el tiempo en que se utilizó bajo la póliza original.

B. Si una póliza o certificado complementario al "Medicare" reemplaza otra póliza o certificado complementario al "Medicare" que ha estado en vigor por lo menos seis (6) meses, la póliza que reemplace no proveerá cualquier período de tiempo aplicable a condiciones preexistentes, períodos de espera, períodos de eliminación y períodos de prueba por beneficios similares a aquellos que la póliza o certificado original contiene.

Artículo 21. Cláusula de Salvedad

En el caso de que se declare que es nula alguna de las disposiciones de esta Regla o la aplicación de ésta a alguna persona o circunstancia en particular, por la razón que fuere, dicha nulidad no afectará el resto de estas disposiciones ni la aplicación de esa disposición a otras personas u otras circunstancias.

Artículo 22. Fecha de Efectividad

Esta enmienda entrará en vigor con efecto retroactivo al 30 de julio de 1992 para cumplir con los requerimientos de la Ley "Omnibus Budget Reconciliation Act of 1990".

Fecha de Aprobación: 14 de mayo de 1982

Enmendado en: 15 de octubre de 1982

Enmendado en: 29 de junio de 1992

Enmendado en: 30 de julio de 1992

Fecha de radicación

en el Departamento de Estado: 15 de septiembre de 1992

Ralph J. Rexach
Comisionado de Seguros

Apéndice A

FORMULARIO DE CALCULOS DE REEMBOLSO DEL COMPLEMENTARIO AL "MEDICARE" PARA EL AÑO CIVIL_____

TIPO _____ SMSSP (w) _____

Para el Estado de _____

Nombre de la Compañía _____

Código Grupal del NAIC_____ Código NAIC de la Compañía_____

Dirección _____

Persona Que Está Llenando Este Documento _____

Título_____ Número de Teléfono_____

Línea		(a) Prima Devengada (x)	(b) Reclamaciones Claims(y)
1	Experiencias del Año Actual	--------	--------
	a. Total (todos los años póliza) b. Emisiones del año actual (z) c. Neto (para los propósitos de informar = 1a - 1b)	--------	--------
2	Experiencia de los Años Anteriores (Todos los Años de Póliza)	--------	--------
3	Experiencia Total (Neto del Año Actual + Experiencia de los Años Anteriores	--------	--------
4	Reembolsos del Año Anterior (Excluye interés)		
5	Previo desde el Comienzo (Excluye Interés)		
6	Reembolsos Desde el Comienzo (Excluye Interés)		
7	Relación "Benchmark" Desde el Comienzo (VER HOJA DE TRABAJO PARA LA RELACION 1)		
8	Relación Basada en la Experiencia Desde el Comienzo Total de Reclamaciones Corrientes Incurridas (Línea 3, col b) = Relación 2 --- Tot. de Primas Devengadas (Line 3, col a) - Reembolso Desde el Comienzo (Línea 6)		
9	Año de Vida Expuesta Desde el Comienzo_____		

Si la Relación basada en la Experiencia es Menos que la Relación "Benchmark", y si hay más de 500 exposición de Año de Vida, luego proceda al cómputo de reembolso.

10 Tolerancia Permitida (obtenida de la tabla de credibilidad_____

Apéndice A

FORMULARIO DE CALCULOS DE REEMBOLSO DEL COMPLEMENTARIO AL "MEDICARE" PARA EL AÑO CIVIL_____

TIPO _____ SMSSP (w) _____

Para el Estado de _____

Nombre de la Compañía _____

Código Grupal del NAIC_____ Código NAIC de la Compañía_____

Dirección _____

Persona Que Está Llenando Este Documento_____

Título_____ Número de Teléfono_____

11 Ajuste a las Reclamaciones para Credibilidad incurridas

Relación 3 = Relación 2 + Tolerancia

Si la Relación 3 es menos que la relación "benchmark", entonces proceder.

12 Reclamaciones Incurridas Ajustadas =

[Total de Primas Devengadas (línea 3, col a) - Reembolsos Desde el Comienzo (línea 6)] x Relación 3 (línea 11)

13 Reembolso = Total de Primas Devengadas (línea 3, col a) - Reembolso Desde el Comienzo (línea 6)

$$\frac{\text{Reclamaciones Incurridas Ajustadas (línea 12)}}{\text{Relación "Benchmark" (Relación 1)}}$$

Si la cantidad en la línea 13 es menos que el .005 multiplicado por la prima anualizada en vigor desde el 31 de diciembre del año de informe, entonces no se hará ningún reembolso. De lo contrario, la cantidad en la línea 13 ha de ser reembolsada o abonada en cuenta, y se deberá anejar a este formulario una descripción del reembolso y/o crédito en contra de las primas que ha de utilizarse.

Tabla de Credibilidad del Complementario al "Medicare"

Años de Vida Expuestos desde el Comienzo	Tolerancia
10,000 +	0.0%
5,000 - 9,999	5.0%
2,500 - 4,999	7.5%
1,000 - 2,499	10.0%
500 - 999	15.0%

Si menos que 500, ninguna credibilidad.

Apéndice A

FORMULARIO DE CALCULOS DE REEMBOLSO DEL COMPLEMENTARIO AL "MEDICARE" PARA EL AÑO CIVIL_____

TIPO _____ SMSBP (w) _____

Para el Estado de _____

Nombre de la Compañía _____

Código Grupal del NAIC____ Código NAIC de la Compañía____

Dirección _____

Persona que completa éste formulario _____

Título _____ Teléfono _____

(w) "SMSBP" "Plan de Beneficio Complementario al 'Medicare' Estandardizado"

(x) Incluye capciones modelos y honorarios que se cobran.

(y) Excluye Reservas Vitalicias Activas

(z) Esto se ha de utilizar como "Prima Devengada en el Año de Emisión" para el Año 1 del próximo año "Hoja de Trabajo para el Cálculo de las Relaciones "Benchmark"

I certify that the above information and calculations are true and accurate to the best of my knowledge and belief.

_____
Firma

_____
Nombre - En Maquinilla, Por Favor

_____
Título

_____
Fecha

Apéndice A

FORMULARIO DE INFORME PARA EL CALCULO DE LA
RELACION "BENCHMARK" DESDE EL COMIENZO
PARA POLIZAS INDIVIDUALES
PARA EL AÑO CIVIL_____

TIPO _____ SMSBP (p) _____

PARA EL ESTADO DE_____

Nombre de la Compañía_____

Código Grupal del NAIC_____ Código NAIC de la Compañía_____

Dirección_____

Persona Que Completa Este Documento_____

Título_____ Número de Teléfono_____

(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)	(i)	(j)	(o)
Año	Prima Devengada	Factor	(b) x (c)	Relación de de Pérdida Cumulativa	(d) x (e)	Factor	(b) x (g)	Relación de Pérdida Cumulativa	(h) x (i)	Año de Póliza Relación de Pérdida
1		2.770		0.442		0.000		0.000		0.4
2		4.175		0.493		0.000		0.000		0.55
3		4.175		0.493		1.194		0.659		0.65
4		4.175		0.493		2.245		0.669		0.67
5		4.175		0.493		3.170		0.678		0.69
6		4.175		0.493		3.998		0.686		0.71
7		4.175		0.493		4.754		0.695		0.73
8		4.175		0.493		5.445		0.702		0.75
9		4.175		0.493		6.075		0.708		0.76
10		4.175		0.493		6.650		0.713		0.76
11		4.175		0.493		7.176		0.717		0.76
12		4.175		0.493		7.655		0.720		0.77
13		4.175		0.493		8.093		0.723		0.77
14		4.175		0.493		8.493		0.725		0.77
15		4.175		0.493		8.684		0.725		0.77
Total:		(k):		(L):		(m):		(n):		

Relación "Benchmark" Desde el Comienzo: (L+n)/(k+m):

(a): Año 1 es el año civil actual -1
Año 2 es el año civil actual -2
(etc.)
(Ejemplo: Si el año actual es 1991, entonces:
Año 1 es 1990; Año 2 es 1989, etc.

(o): Estas relaciones de pérdida no se utilizan explícitamente al computar las relaciones de pérdida "benchmark". Ellas son las relaciones de pérdida cumulativas que se presenta en esta hoja de trabajo. Se presentan aquí solamente para el propósito de proveer información.

(b): Para el año civil en la línea apropiada en la columna (a), la prima devengada durante ese año para las pólizas emitidas en ese año.

(p): "SMSBP" = Plan de Beneficio Complementario al "Medicare" Estandardizado

Apéndice A

FORMULARIO DE INFORME PARA EL CALCULO DE LA
RELACION "BENCHMARK" DESDE EL COMIENZO
PARA POLIZAS INDIVIDUALES
PARA EL AÑO CIVIL_____

TIPO _____ SMSBP (p) _____

PARA EL ESTADO DE_____

Nombre de la Compañía_____

Código Grupal del NAIC_____ Código NAIC de la Compañía_____

Dirección_____

Persona Que Completa Este Documento_____

Título_____ Número de Teléfono_____

(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)	(i)	(j)	(o)
Año	Prima Devengada	Factor	(b) x (c)	Relación de de Pérdida Cumulativa	(d) x (e)	Factor	(b) x (g)	Relación de Pérdida Cumulativa	(h) x (i)	Año de Póliza Relación de Pérdida
1		2.770		0.507		0.000		0.000		0.46
2		4.175		0.567		0.000		0.000		0.63
3		4.175		0.567		1.194		0.759		0.75
4		4.175		0.567		2.245		0.771		0.77
5		4.175		0.567		3.170		0.782		0.8
6		4.175		0.567		3.998		0.792		0.82
7		4.175		0.567		4.754		0.802		0.84
8		4.175		0.567		5.445		0.811		0.87
9		4.175		0.567		6.075		0.818		0.88
10		4.175		0.567		6.650		0.824		0.88
11		4.175		0.567		7.176		0.828		0.88
12		4.175		0.567		7.655		0.824		0.88
13		4.175		0.567		8.093		0.828		0.89
14		4.175		0.567		8.493		0.837		0.89
15		4.175		0.567		8.684		0.838		0.89
Total:		(k):		(L):		(m):		(n):		

Relación "Benchmark" Desde el Comienzo: (L+n)/(k+m):

(a): Año 1 es el año civil actual -1
Año 2 es el año civil actual -2
(etc.)
(Ejemplo: Si el año actual es 1991, entonces:
Año 1 es 1990; Año 2 es 1989, etc.

(o): Estas relaciones de pérdida no se utilizan explícitamente al computar las relaciones de pérdida "benchmark". Ellas son las relaciones de pérdida, a base de año póliza, lo cual resulta en las relaciones de pérdida cumulativas que se presenta en esta hoja de trabajo. Se presentan aquí solamente para el propósito de proveer información.

(b): Para el año civil en la línea apropiada en la columna (a), la prima devengada durante ese año para las pólizas emitidas en ese año.

(p): "SMSBP" = Plan de Beneficio Complementario al "Medicare" Estandardizado

Reglamento del Complementario al "Medicare"

APENDICE B

FORMULARIO PARA INFORMAR SOBRE
POLIZAS COMPLEMENTARIOS AL "MEDICARE"

Nombre de la Compañía: _____

Dirección: _____

_____

Número de Teléfono: _____

Fecha: marzo 1, anualmente

El propósito de esta forma es de informar la siguiente información sobre cada residente de Puerto Rico quien tiene en vigor más de una póliza o certificado complentario al "Medicare". La información ha de agruparse por tenedor de póliza individual.

Póliza y Certificado #	Fecha de Emisión

_____
Firma

_____
Nombre y Título (En maquinilla, por favor)

_____
Fecha